



Apego: estrategia para la prevención primaria del maltrato infantil

Lic. Psic. Martha Gómez Jiménez,* Dr. Arturo Loredó Abdalá,* Npsic. Verónica Cerezo Cantú,** Dr. Arturo Perea Martínez*

RESUMEN

Ante la pandemia de violencia contra los niños, que es un problema de salud pública, se establecen nuevas estrategias para su prevención primaria. Una de ellas es el desarrollo del programa "El buen trato al menor" basado en el conocimiento y aplicación de sus derechos, de los cuales destaca la protección; para ello es necesario conocer el desarrollo del apego como base de la seguridad, y afectividad en un niño. En este artículo se hacen diversas reflexiones sobre el apego, considerado como pauta principal para el desarrollo posterior de relaciones estables y de protección, el cual se construye desde el nacimiento, a través de la interacción con el cuidador principal y los secundarios. De esta manera, el pediatra y otros profesionales que interactúan con niños deben conocer los aspectos básicos en el niño aparentemente "sano", que tiene alguna discapacidad, un padecimiento crónico o ha sido víctima de malos tratos. Con ello se intenta desarrollar acciones preventivas que permitan disminuir el maltrato infantil.

Palabras clave: Apego, protección primaria, niño maltratado, discapacidad.

ABSTRACT

Owing to the fact that child abuse has become a world-wide public health problem, new strategies have been developed in order to prevent it. One of these has been the creation of a program, i.e., "Proper treatment of minors" based on the knowledge of and implementation of their rights, especially in terms of protection. This in turn requires observance and compliance as the basis for safety and affective link towards children. This paper refers to several considerations as main guidelines for the consolidation of stable and protective relations which must start from the time of birth through an interaction between the parents or other family members and the child. Therefore the pediatrician and other professionals involved in pediatric health care should be aware of the basic aspects of an apparently "healthy" child who non the less suffers some type of handicap, or a chronic illness, or who has been mistreated. The awareness of these problems will be a substantial basis for the implementation of preventive measures to reduce child abuse.

Key words: Affective link, proper treatment, child abuse, handicap.

Como consecuencia de la pandemia de violencia contra los niños que es un problema de salud pública mundial, es imperativo que en este siglo se desarrollen nuevas estrategias de acción con objeto de modificar sustancialmente modelos de atención integral^{1,2}. En este contexto, destaca la acción preventiva en sus tres variedades: prevención primaria, secundaria y terciaria.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) cotidianamente se desarrolla una acción preventiva "secundaria" como parte de la atención integral que se les brinda a las víctimas de malos tratos y a su familia; para evitar que los niños sean agredidos nuevamente.³ También se desarrolla la "prevención terciaria" mediante acciones como la psicoterapia, que permite modificar el impacto emocional que causa la violencia a la víctima en quien se afecta directamente el sistema nervioso central, específicamente el sistema límbico: se desencadena una interacción simultánea con los sistemas endocrino e inmunológico y se genera una "huella neuroinmunoendócrina intangible"^{3,4}

La intervención preventiva se basa en manejar la plasticidad cerebral del menor mediante una atención psicológica específica; el objetivo es evitar que el niño maltratado se convierta en maltratador cuando llegue

* Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

** Universidad Santa María de la Antigua, Panamá.

Correspondencia: Lic. Psic. Martha Gómez Jiménez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: septiembre, 2005. Aceptado: octubre, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

a ser padre de familia, lo que puede ocurrir si las condiciones familiares y el ambiente lo propician.^{3,5,6}

Los resultados de este ejercicio se verán a largo plazo; mediante el seguimiento específico, estaremos en condiciones de precisar la utilidad real de esta acción.

El gran reto en este nuevo milenio es desarrollar un "Programa de Prevención Primaria" en el que los especialistas del tema, los gobiernos y la sociedad en general deberán considerar los "Derechos y Obligaciones" que atañen a los niños y adolescentes aunado a los avances científicos logrados principalmente por la Medicina Genómica, las Ciencias Políticas, la Educación y la Bioética.^{3,7}

Dentro del marco de parentalidad y crianza ideal para el niño, destaca el apego como acción indispensable para la edificación de la resiliencia, condición básica que todo ser humano construye en el transcurso de la vida.⁵ Por esta razón los pediatras y otros profesionales que interactúan con niños, deben familiarizarse con las características básicas del apego que expresa cualquier niño.

