ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia



Apego

Actualización Febrero 2010
Editor del Tema:
Marinus van IJzendoorn, PhD, Leiden University, Países Bajos

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Tabla de contenidos

Síntesis 6

Impacto del Apego a la Madre y al Padre durante los Primeros Años, en el Desarrollo Psicosocial de los Niños hasta la Adultez Temprana 10
KARIN GROSSMANN, PHD., KLAUS E. GROSSMANN, PHD., AGOSTO 2007

Desorganización de las Estrategias de Apego en la Infancia y la Niñez 18
KATE HENNIGHAUSEN, PHD., KARLEN LYONS-RUTH, PHD., JUNIO 2007

El Apego durante los Primeros Años (0-5) y su Impacto en el Desarrollo Infantil 25
MARINUS VAN IJZENDOORN, PHD., MAYO 2005

El Apego en la Primera Infancia: Comentarios de van IJzendoorn y Grossmann y Grossman 30
GREG MORAN, PHD., JULIO 2005

El Apego y su Impacto en el Desarrollo Infantil: Comentarios de van IJzendoorn, Grossmann y Grossmann , y Hennighausen y Lyons-Ruth 34
CHARLES H. ZEANAH JR., MD, PRACHI SHAH, MD, JULIO 2005

El Impacto de las Intervenciones Basadas en el Apego, sobre la Calidad del Apego entre Lactantes y Niños Pequeños 40
MARY DOZIER, PHD., KRISTIN BERNARD, M.A., DICIEMBRE 2004

Programas de Intervención y Prevención para Niños Pequeños, Basados en el Apego 45
BYRON EGELAND, PHD., DICIEMBRE 2004

Eficacia de las Intervenciones Basadas en el Apego 52
DIANE BENOIT, MD, FRCPC, ABRIL 2005

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Intervenciones Basadas en el Apego: Comentarios sobre Dozier, Egeland y Benoit 58
SHEREE L. TOTH, PHD., ABRIL 2005

Apoyando a las Familias para Construir Relaciones de Apego Seguro: Comentarios sobre Benoit, Dozier y Egeland 63
FEMMIE JUFFER, PHD., MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, PHD., Y MARINUS H. VAN IJZENDOORN, PHD., JUNIO 2005

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Tema patrocinado por:



©2004-2026 ABILIO | APEGO

Síntesis

¿Por qué es importante?

Todos los lactantes requieren de atención, consuelo y una sensación de seguridad. Los lactantes que se sienten amenazados, se volverán hacia sus cuidadores en demanda de protección y consuelo. A lo largo del tiempo, la respuesta de los cuidadores ayuda a moldear la relación, transformándola en un modelo de interacción.

La teoría sobre el apego de Bowlby describe la importancia de la relación inicial que se desarrolla entre el lactante y el cuidador principal. Este lazo afectivo, llamado apego, proporciona la base para el posterior desarrollo social, emocional e incluso cognitivo del pequeño. Además, las relaciones de apego continúan influenciando los pensamientos, sentimientos, motivos y las relaciones cercanas durante toda la vida.

La investigación demuestra que el apego seguro es un factor de protección que lleva a un mayor número de resultados óptimos del desarrollo, mientras que los niños con apego inseguro son más proclives a problemas sociales y de desajuste y que los niños con un apego desorganizado son proclives a mayor riesgo de psicopatologías y a resultados desfavorables.

¿Qué sabemos?

Para evaluar la calidad del apego en la infancia, los investigadores usan a menudo un método estandarizado de separación-reunión, llamado el Procedimiento de la Situación Extraña, en el cual las reacciones del lactante al ser reunido con su cuidador después de una breve separación, se utilizan para evaluar cuánta confianza tienen los niños en la accesibilidad de su figura de apego.

Hay cuatro modelos de apego entre el lactante y su cuidador. Los pequeños que procuran activamente una proximidad con sus cuidadores en una reunión, comunican sus sentimientos de angustia y ansiedad abiertamente y luego retornan de buen grado a la exploración, se clasifican como seguros. Se considera que este tipo de apego se desarrolla cuando el cuidador responde constantemente a la angustia del niño con sensibilidad. Los lactantes que ignoran o evitan al cuidador después de que se les reúne, se clasifican como inseguros- evitativos. Se cree que esto

©2004-2026 ABILIO | APEGO

se desarrolla cuando el cuidador responde constantemente ante la angustia del pequeño de maneras que constituyen un rechazo.

Los lactantes que combinan la mantención de un contacto intenso con resistencia al contacto, o que permanecen inconsolables sin ser capaces de volver a explorar el medioambiente, se clasifican como inseguros-ambivalentes. Esto se produce cuando el cuidador responde de manera inconsistente o impredecible. Finalmente, algunos lactantes no parecen estar en condiciones de recurrir a un solo modelo organizado. Ello se denomina apego desorganizado, y se estima que se desarrolla cuando quien le cuida despliega conductas inusuales y finalmente atemorizantes en presencia del pequeño.

En el marco de una población normativa, se ha establecido que aproximadamente un 62% de los lactantes se clasifican como seguros, un 15% como inseguros-evitativos, un 8% como inseguros-ambivalentes y un 15% como desorganizados.[1]

El apego seguro es considerado como un factor de protección y se le asocia con un mejor resultado del desarrollo en aspectos como la confianza en sí mismos, la eficacia personal, la empatía y la competencia social en los primeros años, la edad escolar y la adolescencia. Se ha demostrado que los lactantes con apego inseguro arriesgan posteriores problemas de adaptación tales como trastornos conductuales, agresión, depresión y conductas antisociales.

Los niños con apego desorganizado corren el mayor riesgo de psicopatologías. Hay un alto porcentaje de desorganización en el apego de niños que han sido víctimas de maltrato. Una serie de conductas parentales se vinculan a la desorganización infantil. Ello incluye errores en la comunicación afectiva (tales como respuestas contradictorias a las señales de los lactantes), abandono de los padres, respuestas negativas- invasivas, respuestas con confusión de roles, respuestas desorientadas y conductas atemorizadas o atemorizantes.

Situaciones de vida negativas (tales como el divorcio), pueden comprometer la seguridad del apego, pero las diferencias en la seguridad del apego son fundamentalmente consecuencia de las interacciones de los niños con su medio social, durante los primeros años de vida. Los padres por lo tanto desempeñan un papel crucial. Por esta razón, las intervenciones preventivas en la primera infancia tienen un enorme potencial para alterar las trayectorias conductuales y de desarrollo, especialmente en familias de alto riesgo.

¿Qué podemos hacer?

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Para mejorar los resultados del desarrollo a largo plazo en lactantes y niños, los programas de prevención e intervención deberían focalizarse en promover el apego seguro padre/madre-lactante. Las intervenciones basadas en el apego, a menudo se orientan hacia temas específicos, tales como la sensibilidad, las conductas y los estados mentales de los padres. Sin embargo, lo más efectivo para mejorar la seguridad del apego pareciera ser la focalización exclusiva en el entrenamiento conductual de la sensibilidad de los padres, más que enfocar la sensibilidad, y el apoyo y las representaciones internas (p.ej. la terapia individual), el uso de retroalimentación por video y de breves intervenciones (de 5 a 16 sesiones), centradas en la sensibilidad de los padres. Esto ha logrado además positivos resultados con padres adoptivos. Tampoco el lugar de la intervención (hogar versus oficina), y la presencia de múltiples factores de riesgo afectaron la eficacia, aunque las intervenciones realizadas s con pacientes/clientes enviados o referidos clínicamente y las que incluían a los padres, demostraron ser más efectivas que las intervenciones sin tales características.

Algunas intervenciones focalizadas en la sensibilidad han tenido también algún impacto en el apego desorganizado. Sin embargo, se cree que las intervenciones focalizadas en comportamientos atípicos de los padres (p.ej. fracasar en mantener a salvo a un niño, fracasar en consolar a un pequeño angustiado, reír mientras el niño está así, pedir afecto y reaseguramiento por parte del niño, o amenazar con dañar) son más aptas para reducir el apego desorganizado. Hasta el día de hoy, las intervenciones basadas en el apego se han focalizado ante todo en los precursores del apego inseguro, más que en el apego desorganizado. Los estudios futuros deberían, por lo tanto, evaluar las intervenciones según su potencial para prevenir el apego desorganizado.

Actualmente, la evidencia que proporciona la investigación para mejorar la relación de apego, privilegia las intervenciones breves y muy planificadas, a partir de los seis meses de edad, al menos.

Sin embargo, para algunas familias de alto riesgo, pueden requerirse intervenciones más comprehensivas y a largo plazo u otro tipo de intervenciones. Hay ciertos temas importantes que aún requieren de estudio, antes de llegar a conclusiones definitivas respecto a cómo promover mejor el apego seguro en diferentes tipos de familias. Ello incluye la durabilidad de los efectos de las intervenciones, los mecanismos que contribuyen a su eficacia, así como su efectividad en el plano de la vida real (opuesto a las pruebas clínicas), en diferentes tipos de familias.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Pese a ello, es evidente que quienes proporcionan servicios deben ser capacitados en el uso de técnicas basadas en el apego que han demostrado ser efectivas. Los programas de intervención basados en el apego deberían incorporarse a las visitas a los hogares y a los programas de educación parental que se realizan, mientras que las políticas deberían identificar los medios a través de los cuales las familias pueden acceder a un constante apoyo parental y psicológico, durante la vida de su hijo. Los análisis económicos demuestran actualmente con claridad la relación costo-efectividad, tanto en dólares como en sufrimiento humano, que implica el hecho de proporcionar servicios a familias con niños, antes de que se desarrolle la psicopatología.

Referencias

1. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225–249

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Impacto del Apego a la Madre y al Padre durante los Primeros Años, en el Desarrollo Psicosocial de los Niños hasta la Adultez Temprana

Karin Grossmann, PhD., Klaus E. Grossmann, PhD.

University of Regensburg, Alemania

Agosto 2007, Éd. rév.

Introducción

Bowlby y Ainsworth abordan el desarrollo de la personalidad basados en la etología[1,2] y en una investigación transcultural[3], preservando las interrogantes centrales del psicoanálisis tradicional[2] y refiriéndose al concepto de la representación mental tal como lo sugiere la psicología cognitiva. La aproximación etológica implica: una cuidadosa descripción y clasificación del comportamiento de lactantes y niños[4]; b) la referencia a un medioambiente establecido de adaptabilidad evolutiva para seres humanos, tal como se evidencia en la intensa respuesta de los lactantes ante el hecho de quedarse solos en un medioambiente desconocido, con gente desconocida; y c) analizar la función de las emociones y conductas en un contexto social.[5] El apego sirve para asegurar la protección y el cuidado, y el apego seguro sirve para aliviar la angustia, restaurar la homeostasis psicológica e incentivar la exploración. Sentirse seguro es la base para transformarse en emocional, social y cognitivamente aculturado. [6,7]

En los primeros años, las relaciones de apego son las relaciones predominantes y más influyentes en la vida de un niño. Sientan las bases para las interpretaciones emocionales y cognitivas de experiencias sociales y no sociales, para el desarrollo del lenguaje, para adquirir un sentido respecto a uno mismo y los demás en situaciones sociales complejas, y para que el niño acepte y adquiera su cultura. Como ejemplo, la atención conjunta surge alrededor de los nueve meses[8], en el punto máximo de la ansiedad ante lo desconocido. Esto asegura que el niño aprenda primero sobre su cultura o la de su familia en la lengua materna. Las relaciones de apego, vitales para la supervivencia del lactante durante la evolución[9] humana, siguen influyendo los pensamientos, sentimientos y motivos, y por ende, la relación cercana, durante toda la vida.

En el contexto de la moderna biología evolutiva, la teoría del apego se centra en el interés "genético- egoísta" del niño de recibir lo más que pueda de sus padres, ojalá en recursos tanto

©2004-2026 ABILIO | APEGO

físicos como psíquicos.[7,9] En términos del conflicto padres-descendientes, según lo dice Triver[10], la teoría del apego se centra en el lado de dicho conflicto que corresponde a los descendientes y en la buena o mala voluntad de los padres para invertir especialmente en cualquier descendiente. El punto de vista de los padres dentro de su propia perspectiva vital, puede contribuir a explicar las diferencias en la inversión que éstos realizan en cuidado, la distinta sensibilidad parental hacia diferentes hijos y la concordancia, más bien reducida, de los modelos de apego incluso en el caso de gemelos monocigóticos.[11]

Materia

La teoría del apego establece una relación causal entre la experiencia de los individuos con sus padres o con figuras de apego, y su capacidad de crear vínculos de afecto a futuro. Se estima que una preocupación confiable, duradera, sensible y apoyadora (por ej. el amor de uno de los padres al menos), proporciona un modelo de vínculo afectivo entre parejas desiguales. Si un niño recibe cuidados tiernos y amorosos cuando lo necesita, y apoyo en su autonomía durante la exploración, tanto de la madre como del padre, se estima que tales experiencias a) dan al niño un sentido de valía, una creencia en la capacidad de ayuda de otros y le permiten explorar el medio que lo rodea con confianza b) son un óptimo requisito previo para relaciones de pareja adultas, mutuamente apoyadoras y duraderas; y c) proporcionan un modelo para ser padres posteriormente[12, 6]. Una exploración confiada y competente, como la describió Bowlby, responde a nuestro concepto de exploración “segura”.[12, 13] La investigación longitudinal está estudiando actualmente este predictor a largo plazo del desarrollo de los niños en familias biparentales, sin antecedentes clínicos y que no estén en riesgo.[14]

Problemas

Originalmente, la investigación sobre el apego proporcionaba sólo un método para establecer la calidad del mismo en la lactancia, utilizando un paradigma de separación- reunión (la situación extraña). Sin embargo, los resultados de los estudios indicaban una baja validación de la situación extraña entre el lactante y el padre, a fin de anticipar posteriores desarrollos psicosociales .[15] Más bien, la calidad interactiva padre – hijo durante el juego o la exploración y los notorios cambios en las capacidades de este último, son al parecer mejores para anticipar el desarrollo del niño[16]. Un segundo cambio es la correlación entre apego seguro y exploración segura. ¿Se refuerzan entre sí? Un tercer desafío para la investigación sobre el apego implica un tema de medidas: ¿Cómo se transforman posteriormente los modelos de conducta del apego

©2004-2026 ABILIO | APEGO

infantil, en modelos de un discurso verbal sobre el apego?

Contexto de Investigación

A mediados y a fines de los años setenta, se iniciaron dos estudios longitudinales sobre el desarrollo social y emocional de niños en una familia biparental de clase media no sometida a riesgo[14] : el proyecto Bielefeld o Proyecto 1, que se inició con el nacimiento de los pequeños[17] y el proyecto Regensburgo o Proyecto 2, que comenzó cuando éstos tenían 11 meses de edad.[18] Las experiencias de los niños en los dominios del apego y la exploración se evaluaron en la infancia, niñez y adolescencia, utilizando tanto la madre como el padre observaciones estandarizadas o libres. Se realizaron entrevistas abiertas con los padres y posteriormente con los niños. Representaciones del apego se investigaron a los 10, 16 y 22 años; representaciones de la amistad, a los 16 años y representaciones de pareja, a los 20 o 22 años. Para analizar las primeras influencias de la representación de relaciones cercanas, la fecha del apego infantil y las estrategias exploratorias, se agregaron la sensibilidad y el apoyo materno y paterno en los periodos de la infancia (desde el nacimiento hasta los 3 años), niñez (5 a 10 años) y adolescencia (16 a 18 años)[19]. Además, se realizaron diversos estudios en otras culturas[20], incorporándolas a la larga tradición de investigación intercultural en materia de apego.[21]

Preguntas clave de Investigación

¿Cómo se desarrolla la capacidad de crear lazos afectivos? La calidad del apego infantil hacia la madre y el padre durante los dos primeros años, ¿cuánto nos permite predecir respecto a la capacidad de adolescentes y adultos jóvenes para imaginar vínculos afectivos? ¿Cuánto influye la experiencia del niño pequeño o mayor con su madre y padre en sus posteriores representaciones de relaciones cercanas? ¿Es relevante para una exploración segura una relación de apego segura y apoyadora con los padres?

Resultados de Investigaciones Recientes

Nuestros proyectos longitudinales revelaron varios descubrimientos importantes:[19]

1. La seguridad en la representación del apego y de la relación de pareja a los 22 años, había sido anticipada en forma significativa a partir del apego en la adolescencia y la niñez. A los seis y 10 años de edad, ya era posible anticipar la capacidad de presentar un discurso claro sobre temas relativos al apego. [22,23]

©2004-2026 ABILIO | APEGO

2. El apoyo sensible, la aceptación del niño y los comportamientos apropiadamente desafiantes por parte de la madre y del padre, cada uno separada y luego conjuntamente, fueron poderosos predictores de modelos de trabajo internos para las relaciones cercanas en la época del adulto joven.

