



Sandra Villoria de Grodek, PhD

Dra. en Psicología. Pacific Western University, LA, USA
Coordinadora Depto de Investigaciones de la Facultad de Psicología y Humanidades, UdeMM

Teoría del Apego: Aspectos históricos. Manifestaciones funcionales y disfuncionales en los ciclos de la vida

En este artículo se describen los orígenes de la teoría del apego. Se reseñan brevemente algunos momentos de la vida de su creador, John Bowlby, estableciendo las relaciones entre su experiencia clínica y el desarrollo de esta teoría. Se desarrollan los conceptos básicos del apego. Se describen las diversas características del apego durante los ciclos vitales, partiendo de la primera infancia y la adolescencia hasta llegar a la adultez. Se pone en relevancia la necesaria presencia de las figuras de apego para garantizar un desarrollo saludable. Se establecen posibles relaciones entre patrones vinculares disfuncionales y sintomatología psicopatológica en etapas posteriores de la vida.

La importancia del vínculo primario materno-filial

Históricamente fue la mujer la responsable de la crianza de sus hijos, esta responsabilidad se encuentra en todas las culturas y sobre todo en los últimos tres siglos.

La corriente platónica interpretaba que la salud del niño reflejaba el bienestar del alma propia y de su madre. En la época feudal, el concepto de bienestar madre-niño estaba asociado a un pensamiento religioso y patriarcal. La enfermedad era una expresión del castigo divino. Esta concepción también marcó el enfoque pediátrico de la época, por lo cual, si un niño estaba enfermo era porque estaría siendo castigado por Dios.

En el siglo XV, los niños insomnes, con pesadillas o convulsiones eran considerados como poseídos por el demonio. Posteriormente, Oestereicher fue el primer médico en contemplar el origen psicógeno de la sintomatología infantil. Opinaba que las

situaciones percibidas por los niños podían ser elementos de corrupción de los buenos hábitos mentales.

Lo característico del pensamiento del siglo XVII fue que no se concebía que los niños pudieran desarrollar signos de enfermedad mental. Asimismo no se le atribuían a los niños síntomas como la depresión o los celos, puesto que los niños no tendrían el psiquismo desarrollado. Esta concepción permitió pasar de un enfoque religioso y moral de la enfermedad, a una incipiente visión científica, cultural y familiar de las enfermedades de los niños.

En el siglo XVIII aparece el concepto de instinto materno, entendido como la idea reguladora de la relación madre-hijo. Este concepto implica que la madre está biológicamente apta para interpretar y resolver las necesidades del niño, concepto que fue utilizado en la Europa de entonces como estrategia destinada a salvar la vida de los niños. Los gobernantes, alarmados por los elevados índices de mortalidad infantil, necesitaban la mayor supervivencia po-

sible de varones, futuros defensores en situaciones de guerra. Desde esta perspectiva, el amor materno se transformó en un dato biológico del que ninguna mujer podía carecer, y cuya ausencia la estigmatizaría dentro de la sociedad.

Recién en el siglo XIX aparece el enfoque científico de la etiología de las patologías infantiles centradas en los aspectos familiares. En ese momento se consideraba que una educación deficiente, junto con padres insanos, o anomalías físicas surgidas en el nacimiento podrían ser las causas de la enfermedad mental infantil. Aparecen centros de investigación y asistencia para sujetos con trastornos mentales.

A fines del siglo XIX se pone énfasis en la influencia de los vínculos familiares en la etiología de manifestaciones patológicas en los individuos. Las familias de los niños anormales se caracterizaban así por ser perturbadas. Se sostenía que las carencias afectivas y los abandonos, en tanto disfunciones vinculares, eran un factor de riesgo para el desarrollo patológico infantil.

Contexto histórico del surgimiento de la Teoría del Apego

Alrededor de las primeras tres décadas del siglo XX, existían acuerdos respecto de la importancia de la relación entre madre e hijo. Freud ya había desarrollado sus aportes respecto de la sexualidad infantil y de las consecuencias de las vicisitudes del Edipo en el psiquismo humano. También desde la escuela comportamental se atribuían algunas patologías a malos aprendizajes surgidos en la primera infancia. Para el conductismo, el niño asocia a la madre con sensaciones agradables derivadas de la alimentación, y consecuentemente la madre se convierte en fuente de refuerzo que motiva la vinculación.

Desde el psicoanálisis se sostiene que el lazo afectivo del niño a la figura materna es secundario a la alimentación; según Freud, cuando la madre alimenta al bebé, reduce la tensión del bebé y le proporciona placer oral. Cuando el niño descubre que la figura materna es necesaria para conseguir alimento y satisfacción oral, se establece el vínculo entre ambos. El Complejo de Edipo es descrito como el despliegue de vínculos amorosos hacia la madre, que se combina con una relación ambivalente hacia el padre.

Para Melanie Klein, discípula de Freud, la relación vincular con la madre es referida como una relación de objeto en torno al seno materno. Los sentimientos placenteros y displacenteros en la actividad oral del niño producen fantasías de un pecho bueno, gratificante y protector, y un pecho malo, frustrante y ansiógeno. El niño entonces tiende a escindir la realidad que experimenta en objetos buenos malos.

Donald Winnicott acuñó el concepto de *holding* o soporte para referirse al estadio de dependencia absoluta del niño con su madre. Para salir de esta fusión simbiótica con la madre, el ni-

ño se vale de objetos transicionales como elementos a mitad de camino entre su sí mismo y la realidad exterior. Los objetos transicionales permiten al niño luchar contra la ansiedad de separación, representan el pecho de la madre y son el paso previo de la insaturación de la realidad para el niño.

Reneé Spitz consideraba que el niño al nacer se encuentra en un estado de organización primitiva, siendo incapaz de diferenciar los objetos. El bebé comienza a asociar las señales del otro con el alimento. Este reconocimiento gradual del otro se basa en la progresiva maduración de las capacidades perceptivas del niño. Y la maduración de su psiquismo depende de la presencia del otro, o la madre, en proporcionarle organizadores mentales.

