



VÍNCULO DE APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN EL INFANTE Y ADOLESCENTE

*ATTACHMENT BOND AND
PSYCHOPATHOLGY IN INFANTS AND
ADOLESCENTS*

AUTORA: Carolina Vidal Pila

DIRECTORA: Ana Bermúdez Saiz



GRADO EN ENFERMERÍA
CURSO 2023/2024

FACULTAD DE ENFERMERÍA - UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



AVISO DE RESPONSABILIDAD DE LA 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

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
ABSTRACT AND KEYWORDS	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	4
1.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	5
1.3 METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	5
1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	6
2. CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO DEL APEGO	7
2.1 ORIGEN DE LA TEORÍA DEL APEGO: JOHN BOWLBY.....	7
2.1.1 <i>Postulados de la Teoría del Apego</i>	8
2.2 ELEMENTOS CONDICIONANTES DEL VÍNCULO DE APEGO.....	10
2.3 FASES EN LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO DE APEGO.....	11
2.4 VARIACIÓN DE LA FIGURA DE APEGO POR ETAPAS	12
3 CAPÍTULO II : INFLUENCIA DEL APEGO EN LA SALUD MENTAL DEL INFANTE Y DEL ADOLESCENTE	14
3.1 DESARROLLO EMOCIONAL DEL MENOR.....	14
3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS PATRONES DE APEGO	16
3.3 VULNERABILIDAD PSICOPATOLÓGICA SEGÚN EL PATRÓN DE APEGO	18
3.3.1 <i>Impacto del estilo de apego seguro en la salud mental del infante y del adolescente</i> 18	
3.3.2 <i>Efectos del estilo de apego inseguro en la salud mental del infante y del adolescente</i> 19	
4. CAPÍTULO III : PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE UN APEGO SEGURO	23
4.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	23
4.1.1 <i>Atención en el embarazo y puerperio</i>	23
4.1.2 <i>Atención Primaria Pediátrica</i>	25
4.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	26
4.2.1 <i>Atención en el paritorio y en las Unidades de Obstetricia y Ginecología</i>	26
4.2.2 <i>Atención en las Unidades de Neonatología</i>	27
5. CONCLUSIONES	28
6. BIBLIOGRAFÍA	29

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La teoría del apego plasma la necesidad humana de la vinculación afectiva y permite comprender la influencia del primer vínculo en el mundo social y emocional del individuo. ^{(5) (26) (43)}

En caso de que la figura de apego aporte al menor unos cuidados sensibles y continuados durante su crianza, el niño será capaz de crear representaciones mentales basadas en la seguridad, que se convertirán en competencias emocionales potenciadoras de la construcción de relaciones interpersonales sanas durante su infancia y adolescencia. ^{(21) (23) (25)}

En cambio, una relación diádica cuyos cuidados maternos hayan sido insuficientes o desadaptados suscitará el establecimiento de un apego inseguro o desorganizado en el niño con mayor riesgo de sufrir consecuencias psicopatológicas durante su juventud temprana. ^{(49) (55) (59)}

Debido a la trascendencia de estos hechos, los profesionales de enfermería han de actuar de forma coordinada y cooperativa con otros colectivos en la prevención del deterioro de la vinculación paterno-filial y en la promoción del apego seguro infantil con el fin de garantizar la protección de la salud mental de los menores y evitar de este modo repercusiones negativas a largo plazo, en su futura vida adulta. ^{(67) (78) (90)}

Palabras clave: Apego a Objetos, Desarrollo Infantil, Desarrollo del Adolescente, Psicopatología, Educación en Enfermería.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Attachment theory captures the human need for emotional bonding and allows us to understand the influence of the first bond on the social and emotional world of the individual. ^{(5) (26) (43)}

If the attachment figure provides the child with sensitive and continuous care during his or her upbringing, the child will be able to create mental representations based on security, which will become emotional competencies that enhance the construction of healthy interpersonal relationships during childhood and adolescence. ^{(21) (23) (25)}

On the other hand, a dyadic relationship whose maternal care has been insufficient or maladaptive will lead to the establishment of an insecure or disorganized attachment in the child with a greater risk of suffering psychopathological consequences during his early youth. ^{(49) (55) (59)}

Due to the significance of these events, nursing professionals must act in coordination and cooperatively with other groups to prevent the deterioration of the parent-child bond and to promote secure child attachment in order to guarantee the protection of children's mental health and thus avoid long-term negative repercussions in their future adult life. ^{(67) (78) (90)}

Key words: Object Attachment, Child Development, Adolescent Development, Psychopathology, Education Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Llegamos al mundo con un estado de vulnerabilidad e inmadurez que nos predispone a establecer lazos sociales que nos permiten obtener los cuidados y atenciones necesarios para nuestra supervivencia.^{(1) (2)} Sin embargo, en los seres humanos el vínculo de apego no puede entenderse como un mero instinto de supervivencia pues exige además una conexión emocional íntima, constante y duradera con personas significativas.⁽³⁾ Sentirse querido y seguro es una necesidad primaria que matiza el comportamiento de las personas a lo largo de toda la vida.⁽⁴⁾ Por tanto, la noción de la existencia de una predisposición innata hacia la generación de relaciones afectivas, sugiere que el apego es una parte integral y necesaria del desarrollo humano.^{(2) (3)}

A mediados del siglo pasado, John Bowlby analiza las devastadoras secuelas psicológicas que la privación materna supuso en los niños que quedaron huérfanos tras la Segunda Guerra Mundial.⁽⁵⁾ Defiende así, que la relación afectiva continuada con la figura de apego es imprescindible para el desarrollo emocional del niño, asentando de este modo las bases de la Teoría del Apego.⁽⁶⁾ Diversos investigadores, han ampliado y comprobado empíricamente tal teoría, la cual es concebida en la actualidad como un marco de referencia en el estudio de los procesos afectivos durante la infancia y la adolescencia, pero también en la edad adulta.^{(6) (7)}

Durante mucho tiempo la importancia de la salud mental de los infantes y adolescentes ha sido minimizada u olvidada.⁽⁸⁾ No obstante, las investigaciones han demostrado que más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen durante la infancia⁽⁹⁾; las cuales no solo provocan sufrimiento para el menor y su familia, sino que además existe una evidente continuidad de los trastornos mentales infantiles en etapas posteriores.⁽¹⁰⁾ A esto es preciso añadirle las consecuencias sociales que supone en términos de costes económicos y productivos para la sociedad.^{(8) (11)}

Por ello, en una sociedad actual en la cual los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil están a la orden del día, resulta prioritario un abordaje precoz de sus factores etiológicos. El presente trabajo pretende explorar el estilo de apego infantil como una de estas variables.

1.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general:

Determinar la relación existente entre el vínculo establecido por el niño con sus figuras de apego y el riesgo de padecer una patología de salud mental durante la infancia y/o adolescencia.

Objetivos específicos:

- Justificar la conceptualización del apego según sus fundamentos teóricos.
- Explicar la vinculación temprana como base del desarrollo socioemocional del individuo.
- Analizar la evolución de las relaciones de apego durante las etapas de la infancia y adolescencia.
- Definir los diferentes patrones de apego y evaluar su relación con la psicopatología en el infante y adolescente.
- Determinar el rol de la enfermería en la promoción y conservación de un vínculo de apego seguro.

1.3 METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la realización del presente Trabajo de Fin de Grado y lograr cumplir con los objetivos planteados, la estrategia de búsqueda ha consistido en una revisión bibliográfica de información relacionada con el área científico-sanitaria a través de una serie de fuentes.

En primer lugar, la búsqueda de información se realizó en bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Google Académico, Scopus y Dialnet.

Durante la búsqueda, se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) “Apego a Objetos”, “Desarrollo Infantil”, “Desarrollo del Adolescente”, “Psicopatología” y “Educación en Enfermería”. Por otro lado, se utilizaron sus correspondientes Medical Subject Headings (MeSH) “Object Attachment”, “Child Development”, “Adolescent Development”, “Psychopathology” y “Education Nursing” con el objetivo de encontrar más bibliografía en otro idioma, en este caso el inglés.

Utilizando combinaciones entre los diferentes descriptores junto con los Operadores Booleanos “AND” “OR” o “NOT” se logró reunir suficiente información para llevar a cabo el trabajo. Se incluyeron todos aquellos artículos o revisiones de acceso libre y gratuito, en inglés y español, y cuyo resumen albergaba alguna relación con lo requerido, accediendo siempre que fue posible a los publicados en los últimos 15 años, aunque por relevancia de algunos artículos se amplió el rango relacionado con la fecha, logrando finalmente desarrollar el trabajo con 92 referencias bibliográficas.

1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

- **CAPÍTULO 1**

Se describe el origen y los postulados de la Teoría del Apego, así como las variables determinantes del apego y la evolución de la vinculación afectiva con las figuras de apego.

- **CAPÍTULO 2**

Se aborda el desarrollo emocional del menor, así como la psicopatología más frecuente en función del patrón de apego establecido.

- **CAPÍTULO 3**

Se plantea la importancia del papel de la enfermería como promotora del vínculo afectivo madre-hijo desde distintos niveles de atención sanitaria.

2. CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO DEL APEGO

2.1 Origen de la Teoría del Apego: John Bowlby

A lo largo de la historia han ido emergiendo diversas investigaciones que han estudiado el fenómeno del apego. El surgimiento de la teoría propuesta por el psicoanalista británico John Bowlby denominada “Teoría del Apego” (1969 - 1980) es considerado uno de los hitos fundamentales de la psicología contemporánea ya que a pesar de que las raíces de este paradigma residan en el psicoanálisis, conceptualiza algunos de sus descubrimientos fundamentales desde una nueva perspectiva. ^{(5) (6)}

Bowlby estaba en desacuerdo con los postulados de las teorías psicoanalíticas como la escuela Kleiniana, que centraba su enfoque en las fantasías internas del niño acerca de sus cuidadores, desatendiendo la importancia de las primeras experiencias reales con sus progenitores, es decir las interacciones con los mismos. ⁽⁵⁾ Por lo que, con el fin de formular una teoría completa sobre la naturaleza de los vínculos afectivos primarios, Bowlby (1907- 1990) exploró una amplia variedad de campos: la biología evolutiva, la teoría de las relaciones objetales, la psicología del desarrollo, la etiología, la psicología cognitiva y la teoría de los sistemas de control. ^{(5) (14)}

El principal interés del psicólogo inglés era el estudio del efecto de la privación maternal en el desarrollo de la personalidad del niño. ⁽¹⁵⁾ Tras las circunstancias devastadoras de hambre y pobreza social que trajo la Segunda Guerra Mundial y la gran cantidad de niños que se quedaron huérfanos; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) solicita a Bowlby un estudio sobre la repercusión de la separación maternal en el desarrollo psicológico de los niños sin hogar en la posguerra, al cual tituló “Privación Materna”. Este documento supuso el punto de partida para el posterior desarrollo de su teoría. ^{(5) (15)}