3. La sensibilidad de madres y padres durante el juego conjunto con su hijo en los primeros seis años de vida, contribuye significativamente a la posterior calidad de la representación de la relación de pareja. La sensibilidad parental durante el juego se caracterizó por un comportamiento de los padres que respeta y apoya la necesidad de los más pequeños de explorar en forma autónoma y transformarse en competentes, tanto como por el comportamiento parental que promueve la cooperación, ayuda a los niños a aprender a resolver problemas independientemente, plantea desafíos apropiados y proporciona guía y apoyo a las estrategias de aprendizaje.

4. En contraste con algunos otros estudios longitudinales sobre el desarrollo del apego, los patrones de apego mostrados por los lactantes en la situación extraña hacia la madre, a los 12 meses, o hacia el padre, a los 18 meses, no anticiparon representaciones de apego más allá de la infancia en ninguno de ambos proyectos. La única variable con mayor influencia en el Proyecto 1 fue la conducta sensible y desafiante del padre con su hijo, a los 24 meses.[19]

5. El Proyecto1 es un ejemplo de la complejidad de las trayectorias de desarrollo después de la infancia. A finales del primer año, solo un 33% de los lactantes había mostrado un modelo de apego seguro hacia la madre y solo un 41% hacia el padre, en la situación extraña. Sin embargo, un modelo de apego seguro hacia la madre anticipaba un desarrollo más óptimo hasta los 10 años de edad. Sostuvimos que la gran proporción de rechazo en este ejemplo se debía a las demandas culturales germanas por autosuficiencia en los años setenta y no indicaba un rechazo parental. Sin embargo, apoyando las observaciones realizadas por Ainsworth en los hogares[24], los niños de Alemania del Norte con una actitud clasificada posteriormente como evitativa, fueron objeto de menor número de contactos corporales con ternura, hubo menor respuesta ante sus llantos, episodios más abruptos e invasivos para recoger al pequeño y madres menos sensibles, así como menos cooperadoras.[17]

6. Un modelo inseguro de apego en la lactancia anticipaba un desarrollo posterior menos óptimo tanto en lo emocional como en lo social, solamente si el niño carecía también de la experiencia de apoyo sensible y apoyador de la madre y del padre en cuanto a la exploración. Y, lo que es incluso más importante, el rechazo parental a mitad de la niñez, las experiencias traumáticas de un amigo cercano, la separación de los padres y la pérdida

©2004-2026 ABILIO | APEGO

real o inminente de los padres, se asociaban con mayor frecuencia con representaciones adolescentes de apego inseguro.[25]

7. A los 22 años, sin embargo, cierto número de temas se habían reflejado profundamente en su experiencia de apego, de manera que el divorcio de los padres ya no constituía una experiencia importante sino solamente una variable de mediación. El más poderoso anticipo de apego, tal como de la representación de la relación de pareja, a los 22 años, era la representación del niño del apoyo materno y paterno a mitad de la niñez y el rechazo de la madre y/o del padre con respecto al niño, tal como indica una larga entrevista realizada cuando éste tenía 10 años de edad.[26]
8. En ambos proyectos, el desarrollo socioemocional de los niños que no estaban en riesgo experimentó, durante los años de inmadurez, la influencia de muchos factores a menudo independientes uno del otro. El apego infantil hacia la madre y el padre era independiente entre sí, tal como la sensibilidad lúdica materna y paterna hacia el niño. El rechazo parental a mediados de la niñez no fue anticipado o previsto por la seguridad del apego infantil, así como tampoco lo fue el divorcio o pérdida de los padres. Cada factor podía desviar la trayectoria de desarrollo infantil en una dirección más o menos adaptativa. Sin embargo, algunos niños tuvieron experiencias positivas con sus padres durante todo el tiempo. [19,27]

Nuestra investigación intercultural con niños japoneses y de la isla de Trobiand, en Oceanía, confirmó tres de las cuatro hipótesis claves de la teoría del apego[21]: 1. El apego infantil, al menos hacia un adulto que entrega cuidados, es universal; 2. El modelo seguro de apego fue también la norma en ambos grupos, y 3. La seguridad del apego se relaciona positivamente con la competencia.[7, 20] Una extensa y reciente revisión,[13] al igual que un estudio reciente[28], apoyaron el concepto de la exploración segura y su positiva correlación con el apego seguro.

Conclusión

Las experiencias de niños pequeños con madres y padres sensibles, aceptadores y apoyadores, inician una trayectoria de positivo desarrollo psicosocial para el niño. Tales experiencias, tanto en el campo del apego como en el de la exploración, sientan las bases para modelos seguros de relaciones cercanas. Son susceptibles de prolongarse hacia otras relaciones cercanas, en la niñez, la adolescencia y la adultez joven. Los cambios en la aceptación parental o una disrupción de la familia, pueden alterar el camino en cualquier dirección, temporal o permanentemente. [6,19]

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Como mejor pueden evaluarse las experiencias subjetivas de los niños es a través de observaciones abiertas y realizadas con una mente amplia, respecto a la calidad de las interacciones en situaciones estructuradas, y por entrevistas semi estructuradas, que permitan el descubrimiento de nuevas categorías. Los análisis del funcionamiento adaptativo del sistema de apego deben centrarse en experiencias adversas, irritaciones y emociones negativas. Los análisis de la exploración segura deben enfocarse en los desafíos a las capacidades de los niños. Las respuestas emocionalmente apropiadas a los sucesos reales y las soluciones supuestamente apropiadas logradas con la ayuda de otras personas de confianza, son indicadores confiables de la seguridad del apego.

Implicaciones para la Perspectiva de Políticas y Servicios

Durante los primeros años, la sensibilidad del cuidador implica la comprensión y correcta interpretación de las expresiones tanto verbales como no verbales del pequeño, así como de prontas y apropiadas respuestas a las mismas.[24] Un requisito previo para la sensibilidad, radica en establecer las interacciones de acuerdo con los ritmos del niño, cuando se encuentra tanto de mal como de buen humor. Además, calibrar las respuestas cognitivas con los logros del desarrollo del pequeño, fomenta el crecimiento cognitivo. La sensibilidad en madres y padres que valoraban el apego, se encontró con base en sus recuerdos de haber sido aceptados y cuidados ellos mismos. En las relaciones cercanas en las que el niño se siente a salvo y seguro, él hará amplio uso de la atención compartida hacia objetos y eventos sociales y no sociales. El aprendizaje es más efectivo si el pequeño se siente valorado por la persona mediadora.[29]

Los padres que han tenido personalmente una infancia difícil o que tienen un hijo con necesidades especiales, requieren de ayuda en cuatro dominios fundamentales: a) comprender el desarrollo infantil en todos sus aspectos, b) aprender a responder con sensibilidad a su propio hijo;[30] c) encontrar tiempo y agrado suficiente para interacciones sensibles y apoyadoras con el niño, tanto en el apego como en situaciones relevantes de exploración. En los años siguientes, d) encontrar mentores y educadores reconocidos y con conocimientos para el niño, es una tarea adicional que requiere de apoyo. Esto resulta especialmente importante cuando la educación o la falta de cultura de los padres deja demasiados vacíos. El apego seguro es un requisito previo, necesario pero no suficiente, para transformarse en un miembro valioso y aceptado de un grupo o sociedad. La exploración segura debe complementar al apego seguro, para que los niños puedan enfrentar con éxito los muchos desafíos que implican sus relaciones sociales.

Referencias

©2004-2026 ABILIO | APEGO

1. Ainsworth MDS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 1991;46(4):333-341.
2. Bowlby J. By ethology out of psycho-analysis: An experiment in inter-breeding. *Animal Behaviour* 1980;28(aug):649-656.
3. Ainsworth MDS. *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1967.
4. Hinde R. Ethology and attachment theory. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York, NY: Guilford Press; 2005:1-12.
5. Grossmann KE, Grossman K. Universality of human social attachment as an adaptive process. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N, eds. *Attachment and bonding: A new synthesis.* Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:199-229. Dahlem Workshop Report 92.
6. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins, WA. The development of the person. *The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press; 2005.
7. Grossmann KE, Grossmann K. Universality of human social attachment as an adaptive process. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N. eds. *Attachment and bonding: A new synthesis.* Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:199-228 Dahlem Workshop Report 92.
8. Tomasello M. *The cultural origins of human cognition*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1999.
9. Hrdy, S.B. Evolutionary context of human development: The cooperative breeding model. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy, SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N, eds. *Attachment and bonding: A new synthesis.* Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:9-32. Dahlem Workshop Report 92.
10. Trivers RL. Parent-offspring conflict. *American Zoologist* 1974;14(1):249-264.
11. van IJzendoorn M, Moran G, Belsky J, Pederson D, Bakermans-Kranenburg MJ, Kneppers K. The similarity of siblings´ attachments to their mother. *Child Development* 2000;71(4):1086-1098.
12. Bowlby J. *Attachment and loss.* Vol. 1: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; 1999.
13. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: Attachment quality and security of exploration from infancy to young adulthood. In: Cassidy J. Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 1999:760-780.
14. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies.* New York, NY: Guilford Press; 2005.
15. Lamb ME, ed. *The role of the father in child development.* 3rd ed. New York, NY: Wiley; 1997.
16. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheuerer-Englisch H, Zimmermann P. The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development* 2002;11(3):307-331.
17. Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G, Suess G, Unzner L. Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):233-256.
18. Grossmann KE, Grossmann K, Huber F, Wartner, U. German children's behavior towards their mothers at 12 months and their fathers at 18 months in Ainsworth's Strange Situation. *International Journal of Behavioral Development* 1981;4(2), 157-181.
19. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H. Early care and the roots of attachment and partnership representations in the Bielefeld and Regensburg Longitudinal Studies. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York, NY: Guilford Press; 2005:98-136.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

20. Grossmann KE, Grossmann K, Keppler A. Universal and culturally specific aspects of human behavior: The case of attachment. In: Friedlmeier W, Chakkarath P, Schwarz B, eds. *Culture and human development: The importance of cross-cultural research to the social sciences*. New-York, NY: Psychology Press; 2005:75-97.

21. van IJzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J. Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press;1999: 713-734.

22. Grossmann KE, Grossmann K, Winter M, Zimmermann P. Attachment relationships and appraisal of partnership: From early experience of sensitive support to later relationship representation. In: Pulkkinen L, Caspi A, eds. *Paths to successful development: Personality in the life course.* New York, NY: Cambridge University Press; 2002:73-105.

23. Grossmann KE. Old and new internal working models of attachment: The organization of feelings and language. *Attachment and Human Development* 1999;1(3):253-269.

24. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.

25. Zimmermann P, Fremmer-Bombik E, Spangler G, Grossmann KE. Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC, eds. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches.* Amsterdam, Netherlands: North-Holland;1997: 281-292

26. Stoecker K, Strasser K, Winter M. Bindung und Partnerschaftsrepräsentation. In: Grau I, Bierhoff HW, hrsg. *Sozialpsychologie der Partnerschaft.* New York, NY: Springer; 2003:138-163.

27. Grossmann K, Grossmann KE. Bindungen. *Das Gefüge psychischer Sicherheit. [Attachment. The composition of psychological security].* Stuttgart, Germany: Klett-Cotta; 2004.

28. Whipple N, Bernier A, Mageau GA, Ouellet-Gagnon D. Broadening the study of infant security of attachment: maternal autonomy-support in the context of infant exploration. Poster presentation presented at: SRCD Biennal Meeting; March 2007; Boston, Mass.

29. Pianta RC. *Enhancing relationships between children and teachers.* Washington, DC: American Psychological Association; 1999.

30. Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Desorganización de las Estrategias de Apego en la Infancia y la Niñez

Kate Hennighausen, PhD., Karlen Lyons-Ruth, PhD.

Harvard Medical School, EE.UU

Junio 2007, Éd. rév.

Introducción

La relación de apego entre los padres y el niño se refiere a esos aspectos de la relación que sirven para regular la activación del estrés, o sentido de seguridad en el lactante. La calidad de la regulación del afecto temeroso presente en las relaciones de apego resulta fundamental para que el niño en desarrollo pueda ser libre para desviar la atención lejos de los temas de amenaza y seguridad, hacia otros logros del desarrollo, tales como la exploración, el aprendizaje y el juego. En condiciones normales, una relación de apego que funciona adecuadamente protege al pequeño contra niveles extremos de activación del miedo. Sin embargo, la relación de apego también puede funcionar mal. Basándose en el resultado de diversas investigaciones, actualmente se estima que conductas de apego que son desorganizadas y controladoras representan señales de mal funcionamiento del sistema de apego relacional. Ambos, cuidador y niño, contribuyen a las negociaciones lactante-cuidador que se producen en torno a la angustia y el consuelo, al igual que a las adaptaciones potencialmente defensivas que puedan resultar de esas negociaciones.

Conductas desorganizadas de apego en la infancia

Las estrategias desorganizadas de apego o conductas contradictorias y no integradas hacia el cuidador cuando el niño requiere de consuelo, pueden identificarse por primera vez a la edad de doce meses. Por ejemplo “congelarse”, acurrucarse en el piso y otras conductas depresivas en presencia del cuidador, cuando el pequeño vive una situación de estrés, forman parte de los criterios para codificar conductas desorganizadas. Conductas contradictorias de acercamiento-rechazo hacia quien le cuida cuando el niño se encuentra estresado, también son indicadoras de una estrategia desorganizada, tal como se muestra en el Cuadro 1. Se estima que estas diversas conductas contradictorias y no integradas indican la falta de habilidad del lactante para organizar una estrategia coherente a fin de obtener consuelo del cuidador y están asociadas en

©2004-2026 ABILIO | APEGO

diferentes formas con una creciente liberación de hormonas del estrés.[1,2] Las conductas de apego desorganizado pueden producirse en combinación con otras conductas de inseguridad, las cuales forman parte de una estrategia de apego de evitamiento o ambivalente. Sin embargo, la mayoría de las conductas desorganizadas se manifiestan en combinación con otros comportamientos que habitualmente son parte de una estrategia de seguridad, tales como protestar por la separación, buscar contacto con la madre en una reunión y poner fin a la angustia después de ser tomado en brazos. Los lactantes que manifiestan versiones desorganizadas de estrategias de seguridad, constituyen una pequeña mayoría (52%) entre los lactantes que se clasifican como desorganizados.[3,4]

Patrones de apego controlador en la infancia

Entre los tres y los seis años de edad, el niño ha adquirido una mayor capacidad cognitiva para representar y razonar sobre los estados emocionales del cuidador. A esta edad, las conductas de apego desorganizado de muchos niños han sido reemplazadas por formas controladoras de estrategias de apego. Las conductas de apego controlador adquieren dos formas muy diferentes, llamadas controlador-punitivas y controlador-cuidadoras. La conducta controladora-punitiva implica los intentos del niño por mantener la atención y la participación del progenitor mediante conductas hostiles, coercitivas y sutilmente humillantes, cuando se presentan inquietudes por el apego. La conducta controladora-cuidadora implica los intentos del pequeño por mantener la atención y participación del padre/madre, entreteniendo, organizando, dirigiendo o dándole su aprobación. Ambas estrategias de apego desorganizado en la infancia y las estrategias de apego controlado en los años preescolares, se asocian con la agresión y psicopatologías de la edad preescolar y escolar[5] Además, el apego desorganizado en la infancia anticipa niveles elevados de síntomas disociados y de psicopatologías en general en la adolescencia tardía. [6,7]

Conductas parentales relacionadas con estrategias de apego desorganizado/ controlador

Se observa una incidencia cada vez mayor de desorganización infantil en el contexto de la psicopatología parental, pero no en el contexto de enfermedad infantil o incapacidad física.[8,9] Un meta-análisis ha confirmado también que los lapsos en el razonamiento o en el estilo discursivo durante las partes relativas a la pérdida o el trauma de la Entrevista de Apego del Adulto (conocido como estado mental no resuelto), se asocia con la desorganización infantil. r=.31.9 Sin embargo, los mecanismos subyacentes a esta asociación todavía no se han establecido. Casi la

©2004-2026 ABILIO | APEGO

mitad de los lactantes desorganizados (47%)[10] no tienen padres con un estado mental no resuelto. Main y Hesse[11] han propuesto la hipótesis en la cual si los propios padres son los que despiertan los miedos del lactante, éste se ve enfrentado a una paradoja sin solución, al no saber si acercarse o no al padre/madre en procura de consuelo. Esto se debe a que el padre/madre se transforma tanto en el origen del miedo como en la fuente de salvación. La investigación con animales evidencia que retirar las conductas parentales que no logran calmar la activación del miedo en el niño se asocian también con la hiperactivación del sistema de respuesta al estrés.[12,13] Por eso, tanto el afecto temeroso generado por el padre como el afecto temeroso generado por otras fuentes, en el contexto de la no disponibilidad emocional parental, pueden contribuir a la desorganización infantil. [14,15,16,17] Un espectro de conductas parentales han mostrado estar asociadas con la desorganización infantil. Estas conductas incluyen retiradas parentales, respuestas negativo-invasivas, respuestas con confusión de roles, respuestas desorientadas y respuestas atemorizantes o atemorizadas. El espectro incluye también errores en la comunicación afectiva, tales como respuestas contradictorias a las señales infantiles y fracaso en responder ante las claras señales de afecto del lactante.

