



# VINCULOS MATERNOFILIALES Y SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RAQUEL RIVERA AMIGO Y ANDREA MARCO CALLEJAS  
JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
DISEÑO DEL TRABAJO.....	2
NATURALEZA DEL VÍNCULO MATERNO – FILIAL.....	3
○ Teoría del Apego de Bowlby.....	3
○ Tipos de Apego para Mary Ainsworth.....	5
○ Teoría del Apego y Representaciones Mentales.....	6
○ Aportaciones posteriores de Mary Main.....	7
EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LOS PATRONES DE APEGO.....	8
APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN EL NIÑO.....	10
○ Psicopatología general del vínculo.....	10
○ Trastorno de la Vinculación en la Infancia.....	11
○ Patrones de Apego y depresión.....	12
○ Patrones de Apego y ansiedad en la infancia.....	13
○ Patrones de Apego y Autismo en la infancia.....	14
○ Patrones de Apego y trastornos relacionados con el estrés.....	14
TEORÍA DEL APEGO Y PREVENCIÓN.....	15
TEORÍA DEL APEGO Y TRATAMIENTO.....	15
○ El Apego en las técnicas y tratamientos psicoterapéuticos.....	16
○ Teoría del Apego y mejora de la práctica psiquiátrica.....	17
TEORÍA DEL APEGO Y REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	17
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.....	18
OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES.....	20
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	20
ANEXO I	

## INTRODUCCIÓN

Cada vez son más los casos remitidos a los servicios de psiquiatría infanto-juvenil diagnosticados como trastornos mentales. Más de la mitad de los problemas de salud mental en la población general tienen su origen en la infancia, existiendo suficientes evidencias que demuestran la continuación de éstos en la vida adulta. Como señala en el Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años. Más del 70% de los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años<sup>1</sup>. Dichos problemas interfieren en las relaciones socio-familiares del niño por lo que son un motivo de consulta de los servicios de atención primaria y posterior derivación a las consultas de psiquiatría infantil. La mayoría de ellos son un conjunto de reacciones normales frente a situaciones de estrés que interfieren con la dinámica familiar<sup>2</sup>. La forma en que los niños responden a estas situaciones de estrés está estrechamente relacionada con el tipo de vínculo materno-filial establecido durante sus primeros meses de vida.

El vínculo de apego ha sido motivo de estudio tanto como factor de riesgo como factor protector de los trastornos psiquiátricos, habiendo influido en las recomendaciones realizadas por las autoridades sanitarias en Planes de Salud Mental a nivel Nacional e Internacional, y han influido en el comportamiento actualmente recomendado con los niños/as hospitalizados<sup>3</sup>. Se han descrito varias situaciones que podrían fomentar la creación de un vínculo patológico en la infancia, siendo éste la base sobre la que se asentarían una buena parte de los problemas de salud mental.

## DISEÑO DEL TRABAJO

En primera instancia hemos llevado a cabo una revisión de los constructos principales que dan cuenta y explican la naturaleza del vínculo de apego materno filial, siendo estos explicados por primera vez por el psicoanalista John Bowlby. En su Teoría del Apego, muestra la necesidad del individuo de establecer relaciones de proximidad con su entorno desde el nacimiento para crear vínculos que serán determinantes en el ulterior desarrollo.

Al tratarse de un Trabajo de Revisión se utilizaron varios criterios metodológicos a la hora de realizarla:

- Se revisó la bibliografía considerada clásica en este tema.

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline de los diez últimos años, tanto en inglés y castellano.
- Se seleccionó una muestra de los trabajos más representativos de la literatura desde un límite de diez años atrás hasta los trabajos iniciales en este campo.
- Se revisó así mismo la última edición del Handbook of Attachment que recoge las investigaciones realizadas sobre esta materia desde el siglo XX.
- Sobre la base de la literatura obtenida, con la aplicación de los criterios anteriores, se categorizó el campo a revisar en diversas áreas de interés:
  - la metodología a utilizar para definir y evaluar el constructo,
  - su interés psiquiátrico, psicológico y antropológico a la hora de entender las relaciones en la especie humana,
  - su aplicabilidad a la práctica médica y psiquiátrica,
  - y su interés preventivo.
- En función de los puntos señalados hemos estudiado aquellos trabajos bibliográficos centrados en:
  - Los distintos tipos de apego existentes según varios autores, así como, los estudios empíricos que intentan demostrar la influencia de los vínculos de apego en el desarrollo de problemas de salud mental.
  - Las teorías que vinculan el apego con los diversos modelos de representaciones mentales.
  - Los diversos sistemas de evaluación y medición de los patrones de apego.
  - Análisis de la relación entre el apego y la psicopatología en la infancia.
- Sobre la base de todo lo anterior, hemos elaborado un capítulo de conclusiones e implicaciones a la hora de identificar dichas patologías y las implicaciones que ello supone para los profesionales sanitarios, para la psicoterapia y para la psicoeducación social de toda la población.
- Además hemos valorado cuales son las oportunidades y las limitaciones a la luz de los conocimientos actuales.

## **NATURALEZA DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL**

### **Teoría del Apego de Bowlby**

En la actualidad se sabe que un tercio del genoma configura las conexiones intracerebrales<sup>4</sup>. La especie humana goza de la existencia de una matriz social que

permite que el neonato al nacer encuentre la protección y la estimulación necesaria para conseguir su supervivencia, garantizar su desarrollo, promover el aprendizaje y así permitir la transmisión de pautas, saberes y comportamientos no codificados genéticamente. Es decir, así como sabemos que los genes tienen un papel primordial en la promoción del desarrollo cerebral, la experiencia juega un papel similar en la modulación de las conexiones cerebrales a través del aprendizaje<sup>5</sup>.

Muchos han sido los autores que han estudiado las relaciones materno-filiales infantiles, así como, su importancia en la creación de unos vínculos de apego adecuados y su papel como factor determinante en el desarrollo socioemocional y mental de los niños.