Margaret Mahler basó sus teorizaciones en la observación de niños normales y psicóticos. La madre es la encargada de proporcionar gratificación y satisfacción, que le permitirá al niño la diferenciación así como la posibilidad de conseguir la autonomía. Las separaciones de la madre, con quien el niño establece al inicio una relación simbiótica, le permitirán la individuación.

Stern (1991) toma métodos y hallazgos de la psicología del desarrollo e ideas de su práctica clínica. Desde la psicología del desarrollo integra las investigaciones acerca de los vínculos a partir de la observación directa del infante. Desde la práctica clínica, reconstruye desde la perspectiva del adulto un "infante" diferente, en tanto creación conjunta de dos personas: el adulto que creció y se convirtió en paciente, y el terapeuta que tiene una teoría acerca de la experiencia del infante. Este infante recreado está constituido por recuerdos, reactualizaciones presentes en la transferencia, e interpretaciones guiadas por la teoría. Así diferencia el infante observado del infante clínico. El infante clínico corresponde al mundo social experi-

mentado subjetivamente. La relación entre estos dos infantes es esencial para Stern ya que los sucesos reales se convierten en experiencias subjetivas o intrapsíquicas creando un espacio de interacción o interface. Es la existencia de esta interface la que permite comprender la patogénesis de manifestaciones psicopatológicas en etapas posteriores.

Brazelton y Cramer (1993) se refieren a investigaciones más actuales en el estudio de la interacción progenitor-bebé desde un enfoque global y contextual. Presuponen una mutua influencia: un miembro influye en el otro y lo moldea, pero a su vez es influido y moldeado por el otro, guardando una memoria o expectativa respecto del otro que moldea las respuestas. También se estudia la dimensión comunicativa de la interacción, haciendo hincapié en las conductas, las expresiones faciales, el juego, el tono de voz, en tanto señales con valor comunicativo que determina la respuesta del otro. Toda interacción presenta un aspecto de contenido y un aspecto regulatorio. El contenido se refiere a la información y el aspecto regulatorio se refiere a los datos acerca de la aceptación o el rechazo, refiriéndose así a una metacomunicación.

Origen de la teoría

La Teoría del Apego fue desarrollada por John Bowlby. Su experiencia profesional asociada a la psiquiatría infantil reforzó sus creencias acerca de los posibles orígenes de la psicopatología infantil se derivaban de experiencias reales interpersonales en la vida del niño con sus primeros cuidadores. Se basó en sus casos como psiquiatra infantil. Sus primeros escritos a partir de 1940 dan cuenta de la influencia del entorno sobre el desarrollo de neurosis infantiles.

Sus observaciones respecto de la psicopatología infantil se centraron en

un primer momento en las actitudes maternas de hostilidad hacia los hijos. Tales reacciones de hostilidad materna actual tenían antecedentes de vínculos también hostiles infantiles en las propias madres. Bowlby, entonces, comienza a centrar su estudio en la transmisión intergeneracional de modalidades de interacción familiar. Estos primeros estudios se basan en vínculos con madres presentes durante la infancia. Posteriormente su interés se dirige hacia los efectos patológicos de la separación, pérdida y privación del cuidado materno temprano.

Aunque comenzó a reflexionar acerca de estos fenómenos desde una perspectiva estrictamente psicoanalítica, con el tiempo fue cambiando de paradigma, adoptando uno que integrara la psicología evolutiva con la etología. Desde el psicoanálisis no encontró respuestas para explicar, sólo desde la oralidad, la psicopatología infantil. Es así que comienza a interesarse por las contribuciones que los estudios etológicos de Honrad Lorenz, sobre todo acerca del fenómeno del *imprinting*. La conducta de búsqueda de proximidad es independiente de la satisfacción de las necesidades de alimentación. Esta actitud le valió su exclusión de los círculos psicoanalíticos británicos.

A partir de 1946 Bowlby se hace cargo del departamento de niños de la Clínica Tavistock. Esta experiencia le sirvió para confirmar su idea acerca de la continuidad del cuidado maternal como esencial para el bienestar psicológico de los niños pequeños. Sus asociados también se involucraron en el desarrollo de sus ideas, realizando investigaciones acerca de las reacciones psicológicas de los niños ante la separación de sus figuras de apego.

A partir de 1950 fue asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estudiar el desarrollo psicológico de los niños sin hogar. Es así que pudo demostrar que la calidad del cuidado

parental que el niño recibe en sus primeros años es de vital importancia para el futuro de su salud mental.

Consideró necesario que el niño pequeño experimente una relación continua, íntima y cálida con sus figuras parentales (madre, padre o sustitutos) para desarrollarse de modo óptimo. A esta relación se la denominó apego. Asimismo pudo constatar que ciertas reacciones instintivas del bebé, tales como la succión, la prensión, el llanto, el seguimiento con la vista y la sonrisa, se organizan en conductas de apego en relación al cuidador, durante la segunda mitad del primer año de vida.

Cuando no se da esta experiencia, Bowlby se refiere a la privación maternal. Tal privación puede ocurrir con la separación de la madre, pero sus estudios indican que la privación también ocurre en presencia del cuidador. En este sentido, la privación en presencia del cuidador se refiere a la incapacidad del mismo de darle al niño respuestas afectuosas a sus necesidades. La privación maternal tiene efectos nocivos en el niño. Cuando la privación es parcial, el niño responde con manifestaciones de ansiedad, ira y depresión. Cuando la privación es completa, el niño responde con dificultades en la capacidad de formar, sostener y disfrutar de nuevos vínculos.

El estudio de las reacciones de los bebés ante la separación de sus cuidadores le permitió concluir que la ansiedad de separación excesiva está facilitada por vínculos parentales adversos, provocando inseguridad en el niño. Estos desarrollos permitieron formular los principios generales del cuidado infantil siendo aplicados desde entonces en políticas sociales y tratamientos en niños internados.

Teoría del Apego

El lazo afectivo que un niño forma con su cuidador primario, y que los

impulsa a ambos a buscar proximidad en el espacio y en el tiempo es lo que Bowlby denomina conducta de apego. El vínculo de apego responde a la necesidad más básica del ser humano: sentirse seguro y protegido por personas incondicionales. Se trata de una relación de conductas interdependientes entre el niño y su cuidador. Además es correlativa con las formas de trato brindadas por el cuidador.