En 1951, surge el informe de su investigación, que tituló *Maternal Care and Mental Health* en la cual expone las consecuencias de la privación maternal durante la infancia y describe medidas preventivas y recomendaciones para mitigar los efectos nocivos a corto y largo plazo, demostrando así que la actitud afectiva continuada con la madre es un predictor fundamental de la salud psíquica del niño. ^{(5) (13)} . En 1965 publica su versión popular, *Child Care and the Growth of Love*. ⁽¹⁵⁾

Debido a sus experiencias y a los avances etiológicos de la época, el interés de Bowlby se centró en conceptualizar el apego en un contexto evolutivo y biológico, cuestionándose la satisfacción de necesidades elementales como el factor determinante en el establecimiento del vínculo, abrazando las teorías etiológicas de Konrad Lorenz, Niko Tinbergen y Robert Hinde ^{(5) (13)}

Fue en 1957 cuando Bowlby presenta sus primeras conferencias sobre la teoría del apego en la *British Psychoanalytic Society*. Posteriormente se publican sus artículos: *The Nature of the Child's Tie to his mother (1958)*, *Separation Anxiety (1959)* y *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood (1960)*. ⁽¹³⁾

En el primero de ellos, *The Nature of the Child's Tie to his mother (1958)*, se refleja parte de su crítica a la corriente psicoanalítica, que interpreta el fenómeno de apego como una respuesta instintiva derivada tanto de impulsos libidinales como de la satisfacción de la necesidad de alimentación del recién nacido, en lugar de como un vínculo emocional innato, cuya función es la de brindar al niño seguridad y protección. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

En *Separation Anxiety (1959)*, Bowlby se basa en los estudios de Roberston para identificar las tres fases que el niño experimenta ante la separación de su figura de apego: Desesperación, Negación y Desapego. Estas ideas volverían a analizarse posteriormente en la clasificación de los patrones de apego de Mary Ainsworth. ^{(15) (17)}

Por último, en *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood*, Bowlby expone la reacción habitual de duelo y lamento que el menor sufre ante la pérdida de su cuidador una vez que la separación ha ocurrido y las consecuencias que la privación maternal produce a largo plazo en la creación de nuevos vínculos interpersonales. ^{(15) (18)}

A pesar de que la *British Psychoanalytic Society* se mostrase contraria a su tesis, Bolwby decidió integrar sus concepciones esbozadas en los artículos anteriores en su trilogía: *Attachment (1969)*, *Separation: Anxiety and anger (1972)*, y *Loss: sadness and depression (1980)*. ⁽⁵⁾

Bowlby define su teoría en 1998 como: "La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida" ⁽¹⁴⁾

Por tanto, sus principios parten de la existencia de una tendencia biológicamente determinada en el niño hacia la interacción con los seres humanos, con su propia motivación interna, basada en un deseo de proximidad con la figura de apego; lejos de ser un proceso secundario a la satisfacción de las necesidades básicas, como indicaban las primeras teorías psicoanalíticas. ⁽⁵⁾⁽¹⁶⁾

2.1.1 Postulados de la Teoría del Apego

Bowlby basa su modelo en la existencia de cuatro sistemas conductuales interrelacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema exploratorio, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. ⁽¹⁹⁾

Los sistemas conductuales son definidos por el autor como sistemas homeostáticos de control los cuales tienen como objetivo mantener la relación con la figura de apego entre ciertos límites de distancia o accesibilidad garantizando así un equilibrio homeostático entre el individuo y su entorno, de forma análoga a los sistemas fisiológicos corporales. ⁽⁵⁾

El **sistema de apego** es un sistema motivacional de carácter biológico que orienta al niño a establecer una relación afectiva significativa (el vínculo afectivo) con una figura de apego protectora. ⁽²⁰⁾ Esta figura es aquella con la que el niño establece una vinculación especial que va a ir permitiéndole obtener sensaciones de valía y seguridad. ⁽¹⁾

El sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad, en función de la accesibilidad de la figura de apego y de los peligros presentes en el entorno físico y social. ⁽¹⁹⁾

Bowlby señaló tres elementos básicos implicados en el sistema de apego: el componente cognitivo, las conductas de apego y el sistema emocional. ⁽¹⁵⁾

Como concepto clave del *componente cognitivo* y presentándose como una de las bases de su teoría, Bolwby describe los *Modelos Operativos Internos*, (*Internal Working Model; a partir de ahora MOIs*) siendo adoptada esta idea del modelo interno en las relaciones sociales del filósofo Kenneth Craik, definido por ese autor como la capacidad experimentar alternativas mentales a partir de conocimientos del pasado con el fin de adaptarse a situaciones del presente y futuro. ⁽⁵⁾

Los MOIs son representaciones mentales que se construyen durante los primeros años de vida del niño a raíz de las experiencias e interacciones con sus cuidadores principales. ^{(2) (6)}

Se incluyen en ellos las expectativas y creencias sobre la percepción de disponibilidad de la figura de apego para otorgarle protección ante una situación de malestar pero también sobre la capacidad de uno mismo para suscitar protección y afecto, es decir, si se es merecedor de ese apoyo. ^{(6) (20)} El niño que cuenta con figuras disponibles, desarrolla una representación de sí mismo como un ser valioso y aceptable, por el contrario el que carece de ellas tendrá una visión negativa de sí mismo. ⁽²¹⁾

Por tanto, dichos modelos no solo les ayudarán a reconocer lo que pueden esperar de sus figuras de apego, sino que también les brindarán conciencia y conocimiento sobre sí mismos, garantizando así la base de su identidad, autoconcepto y autoestima. ^{(19) (21)}

Los modelos operativos internos son estables, pero a su vez dinámicos o flexibles. ⁽¹⁹⁾ Esto quiere decir que no se pueden definir como inmutables ya que, las interacciones cotidianas provocan el remodelaje de estos esquemas, por tanto, serán enriquecidos a lo largo de todo el ciclo vital en función de las relaciones afectivas durante el mismo. ^{(2) (21)}

Sin embargo, una vez interiorizados, estos modelos mentales tienden a fijarse en estructuras cognitivas estables que condicionarán su forma de ver el mundo y se convertirán en la base de su sistema de apego, el cual le permitirá establecer vínculos afectivos interpersonales en el futuro; es decir, estos primeros MOIs, condicionarán la elaboración de modelos mentales posteriores. ^{(6) (19)}

La formación del vínculo implica una serie de sentimientos que forman parte del componente emocional del sistema de apego; los cuales se asocian a la figura cuidadora, a la relación establecida con ella y a la percepción que realiza el niño de sí mismo (tales como el bienestar, placer, el sentimiento de afecto o la ansiedad ante la separación). ^{(2) (14)}

El componente conductual del sistema de apego es definido por Bolwby como un conjunto de comportamientos visibles y actividades que el niño lleva a cabo ante una determinada situación emocional con la función de mantener la proximidad de su cuidador (por ejemplo: la sonrisa, el llanto, la agitación motriz o el seguimiento visual). ⁽²⁾⁽¹⁴⁾

La interrelación de estos tres componentes del apego (cognitivo, conductual y emocional) se lleva a cabo de este modo: las estructuras mentales generadas a partir de las relaciones afectivas con las figuras de apego orientan la interpretación de los sucesos emocionales futuros provocando unos determinados sentimientos y conductas. ⁽²⁾

Una vez lograda la proximidad con la figura de apego, el sistema de apego se inactiva y el bebé puede perseguir otros fines, como la investigación del entorno, poniéndose en marcha la vía exploratoria. Por tanto, el sistema de apego y el **sistema exploratorio** son mutuamente excluyentes ya que, cuando el niño percibe a la figura de apego como base segura que le aporta protección y apoyo, es capaz de sentirse libre para explorar el entorno; no obstante, cuando la figura de apego se ausenta, el niño abandonará la exploración del entorno. ⁽⁷⁾⁽¹⁹⁾

El **sistema defensivo** lo conforman el conjunto de reacciones de miedo ante personas o situaciones desconocidas y está notablemente vinculado a los dos anteriores, pues su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y la estimulación de las conductas de apego. ⁽¹⁹⁾ El niño llevará a cabo la búsqueda de una figura de apego como refugio seguro ante amenazas internas y externas percibidas. ⁽⁷⁾

Por último, en cierta contradicción con el temor a los extraños, Bowlby describe el **sistema afiliativo** como la motivación que impulsa al niño a interactuar con otras personas, incluidas aquellas con quienes no están vinculadas emocionalmente. ^{(19) (20)}

2.2 Elementos condicionantes del vínculo de apego

La teoría del apego reconoce que tanto la madre como el hijo aportan a la formación del vínculo de apego variables biológicas y temperamentales; sin embargo, se ha descubierto que, para la adecuada sintonía afectiva de la diada, resultan más importantes sus interacciones que los rasgos individuales de temperamento o personalidad. ^{(22) (23)}

La sensibilidad de la figura cuidadora ha sido considerada como el indicador clave de la calidad de la interacción madre-hijo, siendo entendida esta como la habilidad del adulto para interpretar y responder adecuada y contingentemente a las señales y demandas del bebé, en términos tanto de atención física como emocional. ^{(23) (24)} Diversos investigadores contemplan la sensibilidad materna como una característica relacional que se surge y se nutre de la interacción de la diada, más que como una capacidad de la figura maternal. ^{(23) (25)}

La sensibilidad materna puede verse influida a su vez por distintas condiciones tales como: las sus experiencias propias de apego, el apoyo social recibido o sus expectativas sobre la llegada del nuevo miembro a la familia y la crianza del mismo entre otros; estas peculiaridades provocan que su comportamiento resulte variado e impredecible. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

En cuanto a factores relacionados con el bebé destaca su temperamento, si el menor presenta un estado irritable desde los primeros meses de vida es probable que los padres perciban la crianza como dificultosa y que la sensibilidad de los cuidados se vea afectada ⁽²²⁾

El comportamiento maternal sensible aumenta el bienestar del niño, reduce su angustia y favorece el mantenimiento de la interacción lo cual mejora la calidad del vínculo afectivo. ⁽²⁴⁾⁽²⁶⁾ No obstante, las ventajas de la sensibilidad materna no se limitan a la relación con la figura cuidadora sino que este fenómeno tiene un impacto positivo en el desarrollo evolutivo infantil; de ahí que múltiples autores coincidan al considerar la sensibilidad maternal como un predictor de la seguridad del apego. ^{(23) (25)}