Bowlby desarrolla la teoría del apego a partir de estudios psicoanalíticos y del comportamiento de las especies, e integra lo biológico con lo psicológico para comprender el desarrollo emocional del niño. Este autor postula que los sentimientos y conductas de una madre o cuidador hacia el niño, están profundamente influidas por la experiencia de sus primeros años de vida. Por ende, el apego es la vinculación de una persona para formar un fuerte lazo emocional con otra, lo que conduce a que ambas partes tiendan a permanecer en mutua proximidad.⁸⁻¹⁰

Se entiende por apego, la interacción afectiva que se establece entre un niño y su cuidador, que se construye desde el nacimiento y cuya duración es relativamente prolongada. El fenómeno es equiparable a lo que los etólogos han denominado vinculación.¹¹

Según Bowlby, las relaciones de apego con el cuidador principal se acompañan de las emociones y sentimientos más fuertes y ocurren por medio de expresiones faciales, tonos de voz, cambios fisiológicos del ritmo respiratorio y cardíaco; de movimientos posturales y de acción como reír, llorar, etc. En esencia, la teoría del apego explica la regulación entre las emociones y los cambios fisiológicos.¹⁰

Al nacimiento, el repertorio conductual del niño: succión, prensión, llanto, orientación de la mirada, estimula al cuidador, quien responde con su proximidad, atención y cariño. El niño dirige las señales a todas las personas de su entorno inmediato. Lo importante es que estas conductas se irán centrando cada vez más hacia las personas con quienes interactúa el niño estrechamente en el curso de su desarrollo. El apego no está presente al momento del nacimiento; es la consecuencia de una interacción constante entre el niño y su madre o cuidador principal. Ejemplo de ello es la indiferencia que el recién nacido manifiesta al ser retirado de la madre y sustituida por otro cuidador; sin embargo, con el paso del tiempo la respuesta del niño se modificará y se convertirá en protesta, cuando se le aleje de la madre.⁸⁻¹⁰

Por todo lo anterior, se hace énfasis en la importancia de esta interacción durante los primeros años de la vida como condición importante para la protección y supervivencia de la especie. Así pues, el apego evoluciona en función al desarrollo psicomotor del niño. Bowlby ha clasificado este fenómeno en cuatro fases que deben conocer los pediatras y profesionales dedicados a la atención de los niños, sanos o enfermos.⁹

FASE 1. ORIENTACIÓN Y SEÑALES

Aparecen en el primer trimestre de vida extrauterina; una característica básica es que aunque el niño no discrimina a su cuidador principal, no le impide tener un comportamiento reactivo ante diversos estímulos que recibe: táctiles, auditivos, visuales, mediante sonrisas, seguimiento con la mirada, prensión, sonidos guturales etc.

FASE 2. ORIENTACIÓN Y SEÑALES DIRIGIDAS

A partir del segundo trimestre el niño desarrolla un comportamiento amistoso con sus cuidadores e inicia la identificación del primario; aparece el fenómeno de recelo a extraños, aumenta las sonrisas y manoteos; disminuye el llanto demandante y aprende a esperar.

FASE 3. MANTENIMIENTO DE LA PROXIMIDAD CON UNA FIGURA CONOCIDA

A partir del sexto mes el niño es capaz de distinguir a su cuidador principal y a otros, solicitando su contac-

to; sonrío, llora, extiende los brazos y expresa ansiedad cuando éste se retira, comportamiento que se conoce como "ansiedad por la separación".

FASE 4. EL AUTOR NO LE DIO UNA DENOMINACIÓN ESPECÍFICA

Esta fase se inicia aproximadamente a los dos años de edad. El niño identifica la presencia o la ausencia temporal de sus cuidadores, quienes van y vienen en el transcurso del día. Ante ello, manifiesta de diversas maneras sus emociones y desarrolla su interacción social.