El bebé presenta necesidades biológicas y psicológicas tales como la de ser alimentado, sostenido, acariciado, entre otras. Se espera que el adulto cuidador, cumpliendo con la función materna, emita conductas que satisfagan las necesidades infantiles, estableciendo una relación diádica sincronizada.

En el **cuadro 1** se observan las correspondencias entre conductas del niño y respuestas esperables maternas

El proceso de apego comienza en el embarazo con los pensamientos y sentimientos de la madre hacia su bebé. Según Stern (1999), existen tres patrones genéricos de vinculación de la embarazada con su hijo aún no nacido. Un primer patrón se denomina apego superficial, otro se llama apego implicado y el tercero, apego autónomo.

El apego superficial se manifiesta en las embarazadas con dificultades en el involucramiento emocional hacia la maternidad. A pesar de contar con historias vinculares y contextos familiares de sostén, estas embarazadas establecen una distancia emocional con su propia historia y con la maternidad en particular. El apego implicado, por el contrario, se caracteriza por las identificaciones que la embarazada establece con su propia madre, repitiendo, por lo general, la modalidad vincular que mantiene con su madre, en la relación con su bebé no nacido aún.

El patrón de apego autónomo se refiere a un modelo intermedio entre los

dos anteriores. La embarazada se implica en la relación con su hijo y logra distanciarse de sus propias experiencias de niñez. En este sentido no repite la modalidad vincular, sino que se permite elegir una vinculación personal.

Desde el primer contacto visual comienzan a establecerse los comportamientos de aproximación o apego. La primera fase en el desarrollo del apego se denomina conducta orientativa y se extiende desde el nacimiento hasta el tercer mes de vida. En las primeras doce semanas de vida, el niño emite señales sin distinguir el destinatario.

La segunda fase, denominada conductas de señalamiento, se caracteriza por la distinción y preferencia de la madre por encima de otros cuidadores, aún no rechazados. Esta fase se extiende hasta los seis meses de vida.

La tercera fase se llama conductas de acercamiento. En esta fase el niño procura, mediante conductas motoras, mantener proximidad con las figuras familiares, comenzando a rechazar a los desconocidos, a través del llanto, del miedo, del ocultamiento. Esta fase se extiende entre los ocho y los once meses de vida. Tal conducta es de protección, favoreciendo la supervivencia del niño.

La ansiedad que muestra el niño frente a figuras desconocidas varía en función de las situaciones. Si el extraño se encuentra a distancia y con actitud pasiva, el niño permanecerá tranquilo. Si, por el contrario, el desconocido muestra una actitud activa y de acercamiento, es esperable la reacción de ansiedad y miedo del pequeño. En este sentido, se activa la capacidad del niño de evaluar la situación en términos de amenaza, posibilitándole diferentes respuestas.

Entre el mes sexto y los treinta y seis meses de vida, se produce una constante aproximación hacia la madre y un rechazo activo hacia los extraños. Las conductas de acercamiento se activan, generalmente en situaciones de necesidades como hambre, cansancio, miedo, peligro, y ausencia o distancia del cuidador elegido.

Ainsworth (1978), activa colaboradora de Bowlby, estableció el paradigma del extraño como un método de observación de la modalidad de apego infantil. Estando el niño en una situación de juego con su madre, se produce el ingreso de un extraño, junto con la partida o retirada de la madre. Este momento se denominó Separación 1. A continuación se invita a la madre a retornar al recinto. Se denomina a es-

te momento, Reencuentro 1. En un tercer momento se retiran la madre y el extraño, dejando completamente solo al niño, denominándose Separación 2. Para finalizar, regresa el extraño y luego la madre, momento denominado Reencuentro 2.

A partir de la observación de las pautas de conducta emitidas por el niño en los períodos de separación y de reencuentro, se describen tres tipos de apego infantil:

1) Apego inseguro-evitativo: Se caracteriza por la ausencia de llanto en el episodio de separación y por conductas de rechazo, evitación o indiferencia hacia la madre en el reencuentro. El bebé se muestra inseguro, colérico, y no busca el contacto corporal con su madre. El estilo parental tiende a ser rechazante, distante, desinvolucrado, evitando la cercanía física o emocional.

2) Apego seguro: El bebé utiliza a la madre como una base segura para poder explorar. En la separación el bebé disminuye la exploración e intensifica la conducta de apego. En el reencuentro, el bebé busca activamente el contacto corporal con su madre. El niño con este tipo de apego se muestra autónomo. El estilo parental es sensitivo y cuidadoso. La madre mantiene el contacto con el hijo y responde ante las demandas del mismo.

3) Apego inseguro-ansioso-ambivalente: El bebé se muestra ansioso, demandante y/o proveedor de cuidado hacia el cuidador, aún en presencia de su madre. La conducta de apego está sobreactivada. En los períodos de separación y en los de reencuentro el bebé se muestra ambivalente con su madre. Al mismo tiempo que busca el contacto corporal con ella, le muestra enfado, resistencia o exigencia de ser tomado en brazos. El estilo parental es preocupado, sobreinvolucrado, incoherente, enmarañado, con disponi-

Cuadro 1

Area de desempeño		
	Niño	Act. profesionales espec.
Situación	Indefenso y necesitado	Capacitada para cuidar
	Activo buscador de figuras de cuidado	Socializada
	Sensible a los estímulos ambientales	Sensible a los estímulos del niño
Actividades	Conductas buscadoras de contacto corporal	Tendencia al contacto corporal con el niño
	Reflejos arcaicos	Caricias
	Comunicación táctil, visual y auditiva	Comunicación táctil, visual y auditiva
	Sistema de señales sensoriales: gestos, llanto, sonrisa	Sistema de comunicación conductual

bilidad intermitente. Se observa un monitoreo mutuo del comportamiento, fronteras intergeneracionales difusas o borrosas, así como tendencia a la inversión de roles.