2.3 Fases en la formación del vínculo de apego

El vínculo afectivo madre-hijo nace durante el periodo en el que el niño está en el vientre materno como una unión puramente biológica que se va desarrollando hasta convertirse en una unión dual simbólica que ejerce de referente para los futuros vínculos a desarrollar.⁽²⁷⁾ Su modelaje se inicia desde la etapa fetal a raíz de la percepción de los primeros movimientos fetales^{(27) (28)} Según distintos investigadores, será entonces cuando los progenitores comiencen a reconocer al feto como un ser separado de la madre, de modo que surgirán las primeras ensoñaciones y fantasías en relación a su hijo⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ A esto se le añade el hecho de que, gracias a la visión temprana del feto en imágenes ecográficas, la madre es capaz de pensar en su hijo como una persona real y diferente de sí misma, lo cual contribuye a la creación de un lazo afectivo con él.^{(30) (31)}

No obstante, el vínculo de apego se construye progresivamente a partir del nacimiento del bebé en función de las interacciones con la figura de apego y de las capacidades cognitivas y socioemocionales del niño, asociadas a su tiempo vital, hasta que va cobrando profundidad y fuerza.⁽²⁷⁾

En la formación del vínculo de apego, el modelo evolutivo de Bowlby (1969) contempla varias fases que acompañan a unas edades aproximadas; diversos autores han ido completando estos datos en función de los descubrimientos y avances realizados a lo largo de los años:⁽²⁸⁾

Durante los **primeros dos meses de vida** del bebé aparecerán en el bebé unos patrones de reactividad temperamental determinados genéticamente, tales como: la orientación de la mirada, la sonrisa, el llanto o el balbuceo, cuyo objetivo será obtener atención. Estos, serán activados ante la presencia humana de forma innata sin discriminación de figura (se dirigen a cualquier persona cercana).⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾ También los padres disponen de varias posibilidades de estimulación hacia el bebé, como el contacto físico frecuente, el contacto ocular mantenido, la comunicación verbal o las expresiones faciales.⁽³⁾

Se logra de este modo, un proceso de socialización recíproca: las conductas del bebé provocan respuestas en los padres, generando a su vez nuevas reacciones en el niño. Sin embargo, el verdadero vínculo de apego tarda más tiempo en formarse.⁽³⁾

Entre los tres y los siete meses, aproximadamente, el desarrollo sensorial del bebé le permite integrar diversas percepciones sensoriales: gestos, voces, olores y rostros, mediante los cuales es capaz de identificar a las personas que pasan un tiempo considerable con él, incrementando así su capacidad de diferenciación entre familiares y desconocidos, por lo que las conductas de acercamiento anteriormente mencionadas (sonrisas, vocalizaciones y el llanto) se orientarán a partir de ahora de hacia el cuidador o cuidadores principales.^{(3) (32)}

Las primeras sonrisas de un bebé son puramente fisiológicas sin embargo, a partir de la sexta semana de vida el recién nacido sonríe en consecuencia a la atención; por lo que entre el segundo y sexto mes de vida, las sonrisas indiferenciadas se irán dirigiendo cada vez más específicamente a las personas que le cuidan habitualmente.⁽³²⁾ Los adultos interpretan y responden positivamente a la sonrisa del niño, aumentando su interacción social con él, por lo que se convierte en un vehículo de relación social.⁽²⁸⁾

Algo similar ocurre con los gestos y sonidos emitidos por el bebé; en esta segunda etapa, el gorgoreo del lactante se va haciendo más claro a medida que avanza hacia una vocalización más distintiva y se irá dirigiendo de forma paulatina exclusivamente a las figuras de apego.^{(28) (32)}

En referencia al llanto, es considerado la primera línea de defensa de los bebés pues genera sentimientos de preocupación e incomodidad en el adulto cuidador que aseguran la atención que el niño precisa. Además, constituye una medida primaria de comunicación previo al desarrollo del lenguaje, a través del cual expresa emociones y demanda necesidades tales como: alimentación, consuelo o cercanía. ^{(3) (32)}

Es **entre los ocho y los doce meses de vida** del menor cuando *se establece la relación de apego*. ^{(3) (33)} Existe ya de forma afianzada una predilección social hacia la figura principal de apego (quien generalmente es su madre). ⁽²⁸⁾ Se consolida por tanto el sistema de apego como un conjunto de conductas del bebé organizadas en torno a conseguir la proximidad tanto física como emocional de su cuidador. ⁽⁷⁾

La contrapartida del establecimiento del potente vínculo es la manifestación de rechazo hacia los desconocidos, el denominado miedo a los extraños y la angustia ante la separación de su figura de crianza. ⁽³⁾ Esto, provocará la activación e interacción de los otros tres sistemas conductuales descritos por Bowlby: Sistema exploratorio, sistema defensivo y sistema afiliativo (explicados en un apartado anterior de este trabajo). ⁽²⁾

2.4 Variación de la figura de apego por etapas

Aunque Bowlby (1973) define la conducta de apego en términos del mantenimiento de la proximidad, identifica también otras funciones que están relacionadas entre sí. La figura de apego sirve como una “base segura” a partir de la cual el bebé o el niño siente la seguridad necesaria para explorar y dominar su entorno. Asimismo, el cuidador también cumple la función de ser un “refugio seguro” al que el menor puede volver en busca de consuelo ante situaciones amenazantes. Por tanto, la búsqueda de la proximidad, la base segura, y el refugio seguro son los tres rasgos definitorios, y las tres funciones, de una relación con la figura de apego. ^{(7) (13)}

El apego desempeña un papel fundamental a lo largo del ciclo vital puesto que la conducta de apego es propia de los seres humanos “desde que nacen hasta que mueren”. Por tanto, a pesar de que el vínculo de apego se forme alrededor del primer año de vida, la relación con la figura de apego se enriquece y evoluciona en el transcurso de toda la infancia y adolescencia, en función, tanto de los acontecimientos vitales como de la etapa de desarrollo evolutivo del individuo. ^{(3) (31)}. Diversos psicólogos especializados en el estudio del apego señalan además que la posibilidad de vinculación con nuevas figuras de apego permanece abierta durante toda la vida. ⁽³³⁾

La hipótesis inicial de Bowlby y Ainsworth enfatizaba el apego en la figura maternal.

Bowlby observó en sus estudios la firme unión entre el infante y su madre establecida en los primeros seis primeros meses de vida, definiendo así el término *monotropía* como la predisposición del bebé a vincularse con una única figura (maternal), considerando este apego diferente cualitativamente del establecido con figuras secundarias. Esto le llevó a considerar que ser criado y atendido por varias personas no era lo más conveniente; no obstante, su postura fue reformulada posteriormente. ^{(3) (34)}

Múltiples autores afirman que a pesar de la existencia de una figura central que funciona como refugio seguro del niño en momentos de angustia; al final del primer año de vida la mayoría de los niños amplían su conducta de apego a otras personas cercanas, teniendo múltiples figuras de apego, quienes ocupan un lugar secundario y complementario al cuidador principal (siendo el padre y los hermanos las más comunes). ⁽¹⁹⁾ Esto supone la existencia de una organización en jerarquía, en función de la relevancia de la figura para el niño. ⁽²⁶⁾

A partir de la primera infancia, el pequeño empieza a tener una mayor independencia gracias a procesos como el destete, el inicio de sus primeros pasos, el control de esfínteres y la adquisición del lenguaje. ⁽³²⁾⁽³⁴⁾ De este modo, inicia el desarrollo de una conducta propia, reconociendo que es capaz de hacer cosas por sí mismo. El logro de autonomía constituye una conquista muy importante en el menor, quien abandona su condición de “bebé” como ser absolutamente dependiente de su madre para transicionar a la condición de “niño”, el cual precisa el acompañamiento y aceptación de sus familiares para adquirir mayor confianza en el afianzamiento de esa autonomía. ^{(28) (32)}

Durante la **Infancia**, existen dos supuestos principales que pueden ocasionar la modificación del vínculo con la figura de apego: el nacimiento de un hermano y la escolarización del menor. ⁽³⁾
⁽³⁶⁾

La llegada de un nuevo hermano provoca la reorganización de la estructura familiar, el recién nacido va a reclamar gran cantidad de atención; de modo que la relación con el hijo anterior puede verse modificada. A pesar de que la aparición de los celos y la rivalidad fraternal es común debido al temor por la posible pérdida del afecto parental, las investigaciones confirman que el proceso adaptativo es más fácil si el primogénito gozaba de un apego seguro previo a la llegada del bebé. ^{(36) (37)}

En referencia a la escolarización, se trata de un cambio importante en la vida del infante que provoca la pérdida de la disponibilidad inmediata de la figura de apego. Se inicia además un proceso de independencia con respecto a los padres, potenciado por la socialización con otros niños. Aparece a su vez el maestro como una figura de apego subsidiaria que apoya el desarrollo social y académico futuro del niño además de actuar como protector ante situaciones de riesgo potenciales. ^{(38) (39)}

Con la **Adolescencia** llega un cambio drástico en la relación con las figuras parentales. El vínculo se ve debilitado a consecuencia de los conflictos familiares causados por la divergencia de intereses entre los progenitores y el joven (sobremedida durante la adolescencia temprana). ⁽³⁴⁾
⁽⁴¹⁾

Por otro lado, las relaciones sociales cobran gran importancia durante esta etapa vital puesto que los adolescentes compartirán con sus amigos sus sentimientos e inquietudes y experimentarán de forma simultánea los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados a este período evolutivo. Los esfuerzos que el niño realizaba para conseguir la aprobación de sus padres serán sustituidos por los intentos del adolescente de agradar a los iguales. ^{(32) (41)}

Aunque existen diferencias individuales, la mayoría de los chicos y chicas comienzan a tener sus primeras relaciones románticas en la adolescencia temprana, las cuales tratarán de cubrir fundamentalmente necesidades sexuales y afiliativas (de compañía y diversión). No obstante, a medida que esta etapa evolutiva avanza, sus relaciones amorosas serán más estables y el objetivo de las mismas será la satisfacción de necesidades de apoyo y de cuidado, por lo que la pareja irá ascendiendo en la jerarquía de figuras de apego, mientras los padres sufren un retroceso en la misma. ⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾

Las relaciones entre iguales, irán ganando en términos de intimidad, reciprocidad y apoyo emocional hasta convertirse de forma gradual en auténticas figuras de apego que cumplirán muchas de las funciones que anteriormente asumían los padres, como la búsqueda de proximidad y de apoyo emocional. ⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾

3 CAPÍTULO II : INFLUENCIA DEL APEGO EN LA SALUD MENTAL DEL INFANTE Y DEL ADOLESCENTE

3.1 Desarrollo emocional del menor

Es evidente que para adaptarnos y desarrollarnos satisfactoriamente, la capacidad de reconocer las emociones tanto propias como ajenas resulta imprescindible. La regulación emocional incluye además la habilidad de utilizar estrategias de forma flexible para adaptar las conductas al contexto y de modular la intensidad de nuestras emociones. Su importancia en el menor radica en su contribución al fomento de vínculos saludables, de la interacción social, del logro escolar y de la salud mental posterior. ^{(42) (43)}

