

## S U M A R I O

### EDITORIAL

---

<b>Importancia de la teoría del vínculo en psiquiatría de la infancia y la adolescencia</b> <i>Mar Álvarez Segura</i> .....	<b>1</b>
--	----------

---

### ARTÍCULOS DE REVISIÓN

---

<b>Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos</b> <i>Sabrina González Santana</i> .....	<b>2</b>
---	----------

<b>Aproximación evolutiva y neurobiológica a la teoría del vínculo</b> <i>M. Valverde Gómez</i> .....	<b>16</b>
--	-----------

<b>Vías de desarrollo del apego desorganizado: maltrato y cuidados tempranos alterados</b> <i>M. Álvarez-Segura, F. Lacasa Saludas</i> .....	<b>29</b>
---	-----------

<b>Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia</b> <i>M. Álvarez-Segura, F. Lacasa Saludas</i> .....	<b>41</b>
---	-----------

<b>Importancia del apego y las relaciones vinculares en la terapia familiar</b> <i>H. Romero Escobar, S. Romero Escobar</i> .....	<b>59</b>
--	-----------

---

<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	<b>69</b>
------------------------------------	-----------

---

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512  
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2022;39(2)

La [Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil](#), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.

Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC [BY-NC-ND 4.0](#) y sigue los lineamientos definidos por COPE (<https://publicationethics.org/>). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Director

*Inmaculada Baeza*

Hospital Clínic de Barcelona; CIBERSAM; Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (DIBAPS); Universitat de Barcelona.

[dirección.revista@aepnya.org](mailto:dirección.revista@aepnya.org)

### Secretaría

*Paloma Varela*

Hospital de Mataró, Barcelona.

[secretaria.revista@aepnya.org](mailto:secretaria.revista@aepnya.org)

## COMITÉ EDITORIAL

*Antonio Pelaz*

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

*Carmen Moreno*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Universidad Complutense de Madrid.

*César Soutullo*

The University of Texas Health Science Center at Houston, Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry & Behavioral Science, Estados Unidos.

*Covadonga Martínez*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

*Francisco Montañés*

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

*Francisco Rafael de la Peña Olvera*

Instituto Nacional de Psiquiatría RFM (INPRFM), Ciudad de México, México.

*Helena Romero*

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

*José Salavert*

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Horta-Guinardó; Hospital Sant Rafael; Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona.

*Pedro Manuel Ruíz*

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

*Soraya Otero*

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

*Victor Carrión*

John A. Turner, M.D. Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Estados Unidos.

## INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)

EBSCO Academic Search Premier

Fuente Académica Plus

REDIB

Dialnet

MIAR

Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 - ).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685.

Secretaría Técnica AEPNYA

[secretaria.tecnica@aepnya.org](mailto:secretaria.tecnica@aepnya.org)

Oceano Azul. Rúa Menéndez y Pelayo, 4, 2º B, 15005

La Coruña, España.

## SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

**Mar Álvarez Segura** 

Centro Salud Mental Infanto-Juvenil de Cornellá, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Programa TEVI (testigos de violencia).

DOI: [10.31766/revpsij.v39n2a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a1)

Correo electrónico: [Malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:Malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org)

---

*Importancia de la teoría del vínculo  
en psiquiatría de la infancia y la  
adolescencia*

A lo largo de 15 años de ejercicio como psiquiatra infantil he hecho una investigación personal en mi tiempo libre. Quizás la he llevado a cabo con una metodología poco ortodoxa, pero creo que vale la pena compartirla. Cada vez que he leído un libro o manual de distintos ámbitos de la psiquiatría/psicología infantil me he dedicado a recopilar a quiénes dedicaban los autores el libro. Curiosamente, en más de un 75% de los casos aparece la familia: ya sea el padre, la madre, ambos, los hijos o el clan como destinatarios de esta dedicación. Las dedicatorias de agradecimiento son claras y señalan, como apoyo fundamental y fuente de inspiración en la labor de elaboración del libro, a las figuras principales de apego o a la prole de ésta, es decir, los hijos. No sería demasiado atrevido, entonces, afirmar que, a pesar de que muchos profesionales de la salud mental infantil no incluyen explícitamente la teoría del vínculo como un modelo sustancial en la que apoyan su práctica clínica, podríamos asegurar que en su vida personal esta teoría moldea su quehacer diario. Dos tercios de los profesionales de la salud mental subrayan la importancia de las relaciones significativas en la infancia en su trabajo, al menos como fuente de sostén y empeño. Así lo reconocen.

Creo que con esta investigación doméstica quedaría más que justificado dedicar un monográfico de esta revista a las contribuciones de la teoría del vínculo en la psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Los métodos diagnósticos son cada vez más elaborados y precisos. Su comprensión ayuda a evitar posturas extremas que van desde desconsiderar el papel que las relaciones paterno-filiares tienen en el desarrollo mental del niño, hasta reconocerlas como único factor de riesgo. Afortunadamente, estamos muy lejos de esta dicotomía, pero creo que todavía nos beneficiamos poco de los aportes de esta teoría en el campo de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia, de ahí la necesidad de este monográfico.

Esta monografía está dividida en 5 capítulos que recogen los antecedentes y conceptos fundamentales de la teoría del vínculo, los distintos métodos de evaluación del vínculo en la infancia y en la adolescencia, una aproximación evolutiva y neurobiológica a su comprensión, las vías de desarrollo del vínculo desorganizado y, por último, sus aplicaciones en la terapia familiar y de pareja. El capítulo del vínculo desorganizado cobra especial interés para entender los efectos, no sólo del maltrato crónico directo, sino también para entender cómo los efectos de las conductas parentales de riesgo producen modificaciones en el psiquismo del niño. Estas modificaciones actúan como un factor de riesgo que potencia los efectos de las posteriores circunstancias adversas de la vida. La comprensión de estas rutas vitales tiene aplicación directa, no sólo sobre los programas de prevención y tratamiento de todo tipo de maltrato infantil y de adopción, sino en la comprensión de toda la psicopatología del desarrollo que cada vez se está mostrando con cuadros más heterogéneos e inclasificables.

No podemos dejar de mencionar en estos momentos la pandemia de COVID-19 que ha tenido y está teniendo lugar en nuestro país y en el mundo entero, y que ha llevado a la necesidad de tomar una serie de medidas de contención tales como confinamiento domiciliario estricto durante tres meses. Se han vivido separaciones, fallecimientos e incertidumbre que han hecho aflorar todo tipo de angustias. El confinamiento ha intensificado la interacción entre niños, jóvenes y adultos. En estas circunstancias extremas el sistema de apego ha resultado crucial para afrontar esta inesperada y dura realidad. Es demasiado pronto para extraer conclusiones de esta realidad, pero qué duda cabe que los que estamos en primera línea hemos visto cómo ha resultado ser un sostén inigualable.

**Sabrina González Santana** 

Hospital de Día Infanto-Juvenil de Gran Canaria, Islas Canarias.

Correo electrónico: [msgonsan@gobiernodecanarias.org](mailto:msgonsan@gobiernodecanarias.org) /  
[sabrinags17@msn.com](mailto:sabrinags17@msn.com)

*Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos*

*Background to attachment, types and internal operational models*

---

## RESUMEN

La conceptualización del apego y la explicación teórica que lo avala ha sido una enorme contribución para la comprensión del desarrollo humano, ocupando así un lugar destacado en la historia de la psicología.

Los seres humanos creamos vínculos emocionales; y lo que facilita que se desarrollen y se mantengan lo denominamos representaciones mentales (de uno mismo y de los demás —modelos operativos internos—), ayudándonos así a entender el mundo y reaccionar adecuadamente, a predecir y comprender los sucesos, a iniciar y mantener conductas que favorecen la supervivencia (como el mantenimiento de vínculos) y a sentirnos seguros.

En este capítulo tratamos de abordar cómo surge y ha evolucionado esta teoría, qué tipos de apego existen y se exponen las bases de los modelos operativos internos, núcleo fundamental para la comprensión de la importancia del apego.

**Palabras clave:** Apego, modelos operativos internos, tipos de apego.

## ABSTRACT

The conceptualization of attachment and the theoretical explanation that supports it has been an enormous contribution to the understanding of human development, thus occupying a prominent place in the history of psychology.

Human beings create emotional bonds that facilitate the development and maintenance of what we call mental representations (of ourselves and of others -internal operating models-), thus helping us to understand the world and react appropriately, to predict and understand the events, to initiate and maintain behaviors that favor survival (such as maintaining bonds) and to feel safe.

In this chapter we try to address how this theory arose and has evolved, what types of attachment exist and the bases of internal operating models, main foundation for understanding the importance of attachment, are exposed.

**Keywords:** Attachment, internal working models, types of attachment.

## ANTECEDENTES DEL APEGO

### 1. Antecedentes históricos

La teoría del apego, descrita inicialmente por J. Bowlby, es una de las entidades teóricas del desarrollo socioemocional más desarrollada y consistente. Se considera uno de los pilares de la psicología actual, con gran impacto en las teorías y estudios realizados posteriormente sobre las relaciones humanas. Ha experimentado modificaciones desde sus inicios (finales de los 50), nutriéndose tanto de las detracciones como de las contribuciones que la han ido dotado de mayor solidez (1).

El interés de Bowlby por los trabajos de investigadores como Lorenz (que estudiaba la impronta de la figura materna en algunas especies de aves), Harlow (que realizaba estudios con madres inanimadas en monos *Rhesus*) y Spitz (que estudió a niños en situaciones de privación materna), así como por la observación propia de los problemas emocionales presentes en niños institucionalizados, lo llevaron a plantear que estos niños presentaban grandes problemas en crear y sostener vínculos cercanos, relacionándolo con la falta de una figura de referencia fuerte con la que generar un sólido apego durante la infancia (generalmente la madre). Esto le permitió teorizar sobre las condiciones del establecimiento del vínculo madre-hijo, exponiendo la hipótesis de que existe una necesidad fundamental y básica para el desarrollo de la identidad y comportamiento de un niño. Esta necesidad primordial que describe es el vínculo sano que se genera entre un bebé y su madre, que asegura la protección y supervivencia del niño (2).

Bowlby se alejó de las formulaciones teóricas del psicoanálisis que reducían el vínculo madre-hijo a un afecto interesado por la alimentación, y en el marco de la etología planteó que la generación del apego era instintiva e incluía conductas adaptativas al medio, no siendo una pauta comportamental predefinida, sino modificable, condicionada por el contexto ambiental y las respuestas recibidas (3).

### 2. Conceptos básicos sobre el vínculo de apego:

a) *El modelo de Bowlby.* La definición original de Bowlby (4) de la conducta de apego hace referencia

a cualquier comportamiento o conjunto de comportamientos, que generan que un individuo tenga y mantenga la cercanía con otro al que se considera especial, en términos de preferencia y al que se le atribuyen características de fortaleza y sabiduría. Este otro “individuo” se corresponde con la *figura de apego* y tiene una serie de funciones básicas: mantenerse en la proximidad, ser *base segura* para permitir la exploración y espacio que asegura el refugio, alivio y defensa ante peligros.

Bowlby propuso un modelo basado en la existencia de *cuatro sistemas de conductas interrelacionados*: “sistema de conductas de apego, sistema de exploración, sistema de miedo a los extraños y sistema afiliativo”, cada uno con una función biológica particular (1).

b) *Concepto de sistema.* Un *sistema* es, en la teoría del apego, un *repertorio de conductas que tienen por objeto dar satisfacción a una necesidad*. Estas conductas llevan aparejadas emociones. Cada sistema puede ser puesto en marcha por estímulos internos o externos (5):

- *El sistema de conductas de apego* incluye todos los comportamientos que pueden generar que se mantenga la cercanía y el contacto de la figura de apego (p.e., sonreír o llorar) y se ponen en marcha cuando se incrementa la distancia con dicha figura o se captan señales de peligro. El objetivo de este sistema es retomar la proximidad con la figura de apego.
- *El sistema de exploración* hace referencia a las conductas para reconocer e investigar el entorno. Se relaciona con el anterior sistema, de tal manera que cuando se activa el sistema de apego, se desactiva el de exploración.
- *El sistema de miedo a los extraños* está estrechamente ligado al de apego, activándose a la par y desactivando el sistema de exploración.
- *El sistema afiliativo* hace alusión al carácter social que nos empuja a acercarnos e interactuar con los demás, aunque no se tengan lazos afectivos.

c) *Apego y Modelos Operativos Internos.* Cuando hablamos de apego, nos referimos a las distintas conductas que se van activando y desactivando, con sus características particulares que vienen condicionadas por el contexto y las circunstancias

4

que lo provocan (1). Según Bowlby, estas conductas estarían prediseñadas para reducir el malestar y conservar una sensación segura. En condiciones normales y con un apego de funcionamiento normal, si se diese una situación atemorizante, el niño puede expresar el malestar y obtener una respuesta sensible por parte de la figura de apego, que le permitirá minimizar el impacto del temor generado (6). La búsqueda innata de protección ante las amenazas se regula por lo que se denomina *Modelos Operativos Internos* (MOI), derivados de las experiencias de apego concretas (ver apartado específico). Estos modelos incluyen una serie de experiencias y expectativas que se generan a partir de *experiencias tempranas* y se van a organizar en función de la disponibilidad y respuesta que la figura de apego haya presentado, así como de la capacidad de generar comportamientos de ayuda en otros. Estos modelos surgen antes del desarrollo del lenguaje y de la maduración de estructuras cerebrales necesarias para la memoria explícita, por lo que se codifican en la memoria implícita (7, 8).

- d) **Seguridad como regulador emocional.** Fonagy (9) explicita que la sensación de seguridad es clave en el sistema de apego, siendo esta experiencia de seguridad el objetivo fundamental del desarrollo del mismo. A su vez, va a permitir ser un *regulador de la experiencia emocional*. Las experiencias que se van teniendo con el cuidador en los primeros años de vida son representadas y añadidas en la memoria en forma de modelos operativos internos. Según Bowlby, cada individuo confecciona sus propios modelos, del mundo y de sí mismo. Bajo estos modelos captan lo que acontece a su alrededor, realizan previsiones de futuro y generan planes. Estas experiencias tempranas son fundamentales para determinar los criterios sobre cómo se establecen las figuras de apego, los lugares en los que se pueden encontrar y lo que cabe esperar de ellas. Con esto surge la conceptualización de *figura central* y *figuras subsidiarias*, siendo, estos conceptos, clave en la teoría del apego.
- e) **Alteración del apego.** Bowlby incorpora en el concepto del apego argumentos que justifican el

hecho de que los humanos tiendan a formar firmes vínculos con personas elegidas para tal fin, que se mantienen en el tiempo y también que la disfunción de este vínculo (en su formación o mantenimiento) puede generar una importante alteración en las emociones, e incluso, psicopatología (5). La teoría del apego incluye, en sí misma, una teoría motivacional, por lo que es sencillo comprender el impacto de las relaciones de apego, ya que sus componentes (sistema de apego, MOIs, figura de referencia...) van a condicionar la construcción y funcionalidad de la personalidad de un individuo (10).

f) **Fases de la construcción del apego (modificado de Gago (11)):**

- **Del nacimiento a las 6 primeras semanas:** Fase de *pre-apego*: El bebé acepta, sin selección, a cualquiera que le provea de comodidad; a través de la sonrisa o el llanto, determinados genéticamente, busca el acercamiento y contacto físico de los otros. También responde a estímulos de los demás. Reconocimiento muy rudimentario de la madre, demostrando preferencia por la voz de ésta frente a la de cualquier otro adulto, pero aún no existe apego como tal.
- **De 6 semanas a 6 meses:** se produce la *construcción y reconocimiento* de la figura de apego. El niño presenta ansiedad cuando se le separa de los otros, pero no especialmente con la falta de la madre, aunque comienza ya a orientar su conducta y a responder de forma más concreta a ésta.
- **Seis meses a 3 años:** comienza la *experimentación y regulación* del apego:
  - **Fase de apego** propiamente dicho. De 6 a 18-24 meses: Vínculo materno destacado, manifestando su malestar cuando ésta no está. Al 8º mes puede rehusar a la interacción con otros, anhelando sólo estar con la mamá. El objetivo prioritario es captar la atención materna y que esté todo el tiempo presente.
  - **Formación de relaciones recíprocas.** A partir de los 18-24 meses, el niño comienza a comprender la madre no se ausenta de forma definitiva, logrando calmarse. Con la aparición del lenguaje y de la capacidad de representar mentalmente a la madre puede predecir su retorno. En esta etapa, si sus madres les explican el motivo de su

marcha y por cuánto tiempo será, son capaces de llorar menos que a los que no se les dice nada. Al final del primer año se internaliza la relación de apego; esto aporta estabilidad en el niño y también en la familia. Comienzan a manifestarse las funciones primordiales del apego en la conducta del niño: la proximidad a la figura de apego, la búsqueda del refugio ante la amenaza y la base segura desde la que explorar.

- **Tres años - adolescencia: activación del apego:** la figura de apego se percibe como “distanziata”, lo que provoca respuestas complejas para evitar la separación. Es un proceso cualitativamente diferente del enfado o la rabia. En esta etapa se desarrollan el lenguaje y la capacidad de mentalización. Empiezan a ver el mundo desde la perspectiva de sus interacciones con los pares y con ello se facilita el desarrollo de las habilidades para la creación y mantenimiento de relaciones
- **Adolescencia: desapego, duelo y re-apego:** Se produce el desapego de las figuras parentales, lo que provoca una sacudida con reacciones diversas. El adolescente sufre “la pérdida” y debe aprender a tolerar el duelo. Posteriormente se dará el re-apego a nuevas figuras (tanto adultos como pares)
- **Vida adulta: apego entre pares:** En pareja se presenta el apego entre iguales, no muy común en la infancia. Puede incluir relaciones sexuales.
- g) **La respuesta sensible del cuidador.** Un aspecto destacable en la teoría del apego es que la *respuesta sensible* de la figura de apego es un *organizador psíquico* muy importante. Estudios a nivel de neurobiología del desarrollo señalan que la *resiliencia* del individuo va a depender, en gran medida, de las vivencias de apego en los primeros años de vida; y estas van a condicionar los patrones vinculares posteriores. Ainsworth reportó que la condición primordial, para que estos apegos afectivos se den, es la existencia de una *respuesta sensible del cuidador*, que incluiría darse cuenta de que el bebé está expresando algo, interpretarlo y dar una respuesta rápida y adecuada. Esta respuesta es muy importante, a lo largo de la vida, ya que permite evocar un sentimiento de *integración del self* y de *autovaloración*, de ser reconocido, en todos los aspectos, y

válido, merecedor de atención lo que facilita una respuesta de colaboración mutua y amor (12). Blatz, mentor de Ainsworth, planteó que para que el niño pueda separarse, explorar, instruirse y elaborar un sentimiento de capacitación propia ante los obstáculos, debe sentir seguridad (12). Éste es el fenómeno que Mary Ainsworth y sus colegas denominaron «*usar a la madre como una base segura desde donde explorar*» (5).

h) **Características del vínculo.** Existen tres características básicas que explican la creación del apego y de los *vínculos* entre padres e hijos (13):

- 1) Sintonía. Los estados internos de padres e hijos se encuentran en armonía.
- 2) Equilibrio. El bebé se regula en función de la sintonía existente con los padres; tanto sensaciones como emociones y estados mentales.
- 3) Coherencia. El niño adquiere el *sentido de integración* y conexión con los otros mediante la relación con los progenitores.

Las conductas de apego se generan de forma innata, en nuestro sistema nervioso central, dando seguridad al niño. Este tratará de buscar refugio y consuelo en el progenitor cuando alguna situación le haga sentir mal. Esta sensación de seguridad y cercanía se asimilará como *modelo de base segura*, siempre que se responda de forma sensible a las demandas del niño. Y así, como adulto, tendrá capacidad de *autorregulación*, de tener conexión con otros, pedir y recibir ayuda.

i) **Figuras de apego central y subsidiarias.** Distintas figuras de apego: apego múltiple. De forma general la figura de apego central corresponde a la madre, quien proporciona los cuidados. El niño busca esta figura para nutrirse física y emocionalmente, así como ser cuidado (2). Al hallarla, busca estar cerca y obtener la ansiada seguridad; este patrón persiste con el resto de las figuras de apego a lo largo de la vida.

Bowlby (14) defendió que la conducta de apego tiende a focalizarse en una figura en concreto, hacia la que genera sentimientos de posesión, utilizando el término *monotropía* para definirlo (2). La hipótesis inicial de Bowlby y Ainsworth enfatizaba la función materna. No obstante, a mediados de los 70, los interesados en el apego empezaron a preguntarse por la relación del

6

niño con su padre. Uno de los primeros fue Michael Lamb, alumno de Ainsworth. Mediante la observación de niños pequeños, Lamb (15) encontró que las comunicaciones que hacían éstos para solicitar cuidado, no variaban cuando eran dirigidas a padres o madres (16).

La tradición psicoanalítica, base de la formación de Bowlby, daba una relevancia muy especial a la vinculación con la madre, explicando el planteamiento de la monotropía. También, los estudios etológicos parecían confirmarlo. En este sentido, Kotelchuck (17) diseñó una situación de laboratorio similar a la Situación Extraña, pero en la que eran dos los adultos que participaban con el niño. Aplicada a otros grupos culturales, con mayor implicación paterna en la crianza, las preferencias por la figura materna desaparecen (18).

Aunque lo frecuente es que un niño que quiera consuelo busque a su madre, para otras situaciones puede escoger a otras figuras de apego, entre ellas, al padre. Los papás representan figuras fundamentales en el día a día del bebé. Observaciones realizadas durante el nacimiento han evidenciado que éstos responden de la misma manera que las madres a las señales del bebé, mostrando similares respuestas y sensibilidad. Sin embargo, cuando estamos ante un bebé de pocos meses sí hay diferencias claras entre ambos progenitores, con mayor respuesta por parte de las madres. Esta respuesta y mayor predisposición materna parece fruto de la mayor dedicación de tiempo, extendido culturalmente (15,19). Madres y padres emplean el tiempo con sus hijos en actividades diferentes. Las madres se centran más en los cuidados básicos (físicos) y en mostrarle afecto. Los padres se dedican más a realizar actividades lúdicas. Incluso juegan con el niño de forma diferente. Ellas les hablan más, les proporcionan juguetes e inician juegos de socialización convencionales como el "cu-cu-trás", y los papás se dedican más a los juegos físicos y de mayor actividad. Es comprensible que los niños elijan a sus madres para ser consolados y a sus padres para jugar (5).

En relación con las *figuras subsidiarias*, Ainsworth (20), citada por Maldonado & Carrillo (21), se

refiere a los hermanos mayores “como las *figuras subsidiarias más frecuentes, después del padre*”, por el papel de responsables que cumplen cuando faltan los progenitores. Apenas existen estudios sobre la relación de apego entre hermanos. Habitualmente, los hermanos mayores proporcionan a los pequeños las atenciones que darían las madres. O que los hermanos se utilicen, en situaciones extrañas o desconocidas, unos a otros como base segura o de consuelo. Incluso la ansiedad de separación de las figuras de apego es menor si hay un hermano presente. Carrillo (22) determina que el hermano mayor constituye una *figura de apego subsidiaria*, funcionando como elemento fiable y base segura desde la cual poder conocer el mundo. Más allá de esto, las investigaciones han ido proporcionando información sobre la función de otros cuidadores distintos al cuidador principal. Howes, Hamilton & Althusen, citados por Howes (23), explicitaron tres características que facilitan el reconocimiento de las relaciones de apego con múltiples cuidadores. La primera, el cuidador proporciona cuidados en el plano físico y en el emocional. La segunda, el cuidador se mantiene presente, durante los primeros años de vida del niño, de forma continuada y consistente. Y tercera, “el cuidador se compromete e invierte emocionalmente para conseguir el bienestar del niño”. Estas condiciones presentes en la vinculación entre otros cuidadores y el niño permiten afirmar y confirmar que estamos ante una relación de apego real, a diferencia de otro tipo de relación que el niño pueda llegar a desarrollar con otras personas que le rodean.

Aunque Bowlby (3) admitió que un niño puede vincularse afectivamente con distintas personas, pensaba que estaba predispuesto a generar un vínculo especial con una figura principal, y que este apego sería cualitativamente diferente del establecido con otras figuras secundarias. Esto le llevó a considerar que lo más favorable para el niño era establecer un lazo afectivo principal con la madre, y que, de otra manera, ser criado y atendido por varias personas, no era lo más adecuado. El propio Bowlby (24) no sostuvo esta primera postura en escritos posteriores.



**j) *Patrones de interacción.*** John Byng-Hall, terapeuta familiar cercano a Bowlby, formuló el concepto de *guiones familiares* (25). Se presentan como *patrones de interacción* que son utilizados en función de la situación particular que se esté dando. Estos guiones se elaboran a partir de vivencias repetidas de guiones similares. Según Byng-Hall (26), la familia es una *base segura* para que el individuo se desarrolle, proporcionando una red disponible y fiable de relaciones de apego. La experiencia intrafamiliar generada orientará la reflexión y la interpretación de las mismas, que condicionarán los comportamientos vinculares. Para este autor hay dos factores relacionados con una *base segura familiar*: por un lado, la importancia de las relaciones de apego y el cuidado del otro como prioridad familiar y por otro, el apoyo familiar mutuo en la atención a los demás.

Los datos de diversos estudios sobre cuidadores a tiempo parcial (cuidado alternativo) resaltan la complejidad de este tema, lo que dificulta generalizar sobre el impacto del cuidado alternativo en la conexión entre niños y padres. Sin embargo, parece imposible decir que este tipo de cuidados implica necesariamente una mayor posibilidad de inseguridad en esta relación. En lugar del cuidado de los padres, la calidad del cuidado brindado a los niños parece determinar la seguridad del apego. Si están bien atendidos y les ofrecen tiempo a sus hijos para que interactúen es probable que no se presenten problemas emocionales (5).

Hasta el día de hoy, no hay duda de que mientras los cuidadores de los niños sean sensibles y amables con ellos, pueden establecer vínculos de apego con diferentes personas.

Por otro lado, que existan varias figuras de apego puede ser muy favorable para el niño, propiciando el desarrollo de situaciones complejas como la experiencia de los celos, el uso de la imitación como herramienta de aprendizaje, contribuyendo a una estimulación más rica y variada. Incluso, en caso de necesidad, por la enfermedad grave o el fallecimiento de alguna de las figuras de apego, supondría un beneficio (27,1).

**k) *Apego hacia el padre - apego hacia la madre.*** Un meta-análisis realizado por Fox, Kimmerly y Schafer

(28), que evalúa el tipo de apego mostrado hacia padre y madre mediante la utilización de la Situación Extraña, ofrece datos muy completos sobre la coincidencia entre los tipos de apego con las diferentes figuras. Los resultados contradicen hallazgos previos (29), demostrando que no hay diferencias claras entre el apego generado hacia ambos progenitores. Cuando, en la Situación Extraña, un niño muestra un apego seguro, es muy probable que se mantenga esta reacción, sea acompañado por la madre o por el padre. Una hipótesis que explicaría este hecho es que la Situación extraña pone a prueba el “modelo interno activo” que se ha generado en la interacción con la figura de apego principal, y que es distinto del generado con otras figuras ajenas. En esta línea, no se ha encontrado esta concordancia entre figuras principales y figuras ajenas a la familia (28). Una segunda hipótesis plantea la similitud en los patrones de interacción que padre y madre mantienen con el niño. Según esto, la semejanza entre apego establecido con ambos progenitores reflejaría la parecida respuesta que madres y padres tienen hacia el niño así como un estilo compartido de crianza. “En conclusión, estilos similares de interacción llevarían a tipos de apego también similares”(1). Una tercera, y última, hipótesis se refiere a “la influencia que el temperamento del niño puede tener sobre el establecimiento del tipo de apego” (30).

No queda claro si alguna de estas hipótesis o la conjunción de las mismas es la correcta, lo que sí se puede afirmar es que en el análisis se debe incluir: características propias del niño, de sus padres y de sus patrones interactivos, así como los modelos internos elaborados en la relación con la figura principal (1).

## TIPOS DE APEGO

En los sesenta, algunos autores como Schaffer y Emerson (31) destacaron la importancia de la *sensibilidad y la capacidad de respuesta* de los progenitores ante las necesidades del niño en la generación del vínculo durante los dos primeros años de vida.

A su vez, Mary Ainsworth, estudió las características de la relación (en este caso, madre-hijo) y su peso en la generación del apego, confirmando además la relevancia de la sensibilidad y receptividad materna a las llamadas del niño. Para ello elaboró una situación experimental, *la Situación Extraña* (32), que examina cómo las conductas de apego y las exploratorias se van alternando y equilibrando en condiciones estresantes. La Situación Extraña es una situación preparada para testar estas conductas que se describe en el capítulo de evaluación (ver apartado específico de este monográfico). A partir de los resultados obtenidos con esta prueba era evidente que “el niño usa a su madre como una *base segura* para explorar , y que ante cualquier peligro o amenaza, se pone en marcha el sistema de apego y disminuyen y/o desaparecen las de exploración” (1).

Para Ainsworth había diferencias claras entre las conductas individuales manifestadas por los niños durante la prueba, describiendo así tres patrones en los que catalogar tales comportamientos, relacionados directamente con distintos patrones de apego. Posteriormente, Main y cols (33) añadieron otro patrón a esta primera clasificación. Actualmente se contemplan los siguientes tipos de apego:

**1. Niños de apego seguro.** Para estos niños las madres son una base a partir de la cual explorar. En la situación de prueba cuando la madre se iba de la sala, el comportamiento de exploración iba disminuyendo, mostrándose muy afectados. Al volver ésta se alegraban genuinamente, se acercaban para el contacto físico y seguían explorando (1). La separación generaba protesta, la cercanía de la figura de apego les calmaba y podían establecer relaciones de confianza con extraños.

Observaciones realizadas en el hogar confirmaban que las madres de este grupo de niños respondían de forma sensible a las llamadas del niño, estando disponibles para cubrir sus demandas cuando era necesario. Para Aizpuru (34) el apego seguro se genera cuando se da en la figura de referencia, generalmente la madre, la sensibilidad necesaria, la capacidad de percibir e interpretar adecuadamente las llamadas del niño y la de responder rápida y adecuadamente, hecho que además reforzaría los lazos y las interacciones para ambos. Las características maternas de

disponibilidad, capacidad receptiva, afectividad y correspondencia favorecen este tipo de apego (35). Ainsworth creía que la respuesta sensible continuada y cotidiana de estas madres les había conferido confianza en ellas como símbolo de protección, por lo que el hecho de estar presentes en la Situación Extraña animaba a los niños a explorar los alrededores. Así mismo, la reacción a su salida y regreso evidenciaba la necesidad de los niños de mantenerse cerca de sus madres.

**2. Niños de apego inseguro-evitativo.** Este grupo de niños muestra un comportamiento independiente durante la Situación Extraña. Exploran libremente, y desde el principio de la prueba, los juguetes, sin recurrir a la madre como fuente de seguridad en ningún momento. Se mantienen aparentemente sin afectación al salir la madre de la sala y a su regreso la siguen ignorando, sin buscar su proximidad. No había protesta ante la separación, ni parecían necesitar, ni buscar consuelo de la figura de apego y sí se relacionaban con extraños.

Esta conducta independiente podría haberse interpretado como saludable. Pero, Ainsworth planteó que lejos de eso, este grupo presentaba importantes problemas en relación con sus emociones; “su desapego era similar al que manifiestan niños que han vivido separaciones difíciles” (1).