Otros investigadores definieron y delimitaron un cuarto tipo de apego que llamaron apego desorganizado o desorientado. Los niños desorganizados carecen de cualquier estrategia consistente y podrían así ser muy vulnerables cuando encaran eventos vitales adversos o estresantes. El niño se muestra controlador o proveedor de cuidados. El estilo parental es incoherente debido a pérdidas no resueltas, tendiendo a maltratar al niño. Existe un conflicto entre el acercamiento y la evitación.

Las modalidades vinculares materno-filiales dejan un sello característico en la personalidad del niño. Cuando las experiencias vinculares infantiles son deficitarias, se establecería una mayor vulnerabilidad a desarrollar manifestaciones psicopatológicas en etapas posteriores de la vida.

Este repertorio de conductas de acercamiento permanece activo durante toda la vida de las personas y tiende a transmitirse intergeneracionalmente.

El apego en el primer ciclo de la vida, la infancia

La tendencia de unión con otros en vínculos significativos de apego responde a tres necesidades básicas en el ser humano. La primera necesidad consiste en establecer vínculos de afecto incondicional. La segunda necesidad se refiere a contar y disponer de la presencia de una red social de apoyo. La tercera necesidad alude al contacto físico placentero.

A partir del primer año de vida es posible observar en el niño la presencia de un vínculo de apego establecido con su adulto cuidador. La relación

especial, correlativa en el trato y con conductas interdependientes, entre un bebé y su adulto cuidador, que los impulsa a estar juntos en el espacio, manteniendo un cierto espacio de proximidad es lo que Bowlby denomina apego, según se describió anteriormente.

Con la adquisición de la locomoción y de las capacidades cognitivas y lingüísticas, el niño comienza a desarrollar comportamientos de búsqueda de independencia alrededor del segundo año de su vida. Según Bowlby (1972, 1976), el niño ya cuenta con el *Working Model*, es decir, el modelo de relación entre él y sus figuras de apego. La presencia de este modelo interno le facilita al niño predecir mejor las conductas del cuidador, adaptándose a las respuestas obtenidas y aprendidas.

A medida que el niño crece comienza a ingresar en nuevas situaciones y experiencias sociales tales como los grupos de pares y las relaciones con sus maestros superiores en el inicio de la vida escolar. A pesar de que el niño se inserta en un mundo de relaciones nuevas, suele mantener a sus cuidadores y/o padres como figuras de apego central, destacándose la madre o quien ejerza la función materna. La persona que cumple la función materna es aquella que ocupa el primer puesto respecto del apego.

El crecimiento del niño trae aparejado la adquisición de nuevas capacidades mentales, que le permiten aceptar o tolerar mejor las breves separaciones con la principal figura de apego. Se observa también que el contacto físico con ella, no es tan cercano, estrecho y frecuente como en etapas previas. En el caso del nacimiento de hermanos, se reactivan las conductas de proximidad en tiempo y espacio, entendiéndose que dicha situación amenazaría el vínculo con la figura principal de apego.

Las relaciones vinculares en el sistema familiar se van ampliando con la incorporación de nuevos miembros, pasando de una tríada (madre – padre – hijo) a una tétrada (madre – padre – hijo – hermano). A medida que el niño va creciendo, logra reconocer que la figura del hermano no es una presencia intrusiva, amenazadora del vínculo. El niño aprende a identificar al hermano como un miembro familiar que comparte con él las figuras de apego. Dicha situación permite el establecimiento del subsistema fraterno dentro del sistema familiar.

El subsistema fraterno se caracteriza por la constitución de nuevos vínculos entre los hermanos, con el beneficio de la aparición de nuevas figuras de apego. Ainsworth (1991) estudió el fenómeno del apego entre hermanos, llegando a la conclusión de que los hermanos mayores ofrecen cuidados similares a los maternos. Observa además que, entre los hermanos pequeños, se activan conductas de cuidado y de apoyo mutuo ante ausencias temporarias de la madre, usándose entre ellos como base de seguridad ante situaciones extrañas o amenazantes.

En situaciones normales, los niños suelen mantener buenas relaciones y vínculos con sus figuras de apego a lo largo de la primera infancia hasta llegar a la pubertad. Esto quiere decir que si el sistema familiar le brinda al niño un vínculo armónico, con garantía de afecto y cuidado incondicional, de seguridad y protección, el niño atravesará este ciclo vital disfrutando de los beneficios del vínculo seguro. Esta armonía puede verse interrumpida cuando los miembros del sistema familiar se ven enfrentados a situaciones adversas, de estrés, destacándose como más negativas, las separaciones, los divorcios y los fallecimientos de figuras vinculares significativas.

En la medida en que el niño pueda atravesar por dichas situaciones con-

flictivas contando con el apoyo incondicional y un vínculo estrecho y cercano con sus figuras de apego primordiales, podrá crecer en salud, fortaleciéndose a pesar de estas circunstancias. Una base segura permite alejar las condiciones o factores de riesgo que amenazan la conversión del apego de seguro a inseguro, en tanto precondiciones para la aparición de manifestaciones psicopatológicas en etapas posteriores del desarrollo.

El apego en la adolescencia

El adolescente atraviesa un ciclo vital caracterizado por numerosos cambios: corporales, emocionales, cognitivos y sociales. También se observan significativos cambios en las relaciones de apego de los adolescentes. Todas las relaciones de apego se pueden describir en términos de: **a)** patrones de relación, **b)** patrones de procesamiento de información, **c)** estrategias de autoprotección.

Los patrones de relación se refieren a los cambios que surgen entre nuevas figuras de apego durante la adolescencia. Los patrones de procesamiento de información se refieren a modalidades de transformación de estímulos sensoriales en información significativa que organiza el comportamiento. Las estrategias de autoprotección hacen referencia a modelos evolutivos de comportamiento para protegerse en situaciones amenazantes.

Los patrones de relación

Las relaciones de apego son el resultado de una interacción entre los procesos innatos de base genética y la experiencia. La maduración física y psicológica que se produce en la adolescencia afecta los patrones de apego. Todo lo aprendido respecto de las relaciones interpersonales o vinculares se integra con las nuevas características físicas y mentales, produciendo patrones adultos de autoprotección y reproducción.