Diversos estudios destacan que una vinculación temprana adecuada es la base para el correcto desarrollo socioemocional infanto-juvenil, el cual incluye la competencia de la regulación emocional. ^{(43) (44)}

Además, en 1994, Allan Schore demostró que las relaciones de apego son cruciales para el desarrollo estructural del cerebro derecho, el cual se encarga del procesamiento y de la autorregulación de las emociones. ⁽⁴⁵⁾

En los primeros meses de vida, los bebés tienen habilidades limitadas de adaptación a las situaciones: son capaces de desviar la mirada para calmarse cuando están angustiados o de iniciar el llanto en búsqueda de atención por ejemplo; no obstante, no disponen todavía de la capacidad para autorregularse emocionalmente. ^{(3) (32)}

Los niños pequeños pueden experimentar emociones básicas (alegría, enojo, sorpresa, ansiedad, miedo y tristeza) pero no son capaces de regular la intensidad, frecuencia o duración de las mismas. Por lo que, durante los primeros años de vida precisan una heterorregulación, mediante la intervención de su figura de apego. ^{(28) (43)}

Al partir del año de vida, la adquisición del lenguaje les permite la expresión de sus necesidades y emociones; además, gracias a la consolidación del vínculo y a la noción de permanencia del objeto (a partir de los 18 meses aproximadamente), el menor es capaz de comprender que su figura materna no desaparece definitivamente. Asimismo, adquiere la habilidad de poder representarla mentalmente, de modo que sus sentimientos de ansiedad ante la separación disminuirán notablemente. ^{(28) (32)}

En la **segunda infancia o "etapa preescolar"** (entre los 3 y los 6 años) las emociones primarias de miedo y cólera decrecen notablemente y comienzan a afianzarse las emociones más complejas tales como la vergüenza, la culpa, la envidia o el orgullo, estas se denominan emociones autoconscientes o sociomorales pues requieren para su potenciación el reconocimiento de sí mismo y de los pensamientos de los otros. ⁽³⁴⁾

En torno a los 3 años de edad, el menor pasa por una fase negativista, también conocida como "la rebeldía de los tres años". Sus deseos de autonomía le llevan a una tendencia de afirmar su yo oponiéndose a los demás y tratando de hacer prevalecer siempre su voluntad. Su capacidad para el autocontrol emocional es aún muy escasa por lo que los episodios de rabia e ira serán respuesta a su propia impotencia. ⁽²⁸⁾

Esta etapa se caracteriza por un intenso egocentrismo, a través del cual el niño tiene un autoconcepto exageradamente positivo, poco coherente y basado en aspectos concretos y observables; el yo se configura en función de las actividades que se realizan y de sus características físicas.. Tal egocentrismo provoca la representación del mundo en función de su propia perspectiva, mediante un pensamiento fuertemente intuitivo. ^{(28) (32)}

La **tercera infancia** comprende entre los 6 y los 12 años y se denomina **período escolar**. Se caracteriza por la búsqueda de conocimiento, ya que el niño se pregunta y busca respuestas basadas en argumentos racionales, por lo que en esta etapa su pensamiento evoluciona hacia uno más lógico. ^{(28) (32)}

En cuanto a la regulación emocional, en torno a los 6 años los menores diferencian la experiencia emocional interior de su expresión externa, siendo capaces de ocultar y de disimular sus sentimientos, así como de entender cuando otros están fingiendo una emoción. ^{(32) (34)}. Otro de los avances que se da en este periodo es la comprensión de la ambivalencia emocional, alrededor de los 8 años ya son capaces de identificar que las situaciones pueden provocar varias emociones de forma simultánea. ⁽³²⁾

Será en esta etapa cuando los niños serán capaces de comprender los sentimientos de otras personas desde una perspectiva más profunda, desarrollando la capacidad de empatía ⁽³⁴⁾. Además, ya habrán aprendido firmemente a combinar la regulación de su expresión emocional con el razonamiento prosocial, acatando las normas. ⁽⁴⁶⁾

Durante esta etapa, el egocentrismo ha sido superado y el autoconcepto adquiere una dimensión psíquica y social, más psicológica. El concepto de sí mismo se asocia ahora en mayor medida a las comparaciones con los pares. ⁽³⁴⁾

La **Adolescencia** es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta que abarca aproximadamente desde los 12 a los 19 años.⁽⁴⁷⁾

El desarrollo de la capacidad cognitiva del adolescente le permite una mayor capacidad de introspección gracias a la cual obtiene una mayor conciencia de su estado afectivo que en etapas previas. ⁽⁴⁰⁾ Sin embargo, los distintos cambios hormonales, físicos, sociales y psíquicos que se atraviesan durante esta etapa, suscitan de forma generalizada en los adolescentes una intensa ambivalencia emocional que provoca cambios de humor, arrebatos frecuentes... ^{(40) (47)}

En este contexto de cambios, el adolescente pasa por un período de reformulación y diferenciación con retos que afrontar: la búsqueda de independencia de los padres, la definición de su propia identidad, el ansia del amor romántico, la exploración de la sexualidad... ⁽⁴¹⁾⁽⁴³⁾

Dos términos íntimamente relacionados que se vinculan con el desarrollo emocional del adolescente cobran singular importancia en esta etapa vital: el autoconcepto y la autoestima ⁽⁴⁰⁾
⁽⁴¹⁾

El autoconcepto es la percepción que se tiene de uno mismo, en relación con la autoevaluación de competencia en distintas dimensiones (rendimiento escolar, habilidades interpersonales, apariencia física, relaciones familiares...) el cual se basa en los aspectos sociales de comparación con los demás y elementos cognitivos relacionados con la integración y diferenciación del "yo". ^{(32) (34)} La autoestima se define como la valoración global de la valía como persona y se asocia a sentimientos de satisfacción o insatisfacción con uno mismo. ⁽³⁴⁾

En la adolescencia temprana (11 - 13 años) el autoconcepto se relaciona fundamentalmente con los cambios físicos experimentados durante la pubertad. Dichos cambios pueden provocar que el adolescente se sienta “raro” y diferente con respecto a su imagen corporal por lo que su es común que su autoestima se encuentre disminuida, en una etapa en la cual la opinión de los demás es uno de sus principales motivos de preocupación. ^{(32) (34)}

En la adolescencia media (14-16 años) la importancia de los aspectos físicos en la percepción de la imagen personal disminuye paulatinamente, siendo reemplazada de forma gradual por las expectativas de futuro en relación con el estilo de vida; por tanto, los aspectos psicológicos referidos a sentimientos y deseos propios pasan a ocupar un lugar central en el autoconcepto del adolescente. Serán unos años marcados por la crisis en la búsqueda de su identidad. ^{(32) (34)}

Finalmente, en la adolescencia tardía (entre los 17-19 años), el rol desempeñado en las relaciones sociales y los valores y creencias personales constituyen las bases del autoconcepto. Es en este momento cuando, gracias al desarrollo del pensamiento formal, se asientan las bases para el desarrollo de su identidad, lo cual favorecerá la estabilización de su autoestima. ^{(32) (34)}

Con el fin de que el adolescente pueda regular la intensidad de sus emociones sin que estas le sobrepasen y se fomente la autovaloración positiva de sí mismo en esta compleja etapa vital, el apoyo y la comprensión de las figuras de apego resulta primordial. ^{(40) (46)}

3.2 Clasificación de los patrones de apego

La definición del apego de Bowlby, pronto se vió confirmado metodológicamente por estudios observacionales. Es fundamental hacer referencia a Mary Ainsworth (1913-1999), una cercana colaboradora a este autor, cuyas aportaciones contribuyeron al progreso en la investigación de las variaciones individuales de la calidad de la relación de la diada madre-hijo. ^{(5) (15)}

Ainsworth y sus colaboradores realizaron un experimento pionero denominado la técnica de la Situación Extraña con madres y sus hijos de entre 12 y 18 meses de vida, a quienes ubicaron en un entorno desconocido para los mismos. Este experimento se llevó a cabo en Uganda (1953) con una herramienta y sesiones estandarizadas. ⁽⁵⁾

Esta prueba consta de ocho episodios de unos tres minutos de duración. La evaluación comienza con un primer episodio en el cual la diada madre-hijo entra a una sala de juegos, una vez allí se suceden episodios de tres minutos en los cuales la madre deja solo al niño o en compañía de un extraño, quien trata de consolarle en caso de que se enfade. ⁽⁴⁸⁾

Se observó que la respuesta de los niños ante la separación y el reencuentro con su figura maternal, así como la reacción de los mismos ante la presencia de un extraño es diferente en cada bebé, en función de la calidad y solidez del vínculo con su madre. ⁽⁴⁸⁾

A raíz de los resultados obtenidos en esta prueba, Ainsworth descubre que las diferencias cualitativas en la conducta de apego de los individuos dependen de la conducta de los cuidadores y propone la primera clasificación del apego ; delineando tres categorías de comportamiento: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente. ⁽¹³⁾

- Apego seguro

El cuidador demuestra preocupación sincera, disponibilidad y afecto hacia el niño, por lo que actúa como una “base segura” cuyo rol es el de satisfacer sus necesidades facilitando su autonomía. ⁽¹⁹⁾

Los niños con un apego establecido de tipo seguro, son capaces de expresar el afecto hacia sus cuidadores y muestran interés por la búsqueda de nuevos aprendizajes y de la exploración del entorno. ⁽⁴⁸⁾

Cuando ocurre la separación con la figura de apego el niño es capaz de exteriorizar su malestar sin angustiarse, desarrollando estrategias para encontrar consuelo de forma autónoma. Cuando el cuidador regresa, el menor siente alivio y bienestar y es capaz de volver al juego. ^{(48) (49)}

- Apego inseguro – evitativo

La figura de apego suele mostrar hostilidad y cierta aversión ante el contacto físico con el niño, limitándolo a ciertas ocasiones en las que es estrictamente necesario ya que consideran que algunas de las manifestaciones afectivas del bebé son demandas excesivas. ⁽¹⁹⁾

Los niños ante el amparo de este tipo de figuras han aprendido que si expresan sus necesidades serán rechazados, por lo que inhibirán sus emociones con el fin de minimizar el rechazo y maximizar la cercanía con sus figuras de apego. ⁽⁴⁸⁾

Ante la separación materno-infantil el niño se muestra pasivo y durante el reencuentro continúa con su actitud de indiferencia, rechazando los intentos de iniciar el contacto. ⁽⁴⁹⁾

Estos niños en la prueba de Ainsworth, exploraban el entorno de forma independiente, sin usar a su madre como base. ⁽¹³⁾