Intervenciones con familias desorganizadas/controladoras

Los programas de intervención diseñados para modificar estrategias de apego desorganizadas, se han centrado generalmente en el periodo de la infancia. Las metas de tratamiento han incluido usualmente el generar una relación terapéutica cálida y responsiva, para proporcionar una experiencia de apego correctiva para los padres. Otras metas incluyen ayudar a los padres a entender los efectos de relaciones previas en los sentimientos e interacciones actuales; enseñar a los padres a dar respuestas sensibles y apropiadas a la edad ante las señales de apego del niño; y conectar a la familia con recursos adicionales. Las intervenciones que han logrado prevenir o cambiar exitosamente las clasificaciones de apego desorganizado en la infancia, se han referido a una población clínicamente más afectada. Tales intervenciones se han caracterizado por visitas frecuentes a los hogares de padres y niños por periodos bastante largos (por ej . 42 visitas en 12 meses;[18] 47 visitas en 18 meses;[19] 29 visitas en el lapso de un año[20]). Las intervenciones menos exitosas han sido generalmente más cortas (p. ej. tres[21] o cuatro[22] visitas) y realizadas a familias con menor riesgo. El potencial positivo de las intervenciones tempranas es ratificado por evidencia que proviene de fuera del campo del apego, que demuestran que las intervenciones para padres angustiados y de bajos ingresos han mostrado efectos a largo plazo en la conducta agresiva del niño hasta la adultez temprana.[23,24,25,26] Actualmente se requiere de modelos clínicos cuidadosos y de ensayos de tratamiento bien diseñadas y controladas, paras evaluar cuál diseño

©2004-2026 ABILIO | APEGO

de servicio responde mejor a las necesidades de los niños con modelos de apego desorganizados.

Conclusiones

Los procesos de apego desorganizado anticipan tempranamente las formas de psicopatología tanto internalizantes como externalizantes, a partir del periodo preescolar. Estos procesos de apego no son inherentes al temperamento del niño y parecen residir más en los procesos de relación niño- cuidador, que solamente en el niño o solamente en los padres. Es posible que la desorganización del apego sea un indicador de una amplia contribución relacional a la psicopatología, que cruza sobre las categorías convencionales de diagnóstico e interactúa con la vulnerabilidad biológica individual, produciendo una serie de síntomas psiquiátricos. La variabilidad en los perfiles de conducta dentro del grupo desorganizado sugiere que es posible que se requiera de múltiples modelos etiológicos. Distintas vulnerabilidades biológicas que interactúan con diferentes experiencias de pérdida, de abuso y/o de relaciones crónicamente hostiles o de negligencia, pueden llevar a trayectorias de desarrollo y resultados en la adultez muy diferentes. Las actuales fronteras incluyen la investigación de la interacción genes-medioambiente en la etiología del apego desorganizado[27, 28, 29, 30] y la diferenciación de correlatos y resultados relacionados a la conducta de apego indiscriminado comparado con la conducta de apego desorganizado.[31]

Implicaciones para Políticas Públicas y Servicios

Se requiere de mucho mayor énfasis en el financiamiento, la evaluación y la entrega de servicios tempranos a familias con lactantes, antes de que comiencen a manifestarse las onerosas trayectorias de desarrollo asociadas con la psicopatología infantil. Actualmente disponemos de un conjunto de métodos de observación para evaluar la calidad de la relación de apego entre el pequeño y los padres a la edad de 18 meses, antes de que se inicien problemas de conducta más serios. Los proveedores de servicios que tienen contacto con las jóvenes familias necesitan mayor capacitación en el uso y la interpretación de estas herramientas de observación temprana. Para terminar, los análisis econométricos muestran claramente la relación costo-efectividad, tanto en dólares como en sufrimiento humano, que implica el hecho de proporcionar servicios a familias con niños, antes de que las onerosas trayectorias de desarrollo asociadas a la psicopatología infantil consuman cada vez más recursos de la sociedad.[32]

CUADRO 1

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Índices de Desorganización y Desorientación del Lactante en Presencia de los Padres

1. Despliegue secuencial de modelos de conducta contradictorios, tales como una fuerte conducta de apego, seguida por evitamiento y desorientación.
2. Despliegue simultáneo de modelos de conducta contradictorios, tales como un fuerte rechazo con una fuerte búsqueda de contacto, angustia o enojo.
3. Movimientos y expresiones sin dirección, mal dirigidos, incompletos e interrumpidos.
4. Movimientos Estereotipos, movimientos asimétricos, no regulados y posturas anómalas.
5. Movimientos y expresiones de congelamiento, inmovilidad o en “cámara lenta”.
6. Índices directos de aprehensión hacia los padres.
7. Índices directos de desorganización o desorientación en presencia de los padres, tales como un caminar desorientado, expresiones de confusión o de aturdimiento, o múltiples y rápidos cambios de afecto.

Nota: Ver a Main & Solomon[3] para descripciones completas.

Referencias

1. Spangler G, Grossmann K. Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization*. New York, NY: Guilford Press; 1999:95-124.
2. Hertsgaard L, Gunnar M, Erickson MF, Nachmias M. Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development* 1995;66(4):1100-1106.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
4. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology* 2001;37(6):847-862.
5. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York, NY: Guilford Press; 1999:520-554.
6. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development* 1998;69(4):1107-1128.
7. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology* 1997;9(4):855-879.
8. Goldberg S, Gotowiec A, Simmons RJ. Infant-mother attachment and behaviour problems in healthy and chronically ill preschoolers. *Development and Psychopathology* 1995;7(2):267-282.
9. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

10. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.

11. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:161-182.

12. Coplan JD, Andrews MW, Rosenblum LA, Owens MJ, Friedman S, Gorman JM, Nemeroff CB. Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 1996;93(4):1619-1623.

13. Francis D, Diorio J, Liu D, Meaney MJ. Nongenomic transmission across generations of maternal behaviour and stress responses in the rat. *Science* 1999;286(5442):1155-1158.

14. Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Frightening maternal behaviour linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(1):54-63.

15. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):67-96.

16. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Atwood G. A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization.* New York, NY: Guilford Press; 1999:33-70.

17. Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madigan S. Atypical maternal behaviour, maternal representations, and infant disorganized attachement. *Development and Psychopathology* 2003;15(2):239-257.

18. Heinicke CM, Fineman NR, Ruth G, Recchia SL, Guthrie D, Rodnig C. Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(4):349-374.

19. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein S. Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development* 1990;61(1):85-98.

20. Gelfand DM, Teti DM, Seiner SA, Jameson PB. Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology* 1996;25(4):406-422.

21. van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

22. Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IJzendoorn MH. Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal* 1998;19(2):202-219.

23. Lyons-Ruth K, Melnick S. Dose-response effect of mother-infant clinical home visiting on aggressive behaviour problems in Kindergarten. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43(6):699-707.

24. Olds D, Henderson CJr, Kitzman H, Eckenrode J, Cole R, Tatelbaum R. The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology* 1998;26(1):5-21.

25. Schweinhart LJ, Barnes H, Weikart D. *Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27.* Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1993.

26. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research and practice.* Westport, Conn: Ablex Publishing; 1988:79-104. Annual advances in applied developmental psychology; vol. 3.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

27. Lakatos K, Toth I, Nemoda Z, Ney K, Sasvari-Szekely M, Gervai J. Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry* 2000;5(6):633-637.

28. Lakatos K, Nemoda Z, Toth I. Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: Interaction of the exon III 48-bp repeat and the -521 C/T promoter polymorphisms. *Molecular Psychiatry* 2002;7(1):27-31

29. van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.

30. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai, Z, Nemoda Z, Sasvari-Szekely M, Bureau JF, Bronfman E, Lyons-Ruth K. Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. *Social Neuroscience* 2007;2(3-4):307-319.

31. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF. Bucharest Early Intervention Project Core Group; Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 2005; 76(5):1015-1028.

32. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn R, Rydell P, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions.* Santa Monica, Calif: RAND Corporation; 1998. Disponible en: http://www.rand.org/publications/MR/MR898/. Consultado 17 de febrero de 2005.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

El Apego durante los Primeros Años (0-5) y su Impacto en el Desarrollo Infantil

Marinus van Ijzendoorn, PhD.

Leiden University, Países Bajos

Mayo 2005

Introducción

¿Qué es el apego? Se considera que los niños tienen apego si son proclives a buscar proximidad con y contacto hacia un cuidador específico en momentos de angustia, enfermedad y cansancio.[1] El apego hacia un cuidador protector ayuda a los lactantes a regular sus emociones negativas en momentos de estrés y angustia y a explorar el medioambiente, incluso si contiene estímulos un tanto atemorizantes. El apego, una importante piedra angular para el desarrollo en la vida del niño, sigue siendo un tema importante durante toda la vida. En la adultez, las representaciones de apego configuran la forma en que los adultos sienten respecto a las tensiones y angustias de las relaciones íntimas, incluyendo las relaciones padres- hijo, y la forma en que se percibe el yo.

Desarrollo del Apego

El apego se desarrolla en cuatro fases.[1] En la primera fase- orientándose y señalando a la gente en forma indiscriminada - el bebé parece “sintonizado” con ciertas señales de del medioambiente. Esas señales son en su mayoría de origen humano (por ej. el sonido de voces). Durante la segunda fase, posiblemente primero a través del olfato y luego por la vista, el bebé desarrolla preferencia por uno o más cuidadores - la fase de orientarse y señalar a una o varias personas específicas. El lactante sólo ingresa a la tercera fase, la del apego propiamente tal, cuando está en condiciones de demostrar una conducta de apego activo, como buscar activamente proximidad con la figura de apego y seguirla. Esta tercera fase implica permanecer cerca de la persona específica mediante la señalización y el movimiento. Los pequeños ingresan a la cuarta fase de la asociación con meta corregida, cuando pueden imaginar los planes y percepciones del padre/madre o del cuidador y sintonizan sus propios planes y actividades de acuerdo con éstos.

Explicación de diferencias individuales en el apego

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Ainsworth *et al.*[2] observaron a niños de un año de edad con sus madres en un proceso estandarizado de separación estresante el Procedimiento de la Situación Extraña (PSE). Se utilizaron las reacciones de los lactantes a su reunión con el cuidador, tras una breve separación, para establecer cuanta confianza tenían los niños en la accesibilidad de su figura de apego. El procedimiento consiste de ocho episodios, de los cuáles los últimos siete idealmente demoran tres minutos. Los lactantes son confrontados con tres componentes estresantes: un medioambiente que no les resulta familiar, interacción con un extraño y dos breves separaciones del cuidador.

Es posible distinguir tres formas de apego, con base en las reacciones de los lactantes a la reunión con los padres u otro cuidador. Los lactantes que buscan activamente la proximidad con sus cuidadores al reunirse, que comunican sus sentimientos de estrés y angustia abiertamente y luego regresan sin problemas a la exploración, se clasifican como seguros (B). Los lactantes que no parecen estar angustiados e ignoran o evitan al cuidador después de que se les reúne (aunque la investigación psicológica muestre su activación)[3], se clasifican como inseguros - evitativos (A). Los lactantes que mantienen fuertemente el contacto, en combinación con resistencia al contacto, o permanecen inconsolables sin ser capaces de retornar a la exploración del medioambiente, se clasifican como inseguros-ambivalentes (C). Además de las clásicas clasificaciones tripartitas ABC, Main y Solomon[4] propusieron una cuarta clasificación, el apego desorganizado, (D), que no se analiza aquí.

Una panorámica de todos los estudios estadounidenses con ejemplos no clínicos (21 ejemplos con un total de 1.584 lactantes, realizado entre 1977 y 1990) muestra que cerca del 67% de los lactantes fueron clasificados como seguros, 21% como inseguros- evitativos y un 12% como inseguros- ambivalentes.[5] Un tema central en la teoría del apego y su investigación, es saber qué lleva a que algunos lactantes desarrollen una relación de apego inseguro, mientras otros lactantes se sienten seguros.

Contexto de Investigación

El modelo básico para explicar las diferencias en las relaciones de apego, asume que la sensibilidad o insensibilidad parental determina la seguridad o inseguridad del apego en los lactantes. Ainsworth[2] y sus colegas definieron originalmente la sensibilidad parental como la habilidad para percibir e interpretar correctamente las señales de apego de los niños y responder ante dichas señales en forma pronta y adecuada. Se ha determinado que, de hecho, la

©2004-2026 ABILIO | APEGO

falta de respuesta o una sensibilidad inconsistente está asociada con la inseguridad en los niños y la respuesta sensible y consistente se asocia con vínculos seguros.[6]

Sin embargo, algunos de quienes proponen el acercamiento conductual genético, han declarado que los descubrimientos más correlacionados en el desarrollo infantil, son bastante imperfectos porque se basan en diseños tradicionales de investigación, enfocados comparaciones entre familias, que cofunden las similitudes genéticas entre padres e hijos, con influencias ambientales supuestamente compartidas.[7] Harris,[8] por ejemplo, sostiene que hay una necesidad urgente de repensar radicalmente y restar énfasis al rol de los padres en el desarrollo del niño.

Preguntas Cruciales para la Investigación

Las preguntas cruciales para la investigación exploran el rol causal que tiene la sensibilidad parental en el desarrollo del apego seguro en los lactantes. Estas preguntas han sido formuladas en estudios iguales, comparando el apego de mellizos mono y dicigóticos en el seno de la misma familia, y en estudios de intervención experimental diseñados a fin de incrementar la sensibilidad de los padres, a fin de mejorar la relación de apego del lactante.

Resultados Recientes de Investigación

Hasta la fecha se han publicado cuatro estudios con mellizos sobre apego seguro entre el niño y la madre, utilizando modelos de conducta genética. Tres de los cuatro estudios documentan que las influencias genéticas desempeñan un rol menor en las diferencias de los estudios de apego seguro, y un rol más bien sustancial en el medioambiente compartido.[9,10,11] El cuarto estudio, el Estudio de Mellizos de Louisville[12] investigó la calidad del apego en parejas de mellizos con un proceso adaptado de separación- reunión, diseñado originalmente para evaluar el temperamento. Resulta notable el importante papel que desempeñan los factores medioambientales compartidos en el apego (cerca de 50% en el estudio Bokhorst *et al*).[11] Las diferencias en las relaciones de apego se deben fundamentalmente a lo que se recibe, y no tanto a la naturaleza misma de la persona, aunque la inclinación al apego es innata.

¿La sensibilidad parental constituye el ingrediente esencial del medioambiente compartido? Veintiún estudios correlacionales han dado como resultado una asociación significativa pero modesta entre la sensibilidad parental y el apego del lactante. (r = .24, N = 1099). Pero solamente las intervenciones experimentales pueden probar definitivamente la hipótesis original de Ainsworth. En 24 estudios de intervención al azar (n = 1280) tanto la sensibilidad parental

©2004-2026 ABILIO | APEGO

como el apego seguro del niño fueron evaluados como medidas de resultado. En general, la inseguridad del apego parecía ser más difícil de cambiar que la insensibilidad parental. Cuando las intervenciones eran más efectivas para mejorar la sensibilidad parental, también eran más efectivas en mejorar la seguridad del apego, que experimentalmente apoya la noción de un rol causal de la sensibilidad en configurar el apego.[13]

Conclusiones

El apego, que es el lazo afectivo entre el lactante y los padres, desempeña un rol fundamental en la regulación del estrés en momentos de angustia, ansiedad o enfermedad. Los seres humanos han nacido con la tendencia innata de apegarse a una persona protectora que lo cuida. Pero los lactantes desarrollan diferentes tipos de relaciones de apego: algunos se apegan con seguridad a sus padres, y otros se encuentran en una relación de apego inseguro. Estas diferencias individuales no están genéticamente determinadas pero se afincan en interacciones con el medioambiente social durante los primeros años de vida. Padres sensibles o insensibles cumplen un rol fundamental en el surgimiento de apegos seguros o inseguros, tal como lo han documentado estudios con mellizos y estudios de intervención experimental. Numerosos hallazgos confirman la hipótesis central de que los padres sensibles provocan el apego seguro del lactante, a pesar de que no debieran desestimarse otras causas.