Observaciones en contexto natural permitían confirmar que las madres de este grupo no se mostraban tan sensibles a las demandas del niño, llegando incluso a rechazarlos. El niño inseguro busca inicialmente la proximidad de su madre y llora ante su marcha, pero las características maternas de actitud rechazante, frialdad e incluso evitadora del contacto (35) facilitan la reacción de evitación del niño. Estas madres pueden ser “sobre estimulantes e intrusivas” (34). “Ainsworth interpreta de forma general que estos niños comprendían que no iban a poder contar con su madre, por lo que su respuesta era de indiferencia” (1). Las vivencias previas de rechazo hacía que tendieran a negar su necesidad de proximidad y seguridad para evitar la frustración. El regreso de la madre tampoco modificaba esta respuesta.

**3. Niños de apego inseguro-ambivalente.** Este grupo apenas podían explorar por el malestar ante la

situación. Presentaban importante preocupación y angustia cuando la madre se ausentaba y al regreso la conducta ambivalente estaba en primer plano, pasando del enfado y la evitación del contacto a la búsqueda del mismo. Mostraban protesta intensa con ansiedad y agitación ante la separación, con difícil consuelo en el reencuentro. La observación de estas madres en otros contextos, corroboraba una conducta inconsistente, alternando calidez y frialdad, sensibilidad e insensibilidad. La atención a los niños era menos frecuente así como el inicio de interacción con ellos. Las características de inconsistencia y falta de sensibilidad generaba un comportamiento de inseguridad en el niño por dudar de la disponibilidad de su madre (35).

La contradicción en la conducta de estas madres llega a limitar las conductas de exploración por ser invasivas y obstaculizarlas, llevando a los niños a una falta de autonomía y una mayor dependencia. La respuesta del niño se puede entender como respuesta esta situación, ante la falta de disponibilidad de su madre elabora estrategias para captar su atención, incrementando incluso su dependencia para ello. Esto impide el normal desarrollo evolutivo.

4. **Niños de apego inseguro desorganizado/desorientado.** Se ha añadido un cuarto tipo de apego, que incluye características de los apegos inseguros, y que no podrían clasificarse en ninguno de los grupos anteriores (33,34). Se trata de un grupo de niños muy inseguros. En la Situación Extraña, al regreso de la madre se muestran confusos y ambivalentes, se abrazan a sus madres, pero se mantienen tristes o sin expresividad, pudiendo llegar a conductas desorganizadas de llanto, rigidez corporal e incluso estereotipias.

El patrón conductual presente en cada caso, con la *Situación Extraña*, se clasifica en una de las categorías definidas por Ainsworth y cols (12) y por Main y Solomon (33). Se añade la equivalencia de apego en la etapa adulta — tomado de Dávila (36) — :

- categoría «A»: apego *evitativo* en la infancia. Apego *rechazante* en la edad adulta
- categoría «B»: apego seguro en la infancia. Apego *autónomo* en la edad adulta

- categoría «C»: apego *ambivalente* en la infancia, Apego *preocupado* en el adulto
- categoría «D»: apego *desorganizado-desorientado* en la infancia, apego *no resuelto* en el adulto

## EL MODELO REPRESENTACIONAL DE LA RELACIÓN DE APEGO. MODELOS OPERATIVOS INTERNOS (MOI)

a) **Definición y características.** Los modelos operativos internos (*internal working model*), MOI a partir de ahora, se pueden definir como representaciones, mapas cognitivos, esquemas y/o guiones que un individuo tiene de sí (como ente único corporal y psíquico) y del entorno (2).

Para Bowlby (2), el MOI es una *representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros*, que contendría las posibilidades de futuro acerca de los otros, de uno mismo, y de las relaciones que puedan darse entre ambos. Se plantea como una representación de uno mismo y de los otros, estructurada y organizada que incluye: a) Aspectos asociados a vivencias interpersonales y las emociones derivadas, y b) Procesos (gran parte de ellos no conscientes) que condicionan cómo se percibe, se interpreta y se recuerdan las experiencias.

Los MOI se generan en base a las relaciones de apego y su función es la comprensión de las acciones e intenciones de otros para orientar nuestra respuesta.

Peterfreund (37) explicaba que los MOI son una representación de las distintas experiencias vividas. Dentro de la teoría del apego los MOI hacen referencia al *sistema representacional sobre uno mismo en relación con otros significativos*. Dos criterios van a definir dichos MOI: por una parte, la sensibilidad y disponibilidad que se otorga a una figura de apego y por otra, el propio juicio sobre si se es merecedor de apoyo y ayuda (5).

Una parte fundamental de estos MOI, que incorpora cogniciones y afectos, es la conciencia de reconocer a las figuras de apego, el lugar en el que se encuentran y lo que se puede esperar de ellas. También incorpora conocimiento sobre sí mismo en la medida de ser valorado y querido por estas figuras. Esto constituye la base de la *identidad, el autoconcepto y la autoestima*.

Las distintas vivencias de relación con las figuras de referencia llevarán a diferentes representaciones mentales. De este cuidador podemos esperar tres posibles respuestas: 1) *Sensibilidad*, responde a las demandas del niño y está disponible, en cuyo caso se dará un apego seguro; 2) *Insensibilidad*, no hay respuesta ni disponibilidad, pudiendo generarse un apego inseguro-evitativo y, 3) *Imprevisibilidad*, sólo ocasionalmente se atiende la llamada del niño, por lo que le conduciría a un apego inseguro-ambivalente. Estas representaciones también pueden surgir ante la ausencia de interacción, donde lo prioritario es la falta de respuesta.

El MOI va a condicionar los modos de relación del individuo. Si en los primeros años se dio un apego seguro, podrá mostrarse abierto y confiado en las relaciones que establezca, si por el contrario, las experiencias de apego fueron negativas no esperará nada bueno de las relaciones con otros. Esperará que se reproduzcan situaciones de rechazo o de falta de empatía como en sus primeras interacciones. Algunos autores (8) hacen hincapié en la relevancia de estas primeras vinculaciones en la futura vida relacional del adulto.

Los conceptos de *MOI y representaciones de self y del objeto* son muy similares. La expresión modelo operativo se usa para hacer alusión a todas las representaciones mentales existentes del mundo y de *uno mismo* que se van generando a lo largo de la experiencia vital. Los modelos de uno mismo incluyen los conceptos de ser amado y apreciado que confluye en lo que denominamos *autoestima*. Asimismo, debe darse la conciencia de ser uno, diferenciado y separado del medio, *identidad de uno mismo*, de la continuidad del tiempo y de conocimiento propio.

Los MOI empiezan a organizarse desde los primeros meses de vida, surgen de la interrelación con los otros que están alrededor; fundamentalmente, surge de la confianza sobre lo aceptado y aceptable que se es para los otros, en estos primeros momentos, lo bueno y valioso que se es para las figuras tempranas de apego.

Los MOI son muy estables, pero no estáticos. A lo largo de la vida seguirán siendo *interpretados y remodelados*. La relevancia de estas primeras experiencias afectivas radica en la influencia que tienen en la posterior manera de ver y experimentar el mundo. Estos primeros MOIs van a condicionar la elaboración de modelos posteriores (5). El niño

que cuenta con figuras fiables y disponibles, que responden, desarrolla una buena representación de sí, valioso y aceptable. El que, por el contrario, carece de ellas desarrolla una negativa visión de sí mismo, sin valor, sin aceptación.

Cada uno descifra la información recogida de diferente manera, con una selección y proceso de la misma individualizado que dará lugar a nuestra propia visión del mundo, nuestra *realidad* personal e individual. Las interpretaciones que hacemos hacen que los datos del exterior y del interior tengan un significado para nosotros. Organizamos el mundo a través de nuestros MOI, pudiendo imaginar posibilidades y contextos diferentes y valorar las consecuencias de las decisiones a tomar (37).

Nunca somos completamente imparciales para analizar una situación concreta, ya que el aprendizaje y bagaje personal nos condicionan. Los modelos de los demás y de uno mismo se van elaborando durante la vivencia de situaciones que son importantes para el apego, en las cuales las emociones van a estar muy presentes. Las vivencias, y sus representaciones, pueden ser obviadas de forma defensiva, generándose así modelos que no se corresponden con la realidad y dando lugar a comportamientos inadecuados, incluso, patológicos (29). Un indicador de buena organización de representaciones mentales es el grado de coherencia con el que narran las propias relaciones de apego (2).

A pesar de que los MOI son personales, como representan la “realidad” desde la perspectiva individual y en el contexto de la propia historia, con sus interpretaciones y significados, también son compartidos parcialmente, ya que estas representaciones y significados se crean en las interacciones con las figuras de apego y con los otros. El proceso evolutivo normal prepara al niño para esperar una respuesta de los padres a las señales de apego; si estos las ignoran, se interpretará como un rechazo hacia el niño, expresado como “no es aceptada tu demanda, no eres válido”. Si estas respuestas son consistentes y mantenidas en el tiempo, se generará un modelo interno que se traduce en “mis necesidades no son relevantes”. Así se entiende la importancia que tienen las relaciones de apego, y los significados derivados de éstas, en el desarrollo de modelos internos sobre uno mismo en relación a la figura de apego principal (38). Los MOI

se regulan de forma equilibrada, permitiendo que pueda mantenerse la relación afectiva entre límites de disponibilidad y proximidad.

Main, Kaplan & Cassidy (34) describen los MOI relativos al apego como un grupo de normas conscientes e inconscientes que ordenan la información importante sobre la relación de apego y facilita el acceso a la misma. En el caso de apego seguro, estos modelos internos van a influir no sólo en sentimientos y comportamientos, sino también en cogniciones, procesos atencionales y de memoria ligados al apego.

En esta línea, tal y como plantean Weinfield et al. (39), para Bowlby, que focaliza la atención en los MOI como modelos de creencias y posibilidades de uno mismo en relación con otros, la principal área influenciada a medio- largo plazo por las relaciones de apego va a ser el autoconcepto propio y en relación a otras figuras importantes, que a su vez va a condicionar la manera de relacionarse, siendo muy evidente la afectación de ámbitos específicos de ajuste y desarrollo personal como depender de otros, tener confianza en sí mismo, presentar malestar y dificultades interpersonales, todo ello relacionado con la disregulación afectiva.

**b) La construcción de los modelos operativos internos de la relación de apego.** Bowlby (13), afín a Piaget, considera que el niño empieza a tener la capacidad de entender las relaciones (interacciones que se repiten con figuras de apego) cuando se encuentra en la etapa sensoriomotriz de su evolución, presentando ya una primitiva representación del self y del otro, lo que le permitiría reconocer patrones de interacción y hacer previsiones de lo que la figura de apego hará (34).

Investigaciones sobre los MOI han posibilitado comprender cómo surge la secuencia en el desarrollo de las representaciones mentales, siendo de actos a imágenes y de imágenes a palabras, de patrones motores preoperacionales a patrones simbólicos, representándose a sí mismo, al otro y la interacción generada. Las relaciones e interacciones afectivas serán las bases para el desarrollo de los MOI que, a su vez, se relacionan con la capacidad de regulación afectiva del niño y futuro adulto (3). Stern (40) postuló el concepto de "*Representaciones de Interacciones que se vuelven Generalizadas*", a partir de ahora RIGs (Representation of interactions which become

generalized), con el que se resume el conjunto de experiencias mentales del niño en relación con las personas que le cuidan. Cuando se experimentan interacciones, concretas y sensibles, de forma repetida se desarrollan representaciones de interacciones que se generalizarán posteriormente. Las RIGs no son recuerdos propiamente, sino promedios sacados de las interacciones con las figuras importantes, pero que se activan ante una situación que sí es real, recreando una versión de la experiencia vivida. Para Stern, un MOI está formado por muchos RIGs y vendrían a ser emociones preverbales, equivalentes a constructos cognitivos de guiones verbales.

Para Bowlby el concepto de MOI va ligado íntimamente a los sentimientos y a la motivación, no pudiendo entenderse al margen de las mismas, ya que son parte integral de estas representaciones. Cómo evaluamos e interpretamos una situación concreta va a condicionar cómo nos sentimos (4). Una vez creados, los MOI tienen entidad propia fuera de la conciencia y pueden existir varios modelos de lo mismo (de uno mismo, de otras personas) a la vez, pudiendo sintetizarse, integrarse o mantenerse al margen. La diferencia entre los distintos modelos existentes de una misma figura de apego está en el origen, importancia y grado de conciencia que el individuo tiene de ellos. Que se defina o no un apego seguro va a depender de la calidad que predomine en estos modelos (2).

Es precisamente la definición de los MOI la que explica el motivo por el que el apego va más allá de la mera protección y seguridad ante los peligros. La continuidad y estabilidad de estos modelos explica la internalización de los distintos patrones de apego (con sus diferentes formas de regulación emocional) en base a las experiencias de interacción repetidas entre el niño y la figura de apego principal. Los niños pequeños pueden experimentar emociones, pero no son capaces de alcanzar un estado de equilibrio, ya que no disponen de herramientas para ello y no pueden regular la intensidad, frecuencia o duración de estas emociones (41). Para desarrollar el equilibrio emocional el bebé precisa tener una relación estable, consistente, sensible y disponible con su figura de apego principal (42). Si lo miramos desde una perspectiva relacional, el apego es básicamente una forma de acompañamiento comunicativo, en la conexión

12

madre-hijo se da el reconocimiento de los estados internos del bebé y se responde adecuadamente a ellos, favoreciendo y reforzando la conexión (43). Este clima de sintonía y resonancia afectiva es muy relevante en el desarrollo cerebral y crea la base para los ajustes de todas las interacciones sociales futuras (41). Para que se de calidad en el vínculo parecen más importante las características comunicativas de la relación madre-hijo que las propias características individuales de temperamento/personalidad de los mismos (44).

La internalización de los MOI condiciona la percepción de seguridad que tienen los niños de poder contar con sus figuras de apego en los momentos en los que presentan emociones intensas de malestar, el grado de disponibilidad de las figuras de cuidado cuando se les necesita, va a favorecer que los niños puedan hacer una previsión de las respuestas que pueden obtener. Este proceso va a permitir también el reconocimiento de sus figuras de apego como personas independientes, con sus propias necesidades, sentimientos, pensamientos y deseos (2).

Dos criterios van a ser fundamentales en la generación de los modelos internos: la representación de la figura de apego, con su disponibilidad y sensibilidad para responder adecuadamente y dar protección y seguridad, y la representación de sí mismo como persona merecedora de protección y ayuda. Los MOI no sólo se crean en presencia de la figura de apego, sino que precisa también de los esfuerzos realizados por el individuo para acabar con la separación y también de las reacciones emocionales adaptativas ante la separación (5, 46).

Las conductas de apego se activan en función de la evaluación del entorno que haga el niño, teniendo como resultado una experiencia subjetiva de seguridad o de todo lo contrario. El niño precisa que se mantenga una *constancia objetal* que le permita percibir el mundo como “estable en el tiempo e independiente de él” (9). Las representaciones del mundo se dividen en: 1) “representaciones de primer orden”, objetos y figuras significativas en contexto estable; las figuras de apego son consideradas como seres intencionales, esto permite que el niño tenga su propia experiencia interna, se comprenda a sí mismo y a los otros como seres con intenciones y cuyas conductas están dirigidas por pensamientos, emociones, creencias y deseos (45)

y 2) “representaciones de segundo orden” que se originan cuando el niño comprende el mundo de las relaciones como un mundo cargado de intenciones y recíproco, esto empieza a suceder sobre los 9 meses. Se inicia el uso de símbolos que posibilita que se perciban y se integren los diferentes modos de interacción y la extrapolación de estas interacciones en otros contextos, creándose el espacio necesario para el desarrollo emocional y psíquico del individuo (45).

Fonagy (9) crea el concepto de *función reflexiva*, que es la capacidad de comprenderse en términos de estados mentales y tiene el objetivo de prever y dar significado a las reacciones de los otros. A esta función se le conoce como *mentalización o teoría de la mente*, permite entender la conducta propia y la de otros como estados mentales. Se trata de una función cognitiva compleja que realiza inferencias de los estados mentales, propios y ajenos, que requiere la capacidad de autorreflexión y la de relación interpersonal para conseguir diferenciar las distintas realidades, interna y externa, y a su vez de la ficción y de los procesos mentales y emocionales presentes en la comunicación entre individuos.

“Los progenitores que poseen una alta capacidad reflexiva son capaces de proporcionar un apego seguro, ya que entienden bien sus propios estados emocionales, y regular sus emociones así como las de sus hijos. No existe gran distorsión en las comunicaciones realizadas en este contexto” (9). Según Fonagy, el nivel más desarrollado de la función reflexiva sólo se da en el contexto de relaciones de apego seguro.

Pinedo y Santelices (46) resaltan que, para que la teoría de la mente se convierta en modelo interno, es muy importante la participación de las figuras de apego centrales. Estos adultos responden a las demandas del niño desde sus propios modelos internos. Así, por ejemplo, la representación materna sobre el afecto del niño es representada, a su vez, por el niño y organizada, por éste, bajo su propio MOI.

## CONCLUSIONES

A modo de conclusión exponemos que la teoría del apego, desde el punto de vista actual, confirma que un apego seguro, con una figura central presente y receptiva, conduce a un correcto desarrollo del bebé, especialmente a nivel cognitivo (47).

Conceptos importantes a tener en cuenta son:

- a) El apego es la primera relación del niño. Se entiende que la figura de apego con la que se genera este vínculo es estable y se muestra receptiva a las señales del niño.
- b) El proceso de apego inicial va a condicionar todas las futuras interacciones y relaciones afectivas que construyamos durante la vida.
- c) El apego a las figuras significativas permanece durante toda la vida.
- d) Las interacciones con las figuras importantes en los primeros años van a dar lugar a los MOI, que son representaciones, del mundo y de nosotros mismos, construidas en el contexto de las experiencias vividas y las cuales van a marcar el patrón de cómo se experimentará el mundo posteriormente. Las posibles respuestas del cuidador principal generan las distintas formas de apego, siendo el elemento determinante del mismo la sensibilidad para captar y responder a las señales del niño de la figura de apego. Los distintos tipos de apego se relacionan con las respuestas y reacciones que se dan en las relaciones que se crean, y que pueden ir desde las más adaptativas a las más patológicas, en función del apego existente (47).

## REFERENCIAS

1. Oliva Delgado AL. Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004;4(1): 65-81
2. Bowlby J. *El apego*. Editorial Paidós; 1998.
3. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
4. Bowlby J. *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós; 1985.
5. Marrone M. *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática; 2001.
6. Lyons-Ruth K., Spielman E. Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*. 2004;25(4): 318-35.  
<https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
7. Crittenden PM. *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro; 2002.
8. Feeney JA, Noller P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990;58(2),281-91.
9. Fonagy P. The transgenerational transmission of holocaust trauma. Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment and Human Development*. 1999;1, 92-114.
10. Martínez Ibáñez, JJ. (2016). Los modos prementales, los apegos inseguros, la mutualidad y la intimidad (Discusión de las aportaciones del Prof. Fonagy). *Clínica e Investigación Relacional*. 2016;10(3): 630-48.  
<https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100302>
11. Gago, J. *Teoría del apego. El vínculo*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar; 2014.
12. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Ed Lawrence Erlbaum; 1978.
13. Bowlby J. *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós; 1989.
14. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *International journal of Psychoanalysis*. 1958;39: 350-73.
15. Lamb ME. *The father's role: Cross-cultural perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1987.
16. Karen, R. *Becoming Attached*. New York: Warner Books; 1994.
17. Kotelchuck M. The infant's relationship to the father: Experimental evidence. In Lamb ME, editor. *The role of the father in child development*. New York: Wiley; 1976.
18. Jackson JF. Multiple caregiving among African Americans and infant attachment: the need for an emic approach. *Human Development*. 1993;36: 87-102.

19. Roopnerine JL, Talukder E, Jain D, Joshi P, Srivastave P. Characteristics of holding, patterns of play, and social behaviors between parents and infants in New Delhi, India. *Developmental Psychology*. 1990;26: 667-73
20. Ainsworth MD. Attachments beyond infancy. *American Psychologist*. 1989; 44:709-16.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
21. Maldonado C, Carrillo S. El vínculo de apego entre hermanos. *Suma Psicología*. 2002; 9(1): 107-132.
22. Carrillo S, Gutiérrez G. Attachment behavior and comparative research: A critical essay. *Suma Psicológica*. 2000;7: 51-64.
23. Howes C. Can the age of entry and the quality of infant child care predict adjustment in kindergarten? *Developmental Psychology*. 1990; 26: 292-303.
24. Bowlby J. *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós; 1984.
25. Byng-Hall J. Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*. 1995;34: 45-58.
26. Byng-Hall J. Family couple therapy: Toward greater security. In Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press; 1999. p. 625-45.
27. López F, Etxebarria I, Fuentes MJ, Ortiz MJ: *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide; 1999.
28. Fox NA, Kimmerly NL y Schafer WD. Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development*. 1991;62: 210-25.
29. Bretherton I, Waters E. Growing Points in Attachment Theory and Research. Monograph of the Society for Research in Child Development. 1985;50: Serial 209.
30. Kagan J. *Psychological research on the human infant: An evaluative summary*. Nueva York: W.T. Grant Foundation; 1982.
31. Schaffer HR, Emerson PE. The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development* N°94. 1964;29(3).  
<https://doi.org/10.1192/bjp.111.471.200>
32. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*. 1970;41(1): 49-67.  
<https://doi.org/10.2307/1127388>
33. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton TB, Yogman M, editors. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex; 1986.
34. Aizpuru A . *La teoría del apego y su relación con el niño maltratado*. *Psicología Iberoamericana*. 1994;2(1): 37-44.
35. Botella L, Corbella S. Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Psicoterapia, neurobiología y neurociencias*. 2005;XVI(61): 77-103.
36. Dávila P. La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Anales. Revista de la Universidad de Cuenca*. 2015;57: 121-130
37. Peterfreund E. *The Process of Psychoanalytic Therapy*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press (Lawrence Erlbaum Associates); 1983.
38. Bretherton I, Munholland K. Internal working model in attachment relationships: A constructed revisited. In Cassidy J and Shave PR, editors. *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press; 2008.
39. Weinfeld NS, Sroufe LA, Egeland B, Carleson, EA. The Nature of Individual Differences in Infant—Caregiver Attachment. In Cassidy J and Shave PR, editor. *Handbook of Attachment*. New York: Guilford; 1999. p. 95-124.
40. Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books; 1985.
41. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*. 2001;1: 23-48.
42. Spangler G, Grossman K. Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. In Solomon J and George C, editors. *Attachment disorganization*. Guilford Press; 1999.



43. Penman R, Meares R, Baker K, Milgrom-Friedman J. Synchrony in mother-infant interaction: A possible neurophysiological. *British Journal of Medical Psychology*. 1983;56(1): 1-7.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1983.tb01527.x>
44. Siegel S, Siegel C, Dean J. Neurological Aspects of the Disorganized/Disoriented Attachment Classification System: Differentiating Quality of the Attachment Relationship from Neurological Impairment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999;64(3): 25-44.
45. Lowyck B, Luyten P, Demyttenaere K, Corveleyn J. Efectos de los Modelos Operativos Internos (MOI) generales y específicos en la satisfacción de la relación de pareja: Un estudio prospectivo. *Persona*. 2007;(10),13-27.  
[www.redalyc.org/articulo.oa?id=1471/147112813002](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1471/147112813002)
46. Pinedo-Palacios JR, Santelices-Álvarez MP. Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*. 2006; 24(2), 201-210.
47. Moneta, ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(3): 265-68.  
<https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001>

M. Valverde Gómez 

Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia,  
Ibiza.

Correo electrónico: [vgomez@asef.es](mailto:vgomez@asef.es)

*Aproximación evolutiva y neurobiológica a  
la teoría del vínculo*

*Evolutionary and neurobiological approach  
to the theory of attachment*

---

## RESUMEN

El sistema vincular del apego es fundamental en la comprensión de las relaciones que se establecen entre diferentes individuos de una especie, así como de la relación de las madres con su progenie. El sistema de apego tiene un componente evolutivo a lo largo de las diferentes especies y un patrón de transmisión intergeneracional.

En la siguiente revisión se desarrolla un marco para poder entender este sistema de apego, tanto desde la propia perspectiva evolutiva como neurobiológica. Revisar el apego en diferentes especies ha permitido profundizar en el sustrato biológico subyacente y su correspondencia con la neurobiología del mismo en humanos, así como su implicación en la respuesta al estrés y las similitudes y diferencias evolutivas de las relaciones vinculares en distintas especies de mamíferos.

**Palabras clave:** Vínculo, ontogenia, neurobiología, evolución, monos *Rhesus*.

## ABSTRACT

The bonding system of attachment is fundamental in understanding the relationships between different individuals of a species as well as the relationship of mothers with their progeny. The attachment system has an evolutionary component across different species and an intergenerational transmission pattern.

In the following review, a framework is developed to understand this attachment system from both an evolutionary and neurobiological perspective. Reviewing attachment in different species has allowed us to know the underlying biological substrate and its correspondence with humans neurobiology, as well as its implication in the response to stress and the evolutionary similarities and differences of attachment relationships in different mammalian species.

**Keywords:** Attachment, ontogeny, neurobiology, evolution, *Rhesus* monkey.

## INTRODUCCIÓN

Se podría considerar el sistema de apego uno de los principales y más importantes sistemas organizativos de los seres vivos producto de la selección natural, y a Charles Darwin como uno de los primeros teóricos del apego, siendo quizá el primer científico en apreciar la importancia del mismo (1). En base a los estudios de Darwin y su teoría evolutiva, John Bolwby desarrolló una gran teoría acerca de los aspectos sociales y personales del desarrollo del apego y de sus repercusiones a lo largo de la vida.

John Bolwby se basó en diferentes observaciones que realizó en distintas culturas humanas y en especies de primates y en los aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales de las relaciones de apego. Describió como los cachorros y niños manifestaban una serie de reacciones específicas tras la separación de sus cuidadores. Entre estas reacciones después de la separación observó y describió como muchos niños protestaban vehementemente, típicamente llorando, gritando, con rabietas (2).

Bolwby explicaba que estas protestas durante las fases tempranas de ausencia del cuidador eran inicialmente una buena estrategia para promover la supervivencia. Especialmente en especies inmaduras y altamente dependientes (3).

Si con estas protestas no se consigue recuperar al cuidador se pasa a la segunda fase o estadio. En esta fase la actividad motora declina y se muestran silenciosos. Esta segunda fase fue descrita (4) como una buena “segunda estrategia” para promover la supervivencia ya que, si persistiese la actividad de la primera fase, la posibilidad de hacerse daño, tener un accidente o llamar demasiado la atención de depredadores sería demasiado elevada y arriesgada.

Bolwby observó que después de un periodo de desesperación los bebés que no se reencontraban con sus cuidadores entraban en una tercera y última etapa llamada el desprendimiento. Es durante esta fase cuando el bebé comienza a reanudar su actividad normal sin el cuidador. Explicó que este desapego tenía por objetivo permitir la formación de vínculos emocionales con nuevos posibles cuidadores.

De esta manera Bolwby desarrolló la teoría del sistema de apego innato. Este sistema de apego tiene además una base neurobiológica y genética

que conecta a diferentes especies durante la historia evolutiva. La conclusión es que el sistema de apego evolucionó y sigue profundamente arraigado en la naturaleza humana porque evolutivamente ha resultado útil y ha proporcionado una buena solución en cuanto a aumentar la supervivencia en los años de vida más frágiles y peligrosos. Además, Bolwby entendía el sistema de apego también como un sistema motivacional presente en mamíferos y pájaros.

La teoría del apego abrió la puerta a todo el desarrollo de la teoría del vínculo, pero se mantuvo muy centrado en el apego relacionado con la supervivencia. Sin embargo, los teóricos del apego contemporáneos han centrado su atención en cómo los procesos de apego en la infancia pueden relacionarse con diferentes estrategias de apego, afectivas y reproductivas en la edad adulta. El objetivo de esta revisión es desarrollar el marco teórico del sistema de apego tanto desde la perspectiva evolutiva, así como desde el sistema neurobiológico que subyace a este sistema.

## ONTOGENIA DEL APEGO

Bolwby (5) describe el apego temprano como un sistema motivacional presente en mamíferos y pájaros. El hecho de que observase como los cachorros tenían la tendencia de mantenerse cerca de sus madres y el malestar prolongado que les causaba la separación fue uno de los indicadores más importantes que le hicieron plantear el apego como un instinto básico organizado.

Actualmente los teóricos de la biología evolutiva van un poco más allá y describen no solo el apego como un sistema básico instintivo sino también como la base para el desarrollo de un patrón de vinculación que posteriormente creará las bases para el establecimiento de relaciones a lo largo de la vida.

Las investigaciones psicobiológicas recientes que surgen de la investigación del apego en animales están sirviendo para apoyar las observaciones clínicas, pero también para extender estas teorías, generar nuevas hipótesis acerca del apego y de la creación del vínculo y definir conceptos que se intentan extrapolar al trabajo clínico con los pacientes.

La exclusividad y preferencia en la orientación hacia la figura de apego y la búsqueda de proximidad por parte de las crías dirigida hacia sus madres son comportamientos definitorios de un sistema de apego

filial. Los cachorros son capaces de reconocer y distinguir entre estímulos maternos y no maternos.

En estudios con ratas y sus cachorros se ha observado que a pesar de que las ratas no son capaces de ver ni oír hasta haber cumplido 11 días de su nacimiento sí que pueden discriminar entre olores familiares y no familiares (5). Y esta habilidad parece que podría haber comenzando inmediatamente después del nacimiento basado en los olores aprendidos en el útero (6) y extendiéndose a los olores encontrados postnatalmente (7). Esta habilidad se entiende como una evidencia de “atracción filial” y no solamente como una orientación inespecífica hacia señales familiares. El comienzo de esta habilidad marcará un hito importante en el desarrollo. Diferentes situaciones experimentales llevadas a cabo en el laboratorio con crías de rata recién nacidas sugirieron que la preferencia por el olor de las madres se adquiere entre el primer y el segundo día tras el nacimiento. Y que esta distinción puede requerir que coincidan en el tiempo y en el espacio señales olfativas y térmicas.

Estos experimentos de condicionamiento clásico (8) mostraron que la noradrenalina juega un papel clave en la mediación de estos eventos. Por lo tanto, se teoriza que durante un período sensible que se extiende hasta la primera semana y media de vida, el aprendizaje asociativo a un olor determinado depende de un estado noradrenérgico activado. Además, a nivel experimental se ha comprobado que las primeras respuestas de apego en los recién nacidos son patrones de acción automáticos que aparecen inmediatamente y que van evolucionando a respuestas de apego e interacción más elaboradas a lo largo del desarrollo y relacionadas con características maternas específicas (5).

Todas estas observaciones y experimentos han permitido teorizar acerca de los llamados periodos sensitivos o periodos especialmente importantes en el desarrollo del sistema de apego y en las repercusiones posteriores que este sistema tiene a nivel de homeostasis emocional y respuesta al estrés. Los teóricos del apego consideran estos periodos particularmente importantes y significativos. Se identificó en el sistema de apego de las ratas que las conductas de lamido y aseo materno son el estímulo que promueve en gran medida la programación a largo plazo del eje hipotalámico-hipofisario-adrenocortical (HPA). Cuando las ratas recién nacidas se reencuentran con sus madres

después de las breves separaciones diarias y las madres responden con conductas de lamido y de cuidados y arreglos maternos se configura una baja regulación permanente del eje HPA con respuestas más adecuadas al estrés. También se ha observado que para que esto sea efectivo, el manejo debe iniciarse dentro de la primera semana de vida postnatal (9). Este periodo sensible para la programación del eje HPA por el comportamiento de la madre coincide con el periodo sensible para el aprendizaje olfativo temprano.