- Apego inseguro-ansioso ambivalente

La figura de apego muestra inconscientemente un comportamiento que oscila entre lo sensible y lo insensible, entre el contacto y la falta de atención por lo que el niño no tiene expectativas de confianza en cuanto a su disponibilidad. ⁽¹⁹⁾

Esta ambivalencia, genera una fuerte angustia en el niño lo cual deriva en una profunda hipersensibilidad y en la necesidad de obtener cercanía y conductas de apego de forma casi constante. Esta hiperactivación de su sistema de apego provoca que el niño tienda a aferrarse a su cuidador y que la exploración del entorno por sí mismo sea escasa o nula. En el momento de la separación el niño refleja gran desconsuelo y el reencuentro no le calma ^{(48) (49)}

- Apego desorganizado

La investigadora Mary Main, con la colaboración de Judith Salomon, identificó en 1986, un nuevo estilo de apego: el Apego desorganizado. Tras una meticulosa revisión de la Situación Extraña, estos autores comprobaron que algunos de los niños participantes en el experimento, no encajaban adecuadamente en los perfiles definidos por Ainsworth. ⁽¹⁹⁾

Los niños clasificables según este patrón, mostraban conductas contradictorias, su comportamiento combinaba intentos de proximidad hacia el cuidador con signos de miedo y evitación: el bebé se acercaba a su madre pero evitando su mirada, mostraba indicadores indirectos de desconfianza (encorvamiento de hombros y/o muestra de temor facial), realizaba acciones estereotipadas, incompletas e interrumpidas y llevaban a cabo movimientos retardados o incluso se paralizaba durante el reencuentro con su progenitora. ⁽⁵⁰⁾

En la primera teorización del apego desorganizado la característica central es el “miedo sin posible solución”. Esto se debe a que se origina en el niño una sensación de indefensión que no es capaz de regular utilizando sus estrategias habituales, puesto que, la persona que debería proporcionarle seguridad y protección es también fuente de peligro, la causante de su miedo, por lo que es percibida como una amenaza. ⁽⁵¹⁾ . La figura de apego desconcierta al niño con sus conductas, que suelen ser desproporcionadas e impredecibles, por ello el bebé se encuentra dividido entre la aproximación y la elusión; de ahí que su comportamiento sea descrito como desorganizado. ^{(50) (51)}

3.3 Vulnerabilidad psicopatológica según el patrón de apego

3.3.1 Impacto del estilo de apego seguro en la salud mental del infante y del adolescente

La figura de apego en niños cuyo patrón de apego es seguro, muestra sensibilidad ante las señales emocionales de su hijo, siendo capaz de conectar emocionalmente con el menor y de atender sus necesidades con adecuada disponibilidad. Estos niños han aprendido a alternar entre la necesidad de estar con los cuidadores y la posibilidad de búsqueda de nuevas exploraciones sin miedo. ⁽²³⁾

A nivel intrapersonal tienden a ser personas optimistas, con buena autoestima y autoconcepto. Además muestran una alta accesibilidad a esquemas mentales positivos lo cual, a nivel interpersonal se traduce en relaciones basadas en la confianza y en la búsqueda de apoyo. ⁽⁵²⁾

La forma en la que se afrontan las discrepancias interpersonales también se ve influida por el estilo de apego del individuo. En el caso de los adolescentes, es muy común que se vean involucrados en conflictos interpersonales con pares, padres y hermanos con quienes difieren en opiniones, voluntades e intereses. En función del patrón de apego del joven estos conflictos serán resueltos de un modo u otro. ^{(53) (54)}

Los adolescentes con estilos de apego seguro se encuentran menos amenazados en circunstancias de desacuerdo y son capaces de percibir el conflicto de forma positiva, debido a su capacidad para reconocer y moderar sus propias emociones y para afrontar de manera constructiva las críticas. De este modo, responden asertivamente en tales situaciones, mediante un afrontamiento de tipo cooperativo que evita la confrontación y busca soluciones que tengan en cuenta las necesidades de ambas partes. ^{(53) (54)}

Fonagy (1997) propone que la seguridad del apego permite y facilita la función reflexiva y la mentalización que asegura el reconocimiento de los propios sentimientos y conductas y la comprensión intuitiva de las motivaciones de los demás, promoviendo de este modo el comportamiento prosocial que incluye dominios socioemocionales esenciales para la crear relaciones interpersonales enriquecedoras y adecuadas, como la empatía, compasión o la generosidad. ^{(7) (19)} Para Fonagy y Target (1995), la función reflexiva es un logro intrapsíquico e interpersonal que emerge completamente, sólo en el contexto de una relación de apego seguro. ⁽⁵⁵⁾

A su vez, el funcionamiento reflexivo o “mentalización parental” se trata de una función cognitiva compleja que sirve de “antídoto” contra las experiencias pasadas problemáticas disminuyendo así la probabilidad de la transmisión intergeneracional de la inseguridad del apego entre padres e hijos. ⁽⁵⁵⁾

Por tanto, el funcionamiento reflexivo resulta crucial para fomentar el apego seguro en el niño, y de forma simultánea; este apego seguro aporta el contexto clave que activa el potencial mentalizador del niño. ^{(7) (55)}

Por todo lo indicado anteriormente, este estilo de apego es un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superar adversidades; aspectos fundamentales para el adecuado desarrollo evolutivo del infante y adolescente ^{(44) (49)}

3.3.2 Efectos del estilo de apego inseguro en la salud mental del infante y del adolescente

Los menores tratan de regularse emocionalmente con la ayuda de sus figuras de apego, (como se ha explicado en el anterior apartado de este trabajo) pero si esto no es posible y se producen rupturas recurrentes en el apego, el niño y posteriormente el adolescente se verá forzado a buscar estrategias de regulación ajenas mediante actividades o personas que le aporten la sensación de seguridad que no han podido encontrar en las figuras que deberían habérsela proporcionado. ^{(30) (44)}

En ocasiones, las rutas que el niño/adolescente emplea para adaptarse y encontrar el equilibrio son adaptativas pero en otras ocasiones resultan dañinas para su propio desarrollo. ⁽³⁰⁾

La ansiedad y el malestar que experimentan incitan durante la adolescencia y posteriormente en la edad adulta, a utilizar mecanismos que les permitan evadir pensamientos y emociones negativas a corto plazo. Es habitual que empleen herramientas de regulación tales como: juegos, comida, deporte, drogas... ⁽³⁰⁾

La razón de la perseverancia de estas acciones es que quedan registradas en los modelos operativos internos como métodos eficaces pues resultaron tranquilizadoras en algún momento; sin embargo, a medio y largo plazo su abuso les generará mayor ansiedad lo cual puede provocar su conversión en patologías de diverso rango de gravedad. ^{(21) (30)}

Los mecanismos de regulación, son variados y cambian en función del tipo de apego con el que el niño haya aprendido a regularse en consonancia con sus cuidadores. ⁽⁵²⁾

Existen múltiples patologías que se pueden padecer derivadas de los intentos de regulación emocional con el fin de aliviar el malestar, algunas de ellas son: los trastornos de personalidad (TLP, TOC), los trastornos alimenticios (bulimia, anorexia u obesidad), las adicciones (alcoholismo, ludopatía) o la pertenencia a grupos violentos o sectas. ^{(30) (24)}

- Apego Inseguro ansioso – ambivalente

Puesto que, en el estilo de apego ansioso-ambivalente la figura de apego es intermitente en el cuidado del niño, mostrándole su afecto pero de una forma imprevisible; el menor omitirá el aspecto cognitivo en sus relaciones con los demás, no tratará de mantener el control en las mismas ya que nunca ha experimentado esa sensación de predictibilidad con respecto a las conductas de su cuidador. En su lugar, enfatiza la esfera emocional con el objetivo de mantener el contacto físico y emocional constante con alguna persona; dada su necesidad de búsqueda de afecto. ^{(26) (30)}

Debido a que desarrollan modelos de sí mismos inseguros y de los otros como seres poco confiables y resistentes al compromiso, los infantes y adolescentes cuyo apego sea ansioso-ambivalente, sentirán un fuerte deseo de intimidad junto con un intenso temor al abandono, rasgos objetivables a través de expresiones intensificadas de angustia e hipersensibilidad ante emociones negativas. ^{(3) (56)}

Los adolescentes con estilo de apego ansioso optan por no afrontar los conflictos interpersonales directamente, en su lugar emplean estrategias evitativas debido a su preocupación por el rechazo social. ⁽⁵³⁾ A esto se le añade la mayor autocrítica en relación con su autoconcepto negativo, el cual propicia la aparición de creencias disfuncionales sobre uno mismo, resultando un factor predictivo de trastornos de ansiedad. ^{(56) (57)}

Con el fin de autorregularse emocionalmente emplean estrategias poco adaptativas: rumiación, presencia de recuerdos emocionales negativos, atención directa al estrés... ⁽³⁰⁾

Durante la adolescencia buscarán cercanía social por todos los medios; a pesar de que esa necesidad les lleve a situaciones y personas “tóxicas”. Algunos ejemplos de conductas que podrán llevar a cabo para cumplir este propósito son: utilizar el sexo como forma de conseguir afecto, abuso de drogas para adaptarse al contexto social y no sentirse excluido de las relaciones interpersonales con pares, asociarse a grupos violentos... ^{(52) (57)}

Debido a su mayor sensibilidad a experimentar ansiedad a consecuencia del temor al rechazo, los adultos con un estilo de preocupado (que corresponde al patrón de apego ansioso-ambivalente en la infancia) son propensos a sufrir trastornos de personalidad histriónicos, evitativos, dependientes o limítrofes, encontrándose este último asociado en mayor medida al apego ambivalente en presencia de traumas no resueltos y al estilo de apego desorganizado. ⁽⁵⁸⁾

^{(59) (60)}

- **Apego Inseguro Evitativo**

Los niños cuyo estilo de apego es de tipo inseguro – evitativo han convivido con figuras de apego rígidas e inflexibles de quienes han recibido rechazo al expresar sus emociones y al manifestar sus necesidades, por lo que han aprendido que con el fin de evitar esa aversión y maximizar la cercanía de sus cuidadores, deben inhibir la expresión de sus sentimientos. ^{(26) (30)}

Serán niños a los cuales el contacto emocional con los demás les provoque frustración y terminen por evitar las relaciones íntimas y las manifestaciones de cariño. ^{(3) (56)}

Construyen una aparente autonomía temprana al verse como individuos autosuficientes y cuando se afligen en lugar de buscar el consuelo, emplean al aislamiento social como método para evitar el sufrimiento. ^{(26) (30)}

Presentan estructuras cognitivas rígidas y tienden a tenerlo todo bajo control, dan mucha importancia a las formas y ocultan sus verdaderas emociones tanto a sí mismos como a los demás. Esto les puede llevar al consiguiente agotamiento que les provoca pérdida del control, por ello tienen riesgo de sufrir depresiones y/o ataques de pánico. ^{(56) (57) (60)}

En cuanto a su estilo de afrontamiento, algunos estudios indican que los adolescentes con estilo de apego evitativo ven a los otros como seres amenazantes y poco confiables, percibiendo la posibilidad de ser dañados en una situación de conflicto por lo que emplean estrategias más competitivas (dominación y obligación). ^{(53) (54)}

La hipoactivación del apego que muestran los individuos rechazantes (con estilo de apego evitativo en la infancia) se asocia con trastornos de personalidad esquizoide, narcisista y antisocial y paranoico en posteriores etapas vitales. ⁽⁶⁰⁾

- **Apego Desorganizado**

Como se ha explicado en los patrones de Mary Ainsworth, en el apego desorganizado el cuidador representa para el niño de forma simultánea fuente de peligro y de protección, activando de forma paradójica o conflictiva los sistemas de defensa y apego por lo que el miedo que sufre no puede solucionarse. ⁽⁵¹⁾ El menor construye representaciones múltiples, incoherentes y desagregadas de la realidad: Se ve representado a sí mismo paralelamente como un ser necesitado de cuidado y amenazado; y al otro como un individuo dispuesto y a su vez incapaz de ofrecer cuidado, violento y asustado ^{(50) (51)}.