Implicaciones para la Política Social

La más importante implicación en cuanto a política y salud mental es que los padres influyen en el desarrollo socioemocional de los lactantes. Los padres, por lo tanto, tienen derecho a recibir apoyo social de los encargados de formular las políticas y de los trabajadores de salud mental, para criar a sus hijos vulnerables de la mejor manera posible. Ser padres sensibles es un trabajo difícil y no es algo que fluya en forma natural para muchos padres, que deben encontrar su forma de hacerlo, incluso si tuvieron pocas experiencias positivas en su propia niñez. Se requiere de toda una comunidad para criar a un niño[14] y los padres necesitan apoyarse en cuidados no parentales de buena calidad, para combinar la educación de los hijos con otras obligaciones. Además, muchos padres podrían beneficiarse de intervenciones preventivas más bien breves, que les ayuden a ser más sensibles ante las señales de apego de sus hijos. A partir de nuestro meta-análisis, llegamos a la conclusión que las intervenciones más efectivas para lograr ser padres sensibles y el apego seguro del lactante, utilizaban un moderado número de sesiones y un foco conductual bien definido, comenzando con ello después de los seis meses del nacimiento.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Desde la perspectiva de apego aplicada, a los padres jóvenes se les debería proporcionar acceso a programas de apoyo preventivo, que incorporen estas experiencias basadas en la evidencia.

Referencias

1. Bowlby J. Attachment. New York, NY: Basic Books; 1969. Attachment and loss; vol. 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development* 1993;64(5):1439-1450.
4. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
5. van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkl OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 1992;63(4):840-858.
6. De Wolff MS, van IJzendoorn MH. Sensitivity and attachment: A meta analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development* 1997;68(4):571-591.
7. Rowe DC. *The limits of family influence: genes, experience, and behavior*. New York, NY: Guilford Press; 1994.
8. Harris JR. *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*. New York, NY: Free Press; 1998.
9. Ricciuti AE. Child-mother attachment: A twin study. *Dissertation Abstracts International* 1992;54:3364. University Microfilms No. 9324873.
10. O'Connor TG, Croft CM. A twin study of attachment in preschool children. *Child Development* 2001;72(5):1501-1511.
11. Bokhorst CL, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RMP, van IJzendoorn MH, Fonagy P, Schuengel C. The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Development* 2003;74(6):1769-1782.
12. Finkel D, Matheney APJr. Genetic and environmental influences on a measure of infant attachment security. *Twin Research* 2000;3(4):242-250.
13. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
14. Clinton HR. *It takes a village: and other lessons children teach us.* New York, NY: Simon & Schuster; 1996.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

El Apego en la Primera Infancia: Comentarios de van IJzendoorn y Grossmann y Grossman

Greg Moran, PhD.

The University of Western Ontario, Canadá

Julio 2005

Introducción

La teoría e investigación en torno al apego ha logrado situarse en un lugar central en lo que se refiere al estudio del desarrollo humano social y afectivo. Basándose en los conceptos fundacionales de Bowlby[1] y Ainsworth[2] al respecto, se estableció un marco para los estudios empíricos, y los investigadores de todo el mundo han utilizado el apego como un vehículo para incrementar nuestra comprensión de las consecuencias para toda la vida que tiene la primera relación del lactante humano, así como de los factores en la propia experiencia infantil de la madre, que son centrales para conformar dicha relación. Karin y Klaus Grossmann junto con Marinus van IJzendoorn son destacados representantes de los investigadores que han seguido trabajando, con base en el legado de Bowlby y Ainsworth. Han adoptado enfoques diferentes pero complementarios para su labor. Van UJzendoorn proporciona una visión general directa y amplia de la teoría del apego y una descripción de modelos de relaciones de apego.[3] Sus descripciones sobre los logros de la investigación, se centran en el tema de si la variación en el apego es una función de la experiencia social inicial con el cuidador, o bien se debe a factores genéticos, incluyendo el temperamento. El autor se refiere a recientes análisis conductuales genéticos sobre el apego en mellizos, que en este debate apoyan convincentemente el lado de la experiencia. Esta evidencia es todavía más notable porque contrasta agudamente con los resultados de estudios paralelos sobre los orígenes de muchos rasgos y actitudes conductuales y de personalidad, para los cuales se ha encontrado sustancial evidencia de influencia genética .[4]

Los Grossmann, por otra parte, realizan una aproximación más personal a su labor, comenzando con una cuenta que destaca el rol del apego, tanto en tiempo de evolución como de desarrollo, para proporcionar al lactante un forma de aprendizaje social con el cuidador, lo que constituye una oportunidad de adquirir las capacidades sociales y emocionales requeridas para adaptarse a la sociedad y cultura de su nacimiento u origen. Su visión de la investigación implica extractos de dos extensivos estudios longitudinales realizados en Alemania por los Grossmann y sus

©2004-2026 ABILIO | APEGO

colegas. Estos resultados destacan tanto la continuidad durante toda la vida como el potencial para el cambio, para mejor o peor, como un resultado de las sustanciales fluctuaciones en el medioambiente social.

Investigación y Conclusiones

Un elemento fundamental en ambas contribuciones es el correcto énfasis que entregan al rol desempeñado por el cuidador en determinar la calidad de la relación de apego y por lo tanto en configurar el futuro desarrollo social y emocional del niño. Además de los resultados de los estudios con mellizos, van IJzendoorn se refiere también a evidencia experimental sobre la crucial importancia del cuidado en el desarrollo, citando los resultados de estudios de intervención que han tenido éxito en mejorar la calidad de la relación de apego, mediante manipulaciones que incrementan la sensibilidad y capacidad de respuesta de la madre.[3]

Ninguno de los autores analiza exhaustivamente la investigación en términos de cómo los cambios en las relaciones de apego temprano afecta el desarrollo. Una extensa investigación al respecto durante algo más de dos décadas, ha establecido un claro vínculo entre modelos seguros de apego en la infancia y la primera infancia y la posterior adaptación social.[5] Se ha asociado el apego seguro con mejores resultados de desarrollo que los obtenidos por modelos inseguros, en aspectos como autosuficiencia, auto eficacia, empatía y capacidad social en la infancia, la edad escolar y la adolescencia. Los lactantes con apego inseguro han demostrado ser más proclives a problemas posteriores de adaptación, que incluyen trastornos de conducta, agresión, depresión y conducta antisocial. Es importante destacar, sin embargo, que gran parte de la investigación que relaciona al apego con posteriores resultados en el desarrollo fue realizada antes de que se utilizara la categoría sobre desorganización[6], un modelo de apego que se ha vinculado obligatoriamente a resultados más extremos de desarrollo inadaptado. Un número desconocido de relaciones desorganizadas, por lo tanto, se incluyeron en esos análisis dentro de los grupos de apoyo seguros e inseguros. Se requiere de investigación adicional para clarificar cuál de ellas, si es que alguna, de las asociaciones previamente atribuidas a modelos inseguros son de hecho una función de la desorganización.

Implicaciones para las Políticas Sociales y Servicios

El énfasis de los Grossmann tanto en la capacidad del tipo de apego inicial para anticipar o predecir la posterior adaptación social y emocional y las discontinuidades en este proceso, refleja un aspecto fundamental del rol del apego en el desarrollo, tal como fuera conceptualizado

©2004-2026 ABILIO | APEGO

originalmente por Bowlby. Es decir, el apego influye en el desarrollo en forma probabilística más que simplemente en forma determinista. Esta noción resulta especialmente importante para quienes desean utilizar una visión del apego para desarrollar servicios o implementar políticas sociales. En breve, más que determinar directamente un resultado particular de adaptación o maladaptación, se estima que las experiencias de apego inicial predisponen al lactante a actuar y reaccionar de una forma que contribuye a dar forma a experiencias sociales posteriores, impulsando por lo tanto al pequeño por una trayectoria determinada de desarrollo, más que por otra. El resultado real del desarrollo, sin embargo, sigue siendo producto de la experiencia continuada, incluso pese a que dichas experiencias son, en parte, más o menos probables según la calidad de la relación de apego inicial. Es posible cambiar la trayectoria mediante la subsiguiente experiencia social, incluyendo la intervención deliberada.

Bowlby capturó las implicaciones más importantes de la teoría del apego y la investigación para políticas sociales y servicios, en un informe que escribió hace más de medio siglo :

> *"Así como los niños dependen absolutamente de sus padres para su mantención, en todas, salvo en las comunidades más primitivas, hay padres, especialmente madres, que dependen del grueso de la sociedad para obtener recursos económicos. Si una comunidad valora a sus niños, debe valorar a sus padres."*
>
> John Bowlby, 1951, p.84, Informe OMS
> Citado por Inge Bretherton (1992)[7]

El comentario de Bowlby refleja hasta cierto punto el lenguaje y la cultura de entonces, pero sigue siendo urgentemente correcto. La investigación respecto al apego en las últimas tres décadas ha confirmado su hipótesis central de que la sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador es instrumental para configurar la primera relación del lactante humano. Esta relación, a su vez, ha demostrado ser una poderosa anticipadora o predictora de resultados sociales importantes que se producen con posterioridad. Nuestros esfuerzos por asegurar que este resultado sea adaptable más bien que maladaptado, tanto para el individuo como para la sociedad, debe por lo tanto centrarse en nuestro apoyo al cuidador del lactante, que en la mayoría de los casos es la madre. En la sociedad actual, esto se traduce en asegurar urgentemente, al nivel de políticas, que las familias cuyo desarrollo está en riesgo, incluyendo a las madres solteras, reciban los recursos financieros y sociales necesarios para proporcionar a sus hijos un medioambiente social de apoyo- requisito previo para una sana relación de apego.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Tal como sugiere van IJzendoorn, en muchos casos esto va a significar la provisión de servicios de jardín infantil de calidad para estas mismas familias. Para los proveedores de servicios, la teoría e investigación del apego requieren enfocarse en la interacción social inicial y en la mediadora principal de tal interacción: la madre. Más adelante en el desarrollo, los modelos de conductas de apego y las representaciones mentales se tornan menos flexibles y menos abiertas al cambio. Por tanto, la inversión a través de políticas sociales y provisión de servicios en los primeros años, constituye una aproximación más eficiente y factible que la intervención reactiva, postergada hasta que las consecuencias negativas de experiencias tempranas inadecuadas, se hagan evidentes.

Referencias

1. Bowlby J. Attachment. London, England: Hogarth Press; 1969. *Attachment and loss*; vol 1.
2. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.
3. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-análisis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
4. McGuffin P, Riley B, Plomin R. Genomics and behavior: Toward behavioral genomics. *Science* 2001;291(5507):1232-1249.
5. Carlson EA, Sampson MC, Sroufe LA. Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2003;24(5):364-379.
6. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
7. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992;28(5):759-775.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

El Apego y su Impacto en el Desarrollo Infantil: Comentarios de van IJzendoorn, Grossmann y Grossmann , y Hennighausen y Lyons-Ruth

Charles H. Zeanah Jr., MD, Prachi Shah, MD

Institute of Infant and Early Childhood Mental Health, Tulane University Health Sciences Center, EE.UU.

Julio 2005

Introducción

Hace más de 50 años, un psiquiatra infantil británico llamado John Bowlby fue comisionado por la Organización Mundial de la Salud para escribir una monografía sobre las necesidades de los niños pequeños en cuanto a salud mental. La conclusión de Bowlby fue: “se considera esencial para la salud mental, que un lactante o un niño pequeño experimente una cálida, íntima y continua relación con su madre (o madre sustituta - o madre sustituta permanente- una persona que le cuide en forma estable) relación en la cuál ambos encuentren satisfacción y deleite”.[1] Grossman y Grossmann, van LJzendoorn y Hennighausen, así como Lyons-Ruth, revisan el estado actual de más de 35 años de investigación, afirmando, refinando y extendiendo la tesis central de Bowlby. En este comentario, revisamos las interpretaciones del autor respecto a las implicaciones de la investigación para las políticas y destacamos áreas adicionales que requieren de énfasis.

Investigación y Conclusiones

En las secciones sobre el apego y su impacto en el desarrollo infantil, se revisan diversos temas y conclusiones.

1. Las diferencias individuales en cuanto a la organización de la conducta de apego del niño pequeño hacia el cuidador, han demostrado poder predecir con razonable certeza la posterior adaptación psicosocial del niño. Una pregunta importante que ha sido foco de atención empírica y debate, se refiere al grado en el cual las diferencias individuales en cuanto a apego, son atributos del niño o constituyen en cambio atributos de la relación de pequeño con un cuidador específico. Van IJzendoorn concluye que se deben a la “atención” más que a la “naturaleza” las diferencias en cuanto a seguridad del apego. Su hipótesis

©2004-2026 ABILIO | APEGO

tiene una buena base de sustentación en la investigación que cita y es respaldada además por repetidos descubrimientos respecto a que un niño puede tener distintas clasificaciones de apego con distintos cuidadores.[2]

2. Si los modelos de apego reflejan características de la relación más que rasgos en el niño, se podría esperar que las características de la interacción diádica pudiesen estar asociadas con modelos de apego. La investigación citada por van LJzendoorn proporciona apoyo a un rol causal de sensibilidad parental en el desarrollo de seguridad en el apego, aunque un número mucho menor de investigaciones se ha centrado en los modelos interactivos que preceden al apego evitativo y resistente. La investigación analizada por Hennighausen y Lyons-Ruth ha demostrado también que ciertas conductas parentales, tales como la retirada, las respuestas negativo-invasivas, respuestas con confusión de roles, respuestas desorientadas, respuestas con temor o atemorizantes y los errores en la comunicación afectiva, que incluyen respuestas contradictorias ante señales de los lactantes, podrían ser más evidentes en el contexto de cierto tipo de psicopatología parental y se ha comprobado su asociación con el apego desorganizado.[3,4]

3. Una aseveración central de la teoría del apego ha sido que las primeras experiencias entre niños pequeños y sus cuidadores constituyen un modelo para las relaciones íntimas en su vida posterior. Aunque se cree que este modelo es modificable por experiencias posteriores, la teoría ha puesto de manifiesto una tendencia conservadora para resistir el cambio. Estas proposiciones sugieren que en un medioambiente estable y preocupado, se podría esperar encontrar modelos estables de apego, pero en medioambientes caracterizados por cambios significativos, podría esperarse menos estabilidad. En resumen, estas afirmaciones se basan en la investigación, aunque los resultados de cuatro estudios longitudinales desde la infancia hasta la adultez, no apoyan una relación lineal[5-8] porque estos estudios no demuestran uniformemente la estabilidad de las clasificaciones del apego desde la infancia a la adultez. Proporcionan, sin embargo, un soporte para una relación entre los hechos de la vida y los cambios en las clasificaciones del apego. En el trabajo de los Grossmann, se encontró también que los hechos vitales negativos y los estados de estrés, comprometen la seguridad del apego. Era más posible que los individuos cuyas clasificaciones de apego cambiaron desde seguras, en la infancia, a inseguras en la adultez, hubiesen experimentado situaciones vitales negativas (como el divorcio, por ejemplo). Y los niños que demostraron apego inseguro en la infancia, eran más proclives a seguir siendo inseguros, si experimentaban situaciones vitales negativas. Estudios realizados y revisados por Grossmann y Grossmann (este volumen), han ayudado a dar luz sobre algunas complejidades de los trayectos de desarrollo.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

4. Hennighausen y Lyons-Ruth enfatizaron correctamente la importancia del apego desorganizado como un componente del estudio de la psicopatología de la niñez. Aunque la distinción entre el apego seguro e inseguro tiene alguna validez anticipativa, el apego desorganizado tiene vínculos mucho mejor documentados con tipos específicos de psicopatologías, que otros tipos de inseguridad.[4,9] Sin embargo, se comprende mucho menos sobre los mecanismos mediante los cuales el apego desorganizado afecta la expresión de una psicopatología en el niño y si este apego contribuye específicamente a la misma, o si es una señal más general de las psicopatologías como tal. Hennighausen y Lyons-Ruth enfatizan que las intervenciones con familias con mayor riesgo de tener hijos con apegos desorganizados han demostrado ser prometedoras cuando se llevan a cabo en el hogar, son intensivas y de larga duración, lo cual es un punto particularmente importante.