Dentro del periodo sensible de apego hay dos fases significativas y diferenciadas. Existe un aprendizaje sensible de preferencias olfativas que se extiende hasta el día postnatal (9). Esto se traduce en que en estos primeros nueve días todos los estímulos suficientemente excitantes, agradables o no, provocan conductas de preferencia de proximidad y emparejamiento (10). Durante este periodo sensible predomina el aprendizaje de preferencia sobre el de evitación. Es decir, el sustrato neurobiológico está preparado para desarrollar conductas de apego desde el inicio pudiéndose entender esto como una adaptación evolutiva por la necesidad de un bebé de formar vínculo con su madre. Para este aprendizaje preferencial de aproximación y apego el cerebro utiliza un circuito de aprendizaje especial consistente en un locus cerúleo hiperactivo que libera grandes cantidades de noradrenalina en sus sinapsis en el bulbo olfatorio. Estas señales determinan la creación del patrón de respuesta de apego con un comportamiento de aproximación cada vez que se encuentra el olor. Se trata por lo tanto de un circuito de aprendizaje muy sencillo que omite varias regiones del cerebro involucradas en otros tipos de aprendizaje. Durante este periodo sensible de aprendizaje de aproximación por preferencias olfativas en las ratas la amígdala se mantiene fuera del circuito de aprendizaje incluso aunque la estimulación sea aversiva (11). Este proceso especial de aprendizaje temprano, que favorece fuertemente el aprendizaje preferencial e inhibe el aprendizaje de evitación puede ser la base por la cual los mamíferos lactantes, desde cachorros hasta humanos, forman fuertes vínculos incluso con cuidadores abusivos. La amígdala a pesar de estar inicialmente fuera del circuito de aprendizaje de conductas de aproximación no se mantiene inactiva y es el primer lugar del cerebro que registra la atención materna diaria a partir del día 10 postnatal y por lo tanto es la estructura que más influye en los procesos a largo

plazo de la programación del eje HPA. Como ya se ha explicado anteriormente las ratas adultas que como bebés experimentaron más altos niveles de conductas de lamido y aseo tienen un eje HPA de respuesta al estrés atenuado en forma de disminución de la hormona liberadora de corticotropina por el hipotálamo.

Por lo tanto, el período desde el nacimiento alberga al menos dos periodos sensibles en la formación del sistema de apego. Un periodo inicial para el surgimiento de la relación de apego en sí y que tiene la función de equipar a la cría para sobrevivir en el momento inicial. Y otro periodo más desarrollado posterior que condiciona no solo el bienestar emocional general del cachorro sino también su ajuste emocional y respuesta al estrés en la vida adulta. La interacción de la madre con la cría mediante las conductas de apego tiene un efecto regulador y de control de los estados vigilia-sueño, nivel de actividad, patrón de succión y presión arterial.

Las respuestas de aproximación del cachorro a la madre por tanto son parte principal y fundamental del sistema de apego. Pero el sistema comportamental que mantiene en proximidad a la cría con la madre no explica todo el componente del apego. Otro componente esencial es el set de respuestas particulares a la separación de la madre y estas respuestas también están sustentadas en bases neurobiológicas condicionantes de los procesos de aprendizaje y comportamentales que tienen lugar. Los experimentos llevados a cabo en ratas lactantes han demostrado también que estas tienen respuestas complejas y duraderas a la separación materna muy similares a la de los primates. Una de las respuestas más conocidas a la separación materna es el grito de separación del bebé (5). Este es un comportamiento que ocurre en una amplia variedad de especies incluidos los humanos.

En las observaciones con ratas esta llamada o este grito se ha comprobado que está en el rango ultrasónico y aparece en el primer o segundo día tras el nacimiento. Se han realizado en laboratorio estudios farmacológicos administrando a las crías de ratas fármacos ansiolíticos clínicamente efectivos que actuaban en los receptores de benzodiazepinas y serotonina (12) y la respuesta de vocalización ultrasónica se atenuaba o llegaba a bloquearse de manera dependiente de la dosis. Y, por el contrario, la administración de compuestos que se saben ansiógenos en los humanos aumentó las tasas de vocalizaciones ultrasónicas.

Este experimento sugiere que la separación produce un estado afectivo temprano en cachorros de ratas que se expresa por la tasa de llamadas infantiles. Este comportamiento de llamada y su estado afectivo subyacente se desarrolla como un sistema de comunicación entre la madre y el cachorro.

Podemos concluir que existen múltiples reguladores en el contacto entre la madre y el cachorro, estos reguladores favorecen el apego y son a la vez responsables de las conductas de aproximación y de comunicación tempranas entre la madre y la cría. Cuando los reguladores de apego aparecen juntos se presentan las respuestas de apego completas y cuando se retiran todas juntas aparecen las llamadas dentro de la conducta de separación. Trasladados estos hitos al apego en humanos se vería que estas conductas iniciales de aproximación y de respuesta a la separación se ven complementadas de forma progresiva con interacciones más complejas como la imitación, la sintonización y el juego que a su vez condicionan el desarrollo cognitivo y afectivo del bebé y permite la construcción de representaciones mentales.

## **ETOLOGÍA DEL APEGO. EL APEGO EN MONOS *RHESUS***

Como los estudios demuestran, el apego no es un fenómeno exclusivamente humano. Bowlby en su teoría del apego desarrollada entre 1950 y 1970 reflejó sus observaciones clínicas de bebés y niños pequeños y en sus estudios de estas observaciones tuvo en cuenta también los estudios etológicos de desarrollo del sistema de apego en animales, especialmente primates. De hecho se podría decir que Bowlby diseñó específicamente las características biológicas básicas de su teoría del apego y puso en evidencia las similitudes en los lazos conductuales y emocionales que los bebés suelen desarrollar con sus madres en los humanos, en los mamíferos y sobre todo en nuestros parientes evolutivos más cercanos. De hecho, en el momento en el que se publicaron sus estudios de separación materna infantil por hospitalización, también estudiaba y se interesaba por los estudios etológicos clásicos de la impronta filial en aves precociales.

Bowlby se interesó por los estudios de Robert Hinde de la Universidad de Cambridge. Este pasó de estudiar las aves y las interacciones madre-hijo en

las mismas a estudiar las interacciones madre-hijo en monos *Rhesus*. Hinde comenzó con madres mono *Rhesus* criando bebés en pequeños grupos sociales cautivos (13). En estos grupos se estudiaba y se reconocían patrones de comportamiento de los monos bebés hacia sus madres, que además eran diferentes de los comportamientos hacia otras hembras adultas. Además, estos patrones se parecían de manera significativa a los patrones repetidos de respuesta de bebés humanos y niños pequeños (14). Al observar estos patrones comunes entre especies Bolwby obtuvo la evidencia de que el sistema de apego tenía su base en la biología.

El hecho de que las características de apego vayan atenuándose en su manifestación a medida que el individuo va madurando tiene que ver con el hecho de que se tratan de respuestas adaptativas dentro del proceso evolutivo, respuestas que han permitido y permiten la supervivencia de las crías y por extensión de las especies durante millones de años.

Los primeros estudios de apego en monos *Rhesus* se comenzaron a realizar hace 40 años. Las investigaciones se pueden generalizar a monos *Rhesus* criados en una variedad de entornos y también a otras especies de monos, homínidos, chimpancés... Prácticamente todos los bebés de estas especies pasan sus primeros días, semanas y (para los simios bebés) meses de vida en contacto físico casi continuo con sus madres biológicas. Se aferran a la superficie ventral de sus madres durante la mayor parte de su vigilia (y prácticamente todas las horas de sueño) de cada día.

Los monos *Rhesus* recién nacidos muestran de una manera clara y consistente cuatro de las cinco "respuestas instintivas componentes"; chupar, aferrarse, llorar y seguir (el quinto que sería sonreír se ve en chimpancés, pero no en bebés mono). Los bebés de monos *Rhesus*, como los bebés humanos también pueden imitar expresiones faciales específicas de sus madres poco después del nacimiento (15). Todos estos patrones de respuesta reflejan los esfuerzos de un bebé para obtener y mantener contacto físico o proximidad con su madre. La madre es la fuente exclusiva de alimentación y del ambiente prenatal sintonizado con sus propios ritmos circadianos y biológicos. El contacto proximal continuado entre la madre y la cría le brinda al bebé una exposición prolongada al olor, sabor, calor relativo, sonido y vista

de su madre. Las madres de monos *Rhesus* continúan comunicando sus ritmos circadiano internos y otros ritmos biológicos a sus descendientes a través del contacto ventral-ventral prolongado y existe cierta evidencia de que sus descendientes suelen desarrollar ritmos paralelos sincrónicos durante sus primeras semanas de vida (18).

Las madres mono *Rhesus* proporcionan a sus recién nacidos además del alimento esencial y calor físico (16) la protección contra los elementos, posibles depredadores e incluso otros miembros de las familias inmediatas. Esto hace que se desarrolle un vínculo social fuerte y duradero entre la madre y el bebé. Este vínculo es único en términos de exclusividad y de duración máxima. Este vínculo de apego no se parece a ninguna otra relación social que se experimente a lo largo de la vida excepto para las hembras cuando tengan sus propios hijos. Para un bebé varón este vínculo durará al menos hasta la pubertad, para una mujer se mantendrá mientras la madre y la hija estén vivas.

En el segundo mes de vida los bebés monos se ven físicamente capaces de dejar a sus madres por breves periodos de tiempo y comienzan a explorar su entorno físico y social inmediato usando a sus madres como una "base segura". Las madres típicamente observan estos intentos muy de cerca. En esta etapa del desarrollo la madre es la principal responsable de mantener el contacto mutuo y/o la proximidad.

Entre los 2 y 3 meses de edad aparecerá en el repertorio emocional del bebé mono el miedo social. Este hito madurativo en los bebés monos evolutivamente equivale a la aparición de "ansiedad frente a extraños" en bebés humanos de 8 a 12 meses (31). Una vez aparece este marcador el patrón se invierte y es el bebé el principal responsable de mantener la proximidad e iniciar el contacto físico con su madre. Una vez que la cría de mono ha establecido una unión segura con su madre descubre que si en una de sus incursiones se asusta o se ve amenazado siempre puede regresar a su madre y encontrar en este acercamiento seguridad y comodidad. Este contacto con la madre promueve disminuciones rápidas en la actividad hipotalámica-hipofisaria-adrenocortical (HPA) y disminución en la excitación del sistema nervioso simpático junto con otros cambios fisiológicos comúnmente asociados con el

alivio. Según crecen la mayoría de los bebés monos pasan más tiempo a una mayor distancia de sus madres. La presencia de sus madres como una base segura claramente promueve la exploración de su mundo físico y social cada vez más extenso (16). Sin embargo, cuando los bebés monos *Rhesus* desarrollan relaciones de apego no seguras con sus madres, su comportamiento exploratorio se ve inevitablemente afectado (17).

A los 3 meses de edad los bebés mono comienzan a desarrollar relaciones con otros miembros de su grupo social, normalmente crías de edad similar y capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales comparables. El destete ocurre entre el cuarto y quinto mes y desde este momento hasta la pubertad (durante el 3° o 4° año) el juego con los compañeros representa la actividad social predominante para los monos jóvenes (18). Para cuando termina la pubertad la mayoría de los monos *Rhesus* han tenido una amplia oportunidad de desarrollar, practicar y perfeccionar rutinas de comportamiento que van a necesitar para su funcionamiento en la vida adulta (19). Durante estos años juveniles prácticamente todos ellos han continuado manteniendo estrechos lazos con sus madres (18). En los estudios de campo se observan aparte de cambios hormonales, físicos y sociales importantes para ambos sexos una interrupción social más dramática y grave en los varones. Prácticamente todos los varones intentan ingresar en un grupo social diferente, las hembras adolescentes casi nunca abandonan su familia materna o grupo social natal. Las hembras de mono *Rhesus* continúan involucradas en asuntos sociales familiares por el resto de sus vidas, incluso después de que dejan de tener sus propios hijos. Por lo tanto, sus experiencias con relaciones de apego específicas van a durar toda la vida (19).

En las observaciones llevadas a cabo tanto en entornos de laboratorio como de campo con monos *Rhesus* se ha comprobado que los bebés de monos *Rhesus* rara vez usan a otros miembros del grupo como bases seguras, o incluso como fuentes confiables de contacto ventral (18). Si por alguna circunstancia tienen proximidad con alguien que no sea su propia madre es poco probable que experimenten una disminución en la excitación fisiológica comparable a la que resulta del contacto con sus madres; en cambio, es probable que experimenten aumentos en la excitación.

La relación de apego que un bebé mono *Rhesus* establece con su madre es distinta del resto de relaciones sociales que desarrollará a lo largo de su vida. Las relaciones distintivas que los monos *Rhesus* establecen con diferentes hermanos, compañeros y adultos de ambos sexos a lo largo del desarrollo es diferente del apego inicial que han establecido con sus madres. Es decir, la relación que establecen con su madre no se parece a ninguna otra y la naturaleza de esta relación de apego específica, afecta y condiciona profundamente la calidad de las relaciones que establecerá posteriormente.

La preferencia infantil por la madre y de la madre por el bebé representa un fenómeno extremadamente extendido en la mayoría de las especies de mamíferos y aves (20). Los bebés de todas las demás especies de primates son inicialmente al menos tan dependientes de sus madres para sobrevivir y pasan al menos tanto tiempo en contacto físico con ellas como los monos *Rhesus*.

En algunas especies de primates que no son los grandes simios la forma predominante de contacto físico madre-lactantes es dorsal-ventral frente a ventral-ventral. La frecuencia y diversidad de las interacciones madre-cría generalmente se reducen, los patrones de cambio en el desarrollo son más diferentes y dramáticos y algunas de las características definitorias del apego están en gran parte ausentes. Por ejemplo, es el caso de los monos capuchinos. Son primates notables en muchos aspectos como por ejemplo por la capacidad para fabricar y utilizar herramientas para manipular su entorno físico. En este aspecto son superiores a la mayoría de primates como los monos *Rhesus*. Sin embargo las características de las relaciones de apego son diferentes. Pasan la mayor parte de sus primeros 3 meses de vida aferrados a la espalda de la madre (21). Presentan muy poca interacción visual, vocal o de aseo entre la madre y el bebé, mientras que los monos *Rhesus* tienen interacciones muy intensas con sus madres desde el primer mes con gran cantidad de estimulación visual, auditiva, olfativa, táctil y vestibular. A los 4 meses los monos capuchinos se bajan de la espalda de sus madres y parecen sorprendentemente independientes y pueden pasar tiempos muy largos alejados de sus madres. Si se asustan buscan el contacto protector de otros miembros del grupo tanto como el de sus

madres (22). En general parecen mucho menos apegados a sus madres biológicas, tienen relaciones menos singulares, menos exclusivas y no utilizan a las madres como bases seguras durante sus períodos de exploración.

Los estudios comparativos de las relaciones entre lactantes y madres en otras especies de monos han observado que estas se parecen más a las relaciones de los monos capuchinos que a las de los monos *Rhesus*. En algunas especies por ejemplo los tities y tamarinos la madre ni siquiera es la cuidadora principal de las crías.

Como se ha señalado anteriormente en el caso de las ratas el sistema de apego está representado por los comportamientos de proximidad, pero también por las manifestaciones comportamentales frente a la separación. Ocurre un caso obvio de conflicto para prácticamente todos los bebés de monos *Rhesus* aproximadamente a las 20 semanas de edad. Esto ocurre cuando la madre comienza a destetarlo de su propia leche para pasarlo a alimentos sólidos. Este proceso se asocia con cambios significativos en la naturaleza básica de la relación del bebé con su madre, y esos cambios rara vez son tranquilos (13). Las madres se esfuerzan en apartar a los bebés del acceso a sus pezones en diferentes maneras, desde la sutileza hasta comportamientos que parecen abusivos. Los bebés aumentan sus esfuerzos para obtener y mantener el contacto físico con sus madres. Esta conducta también puede variar de manera sustancial en la naturaleza, intensidad y persistencia de los esfuerzos de las crías para retrasar este proceso de separación. Estos esfuerzos por mantener el apego hacen que el comportamiento exploratorio disminuya notablemente, así como también las interacciones con los compañeros y con otros parientes. Normalmente tardan aproximadamente un mes en recuperar los patrones de interacción normal (18).

Después de esta separación las madres regresan a la receptividad reproductiva y los jóvenes monos *Rhesus* tienden a ser ignorados, evitados o incluso rechazados (23). Y es en estas situaciones de separación en las que algunos desarrollan síntomas conductuales y fisiológicos similares a las descripciones de Bowlby de la depresión inducida por la separación en bebés humanos y niños pequeños. Pasan por un periodo inicial de intensa protesta y luego acaban dirigiendo su atención a otros lugares.

Además del componente biológico evolutivo y adaptativo de los patrones de apego existen factores externos que pueden influir significativamente en la naturaleza de las diferentes relaciones de apego. Se han estudiado estos factores determinándose que cuando las madres mono son sensibles y perciben aspectos del entorno físico y social inmediato que puedan representar un amenaza potencial cambian su comportamiento de apego para con la cría y lo ajustan en consecuencia. Un ejemplo de esto sería la diferencia que se observa en las madres de bajo rango respecto a las de alto rango y su conducta restrictiva de los esfuerzos exploratorios de las crías. Las madres de familia de bajo rango, madres mono *Rhesus* que no están en una posición más privilegiada en el grupo social, típicamente son mucho más restrictivas de los esfuerzos exploratorios de sus crías que las madres de alto rango que tienen un estilo más relajado respecto a esto. Esto se interpreta como que las madres de bajo rango corren el riesgo de represalias de otros miembros si intentan intervenir por lo que minimizan el riesgo al restringir la exploración de sus bebés. Las madres de alto rango no tienen ese problema y pueden permitirse que los bebés exploren libremente (19). También en otros estudios se ha encontrado que las madres generalmente se vuelven más restrictivas y aumentan sus niveles de observación infantil cuando el entorno social se vuelve menos estable (24) o a medida que aumenta el tamaño de su grupo de referencia (20).

Aquellas crías que por los motivos que sea ven limitadas crónicamente sus oportunidades para explorar e interactuar durante los primeros meses de vida tienen como consecuencia de ello una menor capacidad para desarrollar relaciones adecuadas con otros de su grupo social que pueden mantenerse incluso a largo plazo (19).

Algunas de las influencias ambientales externas tienen que ver por ejemplo con la disposición de la comida y el tiempo que la madre tiene que dedicar a conseguir la comida para la cría. En un estudio específico diseñado por Rosenblum y Paulley (25) se comprobó que cuando las madres sufrían variaciones en el acceso a la comida para sus crías y por tanto cambios significativos en el tiempo que tenían que dedicar a procurar el alimento, el resultado final era que las relaciones de apego de las madres con sus bebés eran menos seguras. Además al crecer estos monos jóvenes exhibieron efectos persistentes de



esta experiencia en forma de menor afiliación social, mayor retraimiento afectivo y un comportamiento más subordinado hacia los demás en su grupo social. Neurofisiológicamente lo que se pudo comprobar es que presentaban un perfil diferente de actividad HPA, con concentraciones más altas de factor liberador de corticotropina en el LCR. También presentaron altos niveles de 5-HIAA, somatostatina, ácido homovanílico y diferencias en la respuesta inmune, además de manifestar profundas consecuencias no solo en el desarrollo emocional y comportamental sino también en la función de los sistemas biológicos y su ontogenia.

La mayoría de las hembras de primates tienden a ser notablemente consistentes en la forma específica en que crían a sus bebés. Algunas de las diferencias que se pueden observar en las madres mono en sus respectivos estilos maternos pueden estar relacionadas con características temperamentales específicas que mostraron cuando eran bebés, así como con la naturaleza de la relación de apego con la que se formaron sus propias madres. Ahora se conoce que es evidente que las diferencias en el estilo materno pueden tener consecuencias importantes y duraderas no solo para las relaciones de apego que las madres desarrollan con sus hijos, sino sobre el comportamiento y la biología conductual de las crías. En el caso de madres mono abusivas (17) con niveles altos de rechazo infantil, las consecuencias para el comportamiento de las crías son características y consistentes con tasas mucho más altas de gritos, berrinches y otros índices de comportamiento de angustia evidentes incluso después de que haya cesado la conducta abusiva. También parecen volverse mucho más reactivos emocionalmente, presentan independencia demorada de sus madres, menos exploración ambiental y niveles mucho más bajos de juego social durante ese mismo periodo de desarrollo. Además de desarrollar mayor impulsividad en contextos sociales, sobre todo entre iguales. Las crías que desarrollan este patrón de respuesta tienen un pobre estado de control y déficit en la orientación visual. A nivel neurofisiológico estas crías tienen consistentemente niveles más bajos de serotonina. Además, estas características conductuales y biológicas son estables durante el desarrollo y parecen ser altamente heredables.

Con la observación de estas características comportamentales se objetiva por tanto que el

comportamiento prototípico y los patrones de respuestas biológicas pueden ser modificados sustancialmente por ciertas experiencias tempranas. Las características temperamentales tienden a ser estables desde la infancia a la edad adulta, en parte son heredables estas reacciones conductuales típicas a la separación y persisten en la adolescencia. De la misma manera el desarrollo de las relaciones de apego tiene consecuencias no solo comportamentales y en la regulación emocional sino también en el metabolismo de los neurotransmisores, la sensibilidad a las drogas e incluso en las estructuras cerebrales y su función.

Estos factores genéticos y ambientales interactúan significativamente y configuran la trayectoria de desarrollo de las crías.

Un ejemplo de la genética que subyace a las relaciones de apego lo tenemos en el gen transportador de la serotonina (5-HTT). Este gen presenta una variación en su región promotora que resulta en una variación alélica en la expresión de 5-HTT. Un alelo corto heterocigoto confiere una baja eficiencia transcripcional al promotor en relación con el alelo largo homocigoto (LL). Varios estudios han demostrado que las consecuencias de tener el alelo LS difieren dramáticamente para los monos criados por pares y sus análogos criados por sus madres. Estos estudios examinaron la relación entre el historial de crianza temprana y el estado polimórfico de 5-HTT en las medidas de desarrollo neuroconductual. Los resultados de las observaciones de crianza en relación al estado polimórfico de 5-HTT se interpretan como que la crianza materna efectiva, que genera relaciones de apego seguras, parece amortiguar cualquier efecto potencialmente perjudicial del alelo LS.

En una línea similar Bennett y sus colaboradores (26) encontraron que las concentraciones de 5-HIAA en LCR en monos no criados de manera segura eran significativamente más bajas. Este experimento pareció de nuevo mostrar cómo la crianza materna amortiguaba los efectos potencialmente nocivos del alelo LS en el metabolismo de la Serotonina. Un patrón similar apareció en relación con la agresión; los monos con el alelo LS y crianzas no seguras mostraron niveles altos de agresión mientras que los monos LS en patrones de crianza segura exhibieron niveles bajos de agresividad incluso comparados con monos con alelo LL criados por madres. Estos hallazgos sugieren

nuevamente un efecto amortiguador en la crianza materna (27).

Otro análisis significativo de la interacción gen-ambiente fue revelado por un análisis de los datos de consumo de alcohol. Los monos criados en patrones de apego no seguros con el alelo LS presentaron mayor dependencia al consumo de alcohol que los monos criados en el mismo patrón de crianza con el alelo LL (30). Resumiendo, el alelo LS parecía representar un factor de riesgo significativo para el consumo excesivo de alcohol entre los monos con experiencias adversas de apego temprano, pero un factor protector significativo para los sujetos criados por madres en experiencias de apego positivas con sus madres.

Uno de los aspectos más interesantes en relación con las consecuencias a largo plazo de las experiencias de apego tempranas es el hecho de que el estilo de apego de las madres mono sea reproducido por sus hijas cuando ellas crecen y son madres. En los estudios longitudinales observacionales se reconocen signos específicos de comportamiento maternal a través de las generaciones sucesivas, por ejemplo, en el tipo de contacto físico que se establece con las crías. En relación a este tema, los estudios de Maestripieri (17) concluyeron que ninguna de las descendientes femeninas de madres abusivas que tuvieron madres adoptivas no abusivas posteriormente abusaron de sus propios bebés. Estos hallazgos muestran que la transmisión intergeneracional de al menos algunos aspectos del apego madre-bebé necesariamente involucran mecanismos no genéticos.

La investigación con primates no humanos ha proporcionado evidencias de una base biológica sólida para los fenómenos de apego. De hecho, este tipo de estudios y observaciones pueden servir como base segura para futuras nuevas conclusiones de investigación en el ámbito de los fenómenos de apego.

## **ESTUDIO DE LA BIOLOGÍA DEL APEGO EN HUMANOS**

Existe un gran interés en comprender y revelar los circuitos neuronales que subyacen al comportamiento humano en el sistema de apego. En los diferentes estudios psicofisiológicos revisados se incluyen medidas de actividad autonómica y de actividad del

eje HPA en relación con el apego y sus conductas de aproximación y de respuesta a la separación.

Las investigaciones en animales, algunas de ellas expuestas anteriormente, y en humanos muestran la evidencia de cómo la calidad del cuidado materno está sustentada en bases neurobiológicas y además afecta a estas mismas bases configurando los sistemas neurobiológicos de la respuesta al estrés y la regulación del mismo.

Las conclusiones sobre la calidad del cuidado maternal y las influencias en el neurodesarrollo se pueden resumir en la siguiente manera. Los cambios neuroendocrinos asociados con la desregulación del eje HPA aumentan el tono cardiovascular, lo que con el tiempo puede predisponer a los individuos a la diabetes, hipertensión y otros factores de riesgo inducidos por esteroides (28). Se ve de esta manera que la calidad y la cualidad de la relación madre-hijo va más allá solo de los primeros años. La evidencia indica que la experiencia temprana tiene efectos sobre la salud y la calidad de vida en general (29). Presentando cambios fenotípicos en los sistemas neurológicos que regulan la reactividad al estrés y la novedad.

## **La neurobiología de los apegos humanos**

Los apegos humanos presentan unas características neurobiológicas subyacentes. Estas bases neurobiológicas han sido estudiadas en modelos animales y son una característica definitoria de los mamíferos. Los estudios y observaciones descritos son esenciales porque a partir de ellos se comienzan a descubrir los mecanismos celulares, neuronales y endocrinos implicados en el cuidado materno, el apego y el establecimiento de relaciones de apego posteriores. Todo esto ha dado lugar a un campo de investigación, la neurobiología de los apegos humanos.

El estudio del sistema de apego entre mamíferos se realiza desde la perspectiva tanto evolutiva como del proceso mismo de desarrollo. Como hemos descrito y resaltado previamente el apego desde el punto de vista evolutivo es un sistema que ha persistido no solo por la estructura neurobiológica que crea y desarrolla sino también y sobre todo porque es un sistema exitoso en cuanto a asegurar la supervivencia y el desarrollo de las crías. En un inicio es un sistema

de supervivencia que posteriormente se complejiza definiendo y condicionando el establecimiento de nuevas relaciones de apego tales como las relaciones románticas, la relación con amigos...

La neurobiología del apego se basa en sistemas de redes neuronales que se configuran en torno a los apegos, estas redes neuronales tienen dos características principales una de ellas es la plasticidad de las mismas y la otra es que están mediadas básicamente por dos neurotransmisores que son la dopamina y la oxitocina. En roedores las respuestas de apego están sustentadas en la integración de la dopamina y la oxitocina en el cuerpo estriado. Procesos similares con diferentes niveles de complejidad, duración y flexibilidad ocurren en el resto de los mamíferos. En humanos el circuito neurobiológico subyacente al apego es común con la diferencia de que es más posible reparar apegos tempranos no bien establecidos en comparación con otras especies, incluidas especies de primates que lo pueden hacer, pero no de manera tan exitosa. Está descrito además en humanos el papel central de la oxitocina y de la conectividad de la oxitocina-dopamina en la configuración de los apegos tempranos.

La oxitocina está implicada en la maternidad humana, la paternidad, el *coparenting*, el apego romántico y la amistad cercana. La oxitocina tiene un papel fundamental a través de sus receptores en el núcleo accumbens en la formación del apego y en la continuidad del mismo a largo plazo (30). Los estudios también describen el papel de la oxitocina en la regulación de la respuesta de la amígdala a los estímulos sociales aversivos, favoreciendo de esta manera las conductas de acercamiento necesarias para el desarrollo del apego y reduciendo las respuestas de miedo.

La dopamina con su acción en el núcleo accumbens es la responsable de los comportamientos activos de búsqueda de las figuras de apego y recompensas sociales.

Y la integración de la oxitocina y dopamina en los receptores específicos del cuerpo estriado es el mecanismo final que promueve la aparición del vínculo de apego complejo que se establece en humanos, así como la consolidación del mismo. El establecimiento de un sistema de apego sano es fundamental a la hora de promover la homeostasis, la salud y el bienestar a lo largo de la vida.

De esta manera podemos resumir que mientras que la dopamina es la responsable de los comportamientos de búsqueda activa de contacto, la oxitocina proporciona alivio y tranquilidad regulando el eje hipotalámico-pituitario-adrenal.

A nivel neuroanatómico, el circuito “del apego” comprendería el hipotálamo como productor de oxitocina, la amígdala y el cuerpo estriado. Esta red está implicada en la regulación de las funciones de supervivencia y motivación. En humanos además este circuito se completa con múltiples proyecciones ascendentes y descendentes hacia estructuras implicadas en la mentalización y en los procesos de recompensa de la corteza cerebral tales como la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal media, la corteza orbitofrontal y lóbulo parietal inferior entre otras.

A nivel evolutivo el proceso de desarrollo del sistema de apego desde los roedores hasta los primates y humanos proporciona una idea de las diferentes características en las partes de este sistema. En un principio existían por separado el sistema de la dopamina y de la oxitocina. A lo largo del proceso evolutivo ambos sistemas se integraron y de esta manera pasaron a formar parte de los componentes principales de la base neurobiológica del vínculo en los mamíferos. La oxitocina como se ha dicho se encarga de los procesos de regulación del circuito neurosensorial y la dopamina tiene que ver con la regulación de las acciones motoras. El modelo de estudio sobre la evolución en el sistema de apego propone que la integración de oxitocina y dopamina en el cuerpo estriado es fundamental en el desarrollo de los comportamientos de apego en los mamíferos (28). En humanos este sistema de apego se completa además con sus características exclusivas, siendo un apego selectivo, específico y de larga duración.

A nivel genético también se ha podido comprobar el papel de la oxitocina en la formación y regulación de los vínculos de apego en humanos. La implicación de la oxitocina en la biología del apego en humanos se ha evidenciado en investigaciones que emplean la administración de oxitocina o las medidas periféricas de la misma, así como mediante el estudio del gen receptor de la oxitocina. En este último caso se ha investigado acerca de cómo la variabilidad alélica de

este gen o la metilación del mismo con la consiguiente repercusión en su expresividad influye en los patrones de apego que se establecen.

El sistema biológico que subyace a la conducta de apego y a la formación de vínculos tiene componentes neuroanatómicos, genéticos y neurohormonales. Son sistemas sincronizados desde el comienzo de la vida en todos los mamíferos, y que en la cadena evolutiva van complejizándose hasta llegar al sistema neurobiológico del apego de los humanos. Este sistema integra todos los componentes y determina la correcta formación de relaciones de apego y el mantenimiento de las mismas (29). Estudios longitudinales que siguen a humanos desde la infancia hasta la edad adulta describen la participación de la oxitocina no solo en el establecimiento del apego sino también en la transferencia del mismo en las relaciones de amistad que se establecen en la edad adulta y en las relaciones de pareja (30). Las conexiones surgen integradas en respuesta a señales relacionadas con la vinculación e implican tanto a la oxitocina como la dopamina. Finalmente, los componentes corticales y subcorticales relacionados con el sistema de recompensa, la mentalización y las representaciones mentales completan y maduran el proceso de apego y permiten la transferencia del mismo a otros vínculos a lo largo de la vida (29).