Las figuras de apego llevan a cabo conductas abusivas mostrando comportamientos que atemorizan al menor. Además la crianza del niño se basa en un “cuidado desconectado”, este término es mucho más amplio que el “desinterés”, se refiere a cambios repentinos e impredecibles en el comportamiento que ocasionan formas de comunicación afectiva extremadamente insensible a las necesidades de cercanía del niño, mostrando actitudes de rechazo extremo. ^{(50) (61)} Esta negligencia parental puede resultar tan aterradora para el niño como los comportamientos que provocan miedo de forma directa. ⁽⁵¹⁾

Sin embargo, Main conjeturó que la desorganización infantil es consecuencia no sólo de las situaciones de maltrato que resultan manifiestamente aterradoras, sino que también puede surgir cuando el niño percibe el temor de los padres que se encuentran asustados o disociados a consecuencia de traumas pasados, a esto en un primer momento se le denominó: “estados mentales no resueltos”. ⁽⁵¹⁾ Los datos parecen revelar que la falta de resolución psicológica del

apego desorganizado de los padres durante su infancia figura como factor clave en la transmisión del trauma. ⁽⁵⁵⁾

Se da una tendencia a la asociación entre la desorganización en la primera infancia y la evolución, durante los años preescolares (a partir de los 3 años) hacia formas de comportamiento controladoras hacia los padres. ⁽⁶²⁾

El análisis del comportamiento controlador es descrito por Main y Cassidy (1990) tras el diseño de un procedimiento similar a la Situación Extraña, en esta ocasión con niños de 6 años, describen dos subgrupos de conducta de apego controladora que serían el controlador punitivo y el controlador cuidador. ⁽⁶²⁾

En la estrategia controlante - punitiva los niños adoptan actitudes hostiles, coercitivamente dominantes o sutilmente humillantes debido a la activación del sistema de competición (dominación – sumisión) cuando hubiese sido más oportuna la activación del sistema de apego en el niño y el sistema de cuidado en la figura de apego. ^{(51) (62)}

Esta expresión de agresividad dominante en el niño podría abrir la puerta de los trastornos externalizantes de la infancia como el Trastorno oposicionista desafiante o el Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad los cuales repercutirían negativamente en su etapa escolar. ^{(57) (63)}

En el comportamiento controlante – cuidador el niño muestra conductas consoladoras y protectoras en el trato del progenitor a quien percibe como ser vulnerable. Puede suceder incluso que un niño abusado consuele al progenitor que le pide perdón tras el maltrato. Se produce de este modo una paradójica inversión de los roles de apego: en el niño se activa el sistema de cuidado en lugar de el de apego sucediendo la activación de forma inversa en la figura de apego. ^{(51) (62)} Este grupo de niños es más tendente a sufrir situaciones de acoso escolar, siendo victimizados y agredidos por sus compañeros.

Las estrategias controladoras-cuidadoras podrían estar en el origen de los trastornos internalizantes del niño (Somatización, Ansiedad y Depresión). ^{(57) (63)}

Los adolescentes criados bajo este estilo de apego tendrán peores capacidades de afrontamiento al estrés al carecer de estrategias consistentes que les permitan afrontar emociones negativas ya que los mecanismos de regulación externos no son suficientes. ^{(52) (53)} Por lo que sus patrones de regulación emocional pueden llegar a ser muy patológicos: autolesiones, abuso de drogas, relaciones de parejas conflictivas... ⁽³⁰⁾

Diversas observaciones teórico- clínicas así como investigaciones longitudinales sugieren que el maltrato (físico y psicológico) que han sufrido los niños con desorganización del apego en los primeros dos años de vida supone un factor de riesgo activo para desarrollar en un futuro el trastorno límite de la personalidad y una tendencia a actuar ante traumas sucesivos con la disociación. ^{(59) (61)}

4. CAPÍTULO III : PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE UN APEGO SEGURO

Como se ha explicado en uno de los apartados anteriores del trabajo, el establecimiento de un apego seguro es un factor protector para la salud mental del infante y del adolescente.^{(23) (30)} Debido a que la enfermería está presente en primera línea durante todas las etapas evolutivas del menor, desde su nacimiento hasta la adolescencia; resulta imprescindible que adquiera un rol más activo en el fomento del apego seguro, trabajando en colaboración con otros profesionales del equipo interdisciplinar diversos aspectos con las figuras parentales desde los distintos niveles de atención sanitaria.

4.1 Intervenciones de enfermería desde Atención Primaria

La atención al embarazo, el puerperio y el seguimiento de la salud infantil y adolescente supone el contacto directo de los profesionales de los servicios de atención primaria y comunitaria con las familias, quienes educarán a los padres en términos de promoción de un vínculo afectivo adecuado y llevarán a cabo actividades de prevención de alteraciones en el apego.^{(64) (65)}

4.1.1 Atención en el embarazo y puerperio

La literatura científica propone que incluir intervenciones de enfermería dirigidas a potenciar la promoción del vínculo materno-fetal durante el periodo prenatal puede incidir en la vinculación post-natal, el apego infantil, las pautas de crianza y la prevención del abuso y del maltrato del menor.⁽⁶⁶⁾

- Educación maternal

Las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, es decir las matronas de los centros de atención primaria ejecutan un rol de educadores brindando a las mujeres embarazadas y a sus parejas información sobre los cambios físicos y emocionales que se experimentan durante la gestación y las actividades de autocuidado a llevar a cabo. Se abarcan además cuestiones relacionadas con la preparación al parto, el proceso de puerperio y la alimentación del recién nacido. El aporte de información aumenta los sentimientos de confianza y seguridad a la hora de afrontar el proceso de maternidad - paternidad.^{(67) (68) (69)}

La enfermera debe actuar de forma acogedora e integral mediante la escucha activa de las dudas y emociones de los futuros padres, individualizando la atención y garantizando una adecuada relación terapéutica.^{(70) (71)}

Las intervenciones pueden llevarse a cabo tanto de manera individual como colectiva; sin embargo se ha demostrado que grupos permiten a las madres compartir los sentimientos y temores propios de esta etapa con otras que se encuentran en su misma situación; por lo que funcionan como redes de apoyo, influyendo significativamente en la vinculación con el feto y en el apego infantil pues estas experiencias sociales positivas mejoran la sensibilidad materna.^{(66) (70)}

- Valoración de la vinculación materno-fetal

El vínculo afectivo madre-hijo nace durante el período gestacional como una unión puramente biológica que pronto se convierte en una vinculación de carácter afectivo. ^{(72) (73)}

Además de la obtención de datos subjetivos durante entrevista con la madre y la observación de sus conductas, existen algunas escalas con origen en el ámbito de la enfermería para la evaluación por parte de la matrona del vínculo materno-fetal durante la gestación: “*Maternal-fetal Attachment Scale*” desarrollada por Cranley (1981) y “*Prenatal Attachment Inventory*” diseñada por Müller (1993). ⁽⁶⁶⁾

- ***Maternal-fetal Attachment Scale (MFAS)***

Se trata de una herramienta que cuenta con 24 ítems repartidos en cinco subescalas o categorías: 1) la diferenciación del yo del feto; 2) la entrega de sí mismo; 3) la interacción con el feto; 4) la atribución de características al feto y 5) la asunción del rol materno. Las respuestas a los ítems se presentan en una escala Likert con puntuaciones que van desde el “definitivamente no” (1) hasta “definitivamente sí” (5). ⁽⁶⁶⁾

- ***Prenatal Attachment Inventory (PAI)***

Se diferencia de la anterior en que incluye una serie de componentes cognitivos del vínculo materno-fetal que reflejan los pensamientos y fantasías que la madre tiene acerca del feto. Consta de 21 ítems que se valoran en una escala en formato Likert: “casi nunca” (0) hasta “casi siempre” (5). ⁽⁶⁶⁾

- Valoración del estado psíquico maternal

La transición a la maternidad es un proceso complejo y dinámico durante el cual es habitual que florezcan sentimientos de miedo e inseguridad con respecto a la crianza del menor ⁽⁷⁴⁾ Diversos autores exponen que altos grados de estrés y ansiedad durante el embarazo dificultan la posterior interacción de la madre con el niño lo cual conduce en consecuencia a un deterioro de la vinculación. ⁽⁷⁴⁾

Durante el embarazo y el puerperio, el riesgo de sufrir depresión es alto. ⁽⁷⁵⁾ Si bien es cierto que existe una reacción depresiva puerperal común y autolimitada secundaria a procesos fisiológicos tras el parto; los trastornos depresivos graves en el post-parto pueden provocar dificultades en el rol materno con graves consecuencias en el cuidado del recién nacido, tales como la negligencia o el maltrato, por ello la detección temprana de esta patología es una tarea fundamental. ⁽⁷⁶⁾

Las enfermeras especializadas en el ámbito de la Obstetricia y Ginecología de los centros de salud pueden detectar precozmente a mujeres con riesgo de sufrir depresión post-parto realizando en las primeras consultas tras dar a luz, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Cox, 1987). Dicha encuesta consta de 10 preguntas con cuatro alternativas de respuesta en función de la severidad de los síntomas depresivos en la semana previa.