Un pionero en dicho estudio fue el psicoanalista inglés John Bowlby<sup>6</sup>, que estudió el sistema de apego humano. Su *Teoría del apego* ha servido para asentar las bases de muchos estudios posteriores. Para entender su teoría primero debemos comprender ciertos conceptos básicos. Bowlby definió el apego como un sistema cerebral innato que impulsa la búsqueda de proximidad entre el sujeto y su cuidador primario/figura de apego con el objetivo de regular sus estados internos hasta que se produzca el desarrollo de sus propias funciones psiconeurobiológicas lo suficiente como para autorregularse. Esta necesidad de establecer una vinculación afectiva es innata en el neonato, persiste a lo largo de la vida adulta y aparece cuando el sujeto busca apoyo y proximidad de otro en situaciones que generan temor, ansiedad o estrés. Bowlby considera estas conductas al servicio de la supervivencia o autoconservación, siendo observables en el infante en forma de llantos, gritos,... y teniendo como fin satisfacer las necesidades primordiales del individuo. Para Bowlby, todas estas conductas de apego se organizan en torno a diversos sistemas conductuales asentados en el Sistema Nervioso Central, que actúan como un conjunto de respuestas encargadas de satisfacer y regular una o varias necesidades básicas, asociando estrechamente un componente emocional a ella<sup>7</sup>.

En resumen, la teoría del apego pretende explicar la influencia de la relación creada entre el niño en sus primeras etapas de vida con los cuidadores primarios. La creación del vínculo es tan precoz, que antes de los 12 meses de vida todo bebé debe haber desarrollado un lazo específico con una figura de apego. Al tratarse de una relación bidireccional la creación del vínculo, es un factor determinante la respuesta conductual de la madre ante las demandas del bebé.

## Tipos de apego para Mary Ainsworth

Mary Ainsworth, llevó a cabo la comprobación de la teoría planteada por Bowlby, mediante observaciones empíricas de los tipos de vinculación afectiva creados entre madre e hijo. Ya en 1945, describió en Uganda distintos tipos de vínculos de apego y cómo éstos dependían de la sensibilidad con la que la madre respondía a las peticiones del niño. De esta forma, clasificó a los niños en función del patrón de apego que establecían con la madre: apego seguro, apego inseguro y no apego. Ésta fue su primera clasificación, que confirmó tras realizar un segundo estudio de tipo observacional (Proyecto Baltimore, 1978)<sup>8</sup>. Comparando los resultados obtenidos de ambos estudios, encontró ciertas diferencias conductuales entre los niños de Uganda y los niños de Baltimore, por lo que decidió realizar entonces un experimento de laboratorio que denominó “*La situación del Extraño (SE)*”. El experimento consistía en una situación de 20 minutos dividido en ocho episodios, en los que podía observar las diferentes conductas relacionales del niño (apego, exploración, afiliación hacia extraños y de juego) bajo condiciones de estrés (Anexo I. Tabla 1). En la actualidad sigue utilizándose en estudios de investigación sobre este tema.

Las conclusiones obtenidas fueron que los niños exploraban y jugaban más en presencia de la madre, y estas disminuían en presencia del extraño, sobre todo cuando la madre se iba. Esto reveló que un vínculo de apego fuerte y de calidad entre madre e hijo ejercía de base segura para la activación de conductas exploratorias, y que ante la percepción de estrés o amenaza se activaban conductas de búsqueda de la madre.

Las diferencias individuales encontradas en el experimento de la Situación del Extraño junto con las obtenidas de los otros estudios observacionales le permitieron establecer una clasificación de los tipos de apego en tres patrones<sup>9</sup>:

**1. Niños con apego seguro (Tipo B).** En la SE, el niño explora y juega activamente en presencia de la madre (la mira para asegurarse de que está), pero durante la separación se intranquiliza. Ante el extraño las conductas exploratorias disminuyen, aunque suele ser sociable. El contacto físico cuando la madre regresa le reconforta y tranquiliza, reanudando el juego y/o la exploración. Al correlacionar este tipo de apego con los datos obtenidos en las visitas periódicas realizadas a los hogares, se comprobó que las madres eran las más sensibles y receptivas a las llamadas del bebé. Esta conducta

diaria había creado un vínculo seguro entre ellos. Para Ainsworth, éste era un tipo de apego saludable para el desarrollo evolutivo del niño.

**2. Niños con apego inseguro – evitativo (Tipo A).** En la SE, estos niños se muestran independientes, activando conductas exploratorias sin tener en cuenta a la madre como base segura (la ignoran). Durante su ausencia no muestran intranquilidad y tampoco buscan su proximidad cuando ésta regresa para sentirse seguros, llegando incluso a rechazarlas cuando ellas buscan su contacto. Ante el extraño reanudan la exploración, ignorándolo. Al comprobar este tipo de apego en las observaciones de los hogares, vio que típicamente estas madres eran insensibles a las demandas de sus hijos, llegando incluso a ser rechazantes. Como mecanismo de defensa, estos niños adoptaban una postura de indiferencia hacia ellas.

**3. Niños con apego inseguro – ambivalente (Tipo C).** En la SE, las conductas exploratorias de estos niños están prácticamente anuladas, presentando gran angustia cuando la madre se marcha y no consiguen calmarse con el regreso de esta. Es una conducta ambivalente entre una resistencia al contacto de la madre y una búsqueda de proximidad exagerada, con un grado de irritación que no se calma con el contacto afectivo. Correlacionando estos datos con los obtenidos en los del hogar, concluyó que las madres de estos niños presentaban una receptividad ambivalente, siendo unas veces cálidas y otras frías e insensibles ante las demandas del niño, lo que daba lugar a un vínculo inseguro e inestable. La ambivalencia materna “si y no” creaba en el niño una conducta de resistencia-búsqueda de proximidad hacia la madre, sin llegar a ser efectivo este contacto como base segura.

Más tarde, Mary Main y Solomon<sup>10</sup> añadieron un cuarto patrón, **Apego Desorganizado/Desorientado (Tipo D)**. Se trata de niños con mayor inseguridad, que ante la separación de la madre se mantienen impasibles y a su regreso muestran una variedad de conductas contradictorias (búsqueda de proximidad, rechazo, comportamientos extraños y estereotipados, etc.)

### Teoría del Apego y Representaciones Mentales.

Las experiencias tempranas de apego, del lactante con sus figuras primarias, son vividas con un carácter intersubjetivo e individual dando lugar a la creación de una serie

de modelos o patrones relacionales que Bowlby denominó *modelos operantes internos*, MOI (*internal working models*) o *mapas representacionales*<sup>11</sup>.