## CONCLUSIÓN

Darwin con sus observaciones y descripciones de conductas animales en entorno natural realizó estudios que permitieron comprender los patrones relacionales que se establecían entre las madres y sus crías. Estas observaciones se han ido completando con estudios en diferentes especies de mamíferos incluidos primates pudiendo observarse la progresión y complejización de los mismos a lo largo de la cadena evolutiva. Pero, sobre todo, estos estudios han puesto de manifiesto la universalidad del patrón del vínculo y su función esencial de supervivencia (3).

En humanos más allá de la función primordial de preservar la supervivencia, el apego se transfiere a otras relaciones que se van estableciendo a lo largo de la vida. La calidad del apego determina y condiciona los apegos posteriores. También se ve implicado el tipo de apego establecido en el posible desarrollo de

trastornos relacionados con consumo y dependencia de sustancias como el alcohol. Así como que también se transmite a las siguientes generaciones (12).

A nivel genético también la expresión genética de los receptores de la oxitocina, uno de los neurotransmisores más relacionados con el establecimiento y mantenimiento del sistema de apego, se correlacionan con reacciones de apego diferenciadas en similares entornos de crianza, así como formas de establecer vínculos futuros (29).

La neurobiología del apego no solo permite comprender los procesos subyacentes a la formación del mismo sino también comprender como funciona este sistema de manera integrada, como regula el eje neurobiológico de respuesta al estrés y como esto condiciona la formación de vínculos posteriores. La perspectiva que se abre con estos conocimientos es la de poder entender patrones relacionales en la edad adulta, relaciones de apego patológicas y su correlación con esquemas de apego establecidos de forma temprana. Así como también reacciones y mecanismos de afrontamientos que nos puedan servir en un futuro como bases de la intervención no solo en trastornos de apego sino en otros indirectamente relacionados con estos.

## REFERENCIAS

1. Simpson, J. Attachment Theory within a Modern Evolutionary Framework. In: Jude Cassidy and Phillip R. Shave (Ed.). Handbook of Attachment. 2º Ed. New York: Guilford; 2008. 131-158.
2. Cassidy, J. The Nature of Child Ties. In: Jude Cassidy and Phillip R. Shave (Ed.). Handbook of Attachment. 2º Ed. New York: 2008. 3-22.
3. Polan, H. Psychobiological origins of infant attachment and its Role in development. . In: Jude Cassidy and Phillip R. Shave (Ed.). Handbook of Attachment. 2º Ed. New York: 2008. 158-172.
4. Hepper PG. Memory in Utero? Developmental Medicine & Child Neurology.2008 Sep29;39(5): 343-6
5. Gregory, E.H. Pfaff DW. Development of olfactory-guided behavior in infant rats. Physiology & Behavior 1971; 6(5): 573-6.  
[https://doi.org/10.1016/0031-9384\(71\)90208-3](https://doi.org/10.1016/0031-9384(71)90208-3)

6. Sullivan R.M, Hall WG. Reinforcers in infancy: Classical conditioning using stroking or intraral infusions of milk as UCS. *Developmental Psychobiology*. 1988 Apr;21(3): 215-23.  
<https://doi.org/10.1002/dev.420210303>
7. Meaney MJ, Aitken DH. The effects of early postnatal handling on hippocampal glucocorticoid receptor concentrations: temporal parameters. *Developmental Brain Research*. 1985 Oct;22(2): 301-4.  
[https://doi.org/10.1016/0165-3806\(85\)90183-x](https://doi.org/10.1016/0165-3806(85)90183-x)
8. Camp LL, Rudy, JW. Changes in the categorization of appetitive and aversive events during postnatal development of the rat. *Developmental Psychobiology*. 1988 Jan;21(1): 25-42.  
<https://doi.org/10.1002/dev.420210103>
9. Moriceau S, Sullivan RM. Neurobiology of infant attachment. *Developmental Psychobiology* 2005 Nov;47(3): 230-42.  
<https://doi.org/10.1002/dev.20093>
10. Hofer MA. Multiple regulators of ultrasonic vocalization in the infant rat. *Psychoneuroendocrinology*. 1996 Feb;21(2): 203-17.  
[https://doi.org/10.1016/0306-4530\(95\)00042-9](https://doi.org/10.1016/0306-4530(95)00042-9)
11. Stevenson-Hinde J, Simpson AE. Temperament and relationships. *Ciba Foundation symposium 89- Temperamental Differences in Infants and Young Children*. 2008 May 30; 51-65.  
<https://doi.org/10.1002/9780470720714.ch4>
12. Van der Horst FCP, Van der Veer R, Van Ijzendoorn, MH. John Bowlby and ethology: An annotated interview with Robert Hinde. *Attachment & Human Development*. 2007 Dec; 9(4): 321-35.  
<https://doi.org/10.1080/14616730601149809>
13. Ferrari PF, Visalberghi E, Paukner A, Fogassi L, Ruggiero A, Suomi, SJ. Neonatal Imitation in Rhesus Macaques. de waal F, editor. *PLoS Biology*. 2006 Sep 5;4(9): e302.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0040302>
14. Seaby B, Alexander BK and Harlow HF. Maternal Behavior of socially deprived Rhesus monkeys. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1964;69(4): 345-54.  
<https://doi.org/10.1037/h0040539>
15. Sackett GP. Monkeys reared in Isolation with Pictures as Visual Input: Evidence for an Innate Releasing Mechanism. *Science* 1966 Dec 16;154 (3755): 1468-73.  
<https://doi.org/10.1126/science.154.3755.1468>
16. Ruppenthal GC, Harlow MK, Eisele CD, Harlow HF, Suomi SJ. Development of Peer interactions of Monkeys Reared in a Nuclear-Family Environment. *Child Development* 1974 Sep;45(3): 670.
17. Borkowski JG, Ramey SL, Bristol-Poer M, Wood R, Child O. Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development. New York: Psychology Press; 2012
18. Berman CM. The ontogeny of social relationships with group companions among free-ranging Rhesus monkeys: I. Social networks and differentiation. *Animal Behaviour*. 1982 Feb; 30(1): 149-62.
19. Borkowski JG, Ramey SL, Bristol-Power M, Wood R, Child O. Parenting and the child's world: influences on academic, intellectual and social-emotional development. Mahwah, N.J.: Erlbaum; 2002.
20. Berman CM. The ontogeny of social relationships with group companions among free-ranging Rhesus monkeys I. Social networks and differentiation. *Animal Behaviour*. 1982 Feb;30(1): 149-62.
21. Edward Osborne Wilson. *Sociobiology*. Cambridge, Mass. Belknap Press of Harvard Univ. Press; 1998.
22. Welker C, Becker P, Hohman H, Schafer-Witt C. Social Relations in Groups of the Black-Capped Capuchin (*Cebus apella*) in Captivity. *Folia Primatologica*. 1990 Feb 14;54(1-2):16-33.  
<https://doi.org/10.1159/000156423>
23. Byrne G, Suomi SJ. Development of activity patterns, social interaction, and exploratory behavior in infant tufted capuchins (*Cebus apella*). *American Journal of Primatology*. 1995;35(4):255-70. <https://doi.org/10.1002/ajp.1350350402>
24. Berman CM, Rasmussen KLR, Suomi SJ. Responses of Free-Ranging Rhesus Monkeys to a Natural Form of Social Separation. I. Parallels with Mother-Infant Separation in Captivity. *Child Development* 1994 Aug;65(4):1028.
25. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books;1969.

26. Fairbanks LA. Early experience and cross-generational continuity of mother–infant contact in vervet monkeys. *Developmental Psychobiology*. 1989 Nov;22(7):669-81.  
<https://doi.org/10.1002/dev.420220703>
27. Bennett AJ, Lesch, KP, Heils A, Long JG, Shoaf SE, et al. Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Molecular Psychiatry*. 2002 Jan;7:118-22. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000949>
28. Suomi, S. Attachment in Rhesus Monkeys. In: Jude Cassidy and Phillip R. Shave (Ed.). *Handbook of Attachment*. 2° Ed. New York: Guilford; 2008. 131-158.
29. Chambers J. The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodynamic Psychiatry*. 2017 Dec;45(4):542-63.  
<https://doi.org/10.1521/pdps.2017.45.4.542>
30. Feldman R. The neurobiology of Human Attachments. *Trends in Cognitive Sciences* 2017 Feb 1;21(2): 80-99.  
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
31. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman, JF, Feldman R. Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biological psychiatry* 2010 Aug 15;68(4): 377-82.

---

M. Álvarez-Segura <sup>1</sup>   
F. Lacasa Saludas <sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Centro Salud Mental Infanto Juvenil de Cornellá, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Programa TEVI (testigos de violencia).

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Mar Álvarez-Segura  
Correo: [malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org)

*Vías de desarrollo del apego desorganizado:  
maltrato y cuidados tempranos alterados*

*Developmental pathways of disorganized  
attachment abuse and altered early care*

---

## RESUMEN

Este artículo expone las vías de desarrollo del apego desorganizado. Para este cometido en una primera parte se aclara la diferencia entre apego desorganizado y trastorno reactivo de la vinculación que con frecuencia se confunden. A continuación, se expondrán las pruebas para valorar el apego desorganizado a distintas edades y los indicadores que mejor lo identifican.

La última parte del artículo expone las distintas rutas evolutivas que conducen al apego desorganizado. Éstas se han clasificado fundamentalmente en tres categorías: maltrato directo, estados mentales parentales y conductas parentales de riesgo. Como se verá a lo largo de su lectura, el desarrollo de un apego desorganizado es el resultado de distintas rutas evolutivas que en los últimos años se han ido esclareciendo y comprendiendo mejor. Estas distintas rutas no son independientes, sino que en muchas ocasiones convergen y se influyen mutuamente, lo que complejiza el desarrollo de estrategias de apego organizadas en el niño y el adolescente. La comprensión de estas rutas tiene aplicación clínica directa sobre los programas de prevención y tratamiento del maltrato infantil, así como al abordaje y tratamiento de la psicopatología del desarrollo. Esto plantea una necesaria formación de los psiquiatras en la evaluación y tratamiento de interacciones paterno-filiales perturbadas.

**Palabras clave:** Apego desorganizado, vínculo, abuso, trauma, interacciones alteradas.

## ABSTRACT

This article exposes the development pathways of disorganized attachment. For this purpose, the first part of the text clarifies the difference between disorganized attachment and reactive attachment disorder, which are often confused. Next, the tests to assess disorganized attachment at different ages and the indicators that best identify it will be presented.

The last part of the article exposes the different evolutionary routes that lead to disorganized attachment. These have been basically classified into three categories: direct abuse, parental mental states and parental risk behaviors. As it will be seen throughout the reading, the development of a disorganized attachment is the result of different evolutionary pathways that have been clarified and better understood in recent years. These different routes are not independent, but on many occasions converge and influence each other, which complicates the development of organized attachment strategies in children and adolescents. The understanding of these routes has direct clinical application to programs for the prevention and treatment of child abuse, as well as to the approach and treatment of developmental psychopathology. This raises the need for psychiatrists to be trained in the evaluation and treatment of disturbed parental-child interactions.

**Keywords:** Disorganized attachment, bond, abuse, trauma, disturbed interactions.

## INTRODUCCIÓN

El apego fue considerado por Bowlby como un sistema conductual, preadaptado para combatir y reducir el estrés, manteniendo un sentimiento de seguridad. Este modelo se basa en un análisis etológico de la conducta en términos de teoría de control (1). Un sistema interno de control promueve en el niño la regulación flexible con la proximidad de un cuidador. Así, bajo ciertas condiciones el sistema de apego es fuertemente activado, llevando al niño a buscar proximidad con esa figura de apego y encontrar satisfacción con su contacto. Las condiciones que activan la conducta de apego incluyen una extensa variedad de situaciones externas e internas, tales como enfermedad, fatiga, entornos y personas extrañas, estar sólo y ausencia de la figura de apego. Bowlby concibe el sistema de apego como un sistema homeostático, cuya función es mantener el estado del individuo dentro de ciertos límites necesarios para su funcionamiento general. El sistema de apego es análogo y está integrado con los procesos fisiológicos de homeostasis. Para el niño, el cuidador es la primera línea de defensa frente a cualquier tipo de estrés ambiental, fisiológico y psicológico. El apego, además de un sistema biológico evolutivo de herencia filogenética, es la base de la regulación emocional y de un conjunto de sistemas representacionales.

Desde los primeros meses las conductas de apego del niño se empiezan a organizar a nivel representacional. Esta organización surge de las experiencias repetidas del niño con la figura de apego, en especial de las experiencias que ocurren durante la activación del sistema de apego. El niño construye representaciones complementarias de la figura de apego y del propio *self*, denominadas 'modelos internos de trabajo'. Si el niño es cuidado y protegido, tratado con afecto y sensibilidad, construirá una representación de su figura de apego como alguien que le quiere, protege y trata con sensibilidad, al tiempo que construye una representación de sí mismo como alguien que merece ser bien tratado, protegido y querido. Pero si el niño no es bien cuidado, ni protegido, ni tratado con afecto, construirá una representación de su figura de apego como alguien que no le trata bien, ni le quiere, ni protege y una representación de sí mismo como

alguien que no merece ser querido, ni protegido ni bien tratado (2).

La primera descripción del apego desorganizado aparece con Main y Salomon (3) quienes usan el término desorganizado/desorientado para describir un grupo de conductas extrañas y de miedo que se habían pasado por alto en investigaciones previas con la Situación Extraña y que no encajaban en ninguna de los patrones descritos hasta el momento.

Estos niños tenían conductas que implicaban, por ejemplo, intenciones contradictorias (se acercaban a los padres con la cabeza girada hacia atrás, como queriendo acercarse y alejarse al mismo tiempo) o conductas que indicaban miedo directamente (caras con gesto miedoso) o bien, indirectamente (conductas desorganizadas, paralización de todos los movimientos en los episodios de reencuentro). El rol del miedo es fundamental para entender el apego desorganizado pues la característica central de todas estas conductas es la vivencia de una situación de "miedo sin posible solución". Estos chicos quedan atrapados en situaciones irresolubles pues su figura de apego, de la que cabe esperar seguridad, es al mismo tiempo la figura que provoca la amenaza y por lo tanto el origen de su miedo (4). Los etólogos que describen esta situación la describen como 'comportamientos conflictivos', es decir comportamientos que resultan de la activación simultánea de dos sistemas conductuales incompatibles. En estos casos, los niños son incapaces de organizar una estrategia consistente segura, ya sea evitativa o ambivalente-resistente hacia el cuidador, a pesar de experimentar una necesidad de ayuda. Estos comportamientos son descritos en los índices de desorganización de Main y Salomon (5) de la siguiente manera:

- Realización sucesiva de patrones de conducta contradictorios, por ejemplo, a una conducta de apego intensa le sigue una fuerte evitación.
- Realización simultánea de conductas contradictorias, por ejemplo, el niño muestra una fuerte evitación a la vez que una búsqueda intensa de contacto, ansiedad o enfado.
- Movimientos corporales y expresiones incoherentes sin objetivo claro o dirigidos de manera confusa, por ejemplo, puede manifestar mucha angustia, pero en lugar de acercarse a la madre, se aleja.



- Estereotipias como movimientos descoordinados y posturas extrañas, por ejemplo, tropiezos sin causa y solo cuando una figura parental está presente.
- Movimientos y expresiones enlentecidos, como si estuviera “bajo del agua”.
- Indicadores indirectos de recelo o desconfianza de la figura parental, por ejemplo, encorva los hombros y muestra temor facial.
- Indicadores indirectos de desorganización, por ejemplo, puede empezar a caminar sin rumbo, quedar absorto o mostrar cambios rápidos y frecuentes de afecto.
- Manifestaciones reiteradas de conductas contradictorias, por ejemplo, a una conducta de apego intensa le sigue una fuerte evitación, o reacciones de aturdimiento o confusión.

El presente artículo tiene como objetivo la exposición de las diferentes vías que llevan al desarrollo de un vínculo desorganizado, exposición que se divide en tres grandes categorías relacionadas: maltrato directo, estados mentales parentales y conductas parentales de riesgo.

## APEGO DESORGANIZADO Y TRASTORNO REACTIVO DEL APEGO

Existe una importante confusión entre el apego desorganizado (AD) y el trastorno reactivo de la vinculación (TRV). Bastantes terapeutas usan estos términos indiscriminadamente para describir casi todos los problemas conductuales del niño relacionados con el apego. Sin embargo, se trata de dos constructos diferentes que provienen de escuelas y paradigmas distintos. El AD surge de la teoría del apego y su investigación está basada en la etología y el desarrollo psicológico, fue descrito por Main y Hesse (6). El TRV, sin embargo, fue desarrollado por psiquiatras siguiendo el modelo médico que estudia grupos de síntomas para llegar a un diagnóstico y fue descrito por Zeanah (7). Los estudios de TRV se llevaron a cabo con un número relativamente pequeño de niños institucionalizados y se centraban en la respuesta ante figuras no familiares. Sin embargo, los estudios iniciales de AD se centraban en las disrupciones con la figura de apego en diversos tipos de población. La forma en que se determinan TRV y AD es diferente, el AD solo puede diagnosticarse con

técnicas específicas de evaluación del apego en función de la edad.

El nivel de prevalencia de ambos trastornos es muy distinto. El TRV en la población general es de 1.5%. Sin embargo, se ha encontrado un 15% de niños con apego desorganizado en muestras no clínicas de clase media (8). Esta prevalencia asciende hasta el 30% en muestras clínicas, hasta el 34% en clases económicas bajas y llega al 80% en caso de padres maltratadores (9). En niños institucionalizados un 78% tienen un apego desorganizado o un apego no clasificable (10).

El TRV describe fundamentalmente una constelación de conductas de apego aberrantes y otras anomalías de comportamiento que se presuponen que son el resultado de una crianza muy patológica (11). Esta crianza se caracteriza por al menos una de las siguientes características:

- Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
- Desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño.
- Cambios repetidos de cuidadores primarios responsables de la crianza, lo que impide la formación de vínculos estables.

La sintomatología fundamental de este trastorno aparece en forma de signos de pobreza en el desarrollo emocional y a menudo concurre con un retraso en el desarrollo. Este diagnóstico apareció por primera vez en DSM-III en 1980. El DSM-IV lo dividió en dos subtipos:

- Tipo inhibido: la dificultad principal se manifiesta en la incapacidad permanente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de forma adecuada atendiendo a su nivel de desarrollo. Suelen ser poco comunicativos y emocionalmente retraídos.
- Tipo desinhibido: la dificultad principal se manifiesta en una sociabilidad indiscriminada o una falta de selección de las figuras de vinculación. Así, responden a “extraños” familiarmente y tienen una asombrosa facilidad con algunos adultos desconocidos para hacerles sentir que son “especiales”.

En conclusión, según Zeanah y Gleason (12) los criterios de TRV del DSM-IV están “centrados en comportamientos sociales aberrantes, pero no en

comportamientos de apego aberrantes". Por lo tanto, el comportamiento de tipo "desinhibido" no parece reflejar un apego desorganizado, sino conductas sociales y culturales desviadas que se expresan de manera poco selectiva.

La clasificación DSM-5 (13) propone distinguir dos trastornos con una etiología común, la negligencia social, es decir los niños que han experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente.

El primero es el **trastorno de apego reactivo** (*the reactive attachment disorder of infancy and early childhood- RAD*) que se expresa como un trastorno de internalización, de síntomas depresivos y comportamiento de retraimiento. Estos niños no muestran manifestaciones de que exista un apego selectivo a determinadas personas. Cuando tienen problemas no muestran intentos coherentes de obtener consuelo, cuidado o protección de sus cuidadores, es decir no presentan conducta de búsqueda de proximidad y de refugio seguro, que son dos características básicas de la conducta de apego. Y cuando se encuentran con dificultades solo responden mínimamente a los intentos de sus cuidadores para consolarles, es decir, no pueden aprovechar la relación de apego para recobrar la homeostasis. No se conoce la prevalencia de este trastorno, pero se observa con poca frecuencia en ámbitos clínicos e incluso en las poblaciones de niños gravemente descuidados se observa en menos del 10%.

El segundo es el **trastorno de relación social desinhibida** (*disinhibited social engagement disorder, DSED*) que está marcado por la desinhibición y comportamientos de externalización. Se trata de un comportamiento inapropiado de búsqueda de contacto físico cercano o acercamiento rápido a un extraño. Como el trastorno de apego reactivo, tampoco muestran conductas que indiquen la existencia de un apego selectivo a determinadas personas. La prevalencia de este trastorno es desconocida. Sin embargo, parece ser poco frecuente, incluso en niños que han sido abandonados o criados en condiciones severas sólo aparece alrededor del 20%.

Hay escasos estudios con estas clasificaciones, pero parece que el apego D predice la conducta social desinhibida durante un periodo de dos años y medio, al margen de la buena calidad del cuidado posterior (14). Sigue siendo incierto hasta qué punto el nuevo apego puede compensar los periodos precedentes de desorganización en la relación inicial de apego (15).

## IDENTIFICAR Y VALORAR EL APEGO DESORGANIZADO

### La Situación Extraña (*Strange Situation Procedure*)

Como ya se ha expuesto en otro capítulo, la Situación Extraña es el "gold standard" (16) para valorar patrones de apego en niños entre 1-3 años. Es una prueba poderosa porque permite observar al niño directamente experimentando un reencuentro con el cuidador cuando a la vez está experimentando ansiedad por haberlo dejado solo por un corto periodo de tiempo. Se han descrito 8 conductas indicadoras de AD en esta prueba, ya detalladas en la introducción como los índices de desorganización de Main and Salomon (5).

Main y Cassidy (17) diseñaron un procedimiento similar a la Situación Extraña de Ainsworth para evaluar niños de 6 años. En este procedimiento la separación de la madre duraba una hora, durante la cual el niño permanecía con una examinadora. Como en la Situación extraña original la conducta de los niños tras la separación sirvió para clasificar los 4 estilos de apego. Al apego desorganizado le llamaron desorganizado-controlador, ya que el niño parecía intentar controlar o dirigir activamente la atención y el comportamiento de la madre y asumía un papel que generalmente se considera más apropiado de los padres para con su hijo. Describieron dos subgrupos de conducta de apego controladora:

- **Control-punitivo.** El niño actúa para humillar, avergonzar o rechazar a la madre. En el momento de la entrada de éste, el niño puede indicar un deseo de que la madre no regrese a la habitación (por ejemplo, diciéndole "¡No me molestes!") o puede ordenar que la madre se vaya. El niño puede hacer comentarios humillantes o vergonzosos a la madre ("¡eres realmente torpe, ¡Dije, mantén los ojos cerrados!, ¡Te lo dije, cállate!"). Este patrón parece similar al encontrado por Marvin y Greenberg (18) en algunos niños de 4 años.
- **Control-cuidante (*overbright / caregiving*).** El niño puede ser solícito y protector con la madre, demostrando preocupación o cuidado de una manera que sugiere que la madre depende del niño. Por ejemplo, el niño puede solicitar el juego

de manera parental: "¿Quieres jugar conmigo, mami, en el cajón de arena?... Es divertido, ¿no es así, mami?". El niño también puede mostrar una gran alegría nerviosa en la reunión, por ejemplo, saltando y aplaudiendo al regreso de la madre o "haciendo payasadas" para animar a la madre.

### Historias Incompletas (*Narrative Story Stems*)

El apego desorganizado se reconoce en las *Narrative Story Stems* por marcadores específicos en cada historia, así como marcadores generales que capturan la experiencia esencial de "miedo sin posibilidad de resolución" del niño:

- Marcador 1: Fantasía catastrófica (por ejemplo, las personas y los personajes quedan heridos, enfermos o mueren inexplicablemente). Comportamientos agresivos entre los miembros de la familia, historias que quedan sin solución. Ausencia de comportamientos parentales de protección o ayuda.
- Marcador 2: Respuestas extrañas/atípicas (por ejemplo, hablar con una voz extraña o alejarse, siendo diferente de un niño que se aburre del proceso de evaluación).
- Marcador 3: Cambio "Bueno / Malo" (donde un personaje se representa como "bueno" y luego "malo" pero sin ninguna explicación en la narrativa del cambio).

### Entrevista del Apego Adulto (*Adult Attachment Interview*)

La conducta de apego desorganizada solo es observable en bebés, prescolares y niños, aunque persiste también en la edad adulta. La activación de la conducta de apego que se lograba con breves separaciones en la infancia o historias incompletas en niños mayores no es aplicable en la edad adulta. Tampoco el contenido de las anamnesis es un indicador de apego desorganizado, ya que el haber vivido circunstancias vitales difíciles e infancias desastrosas desde el punto de vista del apego, no significa que el apego adulto sea desorganizado, ni siquiera inseguro, ya que la persona ha podido contar con figuras de apego seguras alternativas en su infancia o posteriormente ha podido ganar seguridad

a partir de relaciones seguras (19) además de poseer características personales resilientes.

Main, Kaplan y Cassidy (20) observaron que las madres de los niños seguros, evitativos, ambivalentes-resistentes y desorganizados, presentaban diferencias en la forma en que hablaban de sus relaciones de apego en su infancia y diseñó una entrevista para detectar dichas diferencias en su discurso llamada Entrevista del Apego Adulto (*Adult Attachment Interview-AAI*). Encontraron que cuando se exploraba la representación que tenían los padres de las relaciones de apego de su propia infancia con en esta entrevista, aparecían cuatro estados mentales en relación con el apego: autónomo (F), inseguros/despreocupados (Ds), inseguros/preocupados (E) y el no resuelto-desorganizado (U). Categorías análogas a los 4 prototipos de apego en la infancia: seguro, evitativo, resistente y desorganizado.

La clasificación U implica una desorganización en la narración autobiográfica del adulto (*Unresolved trauma en el adult attachment interview U*). Esto significa que cuando se abordan cuestiones ligadas a una pérdida o a malos tratos, el adulto manifiesta contradicciones y perturbaciones importantes en el curso del razonamiento, se pierde la conciencia del contexto del discurso. Así por ejemplo el entrevistado puede hablar de una persona fallecida como si estuviera todavía con vida, puede volverse silencioso y emplear un discurso solemne y elogioso, relatar escenas excesivamente detalladas etc. Hesse (21) sugirió que los lapsus en el razonamiento del discurso implican "experiencias aterradoras y/o abrumadoras que pueden estar alterando momentáneamente el discurso" y propuso clasificar estas situaciones como apego no resuelto (*unresolved*).

## RUTAS EVOLUTIVAS QUE CONDUCEN A UN APEGO DESORGANIZADO

### Maltrato directo

La negligencia y el maltrato son experiencias extremadamente aterradoras para un niño. En las familias donde esta realidad existe los padres no ponen los límites de manera adecuada: usan frecuentemente amenazas, castigos, fuerza y poder para conseguir que los hijos colaboren (22).

34 Además, se ha visto que los niños cuyos padres tienen al menos cinco factores de riesgo socioemocionales (ingresos bajos, madre soltera, madre adolescente, educación baja, minoría étnica y/o abuso de sustancias) tienen las mismas posibilidades de apego desorganizado que los niños que han sufrido negligencia o maltrato (9). En ausencia de maltrato directo, el comportamiento aterrador de los padres fruto de estados mentales no resueltos o insensibilidad materna/paterna, podría proponerse como un mecanismo clave a través del cual los padres con altos niveles de riesgo socioeconómico y expuestos a experiencias más traumáticas provocan el desarrollo de la desorganización del apego.

Además, el hecho de que el 15 % de los infantes de familias de bajo riesgo muestran estrategias de apego desorganizado (8) apoya la existencia de otras posibles vías de desarrollo del apego desorganizado cuyos efectos son tan nocivos como los del maltrato directo.

### Estados mentales parentales

#### *Estados mentales no resueltos (disociación de los padres)*

Los estados mentales parentales U están relacionados significativamente con apego D en el lactante. Estos datos parecen revelar que la falta de resolución psicológica del apego desorganizado es la clave de la transmisión del trauma. En los estudios con AAI la baja capacidad de ‘monitoreo metacognitivo’ es lo más decisivo en la transmisión del trauma. Estos se reconocen como fallos de un individuo en el monitoreo de su conversación o pensamiento. Los ejemplos incluyen ‘quedarse en silencio a mitad de la oración, pero luego completarla como si no hubiera pasado el tiempo, o no terminar la oración’ (26). En la situación de interacción con el niño, la madre o el padre tiene conductas que evocan breves estados disociativos, durante los cuales el cuidador se ‘desconecta’ de la interacción con el niño y queda atrapado en el suceso traumático, con un estado emocional que nada tiene que ver con la situación presente. El niño entonces puede quedar expuesto repentinamente a emociones disociadas de la madre que llegan a abrumarle, sobre todo si

ocurren en situaciones de activación del sistema de apego. Si la madre no está psicológicamente presente, el niño puede enfrentarse a una respuesta materna que, en el mejor de los casos, nada tienen que ver con la situación que ha activado el apego ni con sus necesidades de regulación emocional.

Inicialmente, una de las limitaciones de la investigación que analiza la pérdida no resuelta utilizando la AAI fue que, si el individuo no recordaba ninguna pérdida o trauma, entonces la transcripción se codificaba como “no se puede clasificar” (o CC). A este dato se añade que solo el 53% de los niños D han tenido madres con estados mentales U (27). Por lo tanto, significa que el 47% de los niños con apego desorganizado no tenían madres con apegos no resueltos-U. Una explicación es que solo se puede asignar la categoría U si los participantes reportan experiencias de abuso o pérdidas. Por lo tanto, el discurso de pérdida o abuso por sí mismo, puede constituir una ventana estrecha para capturar todos los estados mentales de apego anómalos en adultos con experiencias de la infancia duras, ya que si se obvia el trauma no se puede clasificar como categoría-U, aunque lo fuera.

#### *Estados mentales hostiles e indefensos (H-H, hostile-helpless)*

Para superar el problema anterior Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood (28) ampliaron el concepto de estado mental no resuelto, desarrollando la codificación del estado mental “hostil o impotente” (HH, *hostile-helpless*) en el AAI. Este sistema de codificación tiene en cuenta los índices de evaluaciones generalizadas y contradictorias de las relaciones de apego, más que en los fallos en la monitorización del discurso durante las discusiones sobre pérdida o trauma. El contenido mental contradictorio y no integrado es lo que sobresale en estas entrevistas (29). Sin una formación adecuada estos estados fácilmente se clasifican erróneamente y podían interpretarse como apego “seguro” (28). Estos estados HH se clasificaron en dos subgrupos:

- En el subtipo Hostil (*hostile*) coexisten evaluaciones positivas y devaluadoras a nivel global del mismo cuidador en el transcurso de

la entrevista: “Éramos hermanos...pero éramos enemigos”. Estas madres muestran una mezcla contradictoria de conductas rechazantes (hostil) y conductas que buscan la atención de sus hijos (auto-referenciales).

- En el subtipo Impotente (*helpless*), el sujeto igualmente devalúa la figura de apego, pero al mismo tiempo se identifica positivamente con la impotencia o renuncia a la parentalidad de dicha figura: “Éramos los mejores amigos... ella era un caso perdido”. La ira se inhibe o se expresa en afirmaciones que no están integradas con la actitud más predominante del cuidador. Estas madres se muestran más temerosas e inhibidas en general, y a veces se muestran especialmente dulces o frágiles. Además, generalmente ceden a los esfuerzos del infante por establecer contacto.
- Un subtipo HH "mixto" incluye aspectos de ambos subtipos.

