



La Teoría de Apego y su vinculación con la Discapacidad

Trabajo Final de Grado

Montevideo, Octubre de 2015

Estudiante: *Ma Fernanda Apesteguy Vidales*

C.I: 4.530.496-8

Tutor: *Doc. Adj. Eduardo Sivori*

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Marco teórico	5
1. <i>Discapacidad</i>	5
2. <i>Discapacidad intelectual</i>	7
3. <i>Discapacidad motriz</i>	9
4. <i>Discapacidad auditiva</i>	10
5. <i>Discapacidad visual</i>	12
6. <i>Apego</i>	13
6.1. <i>Antecedentes históricos</i>	13
6.2. <i>Fundamentos de la Teoría de Apego</i>	15
6.3. <i>Modelo de Bowlby y Mary Ainsworth</i>	18
Desarrollo	22
1. <i>Apego y Discapacidad</i>	22
2. <i>El rol del psicólogo</i>	28
3. <i>El proceso de apego según la discapacidad</i>	32
Conclusiones	37

RESUMEN

El presente trabajo monográfico tiene como finalidad brindar aportes sobre la Discapacidad y su vinculación con la Teoría de apego, intenta analizar si el proceso de apego es similar al de personas que no poseen discapacidad.

Para ello, se realizó una revisión bibliográfica en conjunto con la incorporación de observaciones empíricas personales en mi ámbito laboral¹, logrando hallar diversas posturas y aportes que permitieron abordar la temática.

Se comienza desarrollando conceptos fundamentales, tales como la definición de discapacidad según la OMS y sus distintos modelos de abordaje, la Teoría de apego de Bowlby y sus aportes a la misma, se abordan los antecedentes históricos de dicha teoría hasta llegar finalmente a su estado en la actualidad, a los efectos de poder ir familiarizando y reflexionando sobre el tema.

En cuanto al apego y su proceso en niños con discapacidad, siendo ésta de cualquier índole, varias investigaciones consultadas afirman que son propensos a establecer vínculos de apego inseguro. En cambio, existen otras posturas en las que se plantea que la discapacidad no es un factor determinante de apego inseguro, se prioriza la atención y el apoyo psicológico que debe tener el niño como también su núcleo familiar para que se puedan establecer vínculos de apego seguro.

Debido a esto, se hace énfasis en el rol del psicólogo y su fundamental actuación para lograr un desarrollo integral del niño discapacitado. Es por ello, que su intervención consiste en brindarle herramientas al niño y a su entorno familiar para que logren aceptar y reconocer las limitaciones que posee el infante. Una vez alcanzado lo antedicho, es que podrán relacionarse de manera adecuada y establecer vínculos estables.

Finalmente se expone el proceso de apego en niños con Síndrome de Down, discapacidad visual, auditiva y motriz.

Palabras claves: Apego y discapacidad.

¹ Mi actividad laboral es llevada a cabo en el seguro médico Medicina Personalizada, desde Junio de 2007 hasta la fecha. Mi cargo es de auxiliar administrativa en el área de ecografía, cumpliendo la función como asistente del médico.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca dentro de la propuesta del Trabajo Final de Grado para la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

El mismo se centra en la realización de una revisión bibliográfica e incorporación de observaciones empíricas personales acerca de la Teoría de apego y su vinculación con la Discapacidad, con el propósito de realizar un crítico análisis e integración de la información disponible para lograr pensar sobre la temática.

Esta monografía primeramente intenta reflexionar y desarrollar lo que distintos autores plantean sobre el proceso de apego en niños con discapacidad, y si éste se da de la misma manera que en aquellos que no presentan discapacidad.

En una segunda instancia se plantea el rol del psicólogo, la importancia de su actuación con la familia y con el niño discapacitado, para que se establezcan vínculos de apego seguro entre ellos. Se hace hincapié en lograr que la familia acepte y reconozca las limitaciones que posee el infante, pero también el niño debe reconocer sus condiciones. De este modo alcanzará un desarrollo saludable e integral acompañado de buena calidad de vida familiar.