En la experiencia de apego, el niño está usando sus capacidades sensoriales y motoras en desarrollo, especialmente el olfato, el gusto y el tacto para interactuar con su ambiente familiar. En este avance de maduración, las expresiones faciales de la madre se convierten en el estímulo más potente en el ambiente social del niño. Su interés por la cara de la mamá y principalmente por sus ojos, lo lleva a buscarla en el espacio y sumergirse en períodos de contemplación mutua e intensa. De esta manera, se establece una sincronía afectiva y las primeras expresiones de juego social son moldeadas por una secuencia en la que el niño guía y la madre sigue o viceversa. Este intercambio de señales visuales, auditivas y táctiles se caracteriza por oscilaciones cíclicas entre estados de atención y desatención en este juego psicoafectivo.^{12,13} Esto requiere sincronización entre las actividades de la madre y el hijo. Este evento crítico, representa la oportunidad fundamental para desarrollar la coordinación interna de los ritmos biológicos. En este proceso no sólo es importante el momento del encuentro, sino el de separación y reencuentro, que deben estar coordinados. De esta manera, el niño aprende a tolerar la ausencia temporal del cuidador principal y lo disfruta. Así, existirán momentos en que cada quien puede estar solo pero simbólicamente en compañía mutua, autorregulándose.¹³

Mediante el empleo juicioso y orientado de las descripciones señaladas, Ainsworth retoma la teoría del "apego" poniendo de manifiesto la importancia del vínculo afectivo y mediante registros observacionales construye el método "situación extraña" con el cual evalúa objetivamente el apego del niño hacia la figura materna. Este método le permite identificar tres tipos y

las circunstancias familiares que favorecen su desarrollo.¹⁴

- a. Apego seguro
- b. Apego ansioso-ambivalente
- c. Apego ansioso-evitativo o evasivo.

Main y Solomon ampliaron la clasificación con un tipo de apego denominado desorganizado, con lo cual, tanto pediatras, psicólogos, como paidopsiquiatras pueden reconocer las diferentes modalidades del desarrollo emocional del niño.¹⁵

Es muy importante que el profesional interesado en estos aspectos conozca e identifique el comportamiento de ambos actores (madre e hijo) con el fin de desarrollar estrategias de atención y de prevención.

En el apego seguro el menor confía en la sensibilidad y disponibilidad de sus padres y otras figuras familiares para la atención de sus necesidades básicas y de protección, sobre todo si se encuentra ante una situación adversa o atemorizante. Cuando empieza a trasladarse (gatear o caminar) se separa de su cuidador, explora su mundo; si se siente inseguro o tiene temor, retorna a la figura de protección y afecto. El comportamiento del cuidador primario (mamá) es atender las demandas del menor de una manera constante y afectiva, otorgando con ello lo que Ainsworth define como "base segura"; esta acción le permitirá al niño incrementar su autoconfianza. El cuadro 1 muestra el comportamiento del niño y del cuidador.

En el apego ansioso-ambivalente el niño no confía que su cuidador responda a sus necesidades básicas de alimentación, afecto, protección; por ello, es muy característico el llanto constante, la irritabilidad, el temor permanente, intranquilidad o pasividad notable cuando se encuentra con su cuidador principal o secundario. Con ello demuestra su insatisfacción ante la supuesta figura de protección ya que el cuidador atiende las demandas del niño de una manera inconstante o tardíamente. (Cuadro 2)

El apego ansioso evitativo o evasivo se caracteriza por la indiferencia del niño ante cualquier cuidador. Ello es consecuencia del constante rechazo que sufre a sus demandas. Otras características de esta forma de apego son la disminución del llanto y de la irritabilidad así como una aparente autosuficiencia, lo que dificulta precisar su conflicto con el cuidador. (Cuadro 3)

Cuadro 1

<i>Niño</i>	<i>Madre/Cuidador</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla patrones de seguridad y confianza en sí mismo y en otros. - Conducta verbal y no verbal que denota relaciones afectuosas. - Relajado y contento con los reencuentros. - Invita a jugar o interactuar. - Muestra iniciativa para aproximarse físicamente. - Tiene mejor autorregulación. - Buena disposición ante reglas y límites. - Disminuye su llanto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se involucra más con el niño. - Responde más a sus señales. Su respuesta es más apropiada. - Expresa más emociones positivas y menos negativas. - Sabe de los gustos del niño. - Disfruta el contacto físico. - Habla afectuosamente del niño.

Cuadro 2. Apego ansioso ambivalente

<i>Niño</i>	<i>Madre/Cuidador</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Pasividad en la conducta exploratoria al medio y de acercamiento a la madre. - Dependencia exagerada. - Falta de autonomía. - Percibe a su madre como alguien no disponible y no predecible. - Comportamiento colérico, vigilante, indefenso y ambivalente. - Conducta de aproximación y rechazo hacia la madre. - Difícilmente se consuela y tranquiliza con su cuidador. - Tiene poca o nula interacción con los otros. - Llanto e irritabilidad. - No acepta reglas y límites fácilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inconsistencia en la disponibilidad. - Insensibilidad a las necesidades del niño. - Si logra interactuar, dependerá de su estado de ánimo o deseo. - Muestra poco afecto positivo. - Poca respuesta al llanto del niño y a sus vocalizaciones. - Poca accesibilidad, cooperación y aceptación del niño. - No muestra rechazo al contacto físico con el niño. - No respeta al niño e inicia interacciones en los momentos más inapropiados. - Menor comunicación verbal. - Mayor distanciamiento físico.