### **Estados mentales HH y maltrato**

El sistema de codificación HH puede ser todavía más relevante que los estados mentales U para entender procesos implicados en la transmisión intergeneracional del maltrato ya que los estados mentales HH permiten diferenciar de manera considerable a madres maltratadoras de no maltratadoras (30). Así, los estados mentales HH son frecuentes entre madres en servicios sociales por negligencia documentada hacia el niño (31).

Por lo tanto, la historia de trauma infantil de la madre no parece ser condición suficiente para predecir el apego desorganizado en el niño (28), sino que es la combinación de trauma infantil y estado mental HH lo que se relaciona con apego desorganizado del niño. Por lo tanto, es la falta de integración de experiencias de apego traumáticas, lo que puede estar particularmente asociado a repetir el maltrato infantil. Surge la pregunta de por qué los estados mentales de los padres U o HH están relacionados con el apego desorganizado en el hijo. Como se ha expuesto anteriormente, cuando el padre todavía está traumatizado puede relacionarse con el bebé con comportamientos inexplicablemente asustadizos o aterradores (4). En estas circunstancias el bebé es

incapaz de poner en marcha una estrategia coherente de acercarse o huir y muestra un comportamiento D.

### **Comportamiento parental aterrado/aterrador**

Dada la falta de predicción de los estados mentales, Main & Hesse (32) desarrollaron un sistema de codificación para capturar conductas maternas que estuvieran asociadas a AD y no solo estados mentales. Este sistema constaba de seis dimensiones para identificar la conducta parental atemorizante/atemorizada (*frightened/frightening FR behavior*):

- Amenazante: Posturas, expresiones faciales y movimientos que parecen agresivos. Por ejemplo, repentinos movimientos alrededor de la cara y los ojos del niño.
- Asustada-: Conductas que indican que la madre esta inexplicablemente asustada. Por ejemplo, una secuencia de retirada, como si la tiraran hacia atrás alejándose del niño.
- Disociado: Indicadores de posible entrada en estados alterados de conciencia, tales como congelación, trance o tonos de voz alterados.
- Tímido o respetuoso: conductas de la madre en las que parece sumisa con el niño, mostrándose muy tímida o cortés.
- Conyugal o romántico: caricias excesivas de forma sexual e íntima.
- Desorganizadas/desorientadas.

Varios estudios han confirmado la relación entre la conducta FR y los estados U en la AAI (33). Además, estas conductas FR también se relacionaban con apego desorganizado en los hijos (8,34,35). Tras estos hallazgos se exploró con más detenimiento si algunas subescalas específicas de las conductas FR estaban más relacionadas con el apego D, y parece que la escala de amenaza y la disociativa predecían mejor el apego D en el bebé (33). Dado este resultado, se estudió la relación entre puntajes maternos de experiencias disociativas usando la *Dissociative Experiences Scale* y el apego D en el bebé, pero no se encontró asociación (36). Cabe mencionar que las conductas disociativas no se evaluaron a través de la interacción in vivo, sino a través de puntuaciones de síntomas.

### Insensibilidad materna

Lyons-Ruth, Bronfman y Parsons (35) sugirieron que el apego desorganizado no solo se origina por un comportamiento atemorizante o atemorizado del cuidador, sino también por formas de comunicación afectiva extremadamente insensibles a las necesidades de cercanía y regulación afectiva de los niños. En su modelo, proponían que la falta de respuesta sensible, por ejemplo, una falta de presencia emocional suficientemente prolongada de la madre o reacciones insensibles extremas, como puede ser la falta de límites en situaciones peligrosas o errores recurrentes en comunicaciones afectivas, puede ser tan aterradora para el niño como el comportamiento del cuidador que provoca directamente miedo.

El cuidado desconectado es un término preciso que indica mucho más que "desinterés". Se refiere a cambios repentinos e impredecibles en el comportamiento que no están precedidos por gestos explicativos o vocalizaciones ni están acompañados por signos de afecto o alegría de forma que el niño no puede contextualizarlos.

La insensibilidad materna ha permitido distinguir entre el apego seguro del inseguro, pero no han conseguido predecir ni diferenciar el apego D (8). El comportamiento materno insensible se correlaciona claramente con la conducta de apego desorganizado infantil cuando el nivel de insensibilidad es extremo (37). A raíz de estos estudios, se vio que la escala de sensibilidad no era lo suficientemente específica para capturar las diversas conductas parentales más implicadas en el proceso de desorganización de los hijos.

### Comunicación materna interrumpida

En base a todo lo expuesto anteriormente, Lyons-Ruth, Bronfman y Parsons (35) ampliaron la construcción de Main y Hesse de conducta parental atemorizante/atemorizada-FR para desarrollar un sistema de codificación más amplio que capturara la comunicación interrumpida entre madre e hijo, llamado AMBIANCE (*Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification*- Instrumento de evaluación y clasificación del Comportamiento materno atípico). Este sistema evalúa el nivel global

de comunicación interrumpida (*disrupted*) teniendo en cuenta la comunicación insensible como las diferentes conductas parentales, que dejan al bebé sin la regulación adecuada del apego.

Teorizaron que, en los bebés, el miedo surge de distintas fuentes, no solo del comportamiento parental. Para que el bebé organice una estrategia de apego consistente frente a los temores, el cuidador debe proporcionar una proximidad y un confort mínimamente adecuado, aunque ellos mismos no sean la fuente del miedo infantil. La incapacidad de los padres para proporcionar una respuesta a la necesidad del bebé puede llegar a ser tan extrema o contradictoria que no le permita organizar las estrategias evitativas o ambivalentes-resistentes en relación con el cuidador. El sistema de codificación AMBIANCE (38) incluye los elementos de la versión de 1992 del sistema de codificación FR de Main y Hesse (32) y 5 aspectos más amplios de la comunicación perturbada entre padres e infantes:

- Errores Afectivos de comunicación (*affective communication errors*):
  - a. Indicaciones contradictorias (p. ej. invita verbalmente a la aproximación, luego se distancia).
  - b. Falta de respuesta o respuesta inapropiada (p. ej. no ofrece bienestar al niño angustiado).
- Desorientación. Ítems de Main y Hesse:
  - a. Confundida o asustada por el niño (p. ej. exhibe una expresión atemorizada).
  - b. Desorganizada o desorientada (p. ej. repentina pérdida de afecto no relacionada con el entorno).
- Conducta Negativa-Intrusiva. Incluye los ítems atemorizantes de Main y Hesse:
  - a. Conducta negativa-intrusiva verbal (p. ej. se burla del niño o lo molesta).
  - b. Conducta negativa-intrusiva física (p. ej. tira de la muñeca del niño).
- Confusión de rol (incluye los ítems de incluye los ítems de Sroufe y Col (39); Main y Hesse.
  - a. Inversión de roles (p. ej. obtiene reaseguramiento del niño).
  - b. Sexualización (p. ej. le habla al niño con susurros en tono de intimidad).
- Retraimiento
  - a. Crea distancia física (p. ej. sujeta al niño lejos de su cuerpo con los brazos extendidos).

b. Crea distancia verbal (p. ej. no saluda al niño tras la separación).

Solo el 17% de los comportamientos maternos codificados en el AMBIANCE eran comportamientos de FR, por lo que esta prueba incluía un contexto más amplio de comunicación afectiva perturbada entre madre e infante que serían las comunicaciones afectivas perturbadas. Además, el AMBIANCE permitía relacionar conductas maternas con los dos subtipos de apego D. Las madres de bebés de apego D-inseguro mostraban más comportamiento intrusivo negativo y confusión de roles, mientras que las madres de niños con apego D-seguro, exhibieron más retraimiento.

Un metaanálisis de los estudios que utilizaban cualquiera de estos dos sistemas de codificación (FR o AMBIANCE) indicaba que los niños que habían experimentado conductas anómalas parentales tenían 4 veces más probabilidad de tener un apego D (40). Esta relación entre la comunicación materna interrumpida y el apego D permanece incluso cuando las madres no exhiben estados mentales U en el AAI (41). Por lo tanto, esta prueba resulta útil para identificar a los lactantes con riesgo de apego D aunque las madres no exhiban estados mentales U en el AAI.

## CONCLUSIÓN

Es tentador equiparar las estrategias de apego desorganizado con relaciones claramente de maltrato. Esta visión conceptualizaría el apego desorganizado simplemente como síntomas postraumáticos en edad infantil, pero hemos visto cómo aquellos niños expuestos a cinco factores de riesgo son casi tan propensos a desorganizarse como los niños maltratados.

La conducta parental problemática, puede mediar entre los riesgos socioeconómicos y el apego desorganizado. Investigaciones sobre el comportamiento paternal aterrador/ asustado arroja luz sobre los mecanismos conductuales a través de los cuales los riesgos familiares influyen en el desarrollo de la desorganización del apego, en especial cuando estas conductas parentales ocurren en los momentos de activación del sistema de apego

En consecuencia, entran en juego distintas vías de desarrollo relacionales que subrayan la importancia de

la persistencia en el tiempo y de la calidad de los lazos afectivos entre padres e hijos. Estas distintas maneras en que se puede desorganizar el apego, con funestas consecuencias para el niño, el adolescente y el adulto, aconsejan evaluar de forma independiente el apego y el maltrato. Ambos factores convergen y potencian sus efectos perniciosos para el desarrollo infantil.

Se ha visto también que, sin una adecuada formación, las conductas y representaciones típicas del apego desorganizado pasan fácilmente desapercibidas. Esta realidad empuja a la necesidad de implementar una adecuada formación en la evaluación y tratamiento de la interacción paterno-filial en el campo de la psiquiatría. No olvidemos que se trata, no solo de una vía de gran impacto en el desarrollo del menor, sino que con frecuencia también es la única vía de acceso a tratamiento de padres y madres que de otra forma no llegarían.

## REFERENCIAS

1. Bowlby J. *El Vínculo Afectivo*. Barcelona: Paidós; 1976.
2. Bowlby J. *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós; 1976.
3. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure disorganized/disorientated attachment pattern. In Brazelton TB. and Yogman MW, editors. *Affective Development in Infancy*, Norwood: Ablex; 1986. p. 95-124.
4. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology* 2006;18 (2):309-43.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
5. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En: Greenberg MT, Cicchetti D, and Cummings, EM. Editores. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 121-60.
6. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In

- Greenberg MT, Cicchetti D, and Cummings, EM, editors. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 161-82.
7. Zeanah CH. Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(1): 42-52.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.42>
  8. 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):225-49.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
  9. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*. 2010 Feb;22(1):87-108.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
  10. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, Nelson CA, Parker SW, et al. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*. 2005;76(5):1015-28. <https://www.jstor.org/stable/3696612>
  11. Zeanah CH, Shah P. Attachment and its impact on child development: Comments on Van IJzendoorn, Grossmann and Grossmann, and Hennighausen and Lyons-Ruth. In *Encyclopedia of Early Child Development*, Institute of Infant and Early Childhood Mental Health. Tulane University Health Sciences Center. 2005.
  12. Zeanah CH, Gleason MM. Reactive Attachment Disorder: A review for DSM-V. American Psychiatric Association; 2010.
  13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
  14. Gleason MM, Fox NA, Drury SS, Smyke AT, Nelson CA, Zeanah CH. Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics*. 2014;133(3): 657-65.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-0212>
  15. Smyke AT, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA, Guthrie D. Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*. 2010;81(1): 212-23.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01390.x>
  16. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum; 1978.
  17. Main M, Cassidy J. Categories of Response to Reunion with the Parent at Age 6: Predictable From Infant Attachment Classifications and Stable Over a 1-Month Period. *Developmental Psychology*. 1988;24(3):415-26.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.415>
  18. Marvin RS, Greenberg MT. Preschoolers' changing conceptions of their mothers: A social-cognitive study of mother-child attachment. *New directions in child development*. 1982: 47-60.  
<https://doi.org/10.1002/cd.23219821805>
  19. Watson S, Sweney S. Earned Security: can the adult attachment interview distinguish between parents who have suffered abuse as children who will and will not abuse their own children?. *New Zealand Journal of Counselling*. 2003;24(2):25-39.
  20. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security of infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs for the Society for Research in Child Development*; 1985. p. 209-undefined.
  21. Hesse E, Shaver PR. The Adult Attachment Interview: Protocol method of analysis and empirical studies. En: Cassidy J, editor. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 3º ed. New York: Guilford Press; 2016 p. 553-596.
  22. Chilamkurti C, Milner JS. Perceptions and Evaluations of Child Transgressions and Disciplinary Techniques in High- and Low-Risk Mothers and Their Children. *Child Development*. 1993;64(6):1801-14.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb04214.x>
  23. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, García-Pérez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 2005 ;17(2):329-347.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050169>



24. Melnick S, Finger B, Hans S, Patrick M, Lyons-Ruth K. Hostile–helpless states of mind in the AAI: A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. In *Clinical applications of the adult attachment interview*. New York: Guilford Press; 2008. p. 399-423.
25. Macfie J, Swan SA, Fitzpatrick KL, Watkins CD, Rivas EM. Mothers with borderline personality and their young children: Adult Attachment Interviews, mother-child interactions, and children's narrative representations. *Development and Psychopathology* 2014 ;26(2):539–51.  
<https://doi.org/10.1017/S095457941400011X>
26. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In Cassidy J, Shaver P, editors. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press; 1999. p. 520-54.
27. 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.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
28. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*. 2005;17(1): 1-23.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050017>.
29. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganisation: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2008. p. 666-97.
30. Frigerio A, Costantino E, Ceppi E, Barone L. Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment and Human Development*. 2013;15(4): 424-42.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.797266>
31. Milot T, Lorent A, St-Laurent D, Bernier A, Tarabulsy G, Lemelin JP, et al. Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38(8): 1351-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.015>
32. Main M, Hesse E. Frightened, threatening, dissociative, timid-deferential, sexualized, and disorganized parental behavior: A coding system for frightened/frightening (FR) parent–infant interactions. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley; 1992.
33. Abrams KY, Rifkin A, Hesse E. Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology*. 2006;18(2):345–61.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060184>
34. McMahan M, Pisani L, Oumar F. Infant - Mother Attachment among the Dogon of Mali. *Child Development*. 2001 ;72(5):1451-66.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00359>
35. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Maternal disrupted affective communication, maternal frightened, frightening, or atypical behavior, and disorganized infant attachment strategies. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999: 67-96.  
<https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>.
36. Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(1): 54-63.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.54>
37. Lyons-Ruth K. Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2003: 883-911.  
<https://doi.org/10.1177/00030651030510031501>
38. Bronfman E, Parsons E, Lyons-Ruth K. Disrupted Maternal Behavior Instrument for Assessment

- 40 and Classification (AMBIANCE. Vol. Version 2.1. Unpublished manuscript, Harvard Medical School; 1999.
39. Sroufe LA. Attachment Classification from the Perspective of Infant-Caregiver Relationships and Infant Temperament. *Child Development*. 1985;56(1): 1-14.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00080.x>
40. 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 and Human Development*. 2006;8(2): 89-111.  
<https://doi.org/10.1080/14616730600774458>
41. Madigan S, Moran G, Schuengel C, Pederson DR, Otten R. Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2007 ;48(10): 1042-50.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01805.x>

---

M. Álvarez-Segura <sup>1</sup>   
F. Lacasa Saludas <sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Centro Salud Mental Infanto Juvenil de Cornellá, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Programa TEVI (testigos de violencia).

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Mar Álvarez-Segura  
Correo: [malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org)

*Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia*

*Assessment of attachment in childhood and adolescence*

---

## RESUMEN

Este artículo presenta los métodos de evaluación del apego *gold standard* para cada franja de edad, los métodos que permiten obtener importante material clínico, así como los cuestionarios de mejores propiedades psicométricas validados al español y de uso extensivo.

Los métodos se dividen en dos grupos: en primer lugar, aquellos que evalúan el apego en forma categorial, es decir en clases excluyentes entre sí, y en segundo lugar los que lo hacen de forma dimensional como grados de un continuum. El primer grupo incluye los basados en la observación directa, que evalúan los 'modelos de apego' en función de las conductas de apego del niño pequeño y en función de las respuestas verbales de entrevistas o juegos semiestructurados, que evalúan los estados de la mente respecto del apego. El segundo grupo, dimensional, incluye los cuestionarios, que evalúan los 'estilos de apego'. Dado su extensivo uso se incluye también un método de evaluación de la interacción diádica.

Se muestra las fortalezas y debilidades de cada método y los desafíos que la evaluación del apego todavía presenta a ciertas edades.

**Palabras clave:** Evaluación, apego, vínculo, estados mentales, entrevistas, cuestionarios.

## ABSTRACT

This article presents the gold standard attachment assessment methods for each age group, the methods that allow obtaining important clinical material, as well as the questionnaires with the best psychometric properties validated in Spanish and extensively used.

The methods are divided into two groups, firstly, those that evaluate attachment in a categorical way, that is, in mutually exclusive classes, and secondly, those that do so in a dimensional way, as degrees of a continuum. The first group includes those based on direct observation, which evaluate 'attachment models' based on the attachment behaviors of the young child and those based on verbal responses to interviews or semi-structured play therapy assessments sessions, which assess the states of mind regarding attachment. The second group, dimensional, includes the questionnaires, which evaluate "attachment styles". Given its extensive use, a method for evaluating dyadic interaction is also included.

Strengths and weaknesses of each method and the challenges that attachment assessment still presents at certain ages are shown.

**Keywords:** Assessment, attachment, bond, mental states, interviews, questionnaires.

## INTRODUCCIÓN

Los patrones de apego se organizan a lo largo de múltiples interacciones diádicas entre los niños y sus figuras de apego. Esas interacciones se internalizan como Modelos Operativos Internos (MOI) que son las representaciones mentales de apego que contienen tanto una representación de sí mismo y de la figura de apego, como de la interacción entre ambos. Los MOI sirven como estrategias de apego, pues permiten a los niños prever la respuesta más probable de la madre o cuidador principal a sus iniciativas de apego.

Según lo descrito, podemos dividir los métodos de evaluación del apego en dos grupos: los métodos categoriales que evalúan los “modelos de apego” y los métodos dimensionales que evalúan los “estilos de apego”. Los métodos categoriales provienen de la tradición de la psicología clínica y adjudican categorías de apego. En los niños pequeños los métodos categoriales evalúan la conducta de apego, en la infancia media, adolescencia y edad adulta, se evalúan las respuestas verbales en entrevistas o los juegos semiestructurados, diseñados para obtener información del MOI. El segundo grupo engloba los métodos dimensionales, en los que las respuestas sirven para adjudicar una puntuación en unas escalas de apego determinadas. Este grupo incluye los cuestionarios de apego que provienen de la tradición de la psicología social, de la evaluación en el ámbito de la personalidad y especialmente del estudio de los estilos de apego romántico (1).

Los métodos observacionales de la conducta o de evaluación del discurso han dado lugar a las dos pruebas *gold standards*, la *Strange Situation*- SS o la Situación extraña (2), que evalúa la conducta el apego en niños de 1 a 3 años sometidos a una situación experimental, y la *Adult Attachment Interview* -AAI o la Entrevista de Apego Adulto (3).

La controversia en el estudio de la evaluación del vínculo de apego gira en torno a la conveniencia de los métodos categoriales o dimensionales. Esta controversia remite al mismo concepto de apego pues, aunque tradicionalmente se asume que las personas tienen un patrón de apego predominante que emerge durante el desarrollo y permanece en la edad adulta, si no hay un cambio sustancial en el entorno interpersonal, hallazgos más recientes indican que

este patrón dominante está matizado por cualidades de más de un prototipo (4). Además, conforme avanza el desarrollo se multiplican las oportunidades de establecer múltiples vínculos de apego (5). Niños de un año pueden exhibir diferentes patrones de apego con cada uno de los padres (6). Kobak (7) describe el apego como un proceso transaccional, en que los modelos internos operantes de apego interactúan dinámicamente con la calidad de las relaciones actuales. Esta variabilidad estaría mejor representada por los métodos dimensionales, que ofrecen un perfil con información de más de un estilo, habría un estilo predominante, de mayor puntuación, y otros estilos menos puntuados, pero también representados (8).

En relación con los propios métodos, análisis taxométricos recientes, tanto de la SS (9) como de la AAI (10, 11) sugirieron que las diferencias entre los tipos de apego son más diferencias de grado y dimensionales, que categoriales (12). El apego entonces se distribuiría en dos dimensiones (evitación y ansiedad) en lugar de caer dentro de categorías discretas. Entre las desventajas del modelo dimensional está que su interpretación clínica es más difícil, ya que en las dimensiones se pierde información ideográfica, pues no se ajustan como las categorías a una descripción unitaria.

Otra diferencia es la forma en que se obtienen los datos. En los métodos categoriales, tanto en los métodos de observación de la conducta como en los procedimientos basados en narrativas, se pone a la persona bajo un estrés moderado, con objeto de estimular y activar el sistema de apego. Así en la SS, que fue el primer procedimiento estandarizado diseñado para explorar el apego infantil y el de mayor validación empírica (2), se pone al niño en un lugar nuevo para él, con una persona desconocida y se lo somete a separaciones breves de su figura de apego. En la AAI, se estimula a la persona a pensar en situaciones concretas con sus figuras de apego durante la infancia, describirlas en detalle y evaluarlas. En contra, en los cuestionarios se pide opiniones, recuerdos y valoraciones de las relaciones de apego, al tratarse de métodos autoadministrados tienen menos capacidad de activar el sistema de apego. Aunque remitan al mismo constructo de teoría del apego, la concordancia entre los métodos categoriales y los cuestionarios es todavía baja (4).

Prueba del extensivo uso de los conceptos de la teoría del apego en ámbitos clínicos, académicos y sociales, del mayor uso de los métodos de evaluación y del creciente interés por este paradigma en culturas de habla española, en 1998 la *International Attachment Networks* (IAN) creó la filial en España de la asociación (IAN-E) para promover la difusión, formación y aplicación de la teoría del apego entre los profesionales. Desde entonces años se han creado filiales de IAN en 11 países de habla hispana.

En este artículo describiremos los métodos *gold standard* en la evaluación del apego. Dado que en la infancia media y la adolescencia todavía no existen medidas establecidas como *gold-standard* (13) añadiremos aquellas que permiten obtener importante información clínica, así como los cuestionarios más aceptados por sus propiedades psicométricas, validados al español y de uso extensivo (Tabla 1).

Tabla 1.

Métodos de observación					
Infant Strange Situation Procedure (SSP)	11-24 meses	Situación experimental	Ainsworth (2)	Bien validada en numerosos estudios (14), en múltiples poblaciones (15-16) y en diversas culturas (17-18)	Administración y codificación larga. Requiere laboratorio y personal, además de videograbación.
Attachment Q-sort (AQS)	1-3 años	Observación del niño y cuidador en actividades diarias en el domicilio o en la guardería	Waters & Deane (20)	Se usa en entornos naturales (14). Existe una adaptación española en versión experimental (21). Uso para medir programas de entrenamiento en disponibilidad emocional (23-24). Validado en diversas culturas (25). Entrenamiento no tan largo como en la SS	No clasifica tipos de vínculos inseguros Recopilación de datos muy larga (3 horas)
Métodos representacionales					
Manchester Child Attachment Story Task	4-8 años	Juego con muñecos	Green (30)	Aporta mucha información clínica en circunstancias particulares, como en adopción.	No buenas propiedades psicométricas
Family and Friends interview	9-16 años	Entrevista semiestructurada de 27 preguntas	Steele & Steele (33)	Permite obtener buenos datos clínicos. Obtiene información sobre padres, hermanos y compañeros.	Propiedades psicométricas inadecuadas. Administración y codificación larga.
Adult attachment interview	Más de 16 años	Entrevista semiestructurada de 20 preguntas de una hora de duración.	Main, Kaplan & Cassidy (3)	Buena validación en adultos (10,11,39) y buena elección para adolescentes mayores (37). Traducida al español (38).	Entrenamiento excesivo (2 semanas). Administración y codificación larga.
Child attachment interview (CAI)	7-13 años	Entrevista semiestructurada de 15 preguntas de 20-80 minutos de duración.	Shmueli-Goetz (42)	La entrevista mejor validada de apego en niñez media y adolescencia (43) El formato permite obtener datos clínicos valiosos.	Administración y tiempo de codificación prolongados. Confiabilidad entre evaluadores es inadecuada en la mayoría de los estudios.
Dibujos	5-7 años. Familia kinética 7-9 años. Dibujo de la familia	Dibujo de la familia	Madigan (48) Fury (47)	Permite obtener buenos datos clínicos.	Administración y tiempo de codificación prolongada. Difícil confiabilidad para la codificación

Tabla 1. (Continuación)

Métodos de Observación de las interacciones					
CARE-Index	Versión niños: hasta 15 meses Versiones prescolares: 15 meses-3 años	3 minutos de interacción padre-hijo en cualquier setting (casa, clínica o laboratorio)	Crittenden (51)	La obtención de datos es breve (3-5 min) y el tiempo de puntuación moderado (15-20 minutos). Bajo coste, requiere equipo de videograbación.	Entrenamiento excesivo (8 días) y controles continuos de confiabilidad. No mide patrones de apego, sino características diádicas asociadas al apego
Cuestionarios					
Postpartum Bonding Instrument	Durante embarazo hasta 2 años de vida	25 ítems calificados por la madre en una escala de 0 a 5.	Brockington (59)	Se administra en 80 segundos. De libre acceso Traducida y validada al español (61)	No obtiene resultados de estilos de apego propiamente dicho.
Inventory of Parent and Peer Attachment R (IPPAR-R)	12-19 años	75 ítems (25 cada padre y 25 para compañeros)	Armsden y Greenberg (61)	Estudiado en una amplia variedad de muestras y países (25,27) Pruebas de consistencia interna y de hipótesis adecuadas (64) Recoge información del vínculo con iguales. Traducida y validada al español (62)	No obtiene resultados de estilos de apego propiamente dicho. Validez estructural inadecuada.
Parental Bonding Instrument (PBI)	16 años en adelante	25 ítems al padre y 25 a la madre	Parker, Tupling y Brown (63)	Muy estudiado en población con algún tipo de trastorno mental (57). Evalúa la parentalidad del padre y la madre de forma independiente De libre acceso. Adaptada al español (64)	Evalúa la percepción de la conducta de los padres en dos ejes (sobreprotección y afecto), pero no la propia cognición y conducta en relación al apego.
Cuestionario de Modelos Internos de Relación-reducido (CamiR-r)	14-19 años	32 ítems	Balluerka & Lacasa (58) Lacasa (65)	Obtiene puntuaciones dimensionales, que se pueden estimar en forma categorial. De libre acceso Original en español	Insuficiente validación externa

## MÉTODOS

### Métodos observacionales

#### La situación extraña

La prueba de la situación extraña-SS diseñada por Mary Ainsworth y su equipo sigue siendo “*gold standar*” para evaluar patrones de apego (2, 14). Ha sido validada en diversas poblaciones (15, 16) y culturas, incluyendo culturas de habla española (17, 18). Se trata de una situación experimental diseñada para activar y observar la conducta de apego. El niño se encuentra con su madre en un lugar desconocido (extraño) y con una persona desconocida (extraña), situación que activa moderadamente la conducta de

apego observable del niño quien busca la proximidad con la madre. En la habitación hay juguetes adaptados a su edad que estimula al niño a jugar con ellos al cabo de un breve espacio de tiempo, el juego se considera conducta exploratoria. El procedimiento consiste en 8 episodios de aproximadamente 3 minutos, durante los cuales se somete al niño a diferentes situaciones. Todo el procedimiento es grabado para su evaluación posterior (2) (Tabla 2).

Se codifican los 8 episodios, tomando secuencias de 15 segundos para evaluar las conductas. Para la categorización se tienen en cuenta sobre todo los episodios de reunión con la madre tras la separación, que son los episodios 5 y 8. La conducta de reunión se valora en base a los siguientes 4 criterios.

**Tabla 2.** Episodios de la Situación Extraña.

Episodio	Personas	Duración	Descripción breve de la acción
1	Madre*, niño, observador	30 seg	El experimentador hace pasar al niño y a la madre a la habitación.
2	Madre y niño	3 min	La madre no participa mientras el niño explora. Si es necesario anima a jugar al niño a partir del minuto 2.
3	Extraño, madre y niño	3 min	Un extraño entra en la habitación, se sienta en silencio (1º minuto), habla con la madre (2º minutos) y se aproxima al niño (3º minuto). Después del minuto 3 la madre sale discretamente
4	Extraño y niño	3 min o menos(a)	Primera separación. El niño se queda con el extraño, quien intenta calmar al niño si lo necesita, se interesa en los juegos y responde a las demandas del niño.
5	Madre y niño	3 min o más(b)	Primer episodio de reunión. La madre saluda y/o consuela al niño. Luego intenta jugar con los juegos del niño, responde como normalmente haría.
6	Niño sólo	3 min o menos(a)	La madre sale de la habitación por 2º vez y el niño se queda solo.
7	Extraño y niño	3 min o menos(a)	El extraño entra de nuevo en la habitación y orienta su conducta en función de las necesidades del niño de ser consolado, jugar o responder a sus demandas.
8	Madre y niño	3 min	La madre entra en la habitación por segunda vez, saluda al niño y lo coge en brazos, el extraño se va discretamente.

(a) La duración se acorta si el niño está excesivamente angustiado

(b) El episodio se prolonga si se requiere más tiempo para que el niño vuelva a jugar

\*Madre en el original, se entiende como el cuidador que acompaña al niño

**1. Proximidad y conducta de búsqueda de contacto:**

Grado de iniciativa y esfuerzo activo del niño en la búsqueda de contacto físico o proximidad hacia el adulto.

**2. Conducta de contacto-mantenimiento:**

Grado de iniciativa activa del niño a la hora de mantener el contacto con el adulto una vez ha sido conseguido. En esta dimensión, no importa si el niño ha logrado el contacto por sí mismo o por iniciativa del adulto. Los niños que repetidamente se resisten a ser liberados reciben la máxima puntuación.

**3. Conducta resistente:**

Esta dimensión se relaciona con la intensidad, frecuencia y duración de la conducta resistente del niño evocada por el adulto. Una conducta resistente refleja enfado y rechazo del niño hacia el adulto: golpear a la persona, dar patadas, resistirse a ser cogido en brazos o cambiado de lugar, rechazar los juguetes que se le ofrecen al intentar interactuar con él, chillar, protestar o intensificar el llanto cuando el adulto se le aproxima, etc., serían ejemplos de conductas resistentes.

**4. Conducta de evitación:**

La evitación activa de proximidad e interacción del niño con el adulto. Se considera conducta de evitación si el niño

ignora la entrada del adulto a la habitación tras su ausencia, siendo mucho más marcada, si éste está tratando de ganar su atención u obtener una respuesta suya. Esta dimensión se relaciona principalmente con la interacción en la distancia y con una disposición emocional neutra que refleja un carácter defensivo.

Cada una de estas categorías se puntúan según una escala *likert* de 7 puntos. Por ejemplo, la conducta evitativa se puede puntuar de la siguiente manera: 7 Evitación muy clara y persistente; 6 Evitación clara y persistente; 5 Clara conducta de evitación, pero menor persistencia; 4 Breve pero clara evitación o persistencia moderada en evitación; 3 Comportamiento de evitación ligero y aislado; 2 Muy ligera evitación; 1 No evitación. Posteriormente dichas puntuaciones se reducen a tres: Baja, puntuaciones 1, 2 y 3; Media, puntuación 4; Alta, puntuaciones 5, 6 y 7.