Hoy en día podríamos decir que la internalización de los MOI se adquiere antes que el lenguaje y se basa en la codificación de las experiencias tempranas en forma de patrones de memoria procedimental. Estos modelos completan su formación y se transforman en representaciones de sí mismo y de los demás que incluyen una carga afectiva, tras la adquisición del lenguaje, cuando el niño alcanza la edad de 7 años quedando asentados actuando de manera automática e inconsciente. Por lo tanto, los MOI marcarán el comportamiento del individuo con el resto de sus iguales, la forma en que se sentirá el sujeto consigo mismo, condicionarán las expectativas respecto a los demás, influirán en la interpretación que se dará al trato recibido por parte de los demás e influirán en sus futuras relaciones de pareja. Así mismo influirán en el tipo de vínculo que establecerán con sus futuros hijos.

Tanto Bowlby como Fonagy creían que estos modelos a pesar de ser estables a lo largo del curso vital del individuo, podrían cambiar como consecuencia de experiencias vitales positivas o negativas. Es por tanto, que podría considerarse una diana terapéutica, sobre la cual, a través de intervenciones psicoterapéuticas podría llegar a modelar la forma en la que el sujeto interpreta y vive las relaciones interpersonales, trabajando sobre las relaciones primarias creadas con sus figuras de apego<sup>12</sup>.

### Aportaciones posteriores de Mary Main

Main y Goldwyn diseñaron un test denominado Entrevista del Apego adulto (*Adult Attachment Inventory, AAI*)<sup>13</sup>, para evaluar el tipo de MOI de los individuos adultos. El cuestionario utiliza los recuerdos del sujeto acerca de cómo fueron las relaciones de apego infantiles con sus cuidadores, desde un punto de vista intersubjetivo. Se obtuvieron tres tipos de MOI (el cuarto es valorado por algunos autores).

**1. Padres seguros o autónomos.** Muestran un discurso coherente acerca de sus experiencias infantiles, tanto positivas como negativas. Como padres, suelen mostrarse sensibles y receptivos hacia sus hijos. No muestran enfado o réplica cuando recuerdan su infancia ni idealizan a sus figuras paternas. Corresponde con un tipo de apego seguro creado en la infancia. Estos adultos formarán este patrón de apego con sus futuros hijos.

**2. Padres preocupados.** Manifiestan sus experiencias vividas en la infancia con un gran componente afectivo, mostrándose confusos, ansiosos e incoherentes al describir la relación con sus padres, incluso muestran ira y rencor hacia ellos. Como padres, suelen mostrar conductas caóticas y confusas hacia sus hijos, con respuestas inconsistentes y variables ante la demanda de proximidad del niño. Corresponde con un apego inseguro-ambivalente creado en la infancia de estos adultos.

**3. Padres rechazados.** Suelen idealizar a sus padres, hablando de las experiencias infantiles vividas con poca expresividad, frialdad y sin dar importancia en su relato a la relación de apego con sus padres. Son adultos que desarrollaron un apego inseguro-avoidante en la infancia. Como padres, suelen ser poco sensibles y, en ocasiones, rechazantes ante las demandas de proximidad del bebé, lo que dará lugar a un apego inseguro-avoidante en sus hijos.

**4. Padres no resueltos.** Comparten características con los grupos anteriores. Durante el discurso muestran desorientación, lapsus de memoria, pensamiento incoherente y confusión cuando hacen referencia a procesos traumáticos o de abuso en la infancia. Son aquellos que desarrollaron un apego inseguro-desorganizado y que fomentarán el desarrollo de este tipo de vínculo con sus hijos.

Los resultados obtenidos (Anexo I. Tabla 2. Resumen de los Tipos de Apego M. Ainsworth y M. Main) muestran que lo verdaderamente importante no es el tipo de relación que el adulto estableció durante su infancia con sus figuras de apego, sino la interpretación de sus experiencias relacionales y la posterior elaboración de modelos representacionales, actuando como la base conductual sobre la que se asentarán sus relaciones futuras<sup>14</sup>.

## **EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LOS PATRONES DE APEGO**

Una vez aclaradas las distintas teorías sobre los tipos de apego y su relación con el desarrollo de estados psicopatológicos hablaremos de los métodos existentes para la identificación y el diagnóstico de los mismos. Estos métodos han cambiado a lo largo de los años, los primeros se basaban en la observación del individuo, los más nuevos son mucho más sensibles y específicos y ahondan en las representaciones mentales<sup>15</sup>.

- **La Situación del Extraño de Mary Ainsworth:** Estudia los patrones de apego en niños de 12-20 meses, ya explicado con anterioridad.
- **La clasificación del apego de Cassidy y Marvin:** indicado para niños cuyas edades están comprendidas entre los 4 años y medio y los 7.
- **Evaluación preescolar del Apego:** indicado para estudiar los patrones de apego en niños de entre dos años y medio y cuatro años y medio. Es una evolución del método de clasificación de Ainsworth adaptado a los niños de más edad.
- **Cuestionario para la clasificación del apego (AQS):** Es un método estadístico (Q sort) utilizado para evaluar el comportamiento de niños de 12-60 meses. Se observa al niño en su casa durante un tiempo relativamente largo (2-6 horas, en visitas espaciadas).
- **Attachment Story Completion Task (ASCT):** Evalúa los distintos modelos de trabajo interno en niños de 3 años. Método de índole proyectiva en el que se plantean historias para que el niño responda a ellas en función de su patrón de apego.
- **Métodos basados en la representación simbólica:** Se utiliza en niños de 5 años. Es proyectivo igual que el anterior, pero en vez de presentar historias, se enseñan imágenes sobre separaciones de padres e hijos.
- **La Entrevista del Apego Adulto (AAI):** método ideado por *Mary Main* ya explicado anteriormente. Debe ser realizado por alguien muy experimentado. Se hace recordar al sujeto vivencias de su infancia para valorar el tipo de apego según la coherencia de la narración del sujeto.
- **La Entrevista del Apego del Niño (CAI):** es una adaptación de la entrevista del adulto para niños de 8-14 años.