Temas Adicionales

Lo que falta en estas contribuciones es una consideración sobre el apego en poblaciones más extremas, tales como niños maltratados o severamente carenciados. En contraste con la perspectiva desarrollista que considera que la calidad del apego de un niño pequeño hacia un cuidador es un riesgo o bien un factor de protección para el desarrollo de psicopatologías, la tradición clínica considera que los apegos pueden estar tan perturbados como para constituir un desorden ya establecido. El trastorno reactivo del apego (TRA) describe una constelación de aberrantes conductas de apego y otras anormalidades en la conducta social, que se estima son el resultado del “cuidado patogénico”.[10] Se han descrito dos modelos clínicos:

a. Un modelo emocionalmente retraído/inhibido, en el cual el niño exhibe una limitada o nula iniciación o respuesta a las interacciones sociales con cuidadores, y una variedad de conductas sociales aberrantes, tales como reacciones inhibidas, hipervigilantes o altamente ambivalentes y b) un modelo indiscriminado social/ desinhibido, en el cual el niño exhibe una falta de selectividad esperada al buscar consuelo, apoyo y atención, con falta de reticencia social ante adultos no familiares y un deseo de “irse” con extraños.

Aunque el estudio sistemático de los trastornos del apego es bastante reciente, estos trastornos se han descrito desde hace más de medio siglo. A partir de un puñado de estudios recientes, parece evidente que los signos de desorden en el apego son raros y hasta inexistentes en los ejemplos de bajo riesgo.[11-13] Resulta interesante que los tipos de DRA emocionalmente retraídos/inhibidos son prontamente visibles en niños que viven en instituciones y en los pequeños que por primera vez llegan a centros de adopción debido a malos tratos, pero rara vez

©2004-2026 ABILIO | APEGO

resultan evidentes en casos de niños adoptados que están fuera de las instituciones.[11,17] En contraste, el tipo de DRA indiscriminadamente social/desinhibido es discernible en niños maltratados, [16] institucionalizados [12,13,18] y post institucionalizados.[11,13, 17,19-20]

Hay una evidente necesidad de comprender cómo se relacionan entre sí las perspectivas clínicas y de desarrollo sobre el apego. Hasta hoy, las investigaciones no han respaldado algunas sugerencias iniciales respecto a que los apegos seguros, inseguros, desorganizados y desordenados podrían ordenarse en un espectro de adaptaciones tanto sanas como insanas[21] o que el apego desorganizado como tal debiera considerarse un desorden del apego. En cambio, el escenario que está comenzando a emerger es que las perspectivas clínicas y de desarrollo de los apegos perturbados ofrecen diferentes vías para comprender las perturbaciones del apego.

Implicaciones para Políticas y Servicios

La propensión de los lactantes humanos a formar apegos con sus cuidadores, y de sus cuidadores a preocuparse por lactantes humanos, pareciera ser intrínseca. Sin embargo, los problemas de apego se evidencian cuando diversos factores en el padre o la madre, en el niño o en contextos más amplios de cuidado o asistencia, interfieren con una típica capacidad de la especie para formar apegos.

Los tres contribuyentes describen implicaciones para las políticas. Van LJzendoorn enfatiza que las políticas deberían desarrollarse para fomentar la sensibilidad parental en el periodo de la infancia.

Grossmann y Grossmann enfatizan además la importancia de la relación de apego padres-hijo, en niños mayores y en adolescentes, y por implicancia, las intervenciones con familias no deberían enfocarse solamente al periodo de la primera infancia sino que más bien se debería entregar apoyo y asistencia constantes a lo largo del desarrollo del niño. Finalmente, Hennighausen y Lyons-Ruth enfatizan con razón que una intervención temprana en lactantes y niños pequeños en cuanto al apego desorganizado, podría reducir la necesidad de intervenciones más onerosas, una vez que la psicopatología se ha manifestado.

No hay duda de que todos los contribuyentes concordarían en que ya sabemos lo suficiente como para identificar a niños en riesgo de sufrir trastornos del apego y sus psicopatologías asociadas. Sin embargo, intervenciones preventivas, incluso antes de que nazca el niño, tienen un enorme potencial para alterar las trayectorias conductuales y de desarrollo que pueden afectar a niños

©2004-2026 ABILIO | APEGO

nacidos en familias con muchos riesgos. Los contribuyentes afirman también que política y práctica deberían enfocarse en la identificación temprana de las dificultades en la relación padres-hijos, con la esperanza de proporcionar servicios que puedan atenuar el riesgo para el desarrollo de psicopatologías posteriores.

Las políticas deberían identificar los medios por los cuales las familias pueden acceder a un coherente apoyo parental y psicológico durante toda la vida de su hijo. Los proveedores de cuidado de salud primaria y profesionales del cuidado infantil son dos grupos que tienen contacto con la mayoría de las familias de niños y adolescentes. Cómo pueden estos profesionales apoyar en mejor forma las necesidades de los padres y cuáles intervenciones son más beneficiosas para incrementar la sensibilidad de los padres y el apego del lactante, sigue siendo tema de debate. Un meta-análisis reciente de intervenciones realizadas en la primera infancia, sostiene que intervenciones breves (menos de cinco sesiones), enfocadas en aumentar la sensibilidad materna y promover a seguridad del apego infantil, eran más efectivas que las intervenciones a largo plazo.[21] En cambio, Henninghausen y Lyons-Ruth citaron evidencia de que el apego desorganizado responde mejor a intervenciones realizadas en el hogar, intensivas y a largo plazo. En otras palabras, desde una perspectiva de promoción de la salud (promover apegos seguros), pueden ser preferibles las intervenciones más cortas y más centradas, pero desde una perspectiva de reducción de riesgo (reducir el apego desorganizado) las intervenciones más largas y más intensivas pueden ser necesarias. Los desafíos restantes, demuestran acercamientos válidos para identificar diferentes niveles de riesgo en familias e intervenciones costo-efectivas para optimizar posteriores resultados desarrollistas y conductuales en niños pequeños.

Referencias

1. Bowlby J. *Child care and the growth of love*. Melbourne, Australia: Penguin Books; 1953;13.
2. Howes C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY: Guilford Press; 1999:671-687.
3. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):67-96.
4. Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(7):835-846.
5. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development* 2000;71(3):690-694.
6. Lewis M, Feiring C, Rosenthal S. Attachment over time. *Child Development* 2000;71(3):707-720.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

7. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development* 2000;71(3):684-689.

8. Weinfeld NS, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development* 2000;71(3):695-702.

9. Zeanah CH, Keyes A, Settles L. Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;1008:22-30

10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).* 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000;130.

11. O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology* 2003;15(1):19-38.

12. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(8):972-982.

13. Zeanah CH, Smyke AT, Koga S, Carlson E. Attachment in institutionalized children. Paper presented at: Biennial meeting of the Society for Research in Child Development; Marchde 2003; Tampa, Fla.

14. Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS. Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(2):295-297.

15. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004;43(5):568-577.

16. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(8):877-888.

17. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 1998;69(4):1092-1106.

18. Tizard B, Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1975;16(1):61-73.

19. Hodges J, Tizard B. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1989;30(1):77-97.

20. Tizard B, Hodges J. The effect of institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1978;19(2):99-118.

21. Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(1):1-9.

22. van IJzendoorn MH, Bakersmans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment and the dysregulation of negative emotions. In: Zuckerman B, Lieberman A, Fox N, eds. *Socioemotional regulation: Dimensions, developmental trends and influences.* New York, NY: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2002:159-180.

23. Bakersmans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more : Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

El Impacto de las Intervenciones Basadas en el Apego, sobre la Calidad del Apego entre Lactantes y Niños Pequeños

Mary Dozier, PhD., Kristin Bernard, M.A.

University of Delaware, EE.UU.

Diciembre 2004

Introducción

Una tarea con fundamentos biológicos que resulta clave para los lactantes y niños pequeños es desarrollar relaciones de apego con quienes les cuidan. La calidad del apego que desarrollan los niños parece depender en gran medida del estado mental de los cuidadores.[1] Cuando éstos son receptivos, los niños tienden a desarrollar apegos seguros, buscándolos directamente cuando están angustiados. Si los cuidadores rechazan las peticiones de reaseguramiento de los pequeños éstos tienden a desarrollar apegos de evitativos, alejándose de los cuidadores cuando se encuentran angustiados. Si los cuidadores son inconsistentes en cuanto a su disponibilidad, los niños tienden a desarrollar apegos resistentes, mostrando una mezcla de búsqueda de proximidad y resistencia. Aunque pueda ser óptimo para los niños en nuestra sociedad desarrollar apegos seguros,[2-5] cada uno de estos tres tipos de apego puede considerarse bien adaptado en relación a la disponibilidad del cuidador. Cuando los cuidadores provocan temor en los niños, sin embargo, estos últimos tienen dificultad para desarrollar apegos organizados y en cambio desarrollan a menudo apegos desorganizados, que dejan a los niños sin una estrategia consistente para enfrentar su angustia. La calidad del apego ha sido vinculada con posteriores problemas de conducta, con apego desorganizado, especialmente predictivo de síntomas disociados (atontado, confundido, etc.)[6] y de internalizar y externalizar problemas.[7-8] Se han desarrollado algunos programas de prevención e intervención, que buscan mejorar la calidad del apego en los lactantes.

Materia

Lo que predice más poderosamente el apego infantil es el estado mental de los padres con respecto al apego.[9] Los estados mentales se refieren a la forma en la cual los adultos procesan los pensamientos, sensaciones y recuerdos relacionados con el apego. Si los padres son

©2004-2026 ABILIO | APEGO

coherentes al analizar sus propias experiencias de apego, se dice que tienen “estados mentales autónomos” con respecto al apego. Cuando los padres no son coherentes al analizar sus propias experiencias de apego, se dice que tienen “estados mentales no autónomos” al respecto. Los padres con estados mentales autónomos son más proclives a tener bebés con apegos seguros, mientras que los padres con “estados mentales no autónomos” son más proclives a tener bebés con apegos inseguros. En vista de esta asociación entre los estados mentales parentales y el apego de los niños, algunas intervenciones se orientan a los estados mentales parentales[10,12] para cambiar el apego de los lactantes. Otras intervenciones[13-15] intentan cambiar las conductas parentales sin orientarse hacia el estado mental de los padres. En especial, un gran número de intervenciones ha intentado incrementar la sensibilidad del cuidador. La sensibilidad del cuidador no ha sido vinculada tan fuertemente con la calidad del afecto como su estado mental[9], pero la sensibilidad ha parecido ser el mecanismo más posible mediante el cuál se transmiten a los niños las cualidades de cuidar a los demás.

Problemas

Los programas que tienen un mismo objetivo: mejorar el apego, pueden diferir en su foco, en su estrategia de intervención y en las poblaciones a las cuales que se orientan. Siempre que exista un objetivo general para mejorar la calidad del apego, pueden diferir otras metas como mejorar la calidad de vida, aumentar las habilidades para enfrentar la existencia y reducir la sintomatología, según cual sea la intervención y la población a la que se dirige, al igual que el grado de fidelidad al modelo de tratamiento. No hay concordancia entre los expertos en cuanto a lo que se necesita. Por ejemplo, algunos[11] sugieren que las intervenciones que comienzan antes del nacimiento son esenciales, mientras para otros se requieren intervenciones focalizadas, de corto plazo. Establecer un proceso de tratamiento y la fidelidad a dicho tratamiento son cruciales para saber lo que se entrega en una intervención. Por ejemplo, Korfmacher *et al.*[17] encontró que esta intervención, que estaba orientada a modificar el estado mental de los padres, rara vez incluía la participación de los padres en trabajo reflexivo.

Contexto de Investigación

En 2003, un meta-análisis reportado por Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Juffer[16], encontró 29 estudios que incluían el apego seguro como un resultado. De ellos, 23 fueron ensayos clínicos aleatorios, con un total de 1.255 participantes. La naturaleza de las intervenciones y las poblaciones que se utilizaron, difieren mucho de un estudio a otro. Sin

©2004-2026 ABILIO | APEGO

embargo, los resultados meta analíticos permiten establecer la importancia de factores tales como la intensidad de la intervención y la población. La calidad del apego fue evaluada en la Situación Extraña, en ambos estudios, pese a que Q-set del Apego se utilizó en algunas investigaciones.

Preguntas Clave de Investigación

Las preguntas clave de investigación incluyen:

- ¿Los programas de intervención o prevención incrementan la calidad del apego de los niños a sus cuidadores?
- ¿Cuáles son las características de las intervenciones exitosas?
- ¿Para quién son más exitosas las intervenciones?
- ¿Cuál es el proceso mediante el cual funcionan los programas de intervención?

Resultados Recientes de Investigación

Se ha encontrado que las intervenciones orientadas a la sensibilidad han sido más efectivas en incrementar la seguridad del apego que las intervenciones orientadas a otros temas (como el estado mental de los padres).[16] Tiene sentido orientarse hacia las conductas parentales directamente, más que a las características subyacentes, por varias razones. Primero, los estados mentales y otras características de los padres, no son tan sensibles al cambio como lo son las conductas de los padres. Segundo, presumiblemente son las conductas parentales las que afectan directamente las expectativas de los niños respecto a la disponibilidad de los progenitores.

Las intervenciones iniciadas después que el niño tiene al menos seis meses de edad, han sido más efectivas que aquéllas iniciadas antes de esa edad.[16] Aunque es una especulación, las intervenciones parecen ser más eficientes y efectivas cuando los niños han comenzado a demostrar apego hacia cuidadores específicos.

En su mayoría, los efectos de las intervenciones no han demostrado ser significativamente diferentes para distintos tipos de poblaciones estudiadas. Por ejemplo, los efectos de intervenciones han sido generalmente comparables según estatus de riesgo y estatus socioeconómico. Sin embargo, casos con mayores niveles de inseguridad han demostrado tener los mayores efectos.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Conclusiones

1. Las intervenciones son efectivas en incrementar la calidad del apego infantil.
2. Las intervenciones orientadas a temas específicos, muy especialmente hacia la sensibilidad parental, parecen ser más efectivas que las intervenciones con metas más globales.
3. Las intervenciones breves son al menos tan efectivas como aquéllas de más larga duración.
4. Las intervenciones que comienzan cuando la calidad del apego ha comenzado a surgir (después de los seis meses de edad) parecen ser más efectivas que aquéllas que comienzan antes.

Implicaciones

Actualmente, la evidencia de la investigación favorece las intervenciones destinadas a incrementar la calidad del apego entre los lactantes. Debido a que la actual base de evidencia es relativamente pequeña, tiene sentido continuar examinando las asociaciones entre las características de las intervenciones y el resultado. Sin embargo, en este momento, las intervenciones con tiempo limitado que comienzan en la segunda mitad del primer año de vida parecen más prometedoras.

Referencias

1. Ainsworth MD. The development of infant-mother attachment. In: Caldwell BM, Ricciutti HN, eds. *Child development and social policy.* Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1973:1-94. Review of child development research; vol. 3.
2. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-peer relationships: Modes of linkage.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992:77-106.
3. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. Monographs of the Society for Research in Child Development 1985;50(1-2):147-166.
4. Matas L, Arend RA, Sroufe LA. Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. Child Development 1978;49(3):547-556.
5. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaption and competence. Minnesota Symposia on Child Psychology 1983;16:41-83.
6. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development* 1998;69(4):1107-1128.
7. Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* 1993;64(2):572-585.
8. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(1):64-73.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

9. van Ijzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A metanalysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.

10. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.

11. Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng BK. Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. *Infant mental heath groups at high risk*. New York, NY: Wiley; 2000:35-89. *Handbook of infant mental health*; vol. 4.

12. Heinicke CM, Fineman NR, Ruth G, Recchia SL, Guthrie D, Rodning C. Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(4):349-374.

13. van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

14. van den Boom DC. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development* 1995;66(6):1798-1816.

15. Juffer F, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.

16. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

17. Korfmacher J, Adam E, Ogawa J, Egeland B. Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science* 1997;1(1):43-52.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Programas de Intervención y Prevención para Niños Pequeños, Basados en el Apego

Byron Egeland, PhD.

Institute of Child Development, University of Minnesota, EE.UU.

Diciembre 2004

Introducción

La teoría de apego de Bowlby se refiere tanto al desarrollo psicopatológico como al desarrollo socioemocional normal. Se basa en la idea de que las primeras relaciones que se desarrollan entre el lactante y quien le cuida proporcionan los cimientos para el desarrollo posterior. La teoría de Bowlby intenta explicar cómo una relación inicial contribuye al bienestar psicológico o a la psicopatología posterior. El término apego se usa para describir el vínculo afectivo que se desarrolla entre un lactante y su cuidador.[1,2] El apego no es característica del lactante, ni tampoco de quien le cuida. Es más bien un patrón de interacción emocional y conductual que se desarrolla en el tiempo a medida que el lactante y su cuidador interactúan, especialmente en el contexto de las necesidades del lactante y sus peticiones de atención y consuelo.