Según los resultados se encontraron ocho subgrupos que fueron ajustados a su vez en los 3 patrones organizados de apego:

- *Patrón Seguro (tipo B, subgrupos B1, B2 y B3)*

Un niño será clasificado como seguro en relación con su madre cuando busque interacción, proximidad o contacto con ella tras la separación, siempre que

46

estos comportamientos aparezcan sin ira ni evitación. Pueden o no estar estresados tras la separación, pero si lo están, el regreso de la madre les proporciona confort y seguridad. La conducta exploratoria que se ha desactivado durante la separación se recupera con claridad tras el recuento con la madre, entonces pueden volver a jugar.

- *Patrón inseguro-evitativos (tipo A, subgrupos A1 y A2)*

Un niño será clasificado como inseguro-evitativo en relación con su madre, cuando activamente la evite o ignore durante ambos episodios de reunión. La evitación hacia la madre se considera fuerte cuando el niño vuelve la cara y se aleja de ella tras la reunión e ignora los esfuerzos de ésta por lograr la comunicación. Estos niños no muestran estrés ante la ausencia de su madre y presentan una alta y estable conducta exploratoria a lo largo de toda la situación.

- *Patrón inseguros-resistentes/ambivalentes C (tipo C, subgrupos C1 y C2)*

Un niño será clasificado como inseguro ambivalente/resistente en relación con su madre cuando busque proximidad y contacto, a la vez que muestra una conducta resistente durante los episodios de reunión. Se considera que la conducta resistente es una forma de resistirse a una nueva separación. Son muy difíciles de consolar y calmar por la madre y logran reemprender la conducta exploratoria tras el recuento.

- Posteriormente Main y Solomon (19) reexaminaron las filmaciones de 34 niños no clasificables según el método tradicional y observaron que todos ellos tenían en común la falta de una estrategia de actuación organizada y coherente ante situaciones estresantes como la provocada por la SS. Este nuevo patrón de respuesta fue denominado patrón de apego desorganizado/ desorientado (Tipo D). Presenta fundamentalmente conductas contradictorias de proximidad y evitación. Este patrón se explica detalladamente en el artículo dedicado exclusivamente al apego desorganizado.

## ATTACHMENT Q-SORT

Waters & Deane (20) desarrollaron el *Attachment Q-sort* (AQS) o Q-sort del Apego, una estrategia

alternativa para medir la calidad de la conducta segura del niño (la organización y el equilibrio ente la búsqueda de proximidad y la exploración). Se trata de un método recomendado si se quieren hacer observaciones en entornos naturales (14), pues se lleva a cabo en el domicilio o en la guardería donde hay escasas ocasiones para que el sistema vincular se active. Existe una adaptación española en versión experimental (21). El AQS permite evaluar al niño en un *continuum* desde seguro a inseguro, pero no permite clasificar el tipo de apego inseguro. Las descripciones se obtienen al observar el cuidador y el niño involucrados en actividades diarias, Los autores recomiendan que las observaciones duren 2-3 horas y se usa en niños entre 1-3 años.

Usa una metodología de evaluación basado en cartas, en las que cada una hace referencia a una conducta característica de un niño y cubre un amplio rango de respuesta afectivas y conductas seguras exploratorias (22). Las cartas se clasifican en pilas según la conducta observada sea muy característica del niño (pila 9), hasta la menos característica (pila 1). Las puntuaciones de AQS se obtienen mediante la correlación entre las puntuaciones dadas al comportamiento observado con las puntuaciones establecidas por un grupo de expertos y que definirían el comportamiento de un bebé prototípicamente seguro. Se ha usado para evaluar la eficacia de programas para mejorar la disponibilidad emocional de profesionales al cuidado de niños (23,24) y está validado en diversas culturas (25).

## MÉTODOS REPRESENTACIONALES

### Historias incompletas (*Narrative Story Stems*)

Las historias incompletas o las tareas de completamiento de historias son particularmente útiles para cubrir la brecha de evaluaciones que queda entre las observaciones de la SS en niños muy pequeños y las entrevistas formales con adolescentes, es decir en la infancia media ya que a estas edades no existe ninguna prueba *gold standard* (13) y ninguna prueba ha demostrado evidencia de buenas propiedades psicométricas (26). Surgen varias cuestiones al respecto, la primera es si la



falta de validez estructural refleja problemas de los propios métodos o si los constructos que se proponen medir no reflejan la fenomenología del apego en estas edades. La dificultad de la medición fiable del apego en la infancia media y adolescencia puede deberse a que las representaciones mentales son relativamente fluidas y las habilidades cognitivas y socioemocionales son difíciles de capturar (27). Por esta razón es más fructífero preguntarse qué aspecto del apego es más interesante evaluar, más que buscar una categoría o dimensión concreta. La comprensión de los diferentes aspectos del apego durante el desarrollo, junto al papel de interacciones sociales más complejas ofrecen mayor potencial para llevar a cabo tratamientos más innovadores. Por esta razón, las pruebas de historias incompletas son muy útiles, ya que ofrecen mucho material clínico. Se trata de técnicas de juego semi-proyectivas que se usan entre los 3-11 años y consisten en la presentación, por medio de una familia de muñecos, de una serie de historias incompletas para que el niño las acabe (28). El entrevistador desarrollará el escenario inicialmente (raíces de la historia) hasta que el niño se interese y se involucre. En un momento determinado, le da pie al niño a que continúe la historia (*the stem* o el tallo): “Cuéntame y muéstrame qué es lo que pasa ahora”. Las historias incompletas pueden usarse en una variedad de sitios, grabarse y transcribirse posteriormente. Las historias se extraen de protocolos estandarizados, diseñados para activar el sistema de apego al poner al niño ante diversas situaciones de temor, separación, reencuentro y relaciones familiares. La noción subyacente a estos métodos es que las representaciones mentales inferidas, obtenidas a través de esas historias, proporcionarían una representación precisa de los MOI de los niños. Las representaciones de apego de los niños se infieren de sus expresiones verbales y respuestas no verbales, aplicando sistemas de codificación específicos para varias dimensiones de comportamiento, contenido y estilo narrativos. Luego se combinan las puntuaciones en las escalas de codificación para obtener una clasificación de los patrones de apego (A: evitativo inseguro; B: seguro; C: ambivalente inseguro; y D: desorganizado). La guía NICE (29) recomienda

el uso del *Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)* para edades entre 4-8 años (30) por su buena confiabilidad entre evaluadores y la estabilidad de patrones de apego a lo largo del tiempo. La técnica provee una buena entrada al mundo representacional interno de apego de los niños (no lo que hacen, sino cómo piensan acerca de lo que hacen), además, ofrece potencial para detectar las pérdidas no resueltas y el trauma. Una fortaleza es que obtiene material muy rico en circunstancias particulares como es el caso de los niños adoptados.

En los chicos inseguros el nivel de estrés es suficiente para evidenciar lo que Bowlby definió como exclusión defensiva (*defensive exclusion*). Mediante la exclusión defensiva la persona, de forma deliberada o inconsciente, distorsiona u omite información que, si fuera psicológicamente asequible, ocasionaría un sufrimiento difícil de tolerar (31). La exclusión defensiva toma la forma de “desactivación” parcial del sistema de apego, por ejemplo, disminuyendo la intensidad emocional de una determinada información relacionada con el apego desviando su atención hacia un tipo de actividades que nada tiene que ver con el problema. También puede manifestar “desconexión cognitiva”; que consiste en escindir los sentimientos intensos de su fuente. El niño entonces muestra emociones fuertes como miedo o ira, pero desvinculados de la causa del problema. Una tercera forma de defensa sería “el sistema segregado” que consiste en un intento de excluir de la conciencia el recuerdo de las experiencias traumáticas. Cuando se rompe dicha segregación, el niño exhibe síntomas de trastorno de estrés postraumático, como evitación conductual e intensos sentimientos de miedo. La evitación se infiere, por ejemplo, cuando el chico se aleja del lugar de juego o pone a su muñeco a dormir. Los desbordamientos emocionales se observan en el juego, por ejemplo, en forma de “fantasías catastróficas”. En el apego B, la exclusión defensiva es menos pronunciada y la mente está más dispuesta a integrar, más que a distorsionar la información cognitiva y afectivamente. Aquí sobresale la coherencia narrativa mientras que el tipo C y A se observan varias formas de incoherencia narrativa.

### *The Friends and Family Interview*

La infancia media es la edad menos estudiada desde el punto de vista del apego por todos los desafíos que presenta. A esta edad y en la adolescencia temprana la investigación sobre el desarrollo de los esquemas cognitivos sugiere que están todavía en desarrollo e influenciados por nuevas experiencias. Solo más tarde, en la adolescencia, estos esquemas cristalizan y condicionan las respuestas de los individuos a las señales de contexto (32).

Los adolescentes desarrollan habilidades metacognitivas para comprobar sus propios estados mentales, y para reconocer los aspectos positivos y negativos de las relaciones con los padres. Además, las relaciones con otros fuera de la familia son mucho más importantes. Debido a estos cambios, la niñez media y la adolescencia se podrían considerar como un periodo de transformación potencial del nivel de representaciones mentales.

La *Friends and family Interview* -FFI o Entrevista de los Amigos y la Familia (33) es una entrevista semi-estructurada que evalúa las representaciones del apego en niños y adolescentes entre 9-16 años. Se pregunta sobre el punto de vista del joven a partir de episodios concretos. Además, se centra no sólo en las relaciones del entrevistado con sus padres, sino también con sus amigos y hermanos y considera la representación acerca de uno mismo (34). Al igual que el AAI, la FFI está basada en el estilo del discurso más que en los contenidos positivos o negativos y captura las diferencias individuales en las representaciones del apego. Se centra en las máximas narrativas de Grice (35) sobre un diálogo cooperativo, para evaluar la coherencia del discurso que se resume así:

- Calidad: ser sincero y evidenciar lo que se dice (este principio no se cumple cuando la persona está siendo imprecisa, o muestra contradicciones lógicas, con oscilaciones rápidas de puntos de vista).
- Cantidad: Conciso y aún completo (este principio no se cumple cuando la persona da más información de la que se necesita).
- Relevancia: relevante al tema que se está tratando (este principio no se cumple cuando la persona

pierde el hilo, introduce experiencias personales o salta del pasado al presente).

- Forma: Ser claro y ordenado (en general no se cumple cuando la persona utiliza jerga, muletillas, frases seguidas sin nexo).

La FFI consta de 26 preguntas y la puntuación de cada pregunta oscila entre 0 (no hay evidencia) y 3 (marcada evidencia). La puntuación de las preguntas permite evaluar las 6 subescalas (Coherencia, Metacognición o Función Reflexiva, Evidencia de disponibilidad de una base segura, Evidencia de autoestima, Relaciones con los pares y Ansiedades y defensas) y obtener una clasificación final de la función reflexiva. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 3 (33). Es interesante señalar que la subescala de Función reflexiva tiene en cuenta los siguientes aspectos (36):

- Perspectiva del desarrollo: evalúa la capacidad del entrevistado de tener una perspectiva mental y emocional de ciclo vital, es decir, si es capaz de contrastar los pensamientos y sentimientos que tiene en la actualidad sobre las relaciones importantes de su vida o la visión de sí mismo actuales con las que tenía en el pasado.
- Si expresa la importancia del apego, es decir, si es capaz o no de reconocer su dependencia de sus figuras de apego en el pasado, presente o futuro.
- Teoría de la mente, en qué medida asume la perspectiva mental y emocional de los otros como la madre, el padre u otra figura.
- Diversidad de sentimientos: la habilidad de comprender los diferentes sentimientos, positivos y negativos hacia sus figuras significativas y hacia sí mismo.

### **Entrevista del apego adulto (*Adult Attachment Interview-Aai*)**

Incluimos la AAI (3) o Entrevista del Apego Adulto ya que, aunque se aplica fundamentalmente en adultos, puede aplicarse también a partir de los 15 años (37) y está traducida al español (38). Tiene una gran relevancia al tratarse de la prueba *gold standard* en adultos (10,11,39), y ha servido para el desarrollo de otros procedimientos.

La AAI es una entrevista semi-estructurada creada para evocar pensamientos, sentimientos y recuerdos sobre experiencias tempranas de apego y evaluar el estado mental del individuo respecto del apego. El periodo de tiempo que se califica es desde la temprana infancia hasta los 14 años. El protocolo dura unos 45-70 minutos. Se entrevista al adulto sobre su visión general de las relaciones con cada padre o figura de apego. Se le piden 5 adjetivos que describan sus relaciones con cada uno de sus padres durante la infancia y después recuerdos concretos que sustenten dichos adjetivos. Se les pregunta si se sintieron más cercanos a alguno de sus padres y porqué, si se sintieron alguna vez rechazados, si sus padres fueron amenazantes, y la razón de este comportamiento por parte de sus padres. También se les pregunta por cada una de las pérdidas importantes. Se presta especial atención a las contradicciones, o a los fallos e incoherencias que pueda tener el entrevistado cuando se le piden recuerdos concretos que ejemplifiquen sus afirmaciones (3).

El sistema de codificación requiere que se graben las entrevistas y se transcriban literalmente. La evaluación no se basa tanto en el contenido de los sucesos vitales relatados, como en la forma de narrarlos. Mary Main se basó en las máximas de Grice señaladas anteriormente (35). En menor medida, se valoran cinco escalas de conductas parentales referidas a la infancia: conducta parental amorosa, conducta parental de rechazo, de negligencia, envolvente/inversión de roles y presión para el logro. Cada una de estas escalas se evalúan para el padre y la madre separadamente. La valoración de las probables experiencias narradas, se hacen sobre la transcripción completa, teniendo en cuenta el discurso como un todo, no sobre la respuesta de la persona a una pregunta del entrevistador en particular, por ejemplo, una afirmación de que el padre no era rechazante puede ser contradicha durante la entrevista.

Los estados de la mente en relación al apego son:

- Seguro (F): Manifiesta libertad para explorar pensamientos y sentimientos durante la entrevista, lo que se traduce en una alta coherencia de su discurso (cumple las 4 máximas de Grice). Es consciente de las experiencias con los padres y el efecto de estas experiencias en el estado presente

del paciente, es decir cómo han influido en su desarrollo. La entrevista es abierta, directa y cooperativa incluso cuando los recuerdos son difíciles de compartir.

- Descartante del apego (Ds- *Dismissing*): Se asocia con narrativas sucintas, respuestas breves y silencios que justifican por falta de memoria, de manera que producen la impresión de ocultar consciente o inconscientemente información sobre sus experiencias de apego. No cumplen con la máxima de calidad de Grice. Minimiza la importancia del apego en sus relaciones actuales y pasadas y se ven a sí mismos como autosuficientes.
- Preocupado (E): El relato denota confusión, el discurso abundante y con oscilaciones entre experiencias pasadas y presentes, expresa una alta emocionalidad. A veces son incapaces de establecer una caracterización consistente de la figura de apego y oscilan entre evaluaciones positivas y negativas. Con frecuencia expresan enfado con sus figuras de apego infantiles, enfado que persiste en la actualidad. En general su lenguaje parece confuso, poco claro y vago. Pueden perder el hilo en detalles irrelevantes. No cumplirían con la máxima de cantidad, relevancia y forma de Grice.
- Desorganizados/desorientados (Ud): desorganización y / o desorientación del pensamiento o del discurso. Muestran lapsus importantes en el razonamiento o en el discurso durante la narración de eventos traumáticos y pérdidas. Hay que señalar que esta es una dimensión complementaria, de forma que primero se clasifican los 3 patrones principales y en una segunda vuelta que se clasifican como organizados o desorganizados. De forma por ejemplo que sería Descartante – Desorganizado.

En una revisión de 10.000 AAI en población general (40) se observaron un 50% de patrones seguros, 24% descartantes, 11% preocupados y 15% desorganizados. Cuando sólo se consideraron los patrones organizados, los porcentajes fueron 58% (F), 28% (Ds), 15% (E). En poblaciones clínicas los porcentajes de apego desorganizado aumentan, se encontraron un 21% seguros, 23% descartantes, 13%

preocupados y 43% desorganizados. Al considerar sólo los patrones organizados, los porcentajes en población clínica fueron 27% (F), 37% (Ds), 37% (E). El apego desorganizado llega al 80% en poblaciones maltratadas (41).

### *Child Attachment Interview (CAI)*

En el intento de adaptar la AAI al desarrollo del niño para poder diferenciar las limitaciones propias del desarrollo expresado a través de una narrativa empobrecida, de lo que es una estrategia evitativa, se desarrolló la *Child Attachment Interview- CAI* (42,43). Tiene las mejores propiedades psicométricas de entrevistas y medidas proyectivas de la infancia media (26, 44, 45). Todavía no está validada al español. Las investigaciones sugieren que la entrevista funciona con niños de 7 a 13 años.

Es una entrevista semiestructurada de 19 preguntas basadas en el AAI que incluye preguntas sobre las experiencias de los niños con los recuerdos y las percepciones de sus cuidadores en situaciones en las que se presupone que el sistema de apego está activado (por ejemplo, malestar emocional, enfermedad, lesión, separación). Al igual que con otras entrevistas, se graba en vídeo para su codificación. Debido a la limitada capacidad de atención de los niños, la entrevista es más corta,

además se centra en eventos o episodios recientes en lugar de experiencias de apego tempranas. Por último, incluye preguntas relacionadas con conflictos, autoestima y autoconcepto que son muy relevantes a esta edad.

### **Dibujos**

Entre los 5 y los 9 años los dibujos son una herramienta muy útil en la consulta clínica, tanto para establecer contacto con el niño, como para observar algunos rasgos de su funcionamiento y del ambiente tal como lo percibe. Kaplan & Main (46) fueron los primeros que sugirieron que los dibujos de los niños podían ser una forma de apreciar las representaciones de apego. Estudiaron las características de los dibujos de la familia en niños de 5 a 7 años y propusieron una serie de indicadores. Posteriormente Fury, Carlson y Sroufe (47) aplicaron dichos indicadores gráficos y los ampliaron, estableciendo nuevos indicadores específicos e indicadores globales en los diferentes patrones de apego. Fury utiliza la consigna habitual del dibujo de la Familia: 'Dibuja tu familia'; mientras que Madigan utiliza la consigna de la Familia Kinética: 'Dibuja tu familia haciendo algo'. Los resultados del estudio de Madigan dieron como resultado las siguientes escalas en función de los prototipos de apego (48).

**Tabla 3.** Escalas en función de los prototipos de apego.

Escala	Descripción	Prototipo de apego
<b>Vitalidad / Creatividad</b>	Investidura emocional en los dibujos reflejada en el embellecimiento de los detalles y creatividad	Seguro
<b>Orgullo familiar</b>	Características generales del dibujo muestran que el niño siente que pertenece a un grupo familiar y se siente feliz de pertenecer a él. Expresiones de afecto positivo en las caras, colores vivos, dinámico	Seguro
<b>Vulnerabilidad</b>	Vulnerabilidad reflejada también en las distorsiones de las medidas, la colocación de las figuras en la página y exageración de las partes del cuerpo.	Resistente
<b>Rol invertido</b>	Sugerencia de rol invertido que se deduce de las relaciones de tamaño o roles adjudicados a las figuras dibujadas.	Resistente
<b>Distancia emocional</b>	Soledad reflejada en expresiones de ira disfrazada de cólera-ira-furia, afecto neutral o negativo, distancia entre la madre y el niño.	Evitativo
<b>Tensión / Cólera</b>	Tensión o ira inferidas de figuras que aparecen constreñidas, cerradas, sin color o detalles, aparentemente poco cuidadas o garabateadas o tachadas.	Evitativo
<b>Patología general</b>	El grado de negatividad basado en aquellos elementos que reflejan en general una mala organización, figuras incompletas, uso del color o detalles.	Inseguro

Los datos de los estudios realizados hasta ahora sugieren que la validación de estas medidas es todavía incompleta, dado que el nivel de abstracción necesario para la expresión de una representación de apego, el nivel cognitivo y de lenguaje puede influir en la calidad de sus dibujos, por tanto, no conviene tomar estos indicadores como medidas absolutas de los estilos de apego (49).

## MÉTODOS DE OBSERVACIÓN DE LAS INTERACCIONES DIÁDICAS

### *Care-index*

El niño con una conducta de apego seguro en la SS, tiene experiencias interactivas de una madre sensible que acoge su ansiedad y temor y es capaz de calmarle, además confía en que no se marchará de forma inesperada. Estas experiencias generan una confianza básica en su figura de apego. La sensibilidad de la madre es fundamental para entender las señales del niño y tranquilizarle y tienen un impacto positivo en el patrón de apego del bebé (50).

Patricia Crittenden desarrolló el *CARE-Index* (51) bajo la dirección de Mary Ainsworth junto a la asistencia de John Bowlby. Se basa en el modelo dinámico-madurativo que ella desarrolló (*Dynamic-Maturation Model-DMM*) (52) para poder distinguir si la conducta de apego en niños maltratados correspondía a vínculos de apego desorganizados, o más bien se trataba de niños organizados que respondían a una amenaza extrema (53). Bajo esta mirada, los patrones de apego se entienden como estrategias organizadas para maximizar la autoprotección bajo peligro y amenazas. Esta técnica, a diferencia de la situación extraña, ofrece más información de la contribución de los padres en las estrategias de los niños. Por esta razón, cobra gran importancia pues permite planificar mejor las intervenciones. Como la técnica está destinada a evaluar la interacción, la conducta de cada uno se codifica desde la perspectiva del otro. Se ha validado en diferentes culturas y se ha usado con gran variedad de muestras, incluyendo madres abusivas o con trastorno mental (14).

Se trata de un método para valorar la sincronía de la diada, esto es, el baile interactivo entre el padre y el niño o la calidad de la interacción. Esta valoración permite detectar el riesgo de las relaciones y en el desarrollo, así como ofrecer una guía de intervención y valorar las consecuencias de las intervenciones. Tiene dos versiones, la de niños hasta los 15 meses y la versión preescolares de 16-48 meses.

El sistema de codificación se centra en 7 aspectos de la conducta del adulto y del niño, cuatro evalúan afecto (expresión facial, expresión vocal, contacto corporal y posición, expresión del afecto) y tres evalúan la cognición, entendida como orden temporal y contingencias interpersonales (toma de turnos, control de la actividad y desarrollo apropiado de la actividad). Cada aspecto se evalúa separadamente para el adulto y el niño. Se generan tres escalas para el adulto (sensibilidad, control y falta de respuesta) y 4 escalas para el niño hasta los 15 meses: cooperación, compulsividad, dificultad y pasividad para el niño, y 4 escalas para el niño en edad preescolar: cooperación, compulsividad, amenaza y conducta coercitiva de desarme (*disarming coercive conduct*) (51). El *CARE-Index* incorpora el concepto de reparación de Tronick (54), que sería la habilidad de la diada para reparar rupturas de la interacción.

La codificación se centra en los estados y procesos por el que el adulto y el niño crean una sincronía diádica, contingencias cognitivas (respuesta a las señales del otro) y sintonización afectiva (la habilidad de la madre de captar y reflejar los sentimientos del niño).

### **Cuestionarios**

A diferencia de los métodos categoriales, los cuestionarios evalúan los estilos de apego de forma dimensional, de manera que el resultado de un cuestionario es un perfil de puntuaciones de las variables de apego, lo que recoge mejor la naturaleza del fenómeno (8). La persona evalúa sus cogniciones sobre sus relaciones de apego. Además, los cuestionarios son más sencillos y rápidos de aplicar, lo que los hace más útiles en la práctica clínica y la investigación, ya que permite recoger mejor la covariación con otras medidas. Como

desventaja hay que señalar que los cuestionarios no recogen tan rigurosamente la naturaleza del apego en comparación con las entrevistas que permiten una comprensión clínica más profunda (8). Mientras que el AAI se centra en aspectos menos conscientes de los modelos representacionales de apego, los cuestionarios evalúan aspectos más conscientes, incluyendo actitudes, sentimientos y conductas referidos a relaciones íntimas específicas (55). La principal dificultad con los cuestionarios es la escasez de cuestionarios de apego para adolescentes validados en población española. A continuación, presentamos 2 cuestionarios que tienen buenas cualidades psicométricas según revisiones sistemáticas recientes (26, 56) el *Postpartum Bonding Questionnaire* y el *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA), y dos cuestionarios más: el *Parental Bonding instrument* por su extensivo uso en población con trastorno mental (57) y el *CamiR-r* (58) por la capacidad que tiene de obtener también una estimación categorial del vínculo de apego.

### *Postpartum Bonding Questionnaire*

Dentro de las medidas auto-aplicadas del apego parento-filial durante el embarazo y los dos primeros años de vida destaca el *Postpartum Bonding Questionnaire* -PBQ o Test del Vínculo en el Postparto (59) como el de mejores propiedades psicométricas (56). El PBQ tiene 25 afirmaciones, cada una seguida de seis respuestas alternativas que van desde “siempre” a “nunca”. Respuestas positivas como “Me gusta jugar con mi bebé”, se puntúan desde cero (siempre) a 5 (nunca). Respuestas negativas, como “Yo tengo miedo de mi bebé”, se puntúan de 5 (siempre) a cero (nunca). Las puntuaciones se suman para cada factor, una puntuación alta indica patología. Los resultados no aparecen dentro de las categorías del apego, sino dentro de la calidad de las relaciones tempranas madre-hijo o vínculo emocional (*bonding*) que son: trastorno leve (madres experimentan retraso en el inicio, ambivalencia o pérdida de la respuesta emocional materna al bebé); ansiedad centrada en el bebé; ira patológica; amenaza de rechazo; rechazo establecido. El instrumento ha sido validado al español (60).

**Tabla 4.** Cualidades psicométricas de los cuestionarios de apego validados en español.

Cuestionario	Fiabilidad (reliability) (Test-retest. Alfa de Crombach)	Nº de ítems	Validez convergente (Consistencia interna)	Versión española
Postpartum Bonding Instrument	$\alpha = 0,90$ para el factor general (PBQ score total) $\alpha = 0,56-0,85$ para los primarios 4 factores	25 ítems calificados por la madre	Alta correlación entre los factores = 0,43- 0,67 en la muestra total	García-Esteve (60)
Inventory of Parent and Peer Attachment- R (IPPAR-R)	Escala de madre: $\alpha = 0,87$ Escala del padre. $\alpha = 0,89$ Escala de los iguales $\alpha = 0,92$	75 ítems	Escala madre 0,96 Escala padre 0,96 Escala de los iguales 0,96	Delgado (62)
Parental Bonding Instrument	Afecto/rechazo. Madre $\alpha = 0,76$ ; Padre $\alpha = 0,82$ Sobreprotección /estimulo de autonomía. Madre, $\alpha = 0,70$ ; Padre, $\alpha = 0,72$	50 ítems: 25 del padre 25 ítems de la madre	No accesible	Ballus- Creus (64)
Cuestionario de Modelos Internos de Relación-reducido- CamiR-r	Seguridad. $\alpha = 0,70$ Interferencia. $\alpha = 0,57$ Autosuficiencia. $\alpha = 0,64$ Traumatismo infantil. $\alpha = 0,77$	32 ítems	Seguridad. $\alpha = 0,85$ Interferencia. $\alpha = 0,60$ Autosuficiencia. $\alpha = 0,60$ Traumatismo infantil. $\alpha = 0,80$	Balluerka-Lacasa (58)

### *Inventory of Parent and Peer Attachment*

El *Inventory of Parent and Peer Attachment* – IPPA o Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) de Armsden y Greenberg (61) está diseñado específicamente para adolescentes (12-19 años). Evalúa las relaciones del adolescente con sus progenitores y compañeros, en particular el grado en que estas figuras pueden servir como fuente de seguridad psicológica. Ha demostrado una validez de constructo adecuada en un número relativamente grande de estudios en comparación con otros cuestionarios (26). El cuestionario original proporciona una estimación de los tres estilos de apego, a partir de la evaluación de tres grandes dimensiones:

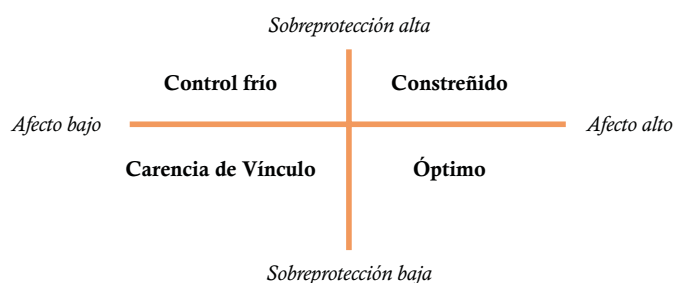
- Confianza: comprensión parental, respeto, confianza mutua y confianza hacia los compañeros.
- Comunicación: calidad de la comunicación verbal con los padres y calidad percibida de la comunicación.
- Alienación: sentimientos de alienación y aislamiento hacia los padres - alienación de los amigos, pero con el reconocimiento de su necesidad de cercanía.

La validez al español muestra evidencias a favor de la solidez de la estructura de esta medida y consigue replicar fielmente la estructura teórica original (62). Buenas características psicométricas. [Tabla 4](#).

### *Parental Bonding Instrument*

El *Parental Bonding Instrument*- PBI (63) o el Instrumento de vinculación parental, evalúa el vínculo de apego a partir de dos dimensiones: Afecto/cuidado y sobreprotección de los padres. Posee buenas cualidades psicométricas ([tabla 4](#)) y está validado al español con buenos resultados (64). El PBI es un instrumento muy válido para evaluar la percepción del adolescente en relación con el apego, tanto en población sana como en población con algún tipo de trastorno mental (57). En este instrumento se pregunta al adolescente por el recuerdo que tiene sobre las relaciones con su padre y con su madre durante la infancia. Está formado por 25 ítems referidos al padre y otros 25 referidos a la madre,

que se agrupan en dos dimensiones: Afecto versus Rechazo y Sobreprotección versus estimulación de la Autonomía. Combinando estas dos dimensiones se construye la siguiente tipología (ver [Figura 1](#)): vínculo óptimo (baja sobreprotección y alto cariño), carencia de vínculo (baja sobreprotección y poco afecto), vínculo constreñido (alta sobreprotección y alto cariño) y control frío (alta sobreprotección sin cariño).



**Figura 1.** Tipología vínculo en escala Parent Bonding Instrument.

### **Cuestionario de Modelos Internos de Relación - Reducido (CAMIR-R)**

El CamiR-r (Cuestionario de Modelos Internos de Relación- reducido) es un cuestionario que mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar. Fue validado en adolescentes de 14 a 19 años (58, 65). Consta de 32 ítems que el participante responde en una escala tipo *likert* de 5 puntos y se responde en 15-20 minutos. Tiene adecuadas propiedades psicométricas ([tabla 4](#)). La estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones o escalas que explican, en conjunto, el 52,97% de la varianza total, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego., Interferencia de los padres, Preocupación familiar, Autosuficiencia y rencor contra los padres y Traumatismo infantil) y dos a la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental). De las escalas de apego, la primera evalúa el apego seguro y las demás diferentes dimensiones del apego inseguro. El cuestionario permite obtener puntuaciones dimensionales de las diferentes escalas, pero también se puede obtener la estimación categorial del estilo de apego de la persona, a partir de la aplicación del concepto de estrategia primaria y secundaria de apego de Mary Main. Las personas

54

nacemos con la predisposición primaria a vincularnos de manera segura con una figura de apego, de forma que cuando esta estrategia primaria no es eficaz para recuperar el contacto con la figura de apego y recuperar la homeostasis, se activa la estrategia secundaria que tiene dos polos, el apego preocupado o el evitativo. En el CamiR-r esto se aplica evaluando en primer lugar la escala de seguridad (estrategia primaria), si es alta se considera que el apego es seguro, si es baja, se infiere que es inseguro y entonces se evalúa que tipo de inseguridad (escalas inseguras). [Tabla 4](#).