Otros métodos similares a la AAI (Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew & Griffin y Relationship Questionnaire de Bartholomew & Howoritz), evalúan el tipo de apego adulto y su influencia en el establecimiento de las relaciones sociales y románticas. A partir de los datos obtenidos se creó el Modelo de las cuatro categorías de Bartholomew & Howoritz<sup>16</sup> que clasifica las orientaciones de apego de los individuos. (Anexo I. Tabla 3).

## APEGO Y PSICOPATOLOGÍA EN EL NIÑO

### Psicopatología general del vínculo

El proceso de vinculación sano es crucial para asegurar un nivel de salud mental adecuado. Sin embargo, en la práctica clínica, encontramos multitud de situaciones que alteran este proceso y que conducen a lo que denominamos Trastornos del vínculo en sentido estricto, y a distorsiones en los vínculos que influyen a medio y largo plazo en la estabilidad emocional del niño y del futuro adulto. Esto tiene gran importancia para la detección de alteraciones precoces en el establecimiento del vínculo durante el desarrollo infantil y también para la psicoeducación.

A la hora de estudiar los distintos trastornos del vínculo de apego, es determinante conocer cuáles son las situaciones de riesgo que predisponen a su desarrollo. Como señalan Cassidy y Shaver<sup>17</sup> Los padres que tienen un elevado sentimiento de desvalimiento experimentan niveles de estrés más elevados cada día. Cuando existen cambios en las circunstancias familiares, o cuando las madres están altamente estresadas, o sometidas a estrés ambiental pueden conducir a que sus hijos desarrollen patrones de apego débiles o sin estabilidad. Se pueden incluir también situaciones de abuso, negligencia física o emocional, cuidador primario adicto a drogas o alcohol, experiencias traumáticas, falta de sintonía entre madre e hijo. El resultado de estas situaciones “patológicas”, se traduce en el desarrollo de trastornos psicológicos del vínculo en el niño como: conductas impredecibles o intimidadoras o ser víctimas de ellas; pocas habilidades sociales; agresividad hacia otros o respuestas contradictorias; baja tolerancia a la frustración y al autocontrol; falta de organización y orientación para resolver problemas; aparición de miedos, ansiedad generalizada y/o tristeza; signos de disociación o mirada fija sin prestar atención a lo que sucede; falta de rapidez de respuesta ante los cambios; ausencia de habilidades para resolver problemas o pedir ayuda; falta de empatía y tendencias sociopáticas; dificultad para hacer amigos o confiar en los demás; dificultad en la regulación de emociones (escaso placer en las emociones, rabietas frecuentes, muy demandantes); problemas de alimentación; contacto ocular pobre.

Se sabe que el tipo de apego desarrollado influye en la futura aparición de un problema psiquiátrico de tres formas distintas<sup>18</sup>: originando una vulnerabilidad ante el estrés no específico, influyendo negativamente en la capacidad del individuo para

establecer redes sociales y en la forma de hacer uso de ellas como un apoyo ante acontecimientos estresantes.

### Trastornos de la Vinculación en la Infancia

Según el DSM-V<sup>19</sup> estos trastornos del apego se agrupan dentro de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, distinguiendo entre Trastorno de apego reactivo (313.89) y el Trastorno de relación social desinhibida (313.89). Por el contrario en la Clasificación Internacional CIE-10, los trastornos del apego se engloban dentro del capítulo de Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, distinguiéndose dos subtipos:

**Trastorno de Vinculación de la Infancia Reactivo (F94.1)<sup>20</sup>:** se trata de una forma clínicamente reconocible de vínculo inseguro severo, que se presenta en el lactante y en el infante menor de cinco años. Esta alteración de vinculación aparece de forma persistente en las conductas interpersonales del niño con sus cuidadores primarios, manifestándose en forma de: reacciones contradictorias o ambivalentes ante situaciones de separación o de reencuentros (actitud de lejanía o agitación rabiosa al ser cogidos en brazos, resistencia a dejarse consolar), conductas de retraimiento, reacciones agresivas ante el malestar propio o de otros, sentimientos de temor, preocupación e hipervigilancia. En ocasiones, no se limita a las relaciones con los cuidadores primarios sino que pueden llegar a limitar las relaciones sociales estableciendo lazos sociales empobrecidos. Estos niños suelen mostrar interés por sus compañeros pero presentan una inhibición de las actividades lúdicas debido a respuestas emocionales negativas. Dada la época vital en la que sucede, puede interferir en el desarrollo normal del niño así como producir con frecuencia un retraso del crecimiento.

A consecuencia de esto último, se puede plantear un diagnóstico diferencial con el Trastorno Generalizado del Desarrollo. A diferencia de éste, los niños con Trastorno Reactivo de Vinculación (TRV) tienen una capacidad normal para la interacción social y para empatizar y, en caso de alterarse, remiten una vez hayan desaparecido los factores desencadenantes que hayan dado lugar a dicho trastorno. Además, estos niños no muestran alteraciones cognoscitivas ni comportamientos restringidos o estereotipados ni tampoco intereses y actividades restringidas.

**Trastorno de Vinculación de la Infancia Desinhibido (F94.2)<sup>21</sup>:** es una forma de comportamiento social anormal que aparece en los primeros cinco años de vida y tiende a persistir a pesar de los cambios en las circunstancias ambientales que lo han suscitado. A los dos años se manifiesta como una conducta pegajosa por parte del niño, así como un comportamiento disperso de vinculación no selectiva. A los cuatro años, la conducta pegajosa es sustituida por una búsqueda de atención y un comportamiento cariñoso indiscriminado. Durante el periodo medio y final de la infancia se pueden haber desarrollado vínculos selectivos, pero suele persistir el comportamiento de búsqueda de afecto así como unas relaciones pobremente moduladas con compañeros. Estos niños también pueden presentar alteraciones emocionales y conductuales. En la mayoría de los casos en el entorno del niño existe una marcada discontinuidad de las personas que cuidan de él o múltiples cambios de domicilio con diferentes familiares o con familias diferentes. Esto hace pensar que este trastorno podría deberse a una falta de oportunidad para formar vínculos selectivos.

Muchos de estos trastornos de vinculación en los niños son incorrectamente diagnosticados como trastornos emocionales o del comportamiento (TDAH, Trastorno Bipolar o Depresión).