Según Crittenden (2001), los patrones de relación sufren modificaciones a lo largo del desarrollo individual. Durante la infancia los patrones de relación entre el niño y el cuidador es no-simétrica y no-recíproca: los niños no cuidan a sus padres. En la etapa preescolar, los niños comienzan a desafiar el lugar primordial de los padres en los patrones de relación. En la etapa escolar, los niños buscan figuras de apego alternativas con status similar al de ellos, apareciendo las amistades como patrones de relaciones simétricas, pero no recíprocas, dado que cada niño busca el cuidado del otro pero ninguno se considera cuidador del otro.

Durante la adolescencia, los patrones de relación o vinculación se transforman siguiendo tres direcciones: La primera, se caracteriza por el establecimiento de un patrón relacional con el mejor amigo o compañero sentimental. La segunda dirección se caracteriza por la aparición de patrones relacionales románticos. En la última dirección, el patrón relacional romántico se vuelve recíproco, reconociendo la importancia para el otro y aceptando la responsabilidad de cuidarlo. En una relación adulta, cada individuo es, al mismo tiempo, la persona vinculada y la figura de apego para la pareja. Cuando ocurren estos cambios, los jóvenes adultos completan la transferencia de los patrones relacionales de sus padres de la infancia a su propia pareja.

Dada la ambivalencia existente en los adolescentes respecto de la relación con sus padres, esto es, necesidad de cercanía y ansias de alejamiento, es posible observar que en el ciclo vital adolescente se amplía el número de las figuras y vínculos de apego. En este ciclo vital adolescente se incluyen como figuras de apego, algún amigo predilecto.

A pesar de la insistencia por conse-

guir la autonomía y la independencia concreta en espacios propios, los adolescentes necesitan aún de la incondicionalidad y disponibilidad de sus padres como figuras de apego. Dicha situación trae aparejadas sensaciones de seguridad que le permiten avanzar de lo intra a lo extrafamiliar, abriéndose a la posibilidad de fortalecer los vínculos sociales fuera de la familia.

López (1986) investigó el apego durante la adolescencia. Sus resultados dan cuenta de que en menores de 15 años, la figura central de apego suele ser la madre (en un 62% de los casos), seguida de algún hermano (15% de los casos), el padre (5%) y algún amigo (5%). Posteriormente se investigó cuál sería la segunda figura de apego obteniendo los siguientes resultados: el padre (43%), la madre (21%), hermano (18%), amigos (8%). Estos resultados le permitieron concluir que en la primera adolescencia, hasta los 15 años, las figuras de apego de la infancia siguen ocupando los lugares prioritarios.

Durante la segunda adolescencia, hasta los 20 años, esta situación vincular comienza a sufrir cambios progresivos. Existe una mayor proporción de adolescentes en la que un amigo o la pareja ocupan ese lugar preferencial como figura de apego. Los pares cobran importancia similar a la figura materna, comenzando a observarse el desplazamiento del padre en el orden preferencial. Se confirma la tendencia clara de que los pares o iguales cumplan las funciones de la figura de apego, pero la madre permanece como figura principal. A diferencia de las figuras parentales, incondicionales y asimétricas, las amistades en la adolescencia son voluntarias, elegidas, simétricas y exigentes. Esta última característica acentúa la ausencia de incondicionalidad, por lo tanto las figuras de apego primarias se complementan con las exigencias de las amistades. Aún

en aquellos casos en los que el amigo no se convierta para el adolescente en figura de apego, las amistades van sustituyendo paulatinamente a las figuras de apego infantil.

Es altamente probable que cuando el adolescente establezca un vínculo de pareja, la misma reemplace a la figura de apego infantil. La pareja se convierte en figura principal de apego cuando esta relación tiene más de dos años de duración. Sin embargo, la búsqueda de la pareja, es una tarea difícil. La relación de pareja debe caracterizarse por ser una relación segura, simétrica y recíproca. Lo esencial para que una amistad o pareja se convierta en figura de apego es que la relación sea de compromiso, de disponibilidad, y de eficacia para la ayuda recíproca y mutua.

Los patrones de procesamiento de la información

Estos patrones se basan en la predicción del comportamiento de quienes nos rodean. Los adolescentes deben aprender a transformar la estimulación sensorial en información significativa que organice su comportamiento y el de los demás. Los adolescentes aprenden a reunir información de las personas que los rodean sin referirse específicamente a ellos mismos. También deben aprender que muchas veces las apariencias son engañosas. Los adolescentes necesitan diferenciarse y diferenciar las discrepancias entre las apariencias y la realidad. La capacidad de pensamiento abstracto les permite identificar las transformaciones de la información. Así, son capaces de usar este conocimiento con el fin de pensar acerca de las diferencias entre las apariencias y la realidad y protegerse de las distorsiones.

Cuando se siente amenazado, un adolescente puede pensar productivamente en su experiencia y la forma en que la misma afectó su comportamiento, considerando la posibilidad

de otras opciones de vida en la que la seguridad y el bienestar son posibles.

Las estrategias de autoprotección

Dichas estrategias comienzan a construirse desde la temprana infancia, presentándose evolutivamente. Estas estrategias se basan en las investigaciones de Ainsworth y otros (1978) acerca de las modalidades de apego del Paradigma del Extraño.

Los adolescentes tienden a integrar la predicción temporal y cognitiva de las emociones. De este modo, la exposición al peligro lleva al desarrollo de estrategias complejas. Si no aprenden a diferenciar la información distorsionada, y no utilizan las estrategias en beneficio propio, los adolescentes se convierten en ingenuos y víctimas del engaño.

Algunos adolescentes tienden a confiar compulsivamente en sí mismos cuando toman noción de la imposibilidad de regular el comportamiento de adultos que no son protectores y cuidadores. Así es que suelen alejarse de relaciones estrechas tan pronto como son capaces de cuidarse a sí mismos.

Otros adolescentes utilizan las emociones como fuente principal de información, omitiendo la cognición. En este sentido, usan las emociones como estrategias de autoprotección y de respuesta hacia los demás. Aún otros, tienden a ser predecibles, inhibidos emocionalmente, fríos, calculadores, protegiéndose así de los posibles engaños de las apariencias.