Cuadro 3. Apego ansioso-evasivo o evitativo.

<i>Niño</i>	<i>Madre/Cuidador</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Evita afectiva o físicamente a la madre/cuidador o ignora su presencia y sus palabras. - Mantiene distancia comunicativa en los reencuentros. - Se aleja. - Mira hacia otro lado. - Ignora su presencia o sus palabras. - Desvinculado de la madre. - No la implica en los juegos - No interactúa con personas extrañas. - Escasa ansiedad por separaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas constantes de cólera, rechazo y resentimiento. - Constante oposición a los deseos del niño. - Regaña continuamente a su hijo. - Estado de ánimo irritable. - Interferencia física en la conducta de su hijo. - Controladora en las actividades del niño. - Utiliza la fuerza física para hacerlo obedecer. - Poca contacto físico con el niño.

En el apego desorganizado el niño tiene una conducta ambivalente de demanda intensa de proximidad y de evitación e indiferencia ante el cuidador. Lo primero lo manifiesta con llanto e irritabilidad excesiva y lo segundo evitando el contacto físico y visual mediante una actitud deprimida y de apatía. Esta combinación se debe a que el cuidador probablemente sufre una enfermedad psiquiátrica, consume sustancias ilícitas o es maltratador infantil.^{8,14-17} (Cuadro 4).

De acuerdo a las descripciones anteriores se pueden establecer las siguientes consideraciones:

a. Se insiste en que pediatras, psicólogos, paidopsiquiatras, educadores, cuidadores etc. se familiaricen con las características básicas de estas variedades del apego para poder detectar alguna anomalía emocional en el niño.

b. La formación del apego tiene un impacto en la organización y regulación del sistema límbico y otras

Cuadro 4. Apego desorganizado

Niño	Madre/Cuidador
<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de estrategias y consistencia para afrontar el estrés. - Movimientos y expresiones incompletos y mal dirigidos. - Lentitud de movimientos, asimétricos, a destiempo y estereotipados. - Búsqueda intensa de proximidad seguida de fuerte evitación. - Parecen aturdidos o desorientados cuando se reencuentran con el adulto. - Experimentan temor y confusión hacia el cuidador. - Conductas controladoras hacia la figura principal. - Expresión facial aturdida, deprimida o apática. - Postura hipervigilante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcoholismo. - Drogadicción. - Maltrato al hijo. - Depresión. - Historia de abuso infantil. - Trastornos psiquiátricos. - Suelen ser muy irrespetuosos. - Invierten los papeles.

estructuras involucradas: corteza prefrontal, cuerpo calloso.^{3,6}

c. La calidad y la seguridad de las primeras relaciones entre el niño y su cuidador son básicas para el desarrollo del vínculo afectivo. Esta condición promueve la autoestima y la confianza en sí mismo

d. En términos generales la disposición del niño para vincularse es tan fuerte que aún ante la presencia de una figura "negativa", éste se establece¹¹.

e. La existencia de apego seguro demuestra que ha habido una forma de parentalidad cálida, gracias a lo cual el niño desarrolla una base segura para la exploración y para su adaptación progresiva al medio ambiente y su entorno social.⁸

d. Cuando la conducta parental es insensible, esporádica o de rechazo, el niño desarrolla un apego ansioso-ambivalente o ansioso-evasivo y tendrá problemas en el desarrollo de las habilidades congoscitivas (atención, memoria, lenguaje, etc.) y en la interacción social debido al factor emocional^{5,6}. En estos casos puede tener una organización cerebral deficiente que se expresa mediante una alteración en el afecto y en la capacidad para afrontar el estrés.

e. Cuando las condiciones emocionales o sociales de los padres están poco desarrolladas, el arribo del niño les genera angustia y temor, situaciones que frecuentemente no pueden resolver y descargan su frustración, su impotencia y su agresividad en su hijo.¹²

Para el médico y para otros profesionales que atienden niños es de gran importancia precisar y comprender el tipo de apego que presenta un niño aparentemente sano y es necesario que intervengan activamente ante los siguientes signos de alarma:

Llanto constante del niño aún en presencia de su cuidador.