No obstante, este test es una herramienta complementaria que no reemplaza el juicio clínico por parte de un facultativo para la confirmación del diagnóstico. ^{(75) (77)}

4.1.2 Atención Primaria Pediátrica

Una de las competencias de la atención de enfermería pediátrica será analizar y favorecer la relación con las figuras de apego durante las distintas etapas de desarrollo del menor ⁽⁷⁸⁾ mediante intervenciones como:

- Promover la parentalidad positiva

La parentalidad es un desafío que no se aprende mediante enseñanzas académicas sino que se construye a partir de su vivencia. ⁽⁶⁵⁾

Sin embargo, desde las consultas de atención primaria, los profesionales sanitarios (incluidas las enfermeras) han de brindar apoyo y aportar conocimientos a las familias para que, mediante un enfoque proactivo y capacitador, puedan desempeñar las responsabilidades relacionadas con la crianza de sus hijos e hijas. ^{(65) (79)}

Se han diseñado algunos programas psicoeducativos basados en la parentalidad positiva que tienen en cuenta los diversos contextos familiares. Un ejemplo es el *Programa Apego* del Servicio Andaluz de Salud, el cual cuenta con intervenciones integradas en las visitas del plan de salud infantil y adolescente, no tratándose de un proyecto al margen de la atención sanitaria. ⁽⁷⁹⁾

- Detección temprana del maltrato infantil

La enfermera de Pediatría deberá valorar durante las revisiones del niño sano y las visitas eventuales del menor y sus padres al centro de salud: las conductas parentales en la interacción con el menor, así como los comportamientos del niño y su estado con el fin de reconocer tanto factores de riesgo como indicadores ya presentes de abuso físico, psicológico, sexual y/o de abandono y negligencia. ⁽⁸⁰⁾

Ante la sospecha de una situación de violencia de cualquiera de los tipos mencionados, será necesaria la activación de los protocolos y la notificación del hecho a la autoridad competente. Un abordaje temprano del maltrato infantil reducirá sus consecuencias a corto y largo plazo. ⁽⁸¹⁾

4.2 Intervenciones de enfermería desde Atención Especializada

Pese a que gran parte de las intervenciones dirigidas a la promoción de un vínculo de apego seguro se lleven a cabo mediante programas educativos procedentes del nivel asistencial primario, la enfermería de atención hospitalaria deberá asumir también múltiples funciones que contribuirán a la creación de lazos emocionales entre padres e hijos apropiados.

4.2.1 Atención en el paritorio y en las Unidades de Obstetricia y Ginecología

El puerperio inmediato es crucial para el establecimiento del vínculo afectivo pues durante este período el recién nacido y su madre conectan a través de las primeras miradas, gestos y caricias. Las matronas evitarán siempre que sea posible la separación de la diada, llevándose a cabo otras actividades complementarias:

- **Facilitar el contacto piel con piel**

La matrona colocará al recién nacido sobre el cuerpo desnudo de su madre precozmente tras el nacimiento, durante al menos una hora.⁽⁸²⁾ En caso de que el parto se lleve a cabo por cesárea, el contacto piel con piel se debería de realizar tan pronto como las condiciones de la madre y del hijo lo permitan.⁽⁸³⁾

El contacto piel con piel supone la primera interacción de la diada madre-hijo, esta situación de cercanía en la cual el bebé percibe el olor, el tacto, la voz y el calor maternal; favorece el inicio de la lactancia materna y el vínculo afectivo de la diada.^{(82) (83) (84)}

Una vez realizado el traslado a las unidades de maternidad tras el parto, los protocolos de atención postnatal incluyen diversos procedimientos de enfermería como la evaluación de los signos vitales del bebé, la administración de la vitamina K o la aplicación de la profilaxis oftálmica. Las enfermeras deberían llevar a cabo dichas técnicas siempre que sea posible mientras el recién nacido está realizando contacto piel con piel con su madre o su padre.⁽⁸⁵⁾

- **Promocionar la lactancia materna**

Durante el amamantamiento se produce la liberación hormonal de oxitocina, comúnmente conocida como “hormona del amor”. Diversos investigadores han relacionado la liberación de esta hormona con sentimientos de confianza y afecto maternal y de serenidad y reducción del estrés en el bebé, afectando positivamente al vínculo materno-filial.⁽⁸²⁾⁽⁸⁶⁾

Las enfermeras de las unidades hospitalarias de maternidad deberán proporcionar a las madres información basada en la evidencia científica sobre los beneficios de lactancia materna así como ofrecer ayuda en su ejecución técnica. El apoyo emocional por parte de los profesionales de enfermería a las progenitoras resulta prioritario durante este proceso de aprendizaje y adaptación.^{(84) (87)}

En el caso de las madres que opten por otra alternativa de alimentación para su hijo serán respetadas en su decisión, se les dará pautas sobre su preparación y administración y se les brindará apoyo emocional con el fin de evitar el deterioro de la vinculación.⁽⁸⁴⁾

4.2.2 Atención en las Unidades de Neonatología

La separación que implica el ingreso hospitalario del neonato es considerada una barrera física y emocional que supone un riesgo para el deterioro de la vinculación con los progenitores.

Por ello, las enfermeras de las unidades neonatales deberán adoptar la atención centrada en la familia como una filosofía que promueva la creación de lazos emocionales entre los niños prematuros y sus padres. Para lograrlo, se implementarán diversas intervenciones de cuidado: ^{(87) (88)}

- **Facilitar el contacto físico**

El método madre-canguro (MMC) consiste en el contacto piel con piel temprano, prolongado y continuo entre la madre/padre y el bebé. A su vez se favorece con este método el inicio de la lactancia materna, uno de los pilares del método. ⁽⁸³⁾ Sin embargo, las restricciones en las políticas de visitas de las unidades neonatales limita la continuidad de este método, llevándose a cabo de forma intermitente. ^{(87) (88)}

Además de ofrecer múltiples beneficios en términos del desarrollo madurativo del neonato y de disminución de su estrés; diversos estudios demuestran que proporciona a los padres un aumento de su autoconfianza y seguridad al hacerse cargo del cuidado de su hijo, de modo que se promueve la interacción entre el recién nacido y sus padres y por tanto se potencia el vínculo de apego. ⁽⁸⁹⁾

- **Brindar soporte emocional**

Ante la situación de prematuridad y el pronóstico incierto del niño, las figuras parentales pueden sentirse desbordados emocionalmente o incluso bloqueados, esto provoca dificultades en la asunción parentalidad y en la interacción con su hijo. ⁽⁹⁰⁾

Por ello las enfermeras proporcionarán a los padres apoyo emocional mediante la empatía y la escucha activa, permitiéndoles la expresión de sus sentimientos sin juzgarles, ayudándoles a gestionarlos y animándoles a la interacción con su pequeño (cantándole o hablándole). ^{(91) (92)}

- **Fomentar la participación en los cuidados del neonato**

Las enfermeras de estas unidades deben tratar de empoderar a los padres como cuidadores primarios, entrenándoles en la observación y el aprendizaje de las conductas de sus hijos.

La participación activa en los cuidados (tales como la alimentación o el cambio de pañal) con el acompañamiento del personal de enfermería ayuda a que los padres adquieran confianza y se vean capaces de asumir su rol parental. ⁽⁹²⁾

5. CONCLUSIONES

La teoría del apego de Bolwby conforma una base teórica para la comprensión del fenómeno de apego como una variable decisiva en el desarrollo socioemocional del individuo. ^{(1) (5)}

El vínculo afectivo comienza a crearse durante la etapa pre-natal, sin embargo es hacia el primer año de vida cuando el vínculo madre-hijo se afianza. ^{(3) (28)} A pesar de que la relación con la figura de apego principal (habitualmente su madre) se transforme en función de la etapa del desarrollo del individuo y de que otras personas ocupen su lugar en la cúspide de la jerarquía de figuras de referencia del niño y del adolescente ^{(33) (34)}; la calidad de la relación temprana de la diada, fundamentalmente determinada por la sensibilidad materna en la dinámica interactiva con el bebé, provoca la formación de un patrón relativamente estable en el menor a la hora de sentir, pensar y relacionarse con los otros; esto se denomina estilo de apego, el cual podrá ser clasificado como seguro, inseguro con sus dos vertientes (inseguro-ansioso o inseguro-evitativo) o desorganizado. ^{(15) (19)}

Los niños con un apego seguro cuentan con una base emocional sólida que les proporciona sentimientos de autoconfianza y autoestima, los cuales les facilitan su adaptación social. ^{(23) (26)} ⁽²⁹⁾. En cambio, la inseguridad y desorganización del apego han sido asociadas a estrategias de regulación emocional desadaptadas y de riesgo, con alta probabilidad de que desencadenen trastornos psicopatológicos durante la infancia y adolescencia. ^{(59) (60) (62)}

Por tanto, tras la elaboración de esta revisión bibliográfica, se puede concluir que el vínculo de apego juega un papel significativo en el desarrollo de la personalidad del individuo y resulta un factor clave para su bienestar psicológico.

Teniendo en cuenta que la enfermería está en contacto estrecho con el menor y su familia a lo largo de todo su desarrollo, se considera que cuenta con una posición privilegiada para la prevención e identificación de posibles problemas en la vinculación y su abordaje precoz en colaboración con otros profesionales. ^{(68) (80)(92)}. Por lo que, las intervenciones enfermeras dirigidas a promover una crianza de calidad y un rol parental adecuado fomentando el apego seguro, serán de vital importancia para la construcción de una salud mental sólida en los infantes y adolescentes. ^{(10) (73) (89)}

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Galán Rodríguez, Antonio. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 581-595. Recuperado en 07 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003&lng=es&tlng=es.
2. Melero Cavero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación*. Universitat de València.
3. de Encío, C. Á. (2019). *La relación de apego: Posibilidades educativas* (Vol. 213). Narcea Ediciones.
4. García, P. S. (2011). El vínculo afectivo de apego: investigación y desarrollo. *Acción psicológica*, 8(2), 5-7.
5. Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada*. Ediciones Morata.
6. Marrone, M. (2018). La teoría del apego y el psicodrama. *Clínica Contemporánea*, 9(2), E11.
7. Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
8. Pupo-González, L., Noguerras-Reyes, Y., de-Prada-Justel, M. E., & Labrada-Pupo, D. (2018). Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(6 Especial).
9. Belfer M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(3), 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
10. Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet (London, England)*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
11. De La Barra, F. (2009). Salud mental de niños y adolescentes:¿ Por qué es necesario investigar?. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 175-177.
12. González de Artaza Lavesa, M. (2021). Apego y trastornos mentales graves.
13. Bowlby, J. (1995). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Editorial Paidós. *Psicología Profunda. Primera reimpresión. Barcelona, España*.
14. Gago, J. (2014). Teoría del apego. El vínculo. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*, 11, 1-11.