El apego en la adultez

Bowlby estableció que los niños generalizan las expectativas adquiridas a través de las interacciones con sus cuidadores en representaciones mentales (modelos de trabajo) de disponibilidad y *responsividad* de las figuras de apego, así como representaciones propias de

ser merecedores de amor y apoyo.

Estos modelos de trabajo guían el afecto, la cognición y el comportamiento en las situaciones de apego y presumiblemente, continúan en relaciones de apego en el tiempo, incluso en la adultez. Ni las experiencias individuales, ni el transcurso del tiempo llegan a anular la disposición innata de la tendencia de buscar en los demás cuidado, ayuda y consuelo; tal como lo indica la famosa afirmación de Bowlby "de la cuna a la tumba". Incluso personas que han desarrollado conductas autosuficientes, activan el sistema de apego cuando se encuentran en dificultades o cuando experimentan soledad.

Hazan y Shaver (1987) facilitaron la investigación del apego en adultos al establecer un paralelo entre las relaciones niño-cuidador y las relaciones amorosas adultas. De este modo, demostraron la aplicación directa del marco referencial de Ainsworth en los apegos adultos románticos. Investigaciones recientes indican que el apego adulto podría ser conceptualizado en términos de dos dimensiones subyacentes: evitación y ansiedad.

La alta evitación representa el desapego defensivo o evitación de las relaciones cercanas. La baja evitación representa la comodidad con la cercanía y la confianza en la dependencia con otros. La alta ansiedad representa la preocupación ansiosa o temerosa en las relaciones cercanas. La ansiedad baja representa la confianza en la cual uno será aceptado en las relaciones cercanas.

Algunos teóricos afirmaron que las manifestaciones de exploración infantiles tienen análogos en los adultos en buscar el reconocimiento de pares, establecer independencia emocional de los propios padres y mantener amistades cercanas. La investigación empírica en adultos se ha focalizado principalmente en el área de las rela-

ciones interpersonales, especialmente en las relaciones estrechas.

Una representación internalizada de base segura le sirve al adulto como recurso para ejercitar libremente sus tendencias naturales y perseguir metas personales. Para los adultos seguros, la posibilidad del fracaso no provoca ansiedad, no es una preocupación que los distraiga, debido a que esperan que figuras de apego estén disponibles, apoyándolos, reasegurándolos independientemente de los resultados.

El apego inseguro interfiere con la libre y óptima exploración adulta. La carencia de una base segura interfiere con las tendencias de acercamiento, reorientando las preocupaciones hacia la evitación del fracaso, provocándoles ansiedad. Las personas con apego inseguro creen que el fracaso ocurrirá y que las figuras de apego no estarán disponibles, ni las aceptarán a sí mismas, ni responderán incondicionalmente con apoyo y reaseguro. En consecuencia, se focalizan en evitar el peligro.

López y colaboradores (1986) realizaron investigaciones sobre el apego en el adulto. Llegaron a la conclusión que en el adulto, los pares, esto es la pareja y los amigos, ocupan lugares de apego preferenciales, apareciendo la madre como segunda figura de apego. También se destaca la presencia de las relaciones vinculares con la pareja sexual, quien se convierte, en este ciclo de la vida, en la figura central de los vínculos de apego.

Desde el punto de vista del apego, el compañero en la pareja cumple las mismas funciones del apego infantil, a saber: deseo de proximidad y contacto, protesta por la separación, bienestar con la presencia del otro, y base de seguridad. Los dos adultos apegados buscan y hacen lo posible por mantenerse juntos, sufren las ausencias o distancias y sienten mayor seguridad al estar próximos.

La estabilidad del estilo de apego es mayor a medida que avanzamos en edad. Después de la adolescencia, el apego se convierte en un patrón básico poco modificable. Pero, a pesar de dicha estabilidad, en la vida adulta el apego es más variable de una persona a otra. En el adulto la forma de funcionamiento del apego depende del estilo de apego de la pareja.

Los tres estilos de apego en la infancia se reactivan como tres estilos amorosos en la adultez:

- Las personas con apego seguro tienen más capacidad de autonomía, de vivir sin pareja estable, presentan mayor capacidad de intimidad y compromiso y seleccionan a sus parejas.
- Las personas con apego ansioso tienen dificultades para construir su autonomía sin establecer relaciones de pareja. Es frecuente que se sientan menos amados de lo que creen merecer.
- Las personas con apego evitativo presentan dificultades en la involucración en las relaciones de pareja, manteniendo relaciones distantes y con poca intimidad emocional.

El deseo de proximidad con la figura de apego, el contacto, el bienestar y seguridad, la incondicionalidad y la ansiedad por las separaciones permanecen constantes a lo largo de toda la vida. Solamente se observan cambios en las formas de procurar proximidad y las conductas en las que se expresa. Dado que la modalidad de apego se mantiene a lo largo de la vida, ésta, a su vez, se transmite intergeneracionalmente.

Las modalidades de apego que no son seguras, esto es ansiosas, evitativas y desorganizadas podrían favorecer el desarrollo de manifestaciones psicopatológicas. En este sentido, es importante destacar la mirada preventiva de los profesionales de la salud mental en la promoción de vínculos de apego seguro, estable y afectuoso.

Manifestaciones disfuncionales y apego

A partir de las experiencias tempranas de cuidado junto con el vínculo de apego concomitante, las personas desarrollan modelos internos de sí mismos, de sus relaciones interpersonales y de los modos de interacción. Las condiciones para que un niño construya este modelo interno de modo adaptativo se basan en la necesidad de vinculación del niño con un adulto cuidador caracterizado por ofrecer nutrición consistente, alivio de estados afectivos negativos y tolerancia del despliegue emocional del niño hacia sí mismo y hacia los demás. (Bowlby, 1976).

Cuando estas condiciones no se presentan, y el adulto no responde de un modo empático y de apoyo, nos encontramos frente a un factor de riesgo con implicaciones desfavorables a largo plazo. En estas circunstancias, las características vinculares del adulto hacia el niño favorecen el desarrollo de modelos internos disfuncionales en los niños, particularmente en la regulación de los afectos negativos. Podría entonces pensarse que los niños fracasan en desarrollar la capacidad de regulación de los estados afectivos negativos y consecuentemente, incrementan los riesgos para las manifestaciones depresivas.