Mediante repetidas interacciones con los mismos adultos, un lactante comienza a reconocer a quiénes les cuidan y a anticipar el comportamiento del cuidador principal, generalmente la madre. Bowlby describe al lactante como biológicamente predispuesto a usar al cuidador como un refugio de seguridad, o una base segura, mientras explora el medioambiente[1]. Así, el lactante que se siente amenazado buscará en quien le cuida protección y consuelo. Las respuestas del cuidador a dichas peticiones ayudan a moldear la relación de apego en un patrón de interacción que se desarrolla en el tiempo. Al finalizar el primer año de vida, la historia de la relación entre el lactante y el cuidador le permite al lactante comenzar a anticipar las respuestas de su cuidador a sus peticiones de consuelo y a reaccionar de acuerdo a esas expectativas.

Otro principio de la teoría de apego es que de estas primeras relaciones, los lactantes se forman representaciones mentales de si mismo, los demás y de la relación entre su yo y el otro. Bowlby llamó a estas representaciones modelos internos de trabajo.[1] A medida que el lactante se desarrolla y se enfrenta al mundo que existe más allá de esa primera relación, el modelo interno de trabajo también guía su comportamiento y expectativas en las relaciones posteriores.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Los lactantes de madres sensibles y que brindan consuelo cuando es solicitado, seguirán buscando a la madre cuando sienten angustia y el contacto con ella les tranquilizará.[1,2] El modelo de trabajo interno del lactante le orientará a ver a los demás como seres confiables y compasivos, y a sí mismo como merecedor de ese tipo de atención. Este patrón ha sido clasificado como seguro.

Por el contrario, si el cuidador no está disponible o solamente está disponible erráticamente o es insensible o rechaza al lactante que ha solicitado contacto, el lactante aprenderá a no buscar contacto cuando siente angustia o a buscar consuelo de manera ambivalente, ya que peticiones más fuertes podrían alejar a un cuidador que ya no es confiable. El modelo de trabajo interno de este lactante le conducirá a ver a los demás como poco confiables y potencialmente rechazadores, y a sí mismo como no merecedor de cuidado confiable, sensible. Estos patrones han sido clasificados como inseguros.[1,2] Los patrones de apego inseguro se han especificado además en dos patrones: apego evitativo y resistente (o ambivalente). Igualmente, algunos lactantes son clasificados como desorganizados/desorientados con respecto al apego porque no parecen ser capaces de recurrir a un patrón único y organizado de apego frente a una amenaza o estrés. En lugar de ello, se desorientan o recurren a estrategias conductuales conflictuadas.

Materia

La investigación ha demostrado que el apego seguro durante la infancia predice aspectos de desarrollo social durante la niñez y la adolescencia, tales como empatia[3,4,5] competencia social [5,6,7,8,9] y problemas de comportamiento[10,11,12;] el apego seguro predice resultados de desarrollo más óptimos, mientras que el apego inseguro predice dificultades conductuales y de relaciones. También hemos descubierto que el apego seguro es un factor de gran protección para los niños que funcionan de manera competente incluso frente a la adversidad. Además, las relaciones de apego pueden tener efectos de largo plazo en el funcionamiento, ya que influyen en el curso del desarrollo biológico, incluyendo el desarrollo del cerebro.[13,14]

Los modelos internos de trabajo tienen su origen en la infancia y son para toda la vida y, como se ha indicado arriba, influyen sobre las expectativas y el comportamiento de los individuos en las relaciones, incluyendo la paternidad y maternidad en la próxima generación. Al usar la Entrevista de Apego para Adultos (AAI en inglés)[15] varios estudios han demostrado que la organización de apego de los padres se relaciona con los patrones de apego de los lactantes. Los padres con organización segura probablemente tendrán lactantes apegados a ellos con

©2004-2026 ABILIO | APEGO

seguridad, y los padres con organización insegura probablemente tendrán lactantes que están apegados a ellos con inseguridad [16,17,18,19.] Dados los muchos resultados positivos asociados al apego seguro, las implicaciones son claras. Diseñar (y evaluar) programas de prevención e intervención para promover una relación de apego entre padres y lactantes que están en riesgo de obtener resultados desfavorables de desarrollo y prevenir problemas conductuales y psicopatologías.

Problemas

Las relaciones de apego, como todos los otros aspectos del desarrollo, no están aisladas de sus contextos. Como se destacó anteriormente, los cuidadores que responden de manera sensible a las necesidades y señales de sus lactantes probablemente desarrollarán una relación de apego seguro con ellos. Existen demasiados factores personales (por ej: la depresión de la madre) e interpersonales (por ej: relación violenta con el cónyuge) que pueden dificultar las respuestas sensibles y emocionalmente receptivas del cuidador hacia el lactante. Además, un conjunto de factores ambientales, como condiciones de vida caóticas, pueden interferir en la relación de apego que se está desarrollando, especialmente cuando se intervienen familias de poblaciones de alto riesgo que se ven enfrentadas a desafíos personales y ambientales múltiples. Muchos programas no están preparados para lidiar con los problemas de familias de alto riesgo.

Contexto de Investigación

En 1995, van Ijzendoorn *et al.*20 estudiaron 12 intervenciones de apego. Desde ese estudio, se han implementado y evaluado algunos programas más, pero en general hay pocas intervenciones tempranas basadas en el apego. Existen básicamente dos amplios tipos de programas de intervención diseñados para mejorar la calidad del apego madre-lactante; (1) aquellos que intentan ayudar a mejorar la sensibilidad parental frente a los mensajes del lactante; y (2) aquellos que intentan cambiar las representaciones de los padres respecto de cómo fueron cuidados por sus propios padres. Muchas de las intervenciones de apego corresponden a una de estas dos categorías, mientras que otras combinan los dos enfoques, y otras, como por ejemplo el programa con énfasis en el apoyo social de Bechwith[2] o los programas diseñados para mejorar el bienestar de los padres, no corresponden ninguna categoría.[22]

Pregunta Clave de Investigación

El hecho que una relación de apego seguro entre padres y lactantes se asocie a resultados de desarrollo positivos y se haya descubierto que es un factor protector frente a la adversidad, nos alienta a desarrollar, implementar y evaluar programas de intervención/prevención basados en el apego. Existen demasiadas preguntas de investigación que deben ser respondidas aún, especialmente en relación a los beneficios a largo plazo asociados a los programas de prevención basados en el apego. Además, los investigadores necesitan determinar quién es más proclive a beneficiarse de qué enfoques o estrategias específicas.

Resultados Recientes de Investigación

Muchas intervenciones implementadas en los Países Bajos han sido exitosas en sus intentos por mejorar las sensibilidades de las madres a las señales del lactante. Van den Boom[23] eligió aleatoriamente a 100 lactantes irritables y sus madres para ser tratados y controlados y descubrió que aquellos en el grupo de tratamiento eran más sensibles y que existía más apego seguro entre madre-lactante que en las díadas de control. La intervención consistió solamente de tres sesiones y se obtuvieron resultados positivos en seguimientos realizados a los 24 y 42 meses. Juffer *et al.*[24,25] también obtuvieron hallazgos positivos con un enfoque similar con lactantes adoptados y sus padres adoptivos.

La evaluación de programas diseñados para cambiar las representaciones cognitivas de los padres ha producido muchos resultados positivos, pero pocos han logrado diferencias significativas entre grupos de tratamiento y de control sobre las clasificaciones de apego. Lieberman *et al.*[26] identificaron un grupo de lactantes con apego ansioso en familias de alto riesgo. Ellos, como la mayor parte de los investigadores que intentan cambiar los modelos de trabajo interno, aplicaron un enfoque psicoterapéutico dirigido a lactantes y padres. El foco de las visitas semanales era responder a la experiencia afectiva de la madre y el niño, según lo informado por la madre y lo observado en la interacción entre la madre y el niño. El intervencionista intentó clarificar las experiencias y los sentimientos afectivos de la madre hacia el niño de 1-3 años (*toddler*) y hacia el intervencionista. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos intervenidos y los de control en cuanto a empatía materna, conductas de ajuste mutuo de los objetivos de interacción y evasión y rabia de parte del niño hacia la madre. El grupo intervenido mostró comportamientos óptimos en cada una de estas variables. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la clasificación del apego. Los programas diseñados para proporcionar apoyo social a la familia resultaron en varios cambios positivos en la conducta de los padres y en las relaciones padre-hijos.[27,28,29]

©2004-2026 ABILIO | APEGO

El Proyecto STEEP (Pasos para una Crianza Efectiva y Feliz) es un programa integral diseñado para cambiar los modelos de trabajo interno y mejorar la sensibilidad de las madres.[30] El programa obtuvo muchos resultados positivos. Por ejemplo, las madres que participaban en el programa STEEP eran más sensibles, comprendían mejor el desarrollo de los lactantes, y tenían puntajes de depresión y ansiedad más bajos, eran más competentes en el manejo de sus asuntos familiares y tenían una red de apoyo mayor que las madres del grupo control.

Conclusiones

Los resultados positivos para el desarrollo de largo plazo asociados a una relación de apego seguro entre padres y lactantes ofrecen una excelente base lógica para implementar programas preventivos basados en el apego tempranamente en la vida. Sin embargo, el reconocimiento de la importancia de esta relación temprana, no ha producido como resultado gran cantidad de intervenciones basadas en el apego. Existe una variedad de programas de educación temprana para padres y visitas domiciliarias, pero pocos tienen como meta primordial facilitar el desarrollo de una relación de apego seguro. Los resultados de esta evaluación de las intervenciones basadas en el apego existentes son alentadores, especialmente los estudios holandeses que comprenden muestras de relativamente bajo riesgo. Con base en los hallazgos de los estudios holandeses, parecería ser que las intervenciones basadas en el apego y orientadas a mejorar la sensibilidad tienden a ser exitosas con padres motivados por aprender formas de responder a sus lactantes difíciles. Para familias de más alto riesgo, parecería ser que se necesitan intervenciones más comprehensivas y de largo plazo.

Implicaciones

Con base en la teoría e investigación sobre apego, y los resultados de las evaluaciones de intervenciones basadas en el apego, sería recomendable incorporar programas basados en intervención/prevención que incluyan visitas domiciliarias y programas de educación para padres de niños pequeños que pertenecen a familias de alto riesgo, e investigar nuevas aproximaciones para cambiar la representación cognitiva de los padres y sus apegos con sus propios padres. Se sabe mucho sobre la interacción entre padres e hijos, las características y creencias de los padres, y los factores contextuales que son antecedentes de una relación de apego seguro. Este conocimiento requiere ser aplicado al desarrollo de la próxima generación de intervenciones de apego. Las necesidades y fortalezas de las familias de alto riesgo son muy variadas. Los programas de intervención deben ser diseñados para satisfacer las necesidades singulares de

©2004-2026 ABILIO | APEGO

cada familia, y además aprovechar sus fortalezas.

Referencias

1. Bowlby J. *Attachment*. 2nd ed. New York, NY: Basic Books; 1982. *Attachment and loss*; vol 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Kestenbaum R, Farber E, Ellen A, Sroufe LA. Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. *New directions for Child Development* 1989;44:51-64.
4. Oppenheim D, Sagi A, Lamb ME. Infant-adult attachments on the kibbutz and their relation to socioemotional development four years later. In: Chess S, Hertzig ME, eds. *Annual progress in child psychiatry and child development*, 1989. Philadelphia, Pa: Brunner/Mazel Inc.; 1990:92-106.
5. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. *Minnesota Symposia on Child Psychology* 1983;16:41-83.
6. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-peer relationships: Modes of linkage. Hillsdale*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992:77-106.
7. LaFreniere PJ, Sroufe LA. Profiles of peer competence in the preschool: Interrelations between measures, influence of social ecology, and relation to attachment history. *Developmental Psychology* 1985;21(1):56-69.
8. Lieberman AF. Preschoolers' competence with a peer: Relations with attachment and peer experience. *Child Development* 1977;48:1277-1287.
9. Pastor DL. The quality of mother-infant attachment and its relationship to toddlers' initial sociability with peers. *Developmental Psychology* 1981;17(3):326-335.
10. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):147-166.
11. Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* 1993;64(2):572-585.
12. Suess GJ, Grossmann KE, Sroufe LA. Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. *International Journal of Behavioral Development* 1992;15(1):43-65.
13. Hofer MA. Early social relationships: A psychobiologist's view. *Child Development* 1987;58(3):633-647.
14. Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psicopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8(1):59-87.
15. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment scoring and classification system*. Berkeley, Calif: Department of Psychology, University of California at Berkeley; 1985. Unpublished manuscript.
16. Benoit D, Parker KCH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* 1994;65(5):1444-1456.
17. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development* 1991;62(5):891-905.
18. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):66-104.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

19. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg L, Lipsitt L. Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32(2):278-286.

20. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(2):225-248.

21. Beckwith L. Intervention with disadvantaged parents of sick preterm infants. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1988;51(3):242-247.

22. Cooper PJ, Murray L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray L, Cooper PJ, eds. *Postpartum depression and child development.* New York, NY: Guilford Press; 1997:201-220.

23. Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

24. Juffer F, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.

25. Juffer F, Rosenboom LG, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JMA, Kohnstamm GA. Attachment and intervention in adoptive families with and without biological children. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC, eds. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches.* Amsterdam, Netherlands: North Holland; 1997:93-108.

26. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.

27. Barnard KE, Magyary D, Sumner G, Booth CL, Mitchell SK, Spieker S. Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1988;51(3):248-253.

28. Booth CL, Mitchell SK, Barnard KE, Spieker SJ. Development of maternal social skills in multiproblem families: Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology* 1989;25(3):403-412.

29. Jacobson SW, Frye KF. Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. *Child Development* 1991;62(3):572-582.

30. Egeland B, Erickson M. Community programs for treating relationship problems. In: Sameroff A, McDonough S, Rosenblum K, eds. *Interventions for early relationship problems*. New York, NY: Guilford Publications Inc. In press.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Eficacia de las Intervenciones Basadas en el Apego

Diane Benoit, MD, FRCPC

University of Toronto, The Hospital for Sick Children, Canadá

Abril 2005

Introducción

Existe cada vez más evidencia prospectiva y retrospectiva que vincula la calidad de las relaciones de apego temprano entre el lactante y su cuidador con resultados sociales y emocionales posteriores.[1,2] Se han descrito cuatro tipos de apego del lactante. Se cree que el *apego seguro* entre el lactante y su cuidador se desarrolla cuando este último responde a la angustia del niño de manera sensible. Se cree que el *apego inseguro-evitativo* entre el lactante y su cuidador se desarrolla cuando el cuidador responde consistentemente con rechazo a la angustia del niño. Se cree que el *apego inseguro-resistente* entre el lactante y el cuidador se desarrolla cuando este último responde a la angustia del niño de maneras que son inconsistentes e impredecibles. Se cree que el *apego inseguro-desorganizado* entre el cuidador y el lactante se desarrolla cuando el cuidador da muestras de conductas inusuales y, en última instancia, atemorizantes en presencia del niño. De los cuatro patrones de apego entre el lactante y su cuidador (seguro, evitativo, resistente y desorganizado) la clasificación desorganizada ha sido identificada como un poderoso riesgo en la niñez de tener una inadaptación socio-emocional y psicopatologías en el futuro.[3]

Materia

Los niños con apego desorganizado con su figura principal de apego son más vulnerables al estrés, tienen problemas para regular y controlar las emociones negativas, muestran comportamientos oposicionales, hostiles-agresivos, y estilos coercitivos de interacción. Pueden mostrar una baja autoestima, problemas internalizantes y externalizantes en los años de educación temprana, interacciones deficientes con sus pares, conductas inusuales o estrafalarias en la sala de clases, altos niveles de conductas disociativas y síntomas de interiorización en la mediana infancia según sus profesores, altos niveles de dificultad social y conductual en el salón de clases según sus profesores, así como bajo rendimiento en las matemáticas y dificultades en las habilidades operativas formales. Pueden mostrar altos niveles de psicopatología general a los

©2004-2026 ABILIO | APEGO

17 años. El apego desorganizado con la figura principal de apego está sobre-representado en grupos de niños con problemas clínicos y víctimas de maltrato.[1,2,3] La mayoría de los niños con apego desorganizado temprano con su figura principal de apego durante la lactancia desarrollan inadaptaciones sociales y emocionales significativas y psicopatologías.[3] Por lo tanto, una intervención basada en el apego debe enfocarse en prevenir y/o reducir el apego desorganizado.