15. Bretherton, I. (2013). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In *Attachment theory* (pp. 45-84). Routledge.
16. BOWLBY J (1958). "The nature of the child's tie to his mother". *International Journal of Psychoanalysis* 39: pp. 350-73
17. BOWLBY J (1960). "Separation anxiety". *International Journal of Psychoanalysis* 41: pp. 89-113.
18. BOWLBY J (1960). "Grief and mourning in infancy and early childhood". *The Psychoanalytic Study of the Child* 15: pp. 9-52
19. González Santana, S. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 2-15. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a2>
20. Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
21. Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory.
22. López, C., & Ramirez, M. (2017). Apego. *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 6(1), 20-24. Recuperado a partir de <https://revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/134>
23. Velasco, L. P. P., Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., & Díaz-Herrero, Á. (2011). Interacción madre-hijo y desarrollo mental infantil: Implicaciones para la atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 521-529.
24. Bretherton, I. (2016). Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity. In *Maternal sensitivity* (pp. 18-42). Routledge.
25. Silva, Paola (2013). Sensibilidad materna y su asociación con el desarrollo infantil temprano. Estudio exploratorio en díadas madre-bebé en contexto natural. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
26. Feeney, J., & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
27. Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*, 15(2), 1-17
28. Faas, A. (2021). *Psicología del desarrollo de la niñez*. Editorial Brujas.
29. Ascanio Ascanio, L. M., & Maldonado Castellanos, N. (2020). Importancia del vínculo afectivo entre madres e hijos: una revisión documental.

30. Pacheco, M. H. (2017). *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen*. Desclée de Brouwer.
31. Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología (Internet)*, 8(2), 14-23.
32. Madruga, J. A. G., & Queija, I. S. (2019). *Psicología del desarrollo I*. J. Delval (Ed.). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
33. López, F. (2006). Attachment: Stability and change across the life span. *Journal for the Study of Education and Development*, 29(1), 9-23. <https://doi.org/10.1174/021037006775380830>
34. Pérez, N. P. (2011). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Editorial Club Universitario.
35. da Silva Renata, Calvo Tuleski S. La actividad infantil y el desarrollo emocional en la infancia. *Rev Intercont Psicol y Educ [Internet]*. 2014;16(2):9-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80231541002>
36. González Martínez, M. T., & García González, M. L. (1995). El estrés y el niño: Factores de estrés durante la infancia. *Aula: revista de pedagogía de la Universidad de Salamanca*.
37. Viguer, P., Cantero, M. J., Rico, C., & Serra, E. (2009). Un estudio longitudinal sobre la influencia del nacimiento de un hermano en la calidad del apego y la autonomía personal en niños de 3 a 5 años. *Journal for the Study of Education and Development*, 32(4), 567-581.
38. Gordillo, M. G., Fernández, M. I. R., Herrera, S. S., & Almodóvar, Z. C. (2016). Clima afectivo en el aula: vínculo emocional maestro-alumno. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 195-202.
39. Geddes, H. (2010). *El apego en el aula: Relación entre las primeras experiencias infantiles, el bienestar emocional y el rendimiento escolar* (Vol. 269). Graó.
40. Oliva Delgado, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8 (2), 55-65.
41. Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 21(4), 233-244.
42. Andrés, E. G. (2014). La regulación emocional infantil y su relación con el funcionamiento social y con la función ejecutiva: un estudio con niños con diferentes características en su desarrollo (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).

43. Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358-366.
44. Milozzi, S., & Marmo, J. (2022). REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA RELACIÓN ENTRE APEGO Y REGULACIÓN EMOCIONAL. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 70-86. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp70-86p>
45. Schore, A.N (1994) Attachment and regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2(1) April 2000 23–47.v
46. Rendón Arango, M. I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 3(2), 349-363.
47. Colom Bauzá, J., & Fernández Bennassar, M. D. C. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual.
48. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Erlbaum, editor. Hillsdale, Estados Unidos; 1978.
49. Barroso, O. (2014). 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*, 4(1), 1-25.
50. Álvarez-Segura, M., & Lacasa Saludas, F. (2022). Vías de desarrollo del apego desorganizado: maltrato y cuidados tempranos alterados. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 29–40. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a4>
51. Ballester, C. G., Mañes, R. J. M., & Llario, M. D. G. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(1), 375-384.
52. López Castillo, P. (2019). Relación entre los estilos de apego, vulnerabilidad psicopatológica y conductas de riesgo en adolescentes: una revisión sistemática.
53. Ben-Ari, R., & Hirshberg, I. (2009). Attachment styles, conflict perception, and adolescents' strategies of coping with interpersonal conflict. *Negotiation Journal*, 25(1), 59–82. <https://doi.org/10.1111/j.1571-9979.2008.00208.x>
54. González, A., & Molero, M. M. (2022). Estrategias de Afrontamiento en los Conflictos entre Adolescentes: Revisión Sistemática. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 12(2), 146-170. <http://dx.doi.org/10.447/remie.8383>
55. Mesa, A. M., Estrada, L. F., Bahamón, A. L., & Perea, D. (2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. *Pensamiento psicológico*, 6(13), 127-151.
56. Aguilar de la Fuente, A. (2023). Relación entre la psicopatología y el desarrollo evolutivo en la infancia y la adolescencia.

57. Pinto-Cortez, C. G., Beyzaga, M., Cantero, M. F., Oviedo, X., & Vergara, V. (2018). Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. *Revista de psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 23-29.
58. González, R., Ysern, L., Martorell, C., Matéu, C., & Barreto, P. (2010). Relaciones entre psicopatología y apego en la adolescencia. *Revista Iberoamericana De Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(29), 9-26.
59. Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, 1, 37-88.
60. Santelices, M. P., Guzmán González, M., & Garrido-Rojas, L. (2011). Apego y psicopatología: Estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva.
61. Green, J. and Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganization and psychopathology: new findings in attachment research and their possible implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 835–846.
62. Karlen Lyons-Ruth, P. D. (2010) Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia. Instituto de psicoterapia relacional. Vol.4 (2) pp 340-356.
63. Contreras Urrea, G. V. (2016). Prácticas parentales y su relación con conductas externalizadas e internalizadas de niños y niñas en edad preescolar.
64. Cobo García, M. (2020). Teoría del apego: cómo se forma el adulto emocional.
65. Jiménez García, Lucía (2016). "La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias". *Apuntes de Psicología* (0213-3334), 34 (2), pag. 91.
66. Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología (Internet)*, 8(2), 14-23.
67. García, P. C. (2022). Importancia de la educación maternal durante la gestación. *NPunto*, 5(53), 23-89
68. Pérez, M. (1996). La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*, 15(3), 102-106.
69. Sanz, M. J. (2016). Los programas de educación maternal-paternal en el Sistema Nacional de Salud. *Polibea*, 121(1), 19.
70. Ortiz Villanueva, M. L. (2014). Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres.
71. Paes RLC, Rodrigues DP, Alves VH, Silva SED da, Cunha CLF, Carneiro MS, et al. La consulta de enfermería prenatal desde la perspectiva de la teoría de los cuidados de

- Kristen Swanson. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87708>.
72. Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de psicoanálisis*, 15(2), 1-17.
 73. Masera, R. G., Martín, P. A., & Pavón, I. R. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 425-434.
 74. Masera, R. G., Martín, P. A., & Pavón, I. R. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 425-434.
 75. Fernández Vera, Johalys Karina, Iturriza Natale, Alejandra Teresa, Toro Merlo, Judith, & Valbuena, Rosalba. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. Recuperado en 30 de abril de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&tlng=es.
 76. Domínguez, E. S., García, N. G., Páez, L. R., & Jódar, R. G. (2016). Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a revisiones en la consulta de matrona. *Intervención en contextos clínicos y de la salud*, 19.
 77. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
 78. Ramírez, F. B., Misol, R. C., Bentata, L. C., Alonso, M. D. C. F., Campayo, J. G., Franco, C. M., ... & del PAPPs, G. D. S. M. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Atención primaria*, 50(Suppl 1), 83.
 79. HIDALGO, M. V., ROMÁN, M., LÓPEZ-GAVIÑO, F., ANTOLÍN-SUÁREZ, L., OLIVA, A., MORENO, C., ... & Palacios, J. (2016). Programa Apego. Una experiencia de promoción de parentalidad positiva desde el contexto sanitario. *Apuntes de Psicología*, 101-106.
 80. Mercader, M. E., Pareja, M. A., Prieto, Á. I., Navarro, C. M., Franco, M. D. R. S., & Soberbio, L. R. (2021). El maltrato infantil en el ámbito de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(10), 251.
 81. Oliván, A. M. S. (2020). *Maltrato infantil: el rol de enfermería* (Vol. 70). 3Ciencias.
 82. Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
 83. Karimi, F. Z., Miri, H. H., Khadivzadeh, T., & Maleki-Saghooni, N. (2020). The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a

- systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 21(1), 46–56. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
84. Muñoz, C. V. (2017). *Experiencia de las madres atendidas en un hospital IHAN durante la instauración de la lactancia materna: Un estudio para la mejora de la calidad mediante la técnica del incidente crítico* (Doctoral dissertation, Universitat d'Alacant/Universidad de Alicante).
 85. Turenne, J. P., Héon, M., Aita, M., Faessler, J., & Doddridge, C. (2016). Educational Intervention for an Evidence-Based Nursing Practice of Skin-to-Skin Contact at Birth. *The Journal of perinatal education*, 25(2), 116–128. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.2.116>
 86. Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in endocrinology*, 12, 742236. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>
 87. Gutiérrez Martínez, M^a del Mar, González Carrión, Pilar, Quiñoz Gallardo, M^a Dolores, Rivas Campos, Antonio, Expósito Ruiz, Manuela, & Zurita Muñoz, Antonio José. (2019). Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201911088. Epub 07 de septiembre de 2020. Recuperado en 03 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100084&lng=es&tlng=es.
 88. Cañadas DC, Perales AB, Casado Belmonte M del P, Martínez RG, Carreño TP. Kangaroo mother care and skin-to-skin care in preterm infants in the neonatal intensive care unit: A bibliometric analysis. *Archives de Pédiatrie* 2022;29(2):90–9. doi:10.1016/j.arcped.2021.11.007.
 89. Díaz-Jiménez, D., Lara, M. D. L. N. C., & Pereira, M. G. M. (2018). La matrona como guía para la aplicación del método madre canguro. A propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, 28(5), 334-340.
 90. Serret, M. S. (2015). *El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal* (Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili).
 91. Maleki, M., Mardani, A., Harding, C., Basirinezhad, M. H., & Vaismoradi, M. (2022). Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Women's health (London, England)*, 18, 17455057221104674. <https://doi.org/10.1177/17455057221104674>
 92. Salehi, Z., Mokhtari Nouri, J., Khademolhoseyni, S. M., & Ebadi, A. (2014). The Effects of Nursing Interventions on Mothers' Empowerment Regarding Improvement of the Care of Preterm Infant in NICU: A Systematic Review. *International Journal of Medical Reviews*, 1(1), 25-31