La depresión es una entidad que se expresa de diversas maneras, presentándose como una combinación de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos.

Estos síntomas pueden variar en relevancia y en severidad, así como en la predominancia de algunos sobre otros. Los síntomas afectivos pueden incluir sentimientos de tristeza, falta de ánimo, disminuciones en el interés o el placer en las actividades. Entre los síntomas cognitivos se mencionan la desesperanza, el pesimismo, la culpa. Respecto de los síntomas compor-

tamentales encontramos inhibición psicomotriz, aislamiento. Los síntomas fisiológicos de la depresión son, entre otros, insomnio, alteraciones en el apetito, disminución de la energía.

Sin embargo, la relación entre depresión y apego es compleja. Hay escasa evidencia empírica respecto de dicha vinculación, sobre todo de la dirección causal de la misma.

Algunos autores sostienen que los vínculos disfuncionales tempranos predisponen al desarrollo de depresión en etapas posteriores. Otros sostienen que la depresión infantil dificulta la vinculación adecuada con ese niño. Y aún otros sostienen que existen múltiples factores interactuantes en la relación entre apego y depresión que incluyen diferentes variables, a saber: genéticas, biológicas, psicológicas y sociales.

Cuidadores deprimidos como factor de riesgo

El estilo de apego de un padre que sufre de depresión podría afectar su estilo parental.

La depresión afecta la disponibilidad y sensibilidad parental hacia el hijo. El hijo podría experimentar una mayor vulnerabilidad psicobiológica, cognitiva, afectiva, comportamental e interpersonal. Los padres inseguros son menos cálidos y proveen interacciones menos estructuradas que los padres seguros.

Existen factores moderadores de la influencia negativa de la depresión parental: la relación con el otro padre, la severidad y la duración de la depresión del cuidador deprimido, las características propias del niño. Un apego seguro con el cuidador no deprimido puede servir también como factor protector. Por el contrario, un cuidador deprimido en combinación con dificultades emocionales del otro adulto, resulta en apego inseguro y en mayor probabilidad de desarrollar conductas interpersonales inadapta-

das y psicopatologías en etapas posteriores de ese niño.

La depresión parental en los ciclos vitales del niño:

Depresión post-parto

Muchas mujeres después del parto sufren del síndrome de depresión post-parto. Este síndrome afecta su nivel de energía, su disponibilidad y su estilo de interacción. Suelen presentar afecto aplanado, baja respuesta a los signos emitidos por el bebé, escasa muestras de afecto, tendencia a negar las experiencias infantiles, hostilidad e intrusión, dificultad en desarrollar interacciones sincrónicas con su hijo. Estas características ubican a los niños en el riesgo de desarrollar vínculos de apego inseguro.

Frente a estas circunstancias, el pronóstico sería favorecido con la presencia de una pareja parental de sostén, así como una duración de la depresión post-parto menor a seis meses, o cuando esta depresión es leve o moderada. Los niños de madres con depresión post-parto prolongada, despliegan más afectos negativos, se muestran inconsolables, prestan poca atención, presentan menor desarrollo mental y motor, así como menor competencia cognitiva.

Depresión parental en el ingreso a la escolaridad

La depresión materna en este ciclo vital del niño continúa afectando las prácticas parentales, debido en parte a las dificultades en coordinar sincrónicamente las interacciones con sus hijos, o en reparar interacciones interrumpidas. Estos niños muestran estrategias de apego menos coherentes y estructuradas que los niños con madres no deprimidas.

Aún cuando no manifiesten dificultades de apego, los niños vulnerables

suelen involucrarse en conductas de cuidado hacia sus propias madres deprimidas. Esta conducta sobreadaptada podría facilitar una vinculación diferente con la madre, pensándose en la posibilidad de reducir el riesgo de problemas emocionales posteriores. Los escolares con madres deprimidas están en riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo u otras dificultades psicosociales, pudiendo manifestar desesperanza así como dificultades en las relaciones interpersonales. La depresión de ambos padres está asociada con problemas adaptativos en los niños y con comunicación disfuncional entre el hijo y sus padres.

Los niños que crecen en estas situaciones familiares adversas presentan manifestaciones asociadas a la depresión: estado de ánimo deprimido, llanto frecuente, escasa reactividad al ambiente, alteraciones en el sueño y en la alimentación, aislamiento, pasividad, inhibición comportamental, ausencia de juego, dificultades en la interacción con pares.

Según una investigación realizada en Suiza (Pierrehumbert, Miljkovitch, Plancherel, Halfon y Ansermet, 2000) el apego y el temperamento evaluados a través del Paradigma del extraño a los 21 meses de vida, predicen problemas comportamentales posteriores en el niño.

Depresión parental en la adolescencia del hijo.

En los adolescentes de madres deprimidas, se observa un mayor riesgo de desarrollar depresión, conductas suicidas, y otras manifestaciones psicopatológicas. Estas madres deprimidas suelen mostrar altos niveles de negatividad, enojo y crítica hacia sus hijos. Suelen mostrarse poco disponibles emocionalmente e insensibles a las necesidades de sus hijos adolescentes. Los padres podrían contribuir al ambiente hostil con sus propias conduc-

tas violentas, afectando consistentemente la poca disposición parental.

Aún así, muchos padres luchan por ser buenos padres, tratando de manejar su propia depresión y los desafíos de ser padres de adolescentes, brindando interacciones positivas con sus hijos, tratando de ofrecer modelos más estables y contenedores. La interacción de la depresión en ambos padres predice problemas de internalización en los hijos. En este ciclo de la vida, existen evidencias que la depresión paterna es un predictor más fuerte de depresión adolescente que la depresión materna.

Depresión y apego en los ciclos de la vida

Niños deprimidos

Los niños deprimidos frecuentemente pertenecen a contextos de madres deprimidas o ausentes. Se muestran aislados, pasivos, no juegan con sus pares, presentan problemas de internalización, trastornos en el sueño y en la alimentación. La depresión en los niños se asocia a déficits en el comportamiento afectivo, cognitivo, interpersonal y adaptativo.