Problemas y Contexto de Investigación

Históricamente, las intervenciones basadas en el apego se han centrado en mejorar la sensibilidad del cuidador (la cual podría definirse como la capacidad de leer señales de manera precisa y responder rápida y adecuadamente), bajo el supuesto que mejorando la sensibilidad del cuidador se promovería el apego seguro entre el niño y el cuidador, lo cual a su vez estaría vinculado a resultados sociales y emocionales positivos. Los intentos por mejorar la sensibilidad del cuidador se han enfocado mayoritariamente en las representaciones y/o las conductas del cuidador durante su interacción con el niño.[5] Aun cuando la sensibilidad del cuidador se vincula a tipos de apego organizados (seguro, evitativo, resistente), podría no estar tan fuertemente vinculada al apego desorganizado.[6] Por lo tanto, las intervenciones basadas en el apego realizadas hasta ahora pudieron no haberse enfocado en las conductas del cuidador más clínicamente significativas para prevenir o reducir el apego desorganizado. Esto podría reflejar el hecho que, además del todavía reciente descubrimiento de que el apego desorganizado es seguido asociado con resultados negativos muy marcados, se acaba de identificar una posible trayectoria de interacción lactante-cuidador que lleva al apego desorganizado. Esta trayectoria incluye la exposición de los niños a formas específicas de conductas aberrantes en el cuidado llamadas “atípicas” o atemorizantes, disociadas, desorientadas (argumentadas como cualitativamente distintas de la sensibilidad o de formas extremas de insensibilidad)[7] y que tal vez sean responsables de algunos de los resultados más deficientes de los niños. Ejemplos de comportamientos atípicos de parte del cuidador son no lograr mantener al niño en seguridad, no lograr consolar al niño cuando está angustiado, reírse cuando siente angustia, mofarse o burlarse de un niño angustiado, pedirle al niño afecto y reaseguramiento, “congelarse” o inmovilizarse (i.e., ausencia de movimientos o expresiones faciales por períodos largos, como es visto en estados disociados) o amenazar con dañarle. Por ende, con la información más actualizada, uno podría argumentar que una intervención basada en el apego que se concentra en el comportamiento del cuidador, debería de estar enfocada tanto en mejorar la sensibilidad del cuidador (para fomentar el apego seguro y los resultados socioemocionales positivos

©2004-2026 ABILIO | APEGO

asociados) como en reducir y/o eliminar conductas atípicas de parte del cuidador, un precursor conocido del apego desorganizado[7] (para prevenir o reducir el apego desorganizado y los resultados negativos asociados).

Preguntas Clave de Investigación y Resultados Recientes de Investigación

Existe bastante evidencia acerca de cómo mejorar la sensibilidad del cuidador y promover el apego seguro entre el cuidador y el niño. En un meta-análisis de 70 estudios publicados (que abarca a 9,957 niños y padres y un conjunto central de 51 ensayos aleatorios controlados compuestos por 6,282 madres y niños), Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer4 demostraron que las intervenciones basadas en el apego más efectivas para mejorar la sensibilidad de los padres (d = 0.33, p <.001) y fomentar el apego seguro entre el lactante y el cuidador (d = 0.20, p <.001) incluían las siguientes características: (1) un foco claro y exclusivo en el entrenamiento conductual de los padres orientado a la sensibilidad, en lugar de un foco en la sensibilidad junto con apoyo, o un foco en la sensibilidad junto con apoyo, más representaciones internas (por ej.: terapia individual); (2) el uso de video-feedback; (3) menos de cinco sesiones (menos de cinco sesiones fueron igualmente efectivas que cinco a 16 sesiones, y 16 sesiones o más fueron las menos efectivas); (4) inicio tardío, es decir, después de los 6 meses de edad del lactante o mayor (en lugar de durante el embarazo y antes de los seis meses de edad); y (5) realizadas por personal no profesional. Además, el lugar de la intervención (hogar vs. oficina) y la presencia de múltiples factores de riesgo no afectaron la eficacia, pero las intervenciones realizadas con pacientes/clientes referidos a consulta clínica y aquellas que incluían al padre fueron más efectivas que las intervenciones que carecían de estas características. Un defecto del meta-análisis de Bakermans-Kranenburg *et al.*[4] es que no se refirió al impacto de las intervenciones basadas en el apego orientadas a la sensibilidad del cuidador para prevenir el apego desorganizado.

Para referirse al impacto de las intervenciones basadas en el apego orientadas a mejorar la sensibilidad del cuidador para prevenir el apego desorganizado, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer examinaron 15 estudios (n= 842) del meta-análisis original del año 2003 que proporcionaban información sobre el impacto de las intervenciones basadas en el apego para prevenir el apego desorganizado. En general, las intervenciones basadas en el apego orientadas a mejorar la sensibilidad del cuidador tienen una eficacidad limitada (d = 0.05, no significativo) para prevenir o reducir el apego desorganizado. Sin embargo, unas pocas intervenciones orientadas a la sensibilidad parecen haber causado algún impacto, sugiriendo que el apego

©2004-2026 ABILIO | APEGO

desorganizado puede cambiar como efecto secundario de algunas intervenciones de apego enfocadas a la sensibilidad. Las intervenciones de apego orientadas a la sensibilidad que produjeron cambios en el apego desorganizado se iniciaron después de los seis meses de edad del lactante (en lugar de durante el embarazo y antes de los seis meses del lactante), se enfocaron a niños en riesgo (en lugar de padres en riesgo), y fueron realizadas por profesionales en lugar de no profesionales. Los autores concluyeron que las intervenciones de apego orientadas a prevenir o reducir el apego desorganizado tal vez deban enfocarse específicamente en conductas del cuidador asociadas al apego desorganizado, tales como conductas atípicas del cuidador. En un estudio reciente, Benoit *et al*.[9 10] demostraron que una intervención breve y focalizada de entrenamiento conductual para padres podría reducir las conductas atípicas del cuidador.

Conclusiones

En resumen, las intervenciones basadas en el apego hasta la fecha se han enfocado en los precursores de tipos de apego organizado y no en los precursores del apego desorganizado, reflejando el hecho que la importancia de las secuelas negativas de apegos desorganizados entre los padres-hijos ha sido reconocida sólo recientemente, así como los precursores del apego desorganizado. Dada la alta tasa base de apego organizado pero inseguro (evitativo o resistente) presente en la población general, tal vez no sería realista o incluso necesario enfocar las intervenciones en prevenir o eliminar el apego evitativo o resistente, al menos que el lactante presente síntomas. Por otro lado, una alta proporción de lactantes que desarrollan apego inseguro desorganizado con su cuidador principal posteriormente desarrollan una inadaptación social y emocional significativa, además de psicopatologías. Por ende, en términos clínicos, el apego inseguro-desorganizado entre el niño y su cuidador parece ser el tipo de apego más significativo que requiere intervención. El foco directo en los antecedentes del apego desorganizado, como las conductas atípicas del cuidador, representa una dirección prometedora para la investigación futura.

Implicaciones

Los descubrimientos de las investigaciones sugieren que una intervención basada en el apego debería enfocarse en mejorar la sensibilidad del cuidador con el fin de promover el apego seguro entre el niño y el cuidador y resultados sociales y emocionales positivos asociados al apego seguro. Sin embargo, el focalizarse exclusivamente en mejorar la sensibilidad del cuidador

©2004-2026 ABILIO | APEGO

podría no ser ni suficiente ni efectivo para prevenir o reducir los tipos de apego inseguro más relevantes en términos clínicos, es decir, el apego desorganizado. Los descubrimientos más recientes de investigación sugieren que enfocarse en reducir las conductas atípicas del cuidador podría ser promisorio para reducir el apego desorganizado entre el niño y el cuidador. Se requiere más investigación para determinar si una reducción de los factores vinculados al apego desorganizado como, por ejemplo, las conductas atípicas del cuidador, se vincula realmente con la reducción del apego desorganizado y los deficientes resultados sociales y emocionales asociados para los niños. También se requiere mayor investigación para determinar qué técnicas de intervención son más efectivas para reducir las conductas atípicas del cuidador (u otros precursores del apego desorganizado entre el niño y el cuidador) y el apego desorganizado entre el niño y el cuidador. Es importante tomar conocimiento que en cuanto a problemas de relación de apego entre niños-cuidadores, las mejores intervenciones hasta la fecha[5,8] son breves, usan video-feedback, comienzan después de los seis meses de edad del lactante, y están clara y exclusivamente enfocadas en el entrenamiento conductual del padre o la madre en lugar de estar focalizadas en sensibilidad junto con apoyo, o sensibilidad junto con apoyo más representaciones internas. Sin embargo, otros investigadores enfatizan la necesidad de realizar intervenciones intensivas, basadas en casa, y de largo plazo para algunas de las familias más perturbadas y disfuncionales.[4] Existe obviamente la necesidad de realizar más investigación para identificar las características de las intervenciones basadas en el apego que mejor cubren las necesidades de familias específicas. A su vez, existe la necesidad de capacitar a los proveedores de servicios en el uso de técnicas de apego probadas y para reconocer las conductas atípicas del cuidador vinculadas al apego desorganizado así como sus precursores.

Referencias

1. Benoit D. Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health* 2004;9(8):541-545.
2. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.
3. Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2002;43(7):835-846.
4. Hennighausen K, Lyons-Ruth K. Disorganization of attachment strategies in infancy and childhood. Rev ed. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2007:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Hennighausen-LyonsRuthANGxp_rev.pdf . Accessed October 1st 2009.
5. Egeland B. Attachment-based intervention and prevention programs for young children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Childhood Development; 2004:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/EgelandANGxp.pdf. Accessed October 1st 2009.

6. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal* 2005;26(3):191-216.
7. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development* 2006;8(2):89-111.
8. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
9. Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B, Goldberg S. Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):611-626.
10. Madigan S, Hawkins E, Goldberg S, Benoit, D. Reduction of disrupted caregiver behavior using Modified Interaction Guidance. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(5): 509-527.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Intervenciones Basadas en el Apego: Comentarios sobre Dozier, Egeland y Benoit

Sheree L. Toth, PhD.

Mt. Hope Family Center, University of Rochester, EE.UU.

Abril 2005

Introducción

La teoría sobre apego ofrece una perspectiva poderosa para investigar la naturaleza de la relación entre experiencias de cuidado y el resultado de desarrollo.[1,2,3] La organización del apego en los lactantes y los niños de 1-3 años (*toddlers*) se ha vinculado a su adaptación futura.[4,3] Por tanto, es importante promover relaciones de apego seguro entre cuidadores y sus hijos. En la última década, los investigadores han dirigido cada vez más sus esfuerzos a entender y modificar las relaciones de apego en poblaciones de alto riesgo y psiquiátricas.[5,6,7] Dozier, Egeland, y Benoit han liderado las iniciativas teóricas y de investigación diseñadas para prevenir relaciones inseguras y promover relaciones de apego seguro en niños pequeños. En estos artículos, los autores analizan la literatura sobre intervenciones basadas en el apego y destacan los hallazgos empíricos clave en torno a la eficacia de las iniciativas de prevención e intervención.

Investigación y Conclusiones

Dozier comienza analizando cómo el tipo de cuidado proporcionado afecta la calidad del apego de los niños. Explica que el predictor más potente de apego de los lactantes es el estado mental de los padres en relación al apego. Dozier también analiza las variaciones en las estrategias de intervención usadas para mejorar el apego seguro. Se refiere al meta-análisis de 2003 elaborado por Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn y Juffer, donde concluyen que las intervenciones orientadas a la sensibilidad parental e iniciadas aproximadamente a los seis meses de edad son más efectivas que las intervenciones con metas más globales que comienzan en los primeros meses.[8] Además, concluye que las intervenciones breves son al menos tan efectivas como las de mayor duración.

Egeland destaca que se ha demostrado consistentemente que el apego seguro durante la lactancia predice aspectos del desarrollo social durante la niñez, y que el apego seguro se relaciona con resultados de desarrollo más óptimos y el apego inseguro predice inadaptación

©2004-2026 ABILIO | APEGO

socioemocional. Egeland además sostiene que las relaciones de apego pueden tener efectos de largo plazo en el curso del desarrollo biológico. En concordancia con Dozier, Egeland concluye que es crucial diseñar y evaluar programas para promover una relación de apego padre-hijo segura. Al igual que Dozier, Egeland también analiza dos amplios tipos de estrategias de intervención diseñadas para fomentar relaciones de apego seguro: 1) estrategias orientadas a la sensibilidad parental; y 2) estrategias que luchan por cambiar la representación parental respecto de sus propias historias de cuidado. Un principio central de la teoría de apego es que las relaciones tempranas entre lactantes-cuidadores conducen a la formación de representaciones mentales del yo, de los demás y del yo en relación a los demás. Por tanto, es importante que la intervención se focalice en modificar estas representaciones mentales o el comportamiento del cuidador. Egeland ofrece una importante advertencia para los resultados que favorecen la implementación de intervenciones de corto plazo orientadas modificar la sensibilidad parental. Específicamente, Egeland advierte que aunque estos programas tengan éxito con muestras de riesgo relativamente bajo, es probable que se necesiten intervenciones más comprehensivas y de largo plazo con familias de alto riesgo.

El artículo de Benoit se centra en un patrón particular de apego inseguro, la clasificación desorganizada. A diferencia de los apegos organizados, en los cuales existen estrategias coherentes para relacionarse con el cuidador en momentos de estrés, el apego desorganizado no se caracteriza por estrategia consistente alguna de relación con el cuidador. El apego desorganizado ha sido identificado como particularmente significativo porque coloca a los niños en riesgo de desajustes socioemocionales y psicopatologías. Benoit recalca que aun cuando la sensibilidad del cuidador ha sido vinculada a patrones organizados de apego, no se ha comprobado que tenga relación con el apego desorganizado. Benoit analiza el hecho que en un análisis de 15 estudios de su meta-análisis del 2003, Bakermans-Kranenburg y sus colegas concluyeron que las intervenciones de apego enfocadas en prevenir o reducir el apego desorganizado tal vez deban dirigir sus esfuerzos a reducir las conductas atípicas del cuidador. Específicamente, las conductas de temor o atemorizantes del cuidador han sido implicadas en la etiología del apego desorganizado.

Implicaciones para el Desarrollo y las Políticas

Estos tres artículos respaldan la importancia de prevenir las relaciones inseguras y promover relaciones de apego seguro entre niños pequeños y sus cuidadores. En las últimas décadas, ha crecido la evidencia respecto de la importancia de lograr apego seguro para el desarrollo

©2004-2026 ABILIO | APEGO

adaptativo futuro. Los programas de prevención e intervención han puesto cada vez más la seguridad en el apego como meta. Aunque existe evidencia que sugiere que las intervenciones de corto plazo orientadas a lograr sensibilidad parental son eficaces y tal vez superiores a los enfoques de largo plazo que luchan por modificar el estado mental parental respecto del apego, esta controversia está lejos de ser resuelta. De hecho, sería extremadamente prematuro concluir que un enfoque es preferible a otro Como advierte Egelan, los enfoques conductuales de corto plazo pueden ser efectivos con grupos de lactantes y madres de menor riesgo, pero no tenemos aún la evidencia suficiente para afirmar que serían igualmente efectivos – o efectivos – con poblaciones de más alto riesgo.

De hecho, los estudios que se han llevado a cabo recientemente en el Mt. Hope Family Center ofrecen evidencia convincente respecto que las intervenciones preventivas orientadas a las representaciones maternas de las relaciones son muy efectivas para promover seguridad en el apego. En la primera investigación, los niños de 1-3 años de madres que habían vivido un importante trastorno depresivo desde el nacimiento del niño fueron asignados aleatoriamente a una intervención basada en la teoría del apego o a otra intervención estándar de la comunidad. A pesar que en el punto de partida, los niños de 1-3 años (*toddlers*) con madres deprimidas mostraron índices más altos de inseguridad que los de madres no deprimidas, al término de la intervención, el grupo que recibió la intervención informada basada en la teoría de apego mostró índices significativamente más altos de seguridad que los participantes que recibieron la intervención estándar de la comunidad. Es importante destacar que los índices de seguridad en las díadas madre-niño que recibieron la intervención informada basada en el apego no difirieron de aquellos presentes en las díadas de madres no deprimidas.[5] En los niños que participaron en la intervención de apego también se observó que los inicialmente seguros mantuvieron mejor la organización de apego, además se observó un mayor cambio desde grupos de apego inseguros a grupos de apego seguro. Se han obtenido resultados igualmente convincentes con lactantes maltratados, cuyos índices iniciales de inseguridad superaban el 90% y en los cuales la seguridad de apego post-intervención no difería de la de lactantes no maltratados. Los lactantes maltratados elegidos aleatoriamente para participar en la intervención estándar de la comunidad siguieron evidenciando índices extremadamente altos de apego inseguro, consistentes con los del punto de partida.[9] Resulta interesante que en la última intervención preventiva, una intervención didáctica, orientada más a conductas, resultó igualmente efectiva para promover el apego seguro que aquella basada en representaciones maternas. Por el contrario, en la evaluación de una intervención preventiva para niños preescolares maltratados, la única

©2004-2026 ABILIO | APEGO

intervención que logró mejorar las representaciones que el niño tenía de sus cuidadores y de sí mismo estaba dirigida a las representaciones maternas.[10] Por ende, el tema de estrategia de intervención preferida parece estar lejos de ser resuelto y se debe actuar con cautela antes de cerrar prematuramente este tema.

