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

©2004-2026 ABILIO | APEGO

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 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

©2004-2026 ABILIO | APEGO

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 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

©2004-2026 ABILIO | APEGO

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.

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

©2004-2026 ABILIO | APEGO

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.
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