Como tercer eje de este trabajo, se describirá y analizará el proceso de apego en determinadas discapacidades, la selección de las mismas es en base al momento de aparición, ya sea congénita ó adquiridas. Las escogidas para analizar como es el proceso de apego son: Síndrome de Down, discapacidad auditiva, visual y motriz.

El trabajo se divide en varias secciones, la primera el “Marco Teórico”, en donde se plantean los conceptos centrales que cumplen con los objetivos de la monografía y que servirán como fundamento para el entendimiento del proceso de apego en determinadas discapacidades.

Esta sección permite poner en conocimiento al lector acerca de la concepción de discapacidad planteada por la OMS (2001) y los distintos modelos conceptuales de abordaje de la misma. También se abordan definiciones y características sobre las distintas discapacidades seleccionadas para ahondar en el proceso de apego.

Por último se aborda el concepto de Apego, primeramente se realiza un recorrido histórico sobre la teoría, en donde se plantean los antecedentes de la misma. Luego se continúa con los fundamentos de la teoría y sus distintos contribuidores, siendo el principal fundador John Bowlby en 1968, quien define al apego como: “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de

la proximidad con otro individuo claramente identificado al que considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 2012, p.40).

En 1970 Mary Ainsworth, psicóloga estadounidense realiza sus aportes a la teoría con una investigación de laboratorio a la cual denominó como la “situación extraña”, con el fin de estudiar el equilibrio entre el apego y la exploración frente a situaciones de estrés que es sometido el niño.

La segunda sección del presente trabajo denominada “Desarrollo”, se lleva a cabo a partir de la selección y revisión bibliográfica acerca de la temática en conjunto con observaciones empíricas personales, intentando conjugar y relacionar los conceptos fundamentales de esta monografía, con el fin de conocer como es el proceso de apego en niños con dichas características.

Distintos autores plantean que la discapacidad puede ser un determinante de apego de tipo inseguro, así como otras investigaciones demuestran lo contrario, es decir que a pesar de la discapacidad que posee el niño, se puede establecer apego de tipo seguro.

Se destaca la importancia que posee la familia y de como se toman la noticia de que su hijo presenta alguna discapacidad. Ya que son ellos quienes primero deben asumir las limitaciones de su hijo para luego poder empezar a vincularse adecuadamente con él, y de este modo fomentar establecer vínculos de apego seguro. Esto le permitirá al infante desarrollar autonomía y seguridad de si mismo, y poder sentirse perteneciente a la sociedad que integra.

En dicha sección se plantea la importancia del rol del psicólogo, su actuación tanto con el niño como con la familia de éste. Es fundamental el apoyo que deben tener las familias para poder lograr vínculos afectivos sanos con el niño discapacitado, ya que esto influye en el desarrollo emocional del mismo.

Por último en dicha sección se ahonda acerca del tipo de apego que se puede desarrollar en niños con Síndrome de Down, sordos, ciegos y con discapacidad motriz.

Finalmente en la sección Conclusiones, se plasman las principales reflexiones obtenidas a partir de la bibliografía consultada y de las observaciones empíricas personales.

MARCO TEÓRICO

Discapacidad

La discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (2001), se define como un término genérico que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. Las deficiencias aluden a los problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad en relación a las dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son los impedimentos para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Existen diferentes modelos conceptuales para abordar la discapacidad, lo cual denota la existencia de distintas perspectivas en torno a un mismo concepto.

Uno de ellos es el modelo Médico o Biológico, se enfoca en las limitaciones y deficiencias que presenta la persona, ya sean causadas por una enfermedad, traumatismo o condición de salud. Debiendo recibir de manera imprescindible cuidados por parte de un profesional especializado, permitiéndole así adaptarse al medio social al cual pertenece. Dicho modelo plantea una concepción de la discapacidad como un problema propio del individuo.

En cambio, el modelo Social postula una concepción opuesta a la mencionada anteriormente, considerando la discapacidad de un origen meramente social, y no inherente al cuerpo del sujeto. Dicha perspectiva se focaliza en la igualdad de derechos y aportes a la sociedad para las personas discapacitadas como para el resto de las personas sin discapacidad, manteniendo el respeto y valoración de la diferencia.