## CONCLUSIÓN

El apego es una de las líneas evolutivas más importantes que configuran el desarrollo humano. Muchos mecanismos considerados como patológicos recobran un nuevo significado al ser vistos como formas evolutivas de adaptación a ambientes disfuncionales. En consecuencia, la evaluación del apego en la práctica clínica infantojuvenil no solo enriquece el diagnóstico y el tratamiento terapéutico, sino que permite visualizar aspectos evolutivos y relacionales, que de otra manera quedarían ocultos.

Aspectos como representación de uno mismo, diversidad representativa, patrones relacionales, sostén parental, interferencias parentales etc. añaden información singular a la forma de conceptualizar las dificultades y patologías del menor. Sin mencionar que la evaluación del apego, especialmente mediante observación tanto de la conducta de apego como de los modelos operativos internos pueden resultar un método muy eficaz y respetuosos de detectar las pérdidas no resueltas y el trauma en los menores.

Además, la evaluación de la calidad del sistema apego puede aportar información sobre la capacidad de resiliencia del niño, es decir su capacidad para afrontar situaciones estresantes y recuperarse o, por el contrario, puede aportar información sobre el riesgo añadido, sobre todo si se trata de un apego desorganizado. Ofrece aspectos importantes del desarrollo íntimamente asociados al apego, como la autonomía y la competencia social. Y además aporta información indirecta sobre el sistema de cuidados parentales, con el que se correlaciona positivamente.

Finalmente, hay que señalar que los patrones de apego pueden servir de guía en los abordajes

terapéuticos, tanto a nivel individual, por ejemplo, cuando el terapeuta tiene en cuenta las particularidades de la regulación emocional del niño o su autoestima o sus creencias a cerca de los demás, como a nivel familiar, por ejemplo, cuando el terapeuta, tiene en cuenta los estilos relacionales familiares.

Sigue existiendo sin embargo vacíos importantes en la evaluación del apego, y se hace necesario seguir con la investigación de métodos más precisos adaptados al desarrollo, además de incluir otros constructos para mejorar el conocimiento de la psicopatología del desarrollo.

## REFERENCIAS

1. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3): 511-24.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
2. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
3. Main M, Goldwyn R. *Adult Attachment Rating and Classification Systems, Version 7.0;* 1998. University of California at Berkeley.
4. Stein H, Koontz AD, Fonagy P, Allen JG, Fultz J, Brethour JR, et al. Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2002 ;75(1): 77-91.  
<https://doi.org/10.1348/147608302169562>
5. Cassidy J. The nature of the child's ties. En: Cassidy J, Shaver p, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 3rd Ed- New York: The Guilford Press; 2016. p. 3-24.
6. Steele H, Steele M, Fonagy P. Associations among Attachment Classifications of Mothers, Fathers, and Their Infants. *Child Development.* 1996;67(2): 541-555. <https://doi.org/10.2307/1131831>
7. Kobak R. Attachment disruptions, Reparative Processes, and Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications. En: Cassidy J, Shaver p, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2016. p. 25-39.





8. Martínez C, Santelices MP. Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psyche* (Santiago). 2005;14(1): 181-191.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-222820050001000280>
9. Fraley RC, Spieker SJ. Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*. 2003;39(3): 387-404.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.387>
10. Roisman GI, Fraley RC, Belsky J. A taxometric study of the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*. 2007;43(3): 675-686.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.675>
11. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*. 1993 Sep;29(5).  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.5.870>
12. Fraley RC, Roisman GI. The development of adult attachment styles: four lessons. *Current Opinion in Psychology*. 2019;25: 26-30.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.008>
13. Bosmans G, Kerns KA. Attachment in Middle Childhood: Progress and Prospects. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2015;2015(148): 1-14.  
<https://doi.org/10.1002/cad.20100>
14. Tryphonopoulos PD, Letourneau N, Ditommaso E. Attachment and caregiver-infant interaction: a review of observational-assessment tools. *Infant Mental Health Journal*. 2014;35(6): 642-656.  
<https://doi.org/10.1002/imhj.21461>
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 & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(5): 568-77.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00010>
16. Mangelsdorf SC, Plunkett JW, Dedrick CF, Berlin M, et al. Attachment security in very low birth weight infants. *Developmental Psychology*. 1996;32(5): 914-20.  
<https://doi.org/10.1037//0012-1649.32.5.914>
17. Van IJzendoorn MH. The cross-cultural validity of the strange situation from a Vygotskian perspective. *Behavioral and Brain Sciences*. 1986 ;9(3): 549-582.  
<https://doi.org/10.1017/S0140525X00047129>
18. Posada G, Jacobs A, Richmond MK, Carbonell OA, Alzate G, Bustamante, MR & Quiceno, J. Maternal caregiving and infant security in two cultures. *Developmental Psychology*. 2002;38(1), 67-78.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.1.67>
19. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En: *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: The University of Chicago Press; 1990. p. 121-60.
20. Waters E, Deane KE. Defining and Assessing Individual Differences in Attachment Relationships: Q-Methodology and the Organization of Behavior in Infancy and Early Childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985;50(1/2): 41-65. <https://doi.org/10.2307/3333826>
21. Sierra P, Carrasco, M A. Traducción Española del Attachment Questionnaire Set (AQS). Versión experimental no publicada. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); 2008.
22. van IJzendoorn MH, Vereijken CMJL, Bakermans-Kranenburg MJ, Marianne Riksen-Walraven J. Assessing Attachment Security with the Attachment Q Sort: Meta-Analytic Evidence for the Validity of the Observer AQS. *Child Development*. 2004;75(4): 1188-213.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00733.x>
23. Kalinauskiene L, Cekuoliene D, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Kusakovskaja I. Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: Care, Health and Development*. 2009;35(5): 613-23.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00962.x>
24. Biringen Z, Altenhofen S, Aberle J, Baker M, Brosal A, Bennett S, et al. Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. *Development and Psychopathology*. 2012;24(1): 23-34.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579411000630>
25. Posada G, Gao Y, Wu F, Posada R, Tascon M, Schöelmerich A, et al. The secure-base

- phenomenon across cultures: children's behavior, mothers' preferences, and experts' concepts. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1995; 60(2-3): 27-48.  
<https://doi.org/10.1111/J.1540-5834.1995.TB00202.X>
26. Jewell T, Gardner T, Susi K, Watchorn K, Coopey E, Simic M, et al. Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*. 2019;68: 71-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.12.004>
  27. Jones JD, Fraley RC, Ehrlich KB, Stern JA, Lejuez CW, Shaver PR, et al. Stability of Attachment Style in Adolescence: An Empirical Test of Alternative Developmental Processes. *Child Development*. 2018;89(3): 871-80.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.12775>
  28. Farnfield S. From preschool to school age: Narrative story stems. In Farnfield S, Holmes P, editores. *The Routledge Handbook of Attachment: Assessment*. New York: Routledge; 2014. p. 81-101
  29. National Institute for Health and Care Excellence. *Children's Attachment. Attachment in children and young people who are adopted from care, in care, or at high risk of going into care*. NICE Guideline 26; 2015.
  30. Green J, Stanley C, Smith V, Goldwyn R. A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*. 2000;2(1): 48-70.  
<https://doi.org/10.1080/146167300361318>
  31. Reisz S, Duschinsky R, Siegel DJ. Disorganized attachment and defense: exploring John Bowlby's unpublished reflections. *Attachment & Human Development*. 2018;20(2):107-34.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1380055>
  32. Allen J. The multiple facets of attachment in adolescence. In Cassidy J, Shaver P, editores. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd Ed. New York: The Guilford Press; 2016. p. 399-414
  33. Steele H, Steele M. The construct of coherence as an indicator of attachment security in middle childhood. *The friends and family interview*. En: Kernsand KA, Richardson RA, editores. *Attachment in middle childhood*. New York: Guilford Press; 2005. p. 137-60.
  34. Kriss A, Steele H, Steele M. Measuring attachment and reflective functioning in early adolescence: An introduction to the friends and family interview. Vol. 15, *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*; 2012. p. 87-95.
  35. Grice H. Logic and conversation in Syntax and Semantics. En: Cole P, Morgan JL, editores. *Speech Acts*, volumen 3 of *Syntax and Semantics*. New York: Academic Press; 1975. p. 41-58.
  36. Tello C. *Relación entre función reflexiva y desarrollo de conductas agresivas en menores con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual*. [Tesis doctoral]. Lleida (España): Universitat de Lleida; 2013.
  37. Crowell J, Hauser S. Adult Attachment Interviews in a high-risk sample: Stability and relation to functioning from adolescence to 39 years. In Steele H, editor. *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*. New York: Guilford Press; 2008. p. 341-70.
  38. Gojman S, Millán S, Carlson E, González P, Guzmán, ME, Hernández, G, Rodarte LA, Sánchez F, Sánchez G. *La Entrevista de Apego Adulto en Español*. En Torres B, Causadias J, Posadas G, editores. *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid: Psimática; 2014. p. 177-201.
  39. Crowell JA, Waters E, Treboux D, O'Connor E, Colon-Downs C, Feider O, et al. Discriminant Validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*. 1996 Oct;67(5).  
<https://doi.org/10.2307/1131642>
  40. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*. 2009;11(3): 223-263.  
<https://doi.org/10.1080/14616730902814762>
  41. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*. 2010;22(1): 87-108.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>

42. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*. 2008;44(4): 939-56. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.939>
43. Target M, Fonagy P, Shmueli-Goetz Y. Attachment representations in school-age children: the development of the child attachment interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*. 2003;29(2). <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486421>
44. Zachrisson HD, Røysamb E, Oppedal B, Hauser ST. Factor structure of the Child Attachment Interview. *European Journal of Developmental Psychology*. 2011;8(6): 745-59. <https://doi.org/10.1080/17405629.2011.631293>
45. Borelli JL, Somers J, West JL, Coffey JK, de Los Reyes A, Shmueli-Goetz Y. Associations Between Attachment Narratives and Self-Report Measures of Attachment in Middle Childhood: Extending Evidence for the Validity of the Child Attachment Interview. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(4): 1235-46. <https://doi.org/10.1007/S10826-015-0310-8>
46. Kaplan N, Main M. Instructions for the classification of children's family drawings in terms of representation of attachment. Berkeley: University of California; 1986. Unpublished.
47. Fury G, Carlson EA, Sroufe LA. Children's Representations of Attachment Relationships in Family Drawings. *Child Development*. 1997;68(6): 1154-64.
48. Madigan S, Ladd M, Goldberg S. A picture is worth a thousand words: Children's representations of family as indicators of early attachment. *Attachment and Human Development*. 2003;5(1): 19-37. <https://doi.org/10.1080/1461673031000078652>
49. Solomon J, George C. The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. En: Cassidy J, Shaver P, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2016. p. 366-397
50. Crittenden PM. *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Willan: Cullompton; 2008.
51. Crittenden PM. CARE-Index. Infants. Coding Manual. Unpublished manuscript; 2010.
52. Crittenden PM. A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2006 ;27(2): 105-115. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x>
53. Farnfield S. A Modified Strange Situation Procedure for Use in Assessing Sibling Relationships and their Attachment to Carers. *Adoption & Fostering*. 2009;33(1): 4-17. <https://doi.org/10.1177/030857590903300102>
54. Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*. 1989;44(2). <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
55. Oliva Delgado A. Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*. 2011;8(2): 55-65.
56. Wittkowski A, Vatter S, Muhinyi A, Garrett C, Henderson M. Measuring bonding or attachment in the parent-infant-relationship: A systematic review of parent-report assessment measures, their psychometric properties and clinical utility. *Clinical Psychology Review*. 2020;82: 1-27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101906>
57. Cavedo LC, Parker G. Parental Bonding Instrument - Exploring for links between scores and obsessiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1994;29(2): 78-82.
58. Balluerka N, Lacasa F, Gorostiaga A, Muela A, Pierrehumbert B. Versión reducida del cuestionario Camir (Camir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*. 2011: 486-94.
59. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, et al. A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*. 2001;3(4): 133-140. <https://doi.org/10.1007/s007370170010>
60. Garcia-Esteve L, Torres A, Lasheras G, Palacios-Hernández B, Farré-Sender B, Subirà S, et al. Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Women's Mental Health*. 2016;19(2): 385-394. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0589-x>

61. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 1987;16(5): 427-54.  
<https://doi.org/10.1007/BF02202939>
62. Delgado L, Penelo E, Fornieles A, Brun-Gasca C, Ollé M. Factorial structure and internal consistency of the inventory of parent and peer attachment for adolescents (IPPA) Spanish version. *Universitas Psychologica*. 2016;15(1):327-38.
63. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979;52(1): 1-10.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
64. Ballús Creus C. Adaptación del parental Bonding Instrument en población barcelonesa. [Tesis doctoral]. No publicada, editor. Barcelona (España): Universitat Barcelona; 1991.
65. Lacasa F, Muela A. Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental Del Niño y Del Adolescente*. 2014;24: 83-93.

**H. Romero Escobar** <sup>1\*</sup>   
**S. Romero Escobar** <sup>2</sup> 

1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. CS San Vicente II.  
Hospital General Universitario de Alicante.

2 Clínica Romero-Escobar. Alicante.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

**H. Romero Escobar**  
Correo: [aljudit@gmail.com](mailto:aljudit@gmail.com)

---

*Importancia del apego y las relaciones  
vinculares en la terapia familiar*

*Importance of attachment and  
relationships in family therapy*

## RESUMEN

Este artículo en el que relacionamos apego y terapia familiar responde a una de las finalidades de la psicoterapia y ésta es fortalecer la vida mental. Para ello, los terapeutas debemos ofrecer un espacio de coherencia, responsabilidad y límites seguros que creen una base segura en las relaciones con los pacientes. Debemos tener en cuenta para ello que la familia tiene un papel fundamental en el desarrollo del individuo y que el ambiente familiar es el primer clima emocional en el que vive el niño. Con el fin de cumplir con el apoyo que debe darse entre los miembros de la familia, se generan distintas figuras de apego. Por todo ello nos centraremos primero en las relaciones de pareja y apego, sus distintos estilos, la elección de pareja y en los paralelismos entre estas relaciones románticas adultas y entre el bebé y sus cuidadores. En segundo lugar, nos hemos parado a analizar la parentalidad y el apego, evaluando las competencias parentales y señalando los indicadores de buenos tratos en padres e hijos haciendo también una breve aproximación a las particularidades que se dan en los procesos de adopción. En último lugar, daremos nuestra visión más práctica en el trabajo con familias concluyendo desde este mismo artículo la importancia que tiene desde nuestro punto de vista, abordar el vínculo no sólo en la familia sino entre ésta y los terapeutas.

**Palabras clave:** Apego, parentalidad, pareja, terapia familiar.

## ABSTRACT

This article, in which we relate attachment and family therapy, responds to one of the purposes of psychotherapy, which is to strengthen mental life. To do this, therapists must create a space of coherence, responsibility and safe limits that creates a secure base in the relationships with patients. We must take into account that the family has an essential role in the development of the individual and that the family environment is the first emotional climate in which the child lives. In order to fulfil the support that must be given between family members, different figures of attachment are generated. For this reason, we will first focus on couple and attachment relationships, their different styles, the choice of partner and the parallels between these romantic adult relationships and between the baby and his or her caregivers. Secondly, we have analysed parenthood and attachment by evaluating parental skills and pointing out the indicators of good treatment of parents and children, also making a brief approach to the particularities of the adoption process. Finally, we will give our more practical view of the work with families, concluding the importance, from our point of view, of addressing attachment not only inside the family members but also between the family and the therapists.

**Keywords:** Attachment, parenthood, couple, family therapy.

## INTRODUCCIÓN

Una de las finalidades de la psicoterapia es fortalecer la vida mental, es decir, llegar a reconocerse psicológicamente y saber distinguir entre los propios sentimientos y los ajenos. Los terapeutas deben crear algunos parámetros tales como coherencia, fiabilidad, responsabilidad, límites firmes para crear una base segura en sus relaciones con los pacientes, de forma que la terapia sea internalizada como un lugar en el que el paciente pueda acudir cuando lo necesite. La familia como grupo primario de pertenencia, establece lazos afectivos y enseña valores y costumbres, jugando un papel importante en el desarrollo del individuo (1). A través del grupo familiar y su ambiente, el niño es introducido en otros grupos sociales y culturales en los que la familia está inmersa.

El apego fue descrito inicialmente por John Bowlby, psicoanalista inglés conocido por su interés en el desarrollo infantil y su investigación pionera en la teoría del apego.

Bowlby, psicoanalista inglés y muy interesado en el desarrollo infantil y en las relaciones de apego, escribió "Cuidado Maternal y Salud Mental" donde exponía su teoría de la "Necesidad Maternal". Por un mecanismo, que vio muy similar al *imprinting* describió el proceso por el cual el bebé desarrolla un firme apego o unión a su madre dentro de los primeros seis meses de vida que si se rompe puede ocasionar serias consecuencias.

El apego entendido como un modelo interno donde se forman las creencias de uno mismo, de los otros y del mundo social, acaba conformando a lo largo de la vida del individuo sus relaciones íntimas (2).

La función principal de la familia es crear una base segura a través de la cual el individuo accede a su desarrollo socioemocional y cognitivo. Los dos factores que Byng-Hall (3) asocia con "una base segura familiar" son:

- Una de las prioridades en la familia es crear una conciencia compartida entre todos los miembros, de que las relaciones de apego y el cuidado de los demás son importantes.
- Este cuidado y apoyo hacia los demás debe ser mutuo.

Con la finalidad de cumplir este apoyo entre los miembros de la familia se generan distintas

figuras de apego. Culturalmente, la madre ocupa el papel principal, siendo el resto de los miembros que participan en la crianza, figuras subsidiarias de apego. Está demostrado que existe una transmisión transgeneracional de los patrones de apego.

Las investigaciones sobre la transmisión intergeneracional del apego han asociado fuertemente los patrones de apego de los padres con los patrones de apego infantiles. La evidencia ha mostrado que la sensibilidad de los padres es un importante precursor del apego seguro infantil (2).

Bowlby (2) estudió los patrones de interacciones familiares involucrados tanto en el desarrollo sano como en el patológico. Focalizó su atención en cómo las dificultades de apego se transmitían de una generación a otra. Esto ocurre en la mayoría de los casos, sin embargo, hay una minoría que tratará de variar este patrón, lo cual nos demuestra que el cambio es posible. Los intentos de no repetir lo que los padres consideran errores cometidos por sus progenitores se conocen como guiones corregidos de padres. El desarrollo de los modelos relacionales y comunicacionales se ve influido por la intersección entre la teoría del apego y el enfoque familiar (22). Por ello, en esta revisión nos centraremos en el trabajo del vínculo desde la creación de la pareja y/o de la familia, incluyendo las relaciones entre padres e hijos.

Sobre la parentalidad nos centraremos en establecer, siempre desde la visión de la teoría del apego, las competencias parentales y las particularidades que se dan en los procesos de adopción. Por último, hemos analizado una serie de puntos que tienen que ver con nuestra práctica profesional en el trabajo con las familias.

El objetivo principal de este artículo es hacer un pequeño recorrido por la teoría del apego en el proceso terapéutico, partiendo de la elección y creación de la pareja y continuando por la formación del vínculo en la familia, explicando además brevemente algunas de las particularidades de la adopción. Se trata pues de un acercamiento a las relaciones vinculares desde la teoría del apego, y cómo esto nos ayuda en la práctica de la terapia familiar.

El objetivo de este artículo sería, aprovechando la revisión de los conceptos que consideramos más importantes de la teoría del apego, subrayar la

relevancia en la práctica diaria de la terapia en general y de la terapia de pareja y familiar en particular, centrándonos en los siguientes aspectos: las relaciones de pareja y apego, parentalidad y apego, apego y adopción y finalmente terapia familiar y apego.

## RELACIONES DE PAREJA Y APEGO

Ainsworth en 1970 señaló la importancia del apego en las relaciones adultas. El apego facilita el desarrollo personal y supone vínculos de seguridad y pertenencia, todos ellos elementos necesarios en las relaciones (4).

Desde la teoría del apego los teóricos plantean que las relaciones iniciales entre padres e hijos van a determinar las relaciones amorosas de la adultez, por ello se piensa que el apego tiende a mantenerse estable a lo largo de toda la vida (5).

Cuando se tiene un apego seguro, un individuo, tenga o no pareja estable, puede tener organizada una vida emocional, social y afectiva. El que tiene un apego ambivalente, al ser una persona más insegura, cuando establece una relación de pareja, tiene cambios emocionales, es ambivalente ya que duda de su propia valía y por ello, suele demandar continuamente la aprobación y la confirmación. El individuo evitativo, en caso de establecer alguna relación, evita emociones fuertes, incluso siendo estas positivas. Con todo ello, trata de evitar la intimidad por el miedo que tienen a la misma.

El vínculo que se crea en las relaciones de pareja debería ser simétrico, esto supone que ambos miembros de la pareja deben representar para el otro tanto su figura de apego como la de cuidador. Nuestro estilo de apego afecta a casi todo, desde nuestra elección de amigos hasta la elección de pareja. Centrándonos en uno de los objetivos de este artículo, teniendo en cuenta esto último, vamos a exponer cómo se forjan las parejas desde el prisma de la teoría del apego, marco referencial de todo el artículo.

### Los estilos de apego en la pareja

En el estilo de apego seguro, los miembros de la pareja no tienen miedo a la intimidad, cuentan con el apoyo de los demás y están seguros de ser valorados y amados. Además, tienden a ser empáticos, aunque

tengan que establecer límites cuando sea necesario (6,7).

En el estilo de apego inseguro o disfuncional, distinguimos dos subtipos:

- *Relación de pareja ansioso-dependiente:* estos sujetos sienten que deben estar con sus parejas en todo momento para poder sentirse seguros y tranquilos. Tienen un profundo deseo de cercanía, dependencia y una desmesurada preocupación y miedo al rechazo. Estas relaciones se caracterizan por celos, bajos niveles de confianza e insatisfacción mutua.
- *Relación de pareja ansioso-evitativa:* los adultos valoran por encima de todo su independencia y autosuficiencia. Sus relaciones se caracterizan por tener bajo nivel de compromiso, confianza y complicidad. Realmente muchos de ellos desean relaciones mucho más cercanas, pero su miedo al rechazo es tal que hasta pueden llegar a sabotear las relaciones en las que se encuentran. (8-12).

**Tabla 1.** Modificado del modelo de Clasificación del Apego de Bartholomew (13).

+	Modelo de uno mismo	
	+	-
Modelo de otro	SEGURO confortable, intimidad y autonomía	PREOCUPADO con las relaciones
-	EVITATIVO ALEJADO de intimidad y dependencia	EVITATIVO MIEDOSO de intimidad y relaciones

### La elección de pareja

En distintas investigaciones, los sujetos informan que las personas con mayor seguridad en el apego tienen mayores niveles de satisfacción así como de confianza y niveles más realistas en cuanto a las expectativas respecto de sus parejas. Suelen estar más atentos a las claves positivas de la relación y tratan de controlar sus sentimientos negativos de manera más constructiva, buscando consuelo y apoyo en su pareja (14).

Estudios transculturales sugieren que el patrón de apego seguro en la infancia es universalmente considerado el patrón más deseable por las madres. Los adultos que buscan relaciones a largo plazo identifican ciertas cualidades receptivas de cuidado, como pueden

ser la atención, la calidez, la sensibilidad como las cualidades más atractivas en posibles parejas (15).

Las personas con apego inseguro tienden a tener menos conductas de cuidado hacia el otro, a tener expectativas más negativas respecto al apoyo de la pareja, lo que suele producir menor satisfacción. Por último, tienden a evaluar de manera negativa la intimidad, el compromiso y el amor y apoyo del otro (14).

Las personas con apego desorganizado, al negar las necesidades emocionales y evitar en gran medida la intimidad, suelen generar un terreno menos propicio para obtener gratificación en sus relaciones de pareja (14).

#### *Paralelismos entre las relaciones románticas adultas y entre el bebé y sus cuidadores (16)*

Estos autores señalaron que ambos tipos de relaciones comparten las siguientes características:

- Ambos se sienten seguros cuando el otro está cerca y responde.
- Ambos participan en un contacto estrecho, íntimo y corporal.
- Ambos se sienten inseguros cuando el otro se muestra inaccesible.
- Ambos comparten reconocimiento y revelaciones el uno con el otro.
- Ambos se comunican y juegan a través de las expresiones faciales y muestran admiración y/o preocupación mutua.

#### *Intervención terapéutica con parejas*

##### *a) Terapia de pareja centrada en las emociones. (17)*

Este modelo de terapia se centra en la experiencia emocional del drama interpersonal de una pareja, promoviendo el desarrollo de un apego más firme que nutra y fortalezca a los miembros de la pareja. De este modo, creándose nuevas interacciones que redefinen la relación como una fuente de seguridad y apoyo emocional, rompe con las posiciones rígidas y con la imagen que tienen el uno del otro.

##### *b) Terapia narrativa de apego (18)*

Este enfoque, explicado por Dallos en un libro de referencia sobre este tema, explica los conceptos de la Teoría del Apego y terapias sistémicas (enfoque

utilizado mayoritariamente en la Terapia Familiar y narrativa para ofrecer un mayor potencial en el trabajo terapéutico) (19).

La Terapia Narrativa se centra en las historias que hemos ido elaborando sobre nuestra vida y componen un elemento clave de cómo vivimos y sobre cómo desarrollamos los problemas y las dificultades de nuestras relaciones, contribuye a entender cómo abordamos el futuro

Esta terapia se centra en la construcción de un contexto terapéutico para crear una base segura, pudiendo así explorar las distintas narrativas y promoviendo experiencias de apego más constructivas. Cuando contamos nuestras historias a los demás, sus preguntas, reacciones, hacen que vayamos reconfigurando nuestras historias cada vez que las contamos de nuevo.

Relatar nuestras historias nos provoca fuertes sentimientos, y estos determinan cómo lo contamos, qué no contamos, qué retocamos y corregimos. La necesidad de crear esta base estable sería la primera oportunidad para “reprocesar” la experiencia emocional a través de la expresión de miedos y deseos en un ambiente que viven como seguro.

Este enfoque se centra pues en trabajar con estos relatos y las relaciones de las personas para propiciar un cambio, e incluso, si fuera necesario, una especie de liberación y exención de los problemas interpersonales.

Por último apuntar que en este enfoque se insiste en el contenido emocional de las historias y las experiencias aun no relatadas, así como en la gestión de emociones y apegos (19).

Dallos (2004) fija cuatro fases en el trabajo terapéutico:

1. Crear una base segura: es decir crear un clima de seguridad emocional y confianza.
2. Analizar el apego y las narrativas: para ello lo fundamental es reunir material que aporte contenido para poder elaborar y desarrollar historias alternativas.
3. Considerar las alternativas: la tarea fundamental en esta fase es, con todo el material recogido, formar historias nuevas o modificadas. Aquí en esta fase se cuestionan y cambian creencias, explicaciones y expectativas que a veces suponen una amenaza a las relaciones interpersonales.



4. Consolidar el cambio y mantener la base terapéutica: aquí se procura consolidar lo conseguido, saber emitir opiniones y por último detectar cómo y cuándo puedan necesitar nuevamente ayuda (20).

## PARENTALIDAD Y APEGO

Los que trabajamos habitualmente con familias somos conscientes de lo importante que es conocer las relaciones y cómo cada uno entiende cómo deben ser las mismas.

Entre otras y de manera quizás más importante por la impronta que crea, el modo en que la pareja se convierte en padres, qué espera de la parentalidad, qué experiencias tienen o han tenido de la misma como hijos o/y si han tenido experiencias previas, es una de las bases del trabajo con familias.

Todos los padres desean “ser buenos padres” y para ello se marcan una serie de objetivos que tratarán de alcanzar a través de una serie de características o competencias (21).

Las competencias parentales comprenden una serie de estrategias que deben adaptarse a las características propias de los padres y a las de los hijos. Se trata de contener las conductas desadaptadas, regular la expresión emocional, dar sentido a las emociones mediante la interpretación de las señales y necesidades del niño. Algunas de estas estrategias generales serían el tono de voz, el contacto corporal, la postura corporal, la sensibilidad, la calidad del tiempo que se pasa con el niño o la disponibilidad, entendida como actitud de escucha, observar, conocer, dedicar tiempo, mostrar interés o compartir.

Cuando se habla del estado emocional de los padres se trata de que mantengan una actitud positiva, respeto, autonomía, capacidad de resistencia y alta resiliencia y unas expectativas ajustadas.

En cuanto al niño, hay que tener en cuenta tanto la bidireccionalidad en sus relaciones como, la influencia de su propio temperamento, así como su momento evolutivo.

Por otro lado, hay que señalar el papel interactivo de algunas circunstancias ambientales tales como embarazos de riesgo, dificultades en el parto, problemas de desarrollo en el niño, así como el entorno socioeconómico.

Para concluir diremos pues que el desarrollo de una buena parentalidad supone trabajar competencias tales como:

- Enfatizar la importancia de establecer un vínculo seguro entre el progenitor y el niño.
- Reflexionar sobre el actual adulto y su relación con el desarrollo de la vinculación
- Que comprendan que siente un niño que hace una demanda y no se le resuelve
- Comprender las manifestaciones emocionales, las gestuales y el lenguaje con que el niño expresa estas manifestaciones (22).

## EVALUAR COMPETENCIAS PARENTALES

Los modelos de crianza se ven influidos por la capacidad de apego y la empatía que muestren los padres, así como de determinados factores de riesgo y de protección que se den en una determinada familia (Fig. 1).

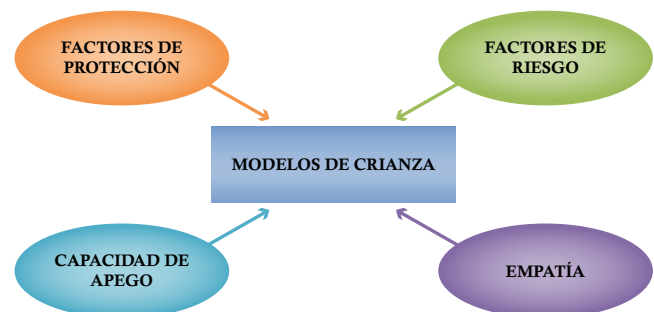


Figura 1. Evaluación de Competencias Parentales.

### Juegos que unen

Así como en las relaciones de pareja hablábamos de relaciones simétricas, el niño requiere de un adulto que le garantice protección, proximidad, seguridad y confianza, todas estas de vital importancia para su desarrollo emocional (21).

La simetría que subyace a los estilos de crianza no se manifiesta de manera similar en las diferentes épocas. Autores como Carli, (23) plantean que desde finales del siglo pasado la relación entre generaciones se ha transformado, como consecuencia de los cambios que también se están produciendo en las instituciones educativas y en las familias. La simetría a la que se aludía anteriormente se produce como efecto de la

sociedad de consumo, ya que equipara tanto al niño como al adulto como potenciales consumidores. Messing, (24) opina que en este contexto el niño ya no juega a ser un adulto, sino que se cree uno de ellos. Respecto de la parentalidad propone como tarea del adulto potenciar un movimiento hacia la asimetría sin perder la capacidad de comprensión de las problemáticas infantiles, así como el desafío de enseñar al infante a responsabilizarse sin necesidad de recurrir continuamente a órdenes y castigos. Bleichmar (25) considera que entre los padres y los hijos la parentalidad requiere un posicionamiento diferenciado pudiendo haber paridad en cuanto al respeto, incluso en las formas, pero nunca en cuanto a las funciones que son claramente diferentes.