### Patrones de Apego y Depresión

La teoría del Apego de Bowlby puede ser extremadamente relevante para entender la etiología de la depresión. Como señala Ma<sup>22</sup>, las experiencias de pérdida temprana, separación o rechazo por parte del cuidador/madre pueden conducir hacia el desarrollo de modelos de trabajo internos inseguros. Las representaciones cognitivas internas sobre sí mismo como *“no digno de ser amado”* y sobre las figuras de apego como *“insensibles/ no dignas de confianza”* serán congruentes con parte de la triada cognitiva de la depresión de Beck<sup>23</sup>.

Empíricamente, la asociación entre apego y depresión ha sido evaluada mediante estudios transversales usando tanto la Entrevista del Apego Adulto (AAI) como los instrumentos de auto-informe, aclarando distintas facetas para entender su etiología. Así se establecen como posibles causas de depresión infantil situaciones de muerte de una figura parental, divorcio o separación de los padres, situaciones familiares conflictivas y padres que ven en sus hijos la imagen de sus propios padres: por ejemplo, la imagen de un padre muy exigente, colérico, agresivo, criticando a su hijo por ello; o bien la

imagen de un padre débil, hundido, enfermo, necesitando estos padres ver a su hijo como alguien fuerte, que sabe lo que quiere y criticándole si no está a la altura de estas expectativas.

### Patrones de Apego y Ansiedad en la Infancia: Trastorno de Ansiedad por Separación

Los trastornos de ansiedad son de naturaleza muy heterogénea. Se caracterizan por ser una combinación de miedo y evitación. Según Bowlby<sup>24</sup>, estos trastornos se adquieren durante el desarrollo en función de la disponibilidad de las figuras de apego y de los entornos familiares, por ejemplo, situaciones en las que el niño está preocupado por la seguridad de sus padres en su ausencia o por el rechazo de sus padres hacia él. Estas circunstancias pueden provocar que el niño desarrolle un apego inseguro y se muestre ansioso no sólo en situaciones de estrés sino también en circunstancias normales y benignas. Esta actitud de vigilancia crónica, que pasa a convertirse en un rasgo de carácter, y la ansiedad, aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

Uno de ellos es el Trastorno por Ansiedad de Separación, que Bowlby entendía como una psicopatología de la vinculación. Este trastorno puede presentarse en varias modalidades clínicas en función de los factores que llevan a su desarrollo, observándose, por ejemplo, en situaciones en que existe una parentalidad obligada, y donde el hijo es fuente de seguridad para las figuras de apego; en casos de padres con tendencias depresivas donde el niño teme que en su ausencia les suceda algo malo; en situaciones en las que no existe una figura de apego estable, el niño está preocupado por su propia seguridad en ausencia de la figura debido a que teme que no vaya a retornar; en casos en los que la figura de apego ha sufrido experiencias traumáticas en la infancia, la crianza de sus hijos evoca un temor constante por la seguridad de estos.

Según el CIE-10<sup>25</sup> se puede definir al Trastorno de Ansiedad de Separación de la Infancia como la aparición de ansiedad excesiva cuando se produce la separación del niño con individuos a los que él está vinculado. Esta ansiedad puede presentarse de distintas formas: como una preocupación injustificada ante posibles daños que pudieran sucederles a personas importantes para el niño o ante un acontecimiento adverso que le separe de una persona significativa (perderse, ser secuestrado, ser ingresado en un hospital o ser asesinado); como desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación de sus figuras de apego, o desagrado o rechazo a irse a la cama

sin compañía de alguna de sus personas significativas; como un temor inadecuado y persistente a estar sólo en casa durante el día, sin la persona significativa; como pesadillas reiteradas sobre la separación; como síntomas somáticos reiterados (náuseas, vómitos, gastralgias, cefaleas) en situaciones que implican separación de la figura significativa, como por ejemplo, al salir de casa para ir al colegio o como un malestar excesivo y recurrente en forma de llantos, ansiedad, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social de manera anticipada, durante o inmediatamente después de la separación de la figura de apego.

### Patrones de Apego y Autismo en la Infancia

Los niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA) muestran conductas de apego cuando se sienten estresados pues buscan protección en sus padres, sin embargo, en situaciones normales muestran menor búsqueda del contacto con sus madres y mantienen menos la mirada que los niños sanos o los niños con retraso mental o trastorno en el desarrollo del lenguaje. Al mismo tiempo, presentan una clara preferencia por sus madres que por un extraño.

A diferencia de lo que cabría esperar, cerca de la mitad de los niños con TEA desarrollan apegos seguros<sup>26</sup>. En estudios posteriores la otra mitad de los niños desarrollan en su mayoría un apego desorganizado y, en menor medida, un apego inseguro-evitativo.

### Patrones de Apego y Trastornos Relacionados con el Estrés

Varias investigaciones han relacionado el tipo de apego y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), planteando la hipótesis de que el apego inseguro influye en la capacidad del sujeto para hacer frente a las situaciones vitales traumáticas, por tanto, podría considerarse como un factor predisponente a desarrollarlo. Como hemos explicado al principio del artículo, estos individuos con apego inseguro desarrollan unos *internal working models* sobre sí mismos negativos. Ante eventos traumáticos presentarían muchas dificultades para regular sus emociones, ya que en ellos priman las conductas afectivas frente a las cognitivas. Por tanto, los Estilos de Apego modulan la vulnerabilidad con la que los individuos actúan frente a acontecimientos vitales, tanto directa como indirectamente, a través del uso del apoyo social disponible. El apego

inseguro en los niños de un año de edad se correlaciona con el desarrollo de psicopatología a los seis años de edad ante acontecimientos vitales estresantes<sup>27</sup>

## **TEORÍA DEL APEGO Y PREVENCIÓN: MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE APEGO**

Hasta ahora se creía que los estilos de apego eran estables en el tiempo, sin embargo en la actualidad se sabe que son modificables terapéuticamente empleando las medidas apropiadas<sup>28</sup>. Por otra parte la teoría del apego proporciona unos conocimientos concretos sobre el tipo de intervención que puede ser más eficaz en la infancia. La intervención sobre las conductas de apego debe ir enfocada tanto a los niños como a sus cuidadores primarios. Ésta intervención debe enseñar a los cuidadores a que se comuniquen con claridad, sean sensibles y capaces de responder a la angustia del infante y también que sean capaces de dar seguridad y fomentar la independencia en el niño para explorar y correr riesgos.