Estos déficits se expresan en dificultades de internalización y externalización e interacciones negativas con los pares. Es frecuente observar en los niños deprimidos, patrones de apego inseguro tanto evitativos como ambivalentes.

Adolescentes deprimidos

Los adolescentes deprimidos manifiestan desajustes en el desempeño escolar, en las relaciones sociales, en la salud física, en el funcionamiento global, abuso de sustancias, embarazos no deseados. Los adolescentes con apego inseguro exhiben muchos de los indicadores de depresión, incluyendo: *distrés* psicológico, baja autoestima, dificultades en la regulación emocional.

Jóvenes deprimidos

La primera investigación que vincula el apego adolescente con el maternal en adolescentes psicopatológicos hospitalizados fue realizada por Diana Rosenstein y Harvey Horowitz, en el año 1996. Los adolescentes presentaban apegos no resueltos asociados a pérdidas o eventos traumáticos. El 98 % de los adolescentes presentaban apego inseguro (42 % apego preocupado, 38 % desapego y 18 % no resuelto). Los adolescentes que presentaban trastornos de ánimo, mostraban modelos de apego preocupado o no resuelto.

En las mujeres adolescentes prevalecían manifestaciones de trastornos afectivos. Observaron que si el adolescente mostraba un apego desapegado, la madre también presentaba un estilo desapegado. Lo mismo se registró con el apego preocupado.

Existen investigaciones que vinculan el apego y las experiencias de soledad en los jóvenes. (Chipuer, 2001). Weiss (1973) destacó que los déficits en las relaciones diádicas (por ejemplo, padres y mejores amigos) que satisfacen la necesidad de apego, llevan a experimentar soledad emocional y social.

Los jóvenes con historias de apego seguro creen que acceden a otros significativos confiables y de ayuda, y consecuentemente se ven a sí mismos, merecedores de cariños y cuidados. Son capaces de evaluar la calidad de sus relaciones sociales y determinar si las mismas satisfacen sus necesidades. Presentan menores niveles de soledad. El apego con pares y padres en los jóvenes predice la autoestima, la satisfacción en la vida, sentimientos de resentimiento y alineación. Asimismo, la importancia del apego con los pares está fuertemente asociado con las experiencias de soledad, dado que la figura de apego principal en este ciclo vital es con los pares.

Según Bowlby, desde una perspectiva evolutiva, la calidad del apego es un factor importante en la determinación del grado de vulnerabilidad a la psicopatología en el individuo. Las experiencias posteriores de la vida, son interpretadas en función del modelo interno construido en los primeros años de vida.

A modo de cierre

En este recorrido hemos establecido el contexto histórico y los orígenes de la Teoría del Apego. Se delinearon las características del patrón de apego en los diversos ciclos vitales. Se establecieron vinculaciones entre las interacciones parentales-filiales y las manifestaciones depresivas en distintas etapas del desarrollo evolutivo. Se destacó la influencia negativa de la depresión materna y/o paterna en el incremento de vulnerabilidades a la psicopatología en los hijos, sean éstos niños, adolescentes o jóvenes.

La relevancia de la investigación en Apego se centra en la prevención de posibles manifestaciones psicopatológicas derivadas de patrones disfuncionales de apego. Por otra parte es importante la promoción de vinculaciones de apego más seguras, positivas, estables y empáticas que favorezcan la calidad de vida.

Bibliografía

- AINSWORTH, M. (1991) Attachment and other affectional bonds across the life cycle. En *Attachment across the life-cycle*, editado por CM. Parkes, J. Stevenson-Hinde, y P. Marris. Nueva York, Routledge.
- AINSWORTH, M., BLEHAR, MC., WATERS, E., Y WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
- BOWLBY, J. (1972). *Cuidado maternal y amor*. México, Fondo de Cultura Económica.
- BOWLBY, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Paidós.
- BOWLBY, J. (1994). *Relatos y vivencias autobiográficas*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, III (3), 335-340
- BRAZELTON, TB., Y CRAMER, BG. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, Paidós.
- CHIPUER, HM. (2001). Dyadic attachments and community connectedness: links with youths' loneliness experiences. *Journal of Community Psychology*, 29 (4), 429-446.
- CRITTENDEN, P. (2001). Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: Adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12(48), 33-62.
- ELLIOT, AJ., Y REIS, HT. (2003). Attachment and exploration in adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 317-331.
- FABRISSIN, J., Y GARAY, C. (2003). *Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12 (1), 33-55.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Madrid, Pirámide.
- GONZÁLEZ DE GANEM, MD. (2000). *La salud mental infantil. Concepciones y evolución histórica, en Salud y disfunción vincular en la primera infancia de Inés Osatinsky y otros*. Tucumán, Magna
- HAZAN, C., Y SHAVER, PR. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- HERRING, M., Y KASLOW, NJ. (2002). *Depresión and Attachment in familias: a child-focused perspective*. *Family Process*, 41 (3), 494-518.
- LÓPEZ, F. (1986). *Etología*. En *Psicología evolutiva. Teorías y métodos*, compilado por A. Marchesi, M. Carretero, y J. Palacios. Madrid, Alianza. Citado por Fernández Lópiz (2000).
- MARRONE, M. (1994). *Biografía: John Bowlby*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, III (2), 197-208
- OSATINSKY, I., GONZÁLEZ, MD., ABETE, RI., MURHELL, A., SORIA, MC., Y GARCÍA, IA. (2000). *Salud y disfunción vincular en la primera infancia*, Tucumán, Magna.
- PIERREHUMBERT, B., MILJKOVITCH, R., PLANCHEREL, B., HALFON, O., Y ANSERMET, F. (2000). Attachment and Temperament in early childhood; implications for later behavior problems. *Infant and Child Development*, 9 (1), 17-32.
- ROSENSTEIN, DS., Y HOROWITZ, HA. (1996). Adolescents attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 244-253.
- STERN, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires, Paidós.
- STERN, D. (1999). *El nacimiento de una madre*. Barcelona, Paidós.
- WEISS, RS. (1973). *Loneliness: The experience of social and emotional isolation*. Cambridge, MA. Massachusetts Institute of Technology. Citado por Chipuer (2001)