Solter (26) propone solucionar desde algunos juegos de apego problemas de comportamiento que muchos niños presentan hoy en día.

Las experiencias lúdicas en el vínculo son las promotoras de los procesos que permiten elaboraciones no sólo cognitivas para el sujeto, sino que ayudan a construir la trama subjetiva como es el caso de las relaciones con el otro y la construcción del apego adulto antes mencionadas. Su mayor eficacia se encuentra cuando se logra la superposición de las dos zonas del juego, la del niño y la de otra persona, en este caso, el cuidador principal, circunstancia que produce un enriquecimiento para ambos. (27)

Estos juegos de apego tienen una serie de características que los diferencian de los juegos tradicionales o de los deportes:

- Son juegos interactivos que fortalecen la conexión con los hijos.
- Pueden ser iniciados tanto por el niño como por el adulto.
- No requieren ningún equipamiento especial e incluye muchas actividades conocidas.

Solter (26) parte de la teoría del apego y afirma que el juego facilita la unión y la conexión entre padres e hijos. El juego está centrado en el niño, busca fortalecer esta conexión. En su libro describe nueve tipos de juegos de apego.

1) *Juego no directivo centrado en el niño*: Debe ser el adulto el que proporcione materiales que inspiren a sus hijos a imaginar, crear y construir como bloques, muñecos, arcilla, disfraces, pequeñas

figuras. Después hay que dejar que el niño tome la iniciativa. Se recomienda dedicar al menos media hora una vez por semana, aunque tener sesiones diarias sería aún mejor, si se dispone de tiempo para ello. Este juego ayuda a los niños a sentirse reconocidos, seguros y amados y es especialmente útil para reconectar después de experiencias estresantes o separaciones o simplemente para fortalecer la relación con ellos.

- 2) *Juego simbólico con objeto o temas específicos*: Es especialmente efectivo para ayudar a los niños a curarse del trauma. Durante este juego, el adulto debe asumir un papel más directivo, por ejemplo, sugiriendo un tema de juego.
- 3) *Juegos de causa y efecto*: Es una actividad en la que el comportamiento del adulto se repite de forma predecible y supeditada al comportamiento del niño. Los juegos de imitación son un ejemplo de este tipo de juegos. Después de este juego los niños aceptan mejor los límites necesarios y cooperan con las peticiones de los padres.
- 4) *Juego de tonterías*: Cualquier juego en el que adulto o niño hacen el tonto cometiendo errores evidentes o exagerando emociones o conflictos de forma divertida. Ayuda al niño con miedo a cometer errores.
- 5) *Juego de separación*: Son actividades en las que el adulto crea una corta separación espacial o visual entre él y el menor. A medida que los niños se hacen mayores, las separaciones pueden volverse gradualmente más rebuscadas. El elemento más importante en estos juegos es el momento de reconexión visual y física. Hacen referencia al miedo de separación.
- 6) *Juego de inversión de poder*: Son actividades en las que el adulto debe fingir ser torpe, estar enfadado o asustado.
- 7) *Juegos de regresión*: Incluye cualquier juego que involucra al menor en el tipo de actividades que normalmente haría con un niño de menor edad, permiten el retorno a edades y estadios de desarrollo más tempranos.
- 8) *Actividades con contacto corporal*: son juegos que ayudan a otros niños a conectar físicamente con otras personas. Si el adulto fomenta el contacto y a la vez respeta ciertos límites, fortalecerá su

conexión. El disfrute compartido de jugar y tocar al otro es un factor que ayuda a fortalecer apego y vínculo.

9) *Juegos y actividades corporativas*: El objetivo en este tipo de juegos es trabajar para lograr un objetivo común con la ventaja de que nadie pierde, son útiles para conseguir cooperación especialmente con niños que hacen trampas.

El enfoque, aunque no es conductual, trata de corregir conductas y se dirigen a liberar sentimientos que subyacen a la conducta y que el niño a veces no expresa. Con todo ello tratamos de conseguir que padres e hijos se sientan bien tratados y que tengan una relación de enriquecimiento mutuo, algunos de los indicadores que pueden darnos pistas de estar haciendo un buen trabajo son:

**Tabla 2.** Indicadores de Buenos Tratos en Padres e Hijos (modificado de Solter) (26).

Indicadores de buenos tratos	
En los padres	En los hijos
- Apego y empatía	- Ante cualquier peligro, buscan el consuelo en sus progenitores.
- Protección	- Aunque interactúan con desconocidos, prefieren a sus padres.
- Autoridad	- Mantienen el interés en diferentes actividades estén o no presentes los padres.
- Proximidad	- No están en hiperalerta.
- Autonomía de los hijos	- Protestan si se separan de la figura de apego y se alegran al reencontrarse con los padres
- Alegría ante la presencia del hijo	
- Reconocimiento de los logros del hijo	
- Interés por su desarrollo	
- Sensibilidad ante a su sufrimiento	
- Conocimiento de sus gustos e intereses	
- Los hijos tienen una importancia trascendental en sus vidas y no son sustituidos por el éxito, bienes o aficiones	

## APEGO Y ADOPCIÓN

La adopción proporciona la posibilidad de todo menor a vivir y crecer en el seno de una familia que le brinde las necesidades básicas y emocionales, que su familia biológica no pueden proveerle. En este proceso están involucrados distintos protagonistas, por una parte, el menor y su familia de origen, por otra parte, la familia adoptiva y por último los servicios de atención al menor, incluyendo aquí tanto instituciones de acogimiento, judiciales y colegios así como servicios de atención a la salud (28).

La familia adoptiva suele enfrentarse a una doble particularidad, por un lado, a su incapacidad para tener hijos y por otra, al deber de ser sometidos a diferentes exámenes para comprobar su idoneidad como futuros padres adoptivos. Estas situaciones si no son correctamente elaboradas pueden influir negativamente en la pareja y en el menor (29).

Como consecuencia de las vivencias de rechazo y abandono los menores pueden formar modelos mentales sobre los adultos basados en la desconfianza, y de desprotección e inseguridad y, sintiéndose merecedores de falta de amor y de protección (30).

Singer, Brodzinsky y Ramsay, (31) hablan sobre los factores que pueden entorpecer el apego seguro en estos menores y entre ellos destacan:

Por un lado, las parejas infértiles que no han resuelto ni han elaborado su situación de infertilidad pueden sentir rencor hacia su pareja o hijo adoptivo, lo que dificulta el establecimiento de la confianza y seguridad necesarias para crear vínculos.

Por otro lado, está la ansiedad que implica el proceso de adoptar, ya que la espera para que el niño pueda ser adoptado es incierta.

Se destaca también que para los padres adoptivos se abre una etapa por la que deben pasar en la que son evaluados, generando esta situación también mucha ansiedad

Por otra parte, pero no menos importante, en general los padres no suelen ser adoptados por lo que no tienen un adecuado modelo paternofamiliar adoptivo.

Y por último, las experiencias previas por las que han pasado estos niños inciden en el desarrollo del vínculo social-afectivo cálido y seguro con sus padres adoptivos.

Berástegui (32) dice que uno de los factores que mitiga el riesgo de la adopción es la existencia permanente de profesionales en las diferentes etapas de este proceso y la información completa y profunda que posean los padres acerca del niño durante este proceso.

En la práctica y desarrollo de la terapia familiar el conjunto de los distintos enfoques que se ha dado al apego nos permite mantener una posición coherente e integradora, que es una de las características más importantes de la teoría del apego.

Patricia Crittenden y Rudi Dallos (19) ofrecen un modelo que es una síntesis de las modalidades

de tratamientos existentes pero que se basa en la relación ya que trabaja con las necesidades de todos los miembros de la familia.

El tratamiento siempre implica tanto a las familias de origen como a las familias actuales. Es crucial que la familia sea el foco central del tratamiento, incluso cuando algunos de sus miembros puede que no acudan a las sesiones o no estén presentes.

Alguno de estos elementos, quizá los más importantes en la intervención con las familias son:

- Formación y mantenimiento de la alianza terapéutica: sin alianza, no puede existir la base segura y sin base segura no puede existir la exploración.
- Sintonización: conexión entre el estado emocional del terapeuta y la escucha empática.
- Proximidad emocional: creación de una base segura y un entorno seguro, independientemente de la activación emocional que pueda producirse, ya que esta expresión emocional se convierte en un recurso crucial en las sesiones.
- Desafío: el terapeuta debe desafiar ciertas presunciones, patrones relacionales y debe poder generar suficientes turbulencias para que emerjan nuevas estructuras.
- Equilibrio: en cuanto que el objetivo del terapeuta es ayudar a conseguir que los pacientes tengan una posición equilibrada entre ellos mismos y el mundo.
- Libertad de movimiento: el terapeuta debe ayudar al paciente a confiar en sus capacidades ya que la seguridad sólo puede alcanzarse desde el reconocimiento paradójico de que la seguridad absoluta no existe.
- Aptitud: el terapeuta a veces no sabe lo que le ocurre al paciente. No obstante, debe ser capaz de tolerar ese estado porque en algún momento surgirá el sentido.
- La mente pensante: el terapeuta debe hacer ver al paciente que está ahí, tratando de comprender lo que está ocurriendo en la mente del paciente. No se trata de sustituir sino de crear un vínculo sano y sanador para el desarrollo de esta terapia.

Este modelo, supone un modelo completo de adaptación que permite una formulación de los problemas clínicos más comunes, claridad en cuanto

al foco del tratamiento y flexibilidad en relación con las técnicas de intervención.

## DISCUSIÓN

En el primer apartado, donde se analizan las relaciones de pareja en función del apego, destacamos cuatro aspectos fundamentales; la pareja como vínculo de seguridad y pertenencia, el tipo de apego tiende a ser estable a lo largo de toda la vida, el cuidado como cualidad buscada en la elección de pareja y la terapia centrada en las emociones como primera elección en la terapia de pareja.

En cuanto al apartado de parentalidad, no hemos centrado tanto en las competencias parentales como en las tareas que el progenitor debe desarrollar.

Para ello, hemos enumerado los juegos de apego propuestos por Solter, que ayudan a construir un buen vínculo o a recuperarlo, por lo que forman parte de la intervención.

En el apartado dedicado al apego y la adopción, como profesionales debemos tener un objetivo común y concreto basándonos en los tres elementos fundamentales: la familia adoptiva, las experiencias previas del menor y un elemento externo, pero en este caso muy importante, como son los servicios de atención al menor cuya función es velar por el buen desarrollo del proceso de adopción, dotándoles de las herramientas necesarias y de un apoyo a corto, medio y largo plazo.

Por último, en el apartado del trabajo con familias, hemos apuntado los aspectos que el terapeuta debe incluir en su intervención, poniendo el acento en la relación terapeuta familia como símil de la relación de apego.

Teniendo en cuenta el mismo objetivo del artículo enfocado a la práctica terapéutica consideramos que sería muy enriquecedor estudiar los patrones que sí funcionan en las relaciones de pareja y de familia, ya que nuestra visión está en cierta manera sesgada por lo que vemos en nuestra práctica diaria, como son las relaciones disfuncionales o las dinámicas viciadas a lo largo del tiempo.

Apuntamos la necesidad de iniciar líneas de investigación comparando patrones de apego y funcionamiento familiar, no sólo en familias que

acuden a terapia sino también en familias con mejores funcionamientos que no acuden a consulta.

## CONCLUSIONES

Son muchos los artículos, estudios y monografías que abordan la importancia del apego en la familia.

En este artículo hemos tratado de abordar la importancia del vínculo entre la misma familia y el/ los terapeutas. Para ello hemos analizado y creado un símil entre el apego en la familia con el vínculo que debemos crear en la propia Terapia Familiar.

Son muchos los estudios que confirman el éxito terapéutico si hemos creado una sólida alianza terapéutica, además nuestra experiencia apoyada por la bibliografía abajo citada, nos permite afirmar la necesidad existente en todo buen plan terapéutico de crear este vínculo entre familia y terapeutas.

## REFERENCIAS

1. Minuchin P, Biber B. A child development approach to language in the preschool disadvantaged child. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1968;33(8):10-8.
2. Bowlby. *El apego y la pérdida.* Madrid: Paidós; 1993.
3. Byng-Hall J. The crucial roles of attachment in family therapy. *J Fam Ther.* 2008 May 1;30(2):129-46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00422.x>
4. Ainsworth MDS, Bell SM. Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Dev.* 1970 May 31;41(1):49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
5. Guzmán M, Contreras P. Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhe.* 2012;21(1): 69-82. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282012000100005>
6. Collins NL, Feeney BC. A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2000;78(6): 1053.
7. Collins NL, Read SJ. Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(4): 644.
8. Edwards J. Relationship satisfaction: Relationship satisfaction: The role of attachment, conflict, empathy, & forgiveness (Doctoral dissertation). ETD Collect Purdue Univ. 2020 May 31.
9. Feeney JA. Attachment, marital interaction, and relationship satisfaction: A diary study. *Personal Relationships.* 2002;9(1): 39-55.
10. Kirkpatrick LA, Davis KE. Attachment Style, Gender, and Relationship Stability: A Longitudinal Analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66(3): 502. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.3.502>
11. Kobak RR, Hazan C. Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models. *J Pers Soc Psychol.* 1991 Jun;60(6):861-9. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.861>
12. Meyers SA, Landsberger SA. Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Pers Relatsh.* 2002;9(2): 159-72. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00010>
13. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2): 226-44. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
14. Van Ijzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York, NY (US): The Guilford Press; 1999. p. 713-34.
15. O. Barroso. El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Rev Digit Med Psicosomática y Psicoter* 2014;4(1): 1-25. [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Apego\\_Adulto.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf)
16. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3): 511-24. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
17. Johnson S. Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. Perfect partners. In Obegy H, Berant E, editors. *Attachment theory and research in clinical work*

- with adults. New York: Guilford Press; 2009. p. 410-33.
18. Vetere A, Dallos R. Systemic therapy and attachment narratives. *J Fam Ther.* 2008;30(4): 374-85.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00449.x>
  19. Crittenden PM DR. Un enfoque al tratamiento desde el apego: el tratamiento integrativo DMM. *ANZJFT.* 2006;27(2).
  20. Vetere A DR. Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador. Editorial Morata; 2012.
  21. Rodrigo M, Palacios J. Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza; 1998.
  22. Davila Y. La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *An la Univ Cuenca.* 2015;(57).
  23. Carli S. La memoria de la infancia. Historia y análisis puntual. In VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa Conferencias magistrales; 2006. p. 277-302.
  24. Messing C. *Cómo piensan y sienten los niños hoy.* Buenos Aires: Noveduc; 2009.
  25. Bleichmar S. *Violencia social/Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades.* Buenos Aires: Noveduc; 2008.
  26. Solter A. *Attachment play: How to Solve Childrens Behaviour Problems with Play, Laughter and Connection.* Shining Star Press; 2013.
  27. Calzetta J, Paolicchi G. *Juegotecas barriales: Sus fundamentos conceptuales.* Buenos Aires; 2003.
  28. Antón San Martín J. El proceso de la “adopción congelada”. *Systemica.* 1999;6: 135-46.
  29. Espinoza J, Yuraszek J, Salas C. Adopción: Una familia para un niño o una forma de hacer familia. *Rev Chil Pediatría.* 2004;75(1): 13-21.
  30. Roman M, Palacios J. No Title. *J parents Teach.* 2011;339: 5-8.
  31. Singer LM, Brodzinsky DM, Ramsay D, Steir M, Waters E. Mother-infant attachment in adoptive families. *Child Dev.* 1985 Dec;56(6): 1543-51.
  32. Berástegui A. La adaptación familiar en adopción internacional: unproceso de estrés y afrontamiento. *Anu Psicol.* 2007 Jan 1;38(2): 209-24.

---

### LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los requisitos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

- El manuscrito no ha sido publicado previamente ni se ha enviado ni está siendo considerado para su publicación por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor/director).
- El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
- El texto se presenta a doble espacio y con tamaño de fuente de 12 puntos. Debe utilizarse cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL).
- El texto cumple los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las **Directrices para los autores**.
- Se ha especificado la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito: Artículo de Revisión, Artículo Original o Caso Clínico.
- Se ha incluido una página titular incluyendo: título, lista de autores, número ORCID ([www.orcid.org](http://www.orcid.org)) correspondiente a los autores, nombre y dirección de los centros a los que pertenecen los autores, financiación recibida, teléfono, e-mail. Esta página debe enviarse en un archivo separado del que contenga el manuscrito.
- El manuscrito contiene un resumen en español, resumen en inglés y un máximo de 5 palabras clave en español e inglés.
- Cada una de las tablas, ilustraciones y figuras se presenta correctamente numerada en un archivo independiente. Preferiblemente, en formato xls

o xlsx para tablas y gráficos, y en formato jpg, png o tiff si son fotografías o ilustraciones. En el manuscrito se especificará la localización aproximada para cada una de ellas.

- La bibliografía sigue las directrices señaladas en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
- Siempre que sea posible, se han proporcionado los DOI para las referencias. En el caso de ser referencias web, se ha proporcionado la URL.
- Los autores han incluido las responsabilidades éticas y los conflictos de interés.
- Los casos clínicos se acompañan de un consentimiento informado, siguiendo las indicaciones del Committee on Publication Ethics (COPE). Se puede obtener un modelo de consentimiento informado en la página web de la revista.

### DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). Tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, la investigación, la docencia y la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterapéutico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* considerará para publicación el envío de manuscritos para las siguientes Secciones: Artículos Originales,

Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves y Cartas al Director.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición) Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, las Normas de Vancouver, 1997 y los alineamientos del [Comittee on Publication Ethics \(COPE\)](#) en ética de la publicación.

Los originales para publicación deberán ser enviados a través del sistema disponible en la [página web de la Revista](#), en la sección “Envíos”. Habrá que revisar periódicamente la web para ver la situación del artículo.

Estas Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, debe consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>, en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>)

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (preferiblemente en WORD). Las hojas irán numeradas. Se enviarán al menos 3 documentos independientes, por un lado una Carta de Presentación, la Página del Título y por otro el Manuscrito. Todos los documentos se enviarán de manera independiente para favorecer el proceso de revisión por pares. Si existen imágenes, tablas o figuras, cada una se enviará con un archivo aparte y numerado.

La Carta de presentación del manuscrito irá dirigida a la dirección de la revista para presentar el artículo brevemente y su interés en ser publicado.

La Página del Título debe incluir, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos completos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población. País.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico institucional).
- e) Número [ORCID](#) de los autores
- f) Si el trabajo ha sido realizado con financiación, debe incluirse el origen y código proporcionado por la entidad financiadora.
- g) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en

reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

El manuscrito debe incluir el Título completo, Resumen, Palabras Clave y el texto completo del artículo con sus diferentes secciones.

El resumen se hará en español e inglés y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (ej., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente sin necesidad de estructuración.

Se incluirán hasta un máximo de cinco **Palabras Clave** elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente ([Medical Subject Headings](#)), de tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto aunque se aceptan los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico. Se recomienda el uso de la nomenclatura basada en neurociencia (Neuroscience-based Nomenclature, NbN-2) para referirse a los fármacos (<http://nbn2r.com/>).

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.) y deberá incluirse la referencia correspondiente.

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso del comité editorial de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista. Los autores autorizan a que se publiquen los manuscritos



con licencia Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. Si en algún artículo hubiera interés o fin comercial, se cederían los derechos a la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil y la AEPNyA.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

- El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometido a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios. En tal caso debe indicarse su nombre, ciudad y fecha de realización, y confirmar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.
- Los autores son responsables de la investigación.
- Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.
- Los autores, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y código correspondiente a dicha financiación.

Esta es una revista que sigue un proceso de revisión por pares para la aceptación de manuscritos. Para favorecer la imparcialidad se requiere que el nombre de los autores y la filiación estén separados del resto del manuscrito, como se ha explicado previamente. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, en caso de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema.

El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las galeradas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 7 días siguientes a su recepción. De no recibirse correcciones de las galeradas por parte de los autores en este plazo (o una notificación de la necesidad de ampliarlo por razones justificadas), se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

## SECCIONES DE LA REVISTA

### 1. ARTÍCULOS ORIGINALES

Se considerarán tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista. Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, con la siguiente estructura:

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el archivo del manuscrito:
  - 2.1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
  - 2.2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo
  - 2.3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
  - 2.4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
  - 2.5. Discusión
  - 2.6. Conclusiones
  - 2.7. Agradecimientos
  - 2.8. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
  - 2.9. Agradecimientos, si los hubiere
  - 2.10. Referencias

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas ([www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf)), también desarrolladas en los Uniform

Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental

## 2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se considerarán tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia:

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
  - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
  - 2.2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
  - 2.3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
  - 2.4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
  - 2.5. Resultado (la revisión propiamente dicha)
  - 2.6. Discusión
  - 2.7. Conclusiones
  - 2.8. Agradecimientos
  - 2.9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
  - 2.10. Referencias

## 3. CASOS CLÍNICOS

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento en el campo de la Psiquiatría del niño y el adolescente, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, incluyendo

las citas bibliográficas y pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

1. Página de Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
  - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
  - 2.2. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
  - 2.3. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente
  - 2.4. Conclusiones
  - 2.5. Agradecimientos
  - 2.6. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
  - 2.7. Referencias

## 4. CARTAS AL DIRECTOR

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas antes de su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de referencias bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

## 5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista. Las notas bibliográficas se realizarán por invitación del Comité Editorial a expertos en el campo de interés.

## 6. AGENDA

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la Revista.

## 7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrá proponer por parte de autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos. Las contribuciones a los números monográficos serán sometidas a revisión por pares. Los números monográficos podrán ser

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

## **SOBRE EL CONTENIDO**

### **TABLAS Y FIGURAS**

Las tablas deben estar numeradas de forma correlativa en función del orden de aparición en el texto empleando números arábigos, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas. Deben citarse en el texto donde corresponda (por ejemplo: 'Ver Tabla 1').

Los gráficos y figuras deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff), y en blanco y negro. Se asignará una numeración independiente a las de las tablas empleando también números arábigos y estarán debidamente citados en el texto (por ejemplo: 'Ver Figura 1'). Los gráficos y figuras deben tener un título describiendo su contenido. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas.

### **REFERENCIAS**

Las referencias bibliográficas se presentarán al final del manuscrito. Se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se utilizará en el texto (en forma de números entre paréntesis y de igual tamaño que el resto del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía trabajos en español, si los hubiera, considerados de relevancia por los autores, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org> en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>):

1. Apellido(s) e inicial(es) del autor/es\* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura\*\* internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número\*\*\*), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010; 29: 29-54).

\* Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras

“et al.”. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

\*\* Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la “List of Journals Indexed in Index Medicus”, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

\*\*\* El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

2. Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).

3. Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

5. Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

4. Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

### **REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)**

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. La elección de los revisores

para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo. Se remitirá a los revisores externos los manuscritos sin la autoría.

A través de los informes realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo. Podrá solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho plazo, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.

Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeradas, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

### POLÍTICA DE PRIVACIDAD

A través de este sitio web no se recaban datos de carácter personal de los usuarios sin su conocimiento, ni se ceden a terceros.

El portal del que es titular la AEPNyA contiene enlaces a sitios web de terceros, cuyas políticas de privacidad son ajenas a la de la AEPNyA. Al acceder a tales sitios web usted puede decidir si acepta sus políticas de privacidad y de cookies. Con carácter general, si navega por internet usted puede aceptar o rechazar las cookies de terceros desde las opciones de configuración de su navegador.

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

### RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la

correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNyA).

### FINALIDAD

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNyA).

La finalidad del tratamiento de los datos obtenidos a través del formulario de contacto es la gestión de las solicitudes de información.

### LEGITIMACIÓN

La legitimación para el tratamiento de los datos de envío de un artículo y los obtenidos a través del formulario de contacto es el consentimiento del titular de los datos.

## CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* tiene como objetivo mejorar cada día sus procesos de recepción, revisión, edición y publicación de artículos científicos. Es por ello que, además de cumplir con la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y con la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, adopta los lineamientos de Committee on Publication Ethics (COPE) en Ética de la publicación para evitar las malas conductas en la publicación, adoptar procedimientos ágiles de corrección y retractación y garantizar a los lectores que todos los artículos publicados han cumplido con los criterios de calidad definidos. Son consideradas malas conductas y causales de rechazo del manuscrito en cualquier etapa del proceso de publicación:

1. La publicación redundante
2. Plagio
3. Falsificación de datos (fotografías, estadísticas, gráficos, etc.)
4. Falsificación de información (filiación de los autores, firmas, etc.)
5. Suplantación y falsificación de autoría

## DEBERES DE LOS AUTORES

### NORMAS DE INFORMACIÓN

Los autores de los artículos originales deben presentar una descripción precisa del trabajo realizado, los

resultados obtenidos (que deben ser expuestos de forma objetiva y reflejar verazmente los datos subyacentes), así como una discusión de su importancia en el contexto de la evidencia previa. Son inaceptables las declaraciones fraudulentas a sabiendas o inexactas y constituirán un comportamiento poco ético.

### **LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO**

Los autores deben asegurarse de que han escrito obras totalmente originales, y si los autores han utilizado el trabajo y / o las palabras de los demás, que ésta ha sido debidamente citado o citada. El plagio en todas sus formas constituye una conducta poco ética editorial y es inaceptable. Se utilizará un sistema de detección de plagio previo a la revisión de los manuscritos enviados a la revista.

### **LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE**

Un autor no debería en general publicar los manuscritos que describen esencialmente la misma investigación en más de una revista o publicación primaria. Presentar el mismo manuscrito a más de una revista al mismo tiempo que constituye un comportamiento poco ético y su publicación es inaceptable.

En general, un autor no debe someter a consideración en otra revista un artículo previamente publicado. La publicación de algunos tipos de artículos (por ejemplo, guías clínicas, traducciones) en más de una revista puede estar justificado en algunas ocasiones, siempre que se cumplan determinadas condiciones. Los autores y editores de las revistas interesadas deben ponerse de acuerdo para la publicación secundaria, que debe reflejar los mismos datos y la interpretación del documento principal.

### **RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES**

Siempre debe respetarse y dar un reconocimiento adecuado al trabajo de los demás. Los autores deben citar las publicaciones que han influido en la justificación, diseño y desarrollo del trabajo presentado, así como las correspondientes a los instrumentos y métodos específicos empleados, de estar disponibles. La información obtenida en privado, como en la conversación, correspondencia, o la discusión con terceros, no debe ser utilizada o ser comunicada sin el permiso explícito y por escrito de la fuente. La información obtenida en el curso de los servicios confidenciales, tales como el arbitraje o solicitudes de subvención no debe ser utilizada sin el permiso explícito por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

### **LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO**

La autoría debe limitarse a aquellos que han hecho una contribución significativa a la concepción, diseño, ejecución o interpretación del presente estudio. Todos los que han hecho contribuciones significativas deben aparecer como co-autores. Cuando hay otras personas que han participado en ciertos aspectos sustantivos del proyecto de investigación, deben ser reconocidos o enumerados como colaboradores. El autor que se encargue de la correspondencia (autor de correspondencia) debe asegurarse de que todos los coautores han leído y aprobado la versión final del manuscrito y están conformes con su presentación para su publicación.

### **DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES**

Todos los autores deben revelar en su manuscrito cualquier conflicto de tipo financiero o de otro tipo de intereses que pudiera ser interpretado para influir en los resultados o interpretación de su manuscrito. Deben mencionarse todas las fuentes de apoyo financiero que haya recibido el proyecto que se presenta en la publicación.

Como ejemplos de posibles conflictos de interés que deben ser descritos cabe mencionar el empleo, consultorías, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, las solicitudes de patentes / registros, y las subvenciones u otras financiaciones.

### **DEBERES DE LOS EDITORES**

#### **DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN**

El director/editor de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* es responsable de decidir cuáles de los artículos presentados a la revista deben publicarse. La validez científica de la obra en cuestión y su relevancia para los investigadores, clínicos y otros lectores siempre deben guiar este tipo de decisiones. El editor se basa en las políticas del Comité Editorial de la revista con las limitaciones previstas por los requisitos legales relativos a la difamación, violación de derechos de autor y plagio. El editor puede delegar en otros editores o revisores la toma de esta decisión.

#### **JUEGO LIMPIO**

Un editor debe evaluar los manuscritos para su contenido intelectual, sin distinción de raza, género, orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, nacionalidad, o la filosofía política de los autores.

## CONFIDENCIALIDAD

El editor/director de la Revista y todo el personal del Comité editorial no deben revelar ninguna información acerca de un manuscrito enviado a nadie más que al autor de correspondencia, los revisores, los revisores potenciales, asesores de otras editoriales, y el editor, según corresponda.

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los miembros del Comité editorial no podrán emplear contenidos no publicados que figuren en un manuscrito enviado en la investigación propia sin el consentimiento expreso y por escrito del autor.

La información privilegiada o ideas obtenidas mediante la revisión paritaria debe ser confidencial y no utilizarse para beneficio personal de los revisores/editores.

Los editores/revisores se inhibirán de considerar y revisar manuscritos en los que tienen conflictos de intereses derivados de la competencia, colaboración, u otras relaciones o conexiones con cualesquiera de los autores, empresas o instituciones relacionadas con los manuscritos.

Los editores les solicitan a todos los articulistas revelar los conflictos de intereses relevantes y publicar correcciones si los intereses surgieron después de la publicación. Si es necesario, se adoptarán otras medidas adecuadas, tales como la publicación de una retracción o manifestación del hecho.

La revista de *Psiquiatría Infanto-Juvenil* se asegura de que el proceso de revisión por pares de los números especiales es el mismo que el utilizado para los números corrientes de la revista. Estos números deben aceptarse únicamente sobre la base de los méritos académicos y del interés para los lectores.

Las secciones que están regidas por la evaluación por pares están claramente identificadas.

## DEBERES DE LOS REVISORES

### CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos

los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

## PRONTITUD

Cualquier revisor seleccionado que se sienta incompetente para revisar la investigación reportada en un manuscrito o sepa que su revisión será imposible en un plazo razonable de tiempo debe notificar al editor/director mediante la web de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*: [www.apenya.eu](http://www.apenya.eu)

## CONFIDENCIALIDAD

Todos los manuscritos recibidos para su revisión deben ser tratados como documentos confidenciales. No deben ser mostrados o discutidos con otros.

## NORMAS DE OBJETIVIDAD

Las revisiones deben realizarse objetivamente. La crítica personal del autor es inapropiada. Los revisores deben expresar claramente sus puntos de vista con argumentos para apoyar sus afirmaciones.

## RECONOCIMIENTO DE FUENTES

Los revisores deben ser capaces de identificar trabajos publicados relevantes que no hayan sido citados por los autores. Cualquier declaración por parte de los revisores de que una observación o argumento ha sido reportado previamente debe ir acompañada de una cita a la/s referencia/s pertinente/s. Los revisores también deben llamar la atención del editor/director en relación con cualquier semejanza sustancial o superposición entre el manuscrito en consideración y cualquier otro documento publicado del que tengan conocimiento personal.

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los materiales no publicados revelados en un manuscrito enviado no deben ser utilizados en la investigación de un revisor, sin el consentimiento expreso por escrito del autor. La información privilegiada o las ideas obtenidas a través de la revisión por pares deben mantenerse confidenciales y no usarse para beneficio personal. Los revisores no deben evaluar los manuscritos en los cuales tienen conflictos de intereses resultantes de relaciones competitivas, colaborativas u otras relaciones con cualquiera de los autores, compañías o instituciones relacionadas con los documentos.