## **TEORIA DEL APEGO Y TRATAMIENTO**

Como expone Holmes<sup>28</sup>, hoy en día disponemos de técnicas de intervención para ayudar a construir vínculos a lo largo del desarrollo, para restaurar los vínculos distorsionados y para modificar las pautas relacionales que dificultan el desempeño del sujeto.

Todos los seres humanos estamos expuestos a pérdidas físicas, emocionales, sociales o familiares que requieren que modifiquemos nuestros vínculos previos: muertes, pérdidas físicas, enfermedades, separaciones, cambios de domicilio, etapas del desarrollo, crisis económicas, etc. Todos los acontecimientos vitales que comportan pérdidas o separaciones ponen a prueba la salud y fortaleza de los patrones de vinculación establecidos desde la primera infancia. Cualquier enfermedad grave o crónica desafía la fortaleza del sistema de apego del paciente.

Las amenazas de pérdida o de abandono estimulan el funcionamiento de los modelos operativos internos. En función de su eficacia, el sujeto va a experimentar más o menos estrés, agudo o crónico, así como las consecuencias psicofisiológicas del mismo<sup>29</sup>.

Como profesionales médicos es muy importante que seamos sensibles y podamos identificar las debilidades y fortalezas de los sistemas de vinculación establecidos por nuestros pacientes para poder intervenir de la forma adecuada en el contexto de la relación terapéutica. Especialmente en el caso de las enfermedades psicosomáticas es muy importante ayudar a la persona a reconstruir su sistema de vinculación inseguro y transformarlo en otro más seguro para que las consecuencias fisiológicas no sean destructivas.

### El Apego en las Técnicas y Tratamientos Psicoterapéuticos

Existen escuelas de psicoterapia íntegramente basadas en la Teoría del Apego, como la Terapia de Apego de Holmes (2009). Por otra parte, las escuelas psicoanalíticas han ido incluyendo técnicas derivadas de la Teoría del apego en sus técnicas de trabajo que han promovido una mayor intervención del terapeuta en el tratamiento, a diferencia de lo que ocurría en el psicoanálisis clásico. Así, por ejemplo, en la relación que hacen Martínez y Martín<sup>31</sup> el Psicoanálisis relacional de Mitchell, Stolorow y Atwood, el Análisis Transaccional Relacional de Hargaden y Sills, la Psicoterapia Integrativa de Erskine, la Gestalt Relacional de Stawman, Jacobs y Hycnert, o la Psicoterapia Relacional de De Young, incluyen todos unos componentes de reconstrucción de los modelos de apego preverbales.

Una parte importante del tratamiento psicoterapéutico de las personas con apego inseguro es el desarrollo de formas alternativas de relacionarse con los demás y de regular sus emociones. Por ejemplo, las personas con apego inseguro de tipo *Desorganizado* suelen evitar las manifestaciones emocionales y las relaciones cercanas, por lo tanto pueden beneficiarse de intervenciones que les animen a verbalizar sentimientos e interactuar con los demás. Por otra parte, las personas con estilos de apego preocupado suelen estar por lo general abrumados por las emociones y dependen excesivamente de las relaciones con los demás, así que se pueden beneficiar de distintos enfoques y de intervenciones que les animen a desarrollar diferentes maneras de hacer frente, de una forma independiente, las situaciones de estrés.

## Teoría del apego y mejora de la práctica psiquiátrica

El rol principal del personal asistencial y/o de psiquiatría, como facilitadores del desarrollo de patrones de apegos seguros, plantea la cuestión de cuánta capacidad tiene este personal para asumir esta función y la forma en que podrían convertirse en un apoyo eficaz para el paciente.

De la misma manera que los padres difieren unos de otros en su capacidad para actuar como una base segura para sus hijos, sabemos que el personal de salud mental difiere también en su capacidad de funcionar como figuras de apego. Hay evidencias que sugieren que es posible mejorar la sensibilidad de los padres a las necesidades de sus hijos a través de la resolución de problemas mediante técnicas de video retroalimentación<sup>32</sup>. Esta misma metodología se puede utilizar con los profesionales de la salud mental.

Las posibles asociaciones entre el tipo de apego del personal y sus pautas de interacción con los usuarios plantean la necesidad de *dotar al personal de supervisión y apoyo para que sean cuidadores más eficaces*. En este sentido es importante identificar a aquellos con estilos de apego inseguro ya que pueden ser vulnerables a lo que Bowlby (1977) denominó como “cuidadores compulsivos”. Estos individuos presentan una necesidad insatisfecha y un anhelo inconsciente de recibir atención, fruto de un vínculo de apego inseguro creado en la infancia con sus cuidadores primarios, que compensan mediante el cuidado compulsivo de otros, frecuentemente en el ejercicio de profesiones de ayuda, sanitarias, sociales, etc. Pueden llegar a estar demasiado involucrados con los usuarios y por tanto ser vulnerables al agotamiento o “burn out”, y también llegar a culparse a sí mismos por fallos que puedan cometer.

## TEORIA DEL APEGO Y REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

La Teoría del apego tiene mucha aplicabilidad a la Prevención Terciaria. Los conocimientos e insights obtenidos a partir de los estudios en esta área han sido muy fructíferos y han inspirado no sólo muchas modalidades de terapia o counselling, sino también modelos de organización sanitarios y de atención a pacientes psiquiátricos crónicos.

Los servicios de rehabilitación psiquiátrica proporcionan apoyo a las personas con problemas de salud mental graves y crónicos, los que no han respondido a los

tratamientos estándar, o tienen trastornos de la personalidad comórbidos. La mayoría de estos casos se asocian a historias infantiles traumáticas como el abuso físico, sexual y emocional, la negligencia, el abandono o la discontinuidad de las relaciones de apego. Las experiencias de apego anteriores influyen en las percepciones sociales y en la calidad de las relaciones interpersonales en la edad adulta y existen evidencias que sugieren que los individuos con apego inseguro son menos capaces de empatizar con el resto y forman alianzas terapéuticas más pobres en las relaciones asistenciales con sus pacientes<sup>33</sup>.