Indiferencia hacia su cuidador principal o secundario.

Comportamiento dócil e indiferente durante el manejo médico.

Ante estas situaciones, se debe identificar la actitud de la madre a las demandas biológicas y emocionales del niño y fomentar en ella las siguientes acciones:

- Que vea al niño cara a cara.
- Que le hable directamente, pues el niño es un ser que escucha y comprende.
- Que toque constante y directamente su piel.
- Que le ofrezca seguridad y protección ante situaciones frustrantes o que le provocan ansiedad
- Que estimule el desarrollo emocional y motor del niño a través del juego.

Estas acciones son parte fundamental de la construcción creativa e interacción social-afectiva y no únicamente un pasatiempo.¹⁹

Estas estrategias fortalecerán el apego seguro y con ello, probablemente la prevención del maltrato infantil.

La orientación a los padres es responsabilidad del pediatra, de puericultores, de docentes etc.; para que sea eficaz, es necesaria una interacción cálida y efectiva.

Esta responsabilidad debe ser mayor en casos de maltrato infantil ya que la función del grupo tratante no termina con sólo diagnosticar el problema y atender médicamente sus consecuencias. Es muy importante precisar el tipo de apego del menor e implementar las estrategias señaladas a fin de prevenir la repetición del maltrato (prevención secundaria) o la transmisión generacional de esta patología médico social (prevención terciaria). Probablemente así se evita que el niño maltratado sea el maltratador de su hijo, cuando sea adulto.³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McMenemy MM. Who recognises child abuse as a major problem. *Lancet* 1999;533:1340.
2. Loredó-Abdalá A, Cisneros MM, Rodríguez MJ, Trejo Hernández J. Multidisciplinary care for the battered child: An evaluation of three years in Mexican children. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999;56:483-9.
3. Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
4. De Bellis MD, Keshaven M, Clark DB, et al. Developmental traumatology. Part II. Brain development. *Biol Psychiatry* 1999;45:1271-84.
5. Barudy J, Dantoganan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Paidós. España 2005.
6. Loredó-Abdalá A, Cereso-Cantú V, Corchado-García S. Neurobiología del niño maltratado: Enfoque básico para el siglo XXI. En Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004;pp262-75.
7. Perea-Martínez A, García C, Loredó-Abdalá A. Los derechos del niño: Una verdad por considerar en nuestra actividad profesional cotidiana. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004;pp360-9.
8. Bowlby J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Paidós. España 1989.
9. Bowlby J. El vínculo afectivo. Paidós. España 1993.
10. Bowlby J. El apego y la pérdida. Paidós. España 1993.
11. Juárez M. Influencia cultural en el vínculo madre-infante. Fomento Editorial. México 2004.
12. Ainsworth MD, Bolwby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 1991;46:331-41.
13. Cantón J, Cortés R. El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. Alianza Editorial. España 2000.
14. Ainsworth MD, Witting BA. Attachment and exploratory behavior of one-year-old in a strange situation. En Cantón J, Cortés R. El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. Alianza Editorial. España 2000;pp28-32.
15. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. En Cantón J, Cortés R. El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. Alianza Editorial. España 2000;pp32-8.
16. Isabella RA. Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development* 1993;64:605-21.
17. Cassidy J, Berlin LJ. The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development* 1994;65:971-91.
18. Gómez-Jiménez M, Perea-Martínez A, Martín Martín V, Cerezo-Cantú V. Maltrato psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricional del menor. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en Niños y Adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004;pp103-9.
19. Loredó-Abdalá, Gómez-Jiménez M, Perea-Martínez A. El juego y los juguetes: un derecho olvidado de los niños. *Acta Pediatr Mex*. 2005;26:214-21

SUSCRIPCIÓN

ACTA PEDIÁTRICA DE MÉXICO

Suscripción anual (6 números): \$350.00 (trescientos cincuenta pesos)

Nombre: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Estado: _____

Código postal: _____ País: _____

Teléfono: _____

Depósito en la cuenta 65501191397 del Banco Serfin.

Enviar ficha de depósito a: Publicaciones Médicas. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C, Col. Insurgentes Cuicuilco, México, DF 04530. Te.: 1084-0900 ext. 1112 y 1489.