Es necesario considerar varios asuntos importantes antes de llegar a conclusiones definitivas sobre la mejor manera de promover la organización del apego seguro. Primero, no hay claridad respecto de cuán durables sean los efectos de las intervenciones y si la durabilidad puede variar en función de la extensión e intensidad de la intervención aplicada. Segundo, si es que existen, son pocas las investigaciones que han buscado elucidar mediadores del resultado de la intervención. Es decir, sabemos que cierta intervención ha sido eficaz, pero sabemos considerablemente menos acerca de los mecanismos que están contribuyendo a que lo sea. Este conocimiento podría ser extremadamente útil para identificar aspectos cruciales de una intervención y eliminar aquellos que puedan ser costosos, pero que no contribuyen al valor general de la intervención. Para terminar, el grueso de las evaluaciones han incluido ensayos de eficacia bien controlados que utilizan claros criterios inclusión/exclusión y personal clínico bien capacitado y supervisado, además de monitorear la fidelidad de las intervenciones entregadas. Aun cuando dichos ensayos clínicos aleatorios son necesarios para establecer una base de conocimiento, debemos trabajar para exportar estos métodos clínicos a escenarios del mundo real y desde ahí seguir evaluando su efectividad. Sólo así sabremos realmente cómo promover el apego seguro de la mejor manera y qué enfoques serían los más efectivos para una población determinada.

Referencias

1. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
2. Main M, Kaplan N, Cassidy JC. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):66-104.
3. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. *Minnesota symposia on child psychology* 1983;16:41-83.
4. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-peer relationships: Modes of linkage.* Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1992:77-106.
5. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1999;1(1):34-66.
6. Lieberman AF, Pawl JH. Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory,*

©2004-2026 ABILIO | APEGO

research, and intervention. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:375-397.

7. van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(2):225-248.

8. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

9. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of interventions for maltreated infants in fostering secure attachment. In preparation.

10. Toth SL, Maughan A, Manly JT, Spagnola M, Cicchetti D. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology* 2002;14(4):877-908.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Apoyando a las Familias para Construir Relaciones de Apego Seguro: Comentarios sobre Benoit, Dozier y Egeland

Femmie Juffer, PhD., Marian J. Bakermans-Kranenburg, PhD., y Marinus H. van IJzendoorn, PhD.

Centre for Child & Family Studies, Leiden University, Paises Bajos

Junio 2005

Introducción

Desde que Bowlby y Ainsworth formularan la teoría del apego[1,2] se han lanzado muchos programas de intervención destinados a fomentar relaciones de apego entre padres e hijos. Estos programas de intervención generalmente están diseñados para mejorar la sensibilidad parental, la capacidad de percibir correctamente las señales de apego de los niños, y la capacidad de responder a estas señales de manera rápida y apropiada.[2] El objetivo esencial de estas intervenciones es transformar las relaciones de apego inseguras-evitativas (A) e inseguras-resistentes (C) en relaciones seguras (B)entre padres e hijos.[2] En algunos programas, la intervención no solamente está dirigida a la sensibilidad de los padres, sino a las representaciones mentales sobre apego de las madres, como es el caso de STEEP (Pasos para una Crianza Efectiva y Feliz) descrito por Egeland. Según Benoit, al descubrir una nueva categoría de apego inseguro, el apego desorganizado (D)[3] surgieron nuevos desafíos para las intervenciones basadas en el apego. Debido al impacto especialmente negativo que causa el apego desorganizado en los resultados infantiles, las intervenciones basadas en el apego no deberían enfocarse, o al menos no únicamente, en factores determinantes de apego *organizado* (A, B, y C) obtenidos empíricamente, tales como representaciones mentales de los padres y comportamientos sensibles de apego (in)seguro (ver Dozier), sino también en determinantes del apego *desorganizado* (D). Los estudios empíricos han encontrado evidencia para el modelo de Main y Hesse[4] que indica que las pérdidas no resueltas o los traumas de los padres se relacionan con el apego inseguro-desorganizado de los niños a través de conductas parentales atemorizantes o atemorizadas. Sin embargo, hasta hoy no se han reportado resultados de intervenciones orientadas directamente a dichos comportamientos de temor. Como primer paso, sería importante evaluar los efectos de las intervenciones basadas en el apego que incluyen el

©2004-2026 ABILIO | APEGO

apego desorganizado de los lactantes como medida de resultados (ver más abajo) pero como próximo paso deberían ponerse a prueba las intervenciones específicamente diseñadas para prevenir el apego desorganizado inseguro.

Investigación y Conclusiones

Egeland hace un elegante resumen de las principales aseveraciones de la teoría de apego. Según Bowlby[1], los lactantes están biológicamente predispuestos para usar a sus padres como un refugio seguro, como protección para su angustia, y como una base de seguridad desde la cual explorar su medioambiente. A medida que los niños se desarrollan, forman representaciones mentales o modelos de trabajo internos en base a sus experiencias con las personas que los cuidan. Si los niños tienen experiencias positivas con padres sensibles, continuarán confiando en ellos, mostrándoles sus angustias y el contacto con el padre/madre les seguirá tranquilizando (lo que Ainsworth[2] define como patrones seguros de apego). Por el contrario, los padres insensibles rechazan las peticiones de sus hijos de consuelo y su disponibilidad es inconsistente. Los niños de estos padres desarrollan relaciones de apego inseguro, que evitan, o resisten, con rabia o pasivamente, a los padres. Los apegos seguros durante la primera infancia son predictores de resultados más óptimos de desarrollo en la niñez (por ej. competencia social) mientras que el apego inseguro es predictor de resultados infantiles menos óptimos. Basándose en los muchos resultados positivos de apego seguro que aparecen en los estudios empíricos, Egeland llega a la clarísima conclusión que los programas deberían ser diseñados y evaluados para promover relaciones de apego seguro a fin de mejorar los resultados de desarrollo en niños que están en riesgo de presentar deficiencias en su desarrollo. Egeland analiza varias intervenciones basadas en el apego (por ej. el comprehensivo proyecto STEEP). También en este respecto se describe un primer meta-análisis[5]. Este meta-análisis sobre los efectos de 12 intervenciones basadas en el apego, orientadas a la sensibilidad materna y a la seguridad del lactante, demostró que estas intervenciones eran más efectivas para cambiar la insensibilidad parental que para cambiar la seguridad de apego de los niños.[5]

Egeland no se refiere al seguimiento de este primer meta-análisis sobre sensibilidad parental y apego, tampoco se refiere a cómo prevenir los apegos desorganizados inseguros. Recientemente se incluyeron 88 intervenciones sobre sensibilidad materna y seguridad de lactantes en 70 estudios de un meta-análisis totalmente extendido y actualizado.[6] Este meta-análisis mostró que las intervenciones específicamente orientadas a promover conductas parentales sensibles parecían ser más bien efectivas en cambiar actitudes parentales insensibles, así como la

©2004-2026 ABILIO | APEGO

inseguridad de apego del lactante. Una de las conclusiones de esta serie de meta-análisis, también ilustrada en el título del documento “Menos es más” fue que las intervenciones compuestas por un modesto número de sesiones (hasta 15) parecían ser más efectivas que aquéllas con numerosas sesiones, y esto se aplicaba a grupos clínicos y no clínicos.[6] Esto se contrapone con la conclusión de Egeland respecto que las intervenciones más comprehensivas y a más largo plazo, son necesarias para familias de alto riesgo. Aun cuando esto sea así para el logro de otras metas, como ayudar a madres de alto riesgo a manejar las adversidades cotidianas que rodean el nacimiento de un niño, los últimos meta-análisis muestran que para la sensibilidad y el apego, la manera más efectiva de aplicar intervenciones basadas en el apego es a través de un modesto número de sesiones enfocadas en la sensibilidad.

Dozier reflexiona en torno al estado mental parental como uno de los predictores más poderosos para el apego infantil. Se dice que los padres capaces de reflexionar coherentemente sobre sus propias experiencias de niñez presentan estados mentales autónomos. Cuando los padres no son coherentes al analizar sus propias experiencias de apego, se dice que tienen estados mentales no-autónomos. Acá sale a luz el trabajo de Main: la Entrevista sobre Apego para Adultos[7] permite a los codificadores distinguir confiablemente entre padres con estados mentales inseguros (rechazantes, preocupados o no resueltos) y padres con representaciones de apego seguro (autónomos). Varios estudios empíricos y un meta-análisis[8] han encontrado que los padres inseguros habitualmente tienen hijos con apego inseguro y los padres seguros tienden a tener hijos seguros. Dozier comenta que algunas intervenciones basadas en el apego se orientan a los estados mentales parentales como medio para cambiar el apego infantil, aunque muchas otras intervenciones intentan cambiar la sensibilidad parental únicamente.

Al citar el reciente meta-análisis de intervenciones basadas en el apego de Bakermans-Kranenburg y sus colegas,[6] Dozier resume los principales resultados: las intervenciones breves enfocadas en la sensibilidad, que se inician cuando el niño tiene al menos seis meses, son las más exitosas, sin tomar en cuenta el estatus de riesgo o socioeconómico de los padres. Dozier no se refiere explícitamente al apego desorganizado y a las implicaciones del apego desorganizado para la investigación de intervenciones.

A diferencia de los primeros dos autores, Benoit explícitamente describe el desafío que impone el descubrimiento del apego inseguro desorganizado al campo de intervenciones basadas en el apego. Al inicio de su documento, reconoce que existen cuatro patrones de apego infantil (seguro, evitativo, resistente, desorganizado). La clasificación de desorganizado ha sido

©2004-2026 ABILIO | APEGO

identificada como un poderoso riesgo infantil de psicopatologías posteriores. Luego manifiesta que en el caso del apego desorganizado, la intervención no debería enfocarse en la sensibilidad de los padres, ya que insiste en que la sensibilidad no está vinculada al apego desorganizado. Sin embargo, un meta-análisis demostró que las intervenciones orientadas a la sensibilidad lograron reducir o prevenir el apego desorganizado[9] (ver más abajo) y, como se mencionó anteriormente, la explicación para esto puede ser que los padres comienzan a enfocarse más en la interacción con sus hijos y, por tanto, están menos proclives a procesos disociadores en presencia del niño. Según Benoit, una vía recientemente identificada que conduce al apego desorganizado, es la exposición de los niños a formas específicas de conductas aberrantes de parte del cuidador que son llamadas “atípicas”. Por lo tanto, Benoit concluye que las intervenciones basadas en el apego deberían orientarse a mejorar la sensibilidad parental (para fomentar el apego seguro) y en reducir o eliminar conductas parentales atípicas (para prevenir o reducir el apego desorganizado). El propio estudio de Benoit, que demostró los efectos de una intervención de entrenamiento conductual para padres breve y focalizada en la reducción de conductas atípicas del cuidador, constituye un primer ejemplo de los muy necesitados estudios para reducir conductas parentales atemorizantes/atemorizadas o atípicas. Sería interesante saber si este tipo de intervención ha tenido éxito en prevenir o reducir el apego desorganizado.

Implicaciones para la Práctica y Servicios Clínicos

¿Qué podemos concluir acerca de las intervenciones basadas en el apego y los últimos hallazgos de la investigación al respecto? Sobre la base de dos meta-análisis[5,6] realizados en 1995 y 2003, se pueden deducir varias conclusiones respecto de la práctica y los servicios clínicos. Se ha demostrado empíricamente que las intervenciones pueden en efecto mejorar la sensibilidad parental y fomentar el apego seguro en los niños, especialmente si la intervención es relativamente breve (hasta 16 sesiones), orientada a las conductas, centrada únicamente en la sensibilidad (en lugar de intervenciones más extendidas que incluyen apoyo social, etc.), y se inicia a la edad de seis meses del lactante. Sin embargo, es posible que se requiera apoyo de largo plazo y de amplio alcance para familias con problemas múltiples, para ayudarles a enfrentar los problemas cotidianos para que puedan centrarse en la sensibilidad.[6] El meta-análisis del año 2003 también descubrió una relación de dosis-respuesta entre el éxito de la intervención sobre sensibilidad parental y su impacto en la seguridad del apego infantil: solamente aquellas intervenciones que produjeron efectos substanciales sobre la sensibilidad lograron cambiar la inseguridad del apego.[6]

©2004-2026 ABILIO | APEGO

Ambos meta-análisis incluyeron intervenciones diseñadas para cambiar las relaciones de apego inseguro *organizado*: inseguro-evitativo e inseguro-resistente de los niños y no la categoría, de importancia clínica, de apego inseguro *desorganizado*. En la actualidad, pocas intervenciones han sido específicamente diseñadas para prevenir el apego desorganizado. En esta misma línea, la mayor parte de las intervenciones basadas en el apego no aportan datos sobre efectos en el apego desorganizado. Esto introduce una seria brecha en nuestro conocimiento por dos motivos: (1) La investigación reciente ha demostrado que el apego desorganizado es predictor de psicopatologías, mientras que los apegos inseguro-evitativo y resistente conducen a niños con desarrollo menos óptimo, pero no patológico.[10] Por ende, es imperativo evaluar las intervenciones basadas en el apego en términos de su potencial valor para prevenir el apego desorganizado. (2) Puesto que incluso los niños con apego seguro son considerados inseguros cuando sus conductas de apego dan muestras de desorganización, es sumamente importante que las intervenciones informen no solamente los efectos sobre apego seguro sin también sobre el apego desorganizado.

Una revisión narrativa y un meta-análisis cuantitativo recién elaborados incluyen 15 intervenciones preventivas que incluyen el apego desorganizado infantil como medida de resultados.[9] A pesar que el efecto general de todas las intervenciones no fue significativo, algunas intervenciones lograron prevenir el apego desorganizado en los niños. Estas intervenciones tenían en común las siguientes características: se iniciaron después de los seis meses de edad del lactante, en lugar de antes de los seis meses; estaban enfocadas en la sensibilidad; e incluían muestras con niños en riesgo en lugar de padres en riesgo.[9]

Como ejemplo, una intervención preventiva en familias que habían adoptado niños extranjeros aumentó significativamente la sensibilidad materna y también redujo significativamente el apego desorganizado: en el grupo intervenido, solamente 6% de los niños presentaba apego desorganizado en comparación con 22% en el grupo control.[11] Este estudio aplicó una intervención breve de tres sesiones de video-feedback en los hogares orientada a la sensibilidad parental, y la intervención se inició a la edad de seis meses del niño. Los positivos resultados de este estudio han cambiado las prácticas de adopción de los Países Bajos. Los nuevos padres adoptivos pueden inscribirse para un servicio de post-intervención de hasta cuatro sesiones de video feedback; implementado por una organización central de adopción, financiada por el gobierno. Cada vez más padres adoptivos usan este servicio recién estrenado. La intervención de video feedback usada en las familias adoptivas[11] se extendió y se adaptó para el Leiden VIPP (Intervención de Video-Feedback para Fomentar Padres Positivos).[12,13] El programa VIPP y varias

©2004-2026 ABILIO | APEGO

adaptaciones y extensiones han sido aplicados en distintas culturas y contextos, por ejemplo, con madres inseguras con trastornos alimenticios, con familias con niños prematuros o enfermos o con niños de 1-3 años externalizantes, y en escenarios de jardines infantiles.[14]

Los estudios futuros también se deberían centrar en evaluar intervenciones que estén explícitamente orientadas a comportamientos atemorizantes/atemorizados de los padres como determinantes empíricamente probadas del apego desorganizado infantil.

Referencias

1. Bowlby J. Attachment. New York, NY: Basic Books; 1982. *Attachment and loss*. 2nd ed; vol 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
4. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disroganizaed attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cichetti D, Cummings E, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:161-182.
5. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995;36(2):225-248.
6. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
7. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment rating and classification system*. Berkeley, Calif: University of California. Unpublished manuscript.
8. Van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.
9. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. In press.
10. Solomon J, George C. The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization*. New York, NY: Guilford Press; 1999:3-32.
11. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(3):263-274.
12. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Enhancing children's socioemotional development: A review of intervention studies. In: Teti DM, ed. *Handbook of Research Methods in Developmental Science*. Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishers; 2004:213-232.
13. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Introducción and outline of the VIPP and VIPP-R program. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, eds. *Attachment-based intervention with video-feedback and biographical discussion: The Leiden VIPP and VIPP-R program*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. In press.

©2004-2026 ABILIO | APEGO

14. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, eds. *Attachment-based intervention with video-feedback and biographical discussion: The Leiden VIPP and VIPP-R program*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. In press.

©2004-2026 ABILIO | APEGO