Los síntomas de angustia, fobia social o la separación de los cuidadores primarios durante largos periodos de tiempo pueden desencadenar necesidades de apego en determinados individuos. En otros individuos las dificultades interpersonales, los síntomas patológicos y los repetidos ingresos en el hospital pueden llegar a producir la ruptura de las relaciones de apego primarias. En ambos casos, el sistema de apego se activa para buscar ayuda durante estos períodos de estrés psicológico. En ausencia de una base de apego segura, todo ello puede llegar a producir un desequilibrio físico, psíquico y social del individuo que es necesario resolver. En este punto juega un papel muy importante el personal de rehabilitación, pues en muchos casos es la única figura de apego en la vida de algunos individuos.

## **CONCLUSIONES E IMPLICACIONES**

El constructo que conocemos como patrones de apego posee una validez interna y externa que permite explicar múltiples modalidades de relación entre los seres humanos y también muchos aspectos de la relación médico paciente. Este constructo está inspirado en trabajos empíricos que desde mediados del siglo XX han comprobado una y otra vez su validez y su aplicabilidad a distintas fases del desarrollo humano.

Los primeros años de vida del niño son fundamentales para garantizar un desarrollo mental adecuado. Existen suficientes evidencias que demuestran la influencia de los patrones de apego materno filiales en el desarrollo de trastornos mentales infantiles y la continuidad de estos con los de la vida adulta. De tal manera que la promoción de una relación materno-filial saludable durante la infancia y la adolescencia es una inversión de futuro.

Este constructo tiene gran aplicabilidad en el Área de la Prevención Primaria y Secundaria. Actualmente, las áreas sanitarias en nuestro país cuentan cada vez más

con más protocolos de actuación hospitalarios y ambulatorios, sobre todo centrados en los cuidados de niños prematuros, niños con enfermedades congénitas que necesitan tratamiento inmediato o madres que deben permanecer ingresadas durante los primeros meses de vida de su hijo; estos protocolos han de ayudar a instaurar medidas que fomenten el contacto materno-filial para prevenir el desarrollo de vínculos patológicos futuros.

La Teoría del apego tiene una aplicación directa como constructo inspirador de un modelo científico de Relación Médico Paciente basada en datos empíricos. Este abordaje puede ser aplicable a las diferentes especialidades y áreas asistenciales (Pediatría, Medicina de Familia, Psiquiatría, Oncología, Enfermería, Cuidados paliativos, etc.) que llevan a cabo una asistencia más continuada de los pacientes. En todas ellas el profesional puede diagnosticar fácilmente los patrones de apego inseguros teniendo la ventaja de conocer al paciente en todo su contexto biopsicosocial. Por tanto, se debe fomentar una buena formación de estos profesionales para que posean herramientas, tanto para la detección como para el seguimiento de estos pacientes, ya que en muchos casos la demanda asistencial no está basada en la existencia de patología orgánica sino más bien en el alivio que los pacientes buscan de síntomas de ansiedad basados en el abordaje de situaciones vitales estresantes con patrones de apego inseguros. Esto impediría la sobreutilización de medios diagnósticos y terapéuticos innecesarios.

Desde el punto de vista de la prevención primaria, es crucial que los pediatras sepan identificar precozmente las conductas relacionales que manifiestan determinados niños hacia sus cuidadores primarios y las identifiquen como un posible problema para el futuro desarrollo del niño y no sean diagnosticados erróneamente como TEA, TDAH, TCA,... Además, es necesario que no sólo diagnostiquen tempranamente los casos patológicos sino que sepan cómo anticiparse a ellos mediante actividades de prevención primaria, por ejemplo, promoviendo acciones orientadas a que los padres identifiquen sus propios patrones de apego y el efecto de los mismos en sus hijos en crecimiento.

También es importante hacer llegar desde el ámbito sanitario toda esta información a profesionales de otros entornos sociales y educativos en contacto con la población en desarrollo, como pueden ser colegios, institutos,... que ejercen un papel muy importante durante la infancia y adolescencia.

En cuanto al ámbito de la salud mental, la intervención terapéutica debe ir orientada a resolver la crisis que está en el origen de la consulta. Para ello tener en mente la Teoría del apego permite identificar los patrones de vinculación inseguros que

son factores de vulnerabilidad para afrontar la crisis, y que están impidiendo el correcto desarrollo del niño, así como a forjar una alianza terapéutica que modifique las conductas relacionales que perpetúan la patología. En el mejor de los casos la intervención podría orientarse a modificar los patrones de apego previos.

## OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

Este tema presenta muchas oportunidades de futuro dado la creciente aplicabilidad de los conceptos explicados. Por otra parte la metodología de diagnóstico y seguimiento son relativamente asequibles y por lo tanto están a la mano del personal investigador interesado. El presente trabajo tiene las limitaciones propias de una revisión bibliográfica y por lo tanto las conclusiones dependen de la calidad de los trabajos examinados. Se necesita mayor número de estudios de seguimiento de cohortes de pacientes y de población sana para mejorar el conocimiento de los patrones de apego parentales en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento sanos en su descendencia, de trastornos emocionales en la población infantil y adulta, de alteraciones en las relaciones sociales y de pareja de los adultos y/o de trastornos psiquiátricos. También se necesitan estudios longitudinales que permitan evaluar los tratamientos actuales de los trastornos de la vinculación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arango C, Montalbán T, Salinas M, Carrasco M, Barredo R. Delimitación del campo de conocimiento. En: Fundación Alicia Koplowitz. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. España: Origen Grá co, S.L.; 2014. P. 17-21.
2. Martínez JM. Cuestionamiento de los Vínculos y Crisis. Ponencia XXVII Congreso Nacional de SEPYNA "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas." 2015.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2011-2012. Encuesta Nacional de Salud. Informe Monográfico: Salud Mental y Calidad de Vida en la Población Infantil. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
4. Siegel D.J. Mirror Neurons, and Neural Plasticity in the Development of Well-Being. An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy. *Psychiatric Annals*.
5. Martínez JM. Cuestionamiento de los vínculos y crisis. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2015; 59: 45-57. Disponible en: <http://www.sepypna.com/revista-autores/revista-sepypna/>
6. Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. 4ª Edición. Buenos Aires: Humánitas. 1.982.
7. Bowlby J. El vínculo afectivo. España: Paidós. 1997.
8. Ainsworth M, Blehar M.C, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. New Jersey: Erlbaum Associates, Inc. 1978.
9. Oliva Delgado A. Estado actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004; 4 (1): 66 – 68.
10. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented Attachment pattern. *Affective development in infancy*. New Jersey: Brazelton y M. Yogman. 1985.
11. Bowlby J. Una base segura. España: Paidós. 1995.
12. Pinedo Palacios, J.R, Santelices M. Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente.