En la actualidad la discapacidad es una cuestión de Derechos Humanos, siendo en tiempos no muy lejanos cuestionada dicha postura, ya que se partía de una concepción carente de comprensión de la complejidad social de este fenómeno. Esto marca las vivencias a las cuales han sido sometidas las personas discapacitadas, tales como la exclusión y menosprecio, a lo largo de la historia.

Este modelo Social o también denominado como Derechos Humanos según el Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (2015), está íntimamente vinculado a

valores que aspiran a potenciar la igualdad, la dignidad y la libertad humana, con el fin de lograr la inclusión social sin discriminación, una vida independiente, accesibilidad universal, etc.

La discriminación es considerada como una construcción social, siendo protagonista la propia sociedad como generadora de represiones hacia las personas discapacitadas, no otorgándoles el mismo lugar que a los sujetos que no padecen una discapacidad.

Dicho modelo social apunta a la autonomía de la persona con discapacidad, y centrarse en eliminar cualquier factor obstructivo y así poder brindar las mismas oportunidades.

A propósito, Contino (2010) cuestiona la concepción de la discapacidad como un problema meramente de la persona, y plantea comenzar a tomarla como una cuestión creada por la sociedad, siendo ésta la creadora de la discapacidad.

El modelo social se basa en las limitaciones sociales, es por eso que es necesario realizar la distinción entre discapacidad y deficiencia. Siendo la primera referida a las restricciones sociales, y la segunda a una condición del cuerpo y de la mente de la persona.

Continuando la línea del modelo social, es pertinente citar la Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad, No 18.651 de nuestro país, del 19 de Febrero de 2010 en su artículo 2, en la que define a las personas con discapacidad: “como aquellas que padezcan o presenten una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y-o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.” (Ministerio de Desarrollo Social, 2015, p. 19).

Es oportuno mencionar, lo que implica la llegada de un hijo con discapacidad. Habitualmente los padres cuando deciden concebir a un hijo, la idea de que éste tenga alguna discapacidad no es lo más contemplado en ellos. Sin embargo, en los casos que si ocurre lo antedicho, el momento de la noticia genera un shock emocional en los padres.

Deben afrontar una situación totalmente distinta a la que habían creado en su imaginario y la cual desconocen en su totalidad. Esto genera miedos, incertidumbres, sentimiento de culpa y desconfianza en ellos mismos.

Ningún padre desea tener un hijo con discapacidad, ese temor los acompaña hasta el momento del nacimiento en el que logran verlo con sus propios ojos y pueden confirmarlo.

En base a mi experiencia laboral y de mi observación empírica, he podido apreciar la importancia y la magnitud que posee para los padres el saber si su hijo no tiene alguna discapacidad. Esto lo pude observar en el momento en que concurren a realizarse las ecografías de control obstétrico, sobretodo en la translucencia nucal y la estructural fetal, que son las que pueden diagnosticar alguna malformación del feto.

La primera inquietud de los padres hacia el médico ecografista, es si tiene algo malo su bebé, y luego se preocupan por saber el sexo del mismo. Es un alivio que sienten una vez que el médico les transmite que está todo bien y que no se observa ninguna malformación.

Más adelante en la sección “Desarrollo” de este trabajo, se destacará la importancia de estos acontecimientos y de cómo influyen en la formación del vínculo entre padres y el bebé desde su gestación.

Discapacidad Intelectual

En la actualidad la definición de discapacidad intelectual según la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM), en el año 2002, la define como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, siendo su desarrollo antes de los 18 años.

Dicha definición toma tres conceptos importantes, que deben ser desarrollados para su mejor entendimiento.

Siendo el primero la caracterización de las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, alude a la inteligencia, la cual es una capacidad mental general, que incluye el razonamiento, la planificación, el pensamiento abstracto, solución de problemas, rapidez de aprendizaje, comprensión de ideas complejas y el aprendizaje a partir de la experiencia.

El segundo concepto, es el de conducta adaptativa, entendiéndose como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que las personas aprenden

a lo largo de su vida cotidiana. La presencia de limitaciones en la conducta