Redalyc. 2006. Vol.24. Nº2. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524210>

13. Oliva Delgado A. Estado actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004; 4 (1): 68 – 70.

14. Bretherton I. Attachment theory: retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985; Nº 1/2: 22-24. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/245549122\\_Attachment\\_Theory\\_Retrospect\\_and\\_Prospect](https://www.researchgate.net/publication/245549122_Attachment_Theory_Retrospect_and_Prospect)

15. Keneth Ma. Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006. Vol. 12: 443-444.

16. Bartholomew K & Horowitz L. Attachment styles among young adults. A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. 61: 226 – 244

17. Cassidy J, Shaver P.R. *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York: The Guildford Press. 1999.

18. Martínez JM. Cuestionamiento de los vínculos y crisis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 2015; 59: 47-48. Disponible en: <http://www.seypna.com/revista-autores/revista-seypna/>

19. American Psychiatric Association. *DSM – V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5º edición. Panamericana. 2014.

20. OMS. Trastorno de vinculación reactivo. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992. 341 – 343.

21. OMS. Trastorno de vinculación de la Infancia Desinhibido. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992. 343 – 345.

22. Keneth Ma. Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006. Vol. 12: 444 - 445.

23. Beck A. T, Rush A.J, Shaw B.F, Emery G. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee De Brouwer, S.A. 1983.

24. Bowlby, J. *La separación afectiva*. . 1ª reimpresión. Buenos Aires: Ediciones Paidós.1985

25. OMS. Trastorno de Ansiedad por Separación. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992. 334 – 336.

26. Van Ijzendoorn M.H, Rutgers A.H, Bakermans-Kranenburg M.J, van Daalen E, y cols. Parental Sensitivity and Attachment in Children With Autism Spectrum Disorder: Comparison With Children With Mental Retardation, With Language Delays, and With Typical Development. *Child Development*. Vol. 78 (2): 597 – 608.

27. Martínez JM. Cuestionamiento de los vínculos y crisis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 2015; 59: 47-48. Disponible en: <http://www.seypna.com/revista-autores/revista-seypna/>

28. Holmes J. *Teoría Del Apego y Psicoterapia*. En busca de la Base Segura. 1ª Edición. Bilbao: Desclée de Brower S.A. 2009.

29. Bowlby, J. *El Apego y la Pérdida 1: El Apego*. 1ª reimpresión Barcelona: Ediciones Paidós. 1998

30. Clare, A. *Psychiatry in Dissent*. Philadelphia: ISHI. 1976.

31. Martínez JM, Martín B. Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte I. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015; 35 (125): 19 - 23  
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16858/16728>

32. Landry SH, Smith KE, Swank PR. Responsive parenting: establishing early foundations for social communication, and independent problema solving skills. *Developmental Psychology*. 2006. 42: 627 – 642.

33. Berry K, Drake R. Attachment theory in psychiatric rehabilitation: informing clinical practice. *Advances in psychiatric treatment*. 2010. Vol. 16. 308 – 315.

## ANEXO I

Tabla 1. Situación del Extraño de Mary Ainsworth.

EPISODIO	PERSONAS PRESENTES	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	Madre – bebé – observador	30 segundos	El observador introduce a la madre y al bebé en la sala experimental, y sale.
2	Madre – bebé	3 minutos	Bebé explora, madre no participa.
3	Madre – bebé – extraño	3 minutos	El extraño entra. Minuto 1: permanece callado. Minuto 2: habla con la madre. Minuto 3: se acerca al bebé y establece contacto. Sale la madre.
4	Bebé – extraño.	3 minutos o menos	<b>Primer episodio de separación.</b> El bebé reduce el juego. El extraño intenta interactuar con el bebé.
5	Madre – bebé	3 minutos o más	<b>Primer episodio de reencuentro.</b> Sale el extraño. Entra la madre y conforta al bebé. Bebé vuelve a jugar/explorar.
6	Bebé	3 minutos o menos	<b>Segundo episodio de separación.</b> Disminuye la exploración y el juego.
7	Bebé – extraño	3 minutos o menos	Entra el extraño. El bebé sigue sin jugar o explorar. Se perpetúa la separación.
8	Madre – bebé	3 minutos	<b>Segundo episodio de reencuentro.</b> La madre entra y reconforta al bebé. Éste reanuda el juego y la exploración. El extraño sale.

Tabla 2. Resumen de los Tipos de Apego M. Ainsworth y M. Main

APEGO INFANTIL	APEGO ADULTO	NARRACIÓN en la entrevista
<b>Seguro</b>	<b>Autónomo/seguro</b>	Existe coherencia, objetividad cuando habla de acontecimientos del pasado y sus relaciones sociales. Aporta ejemplos que apoyan el discurso.
<b>Evitativo</b>	<b>Rechazo</b>	Breve. Subjetividad cuando habla de eventos pasados o relación con sus padres. Idealización. No aporta ejemplos.
<b>Ambivalente</b>	<b>Preocupado</b>	Incoherente. Extenso. Agobiado por los eventos pasados. Sentimientos de angustia, preocupación, miedo.
<b>Desorganizado</b>	<b>Desorganizado, sin resolver</b>	Intermitente. Recuerdos parciales. Amnesia al hablar de situaciones de abuso o pérdida. No racional.

Tabla 3. Modelo de las cuatro categorías de Bartholomew & Horowitz.

		MODELO OPERANTE INTERNO PROPIO	
		+	-
MODELO OPERANTE INTERNO DE LOS OTROS	+	<b>SEGURO</b> cómodo con la intimidad y con la autonomía de la pareja	<b>PREOCUPADO</b> preocupación por sus relaciones; mucha carga emocional
	-	<b>EVITATIVO</b> no quiere depender de la otra persona, la rechaza; problemas sin resolver en la infancia	<b>TEMEROSO*</b> tiene miedo a la intimidad, no se cree digno de su pareja, se merece que lo rechacen

\*El tipo de apego temeroso sólo se encuentra en esta clasificación y no incluye el apego desorganizado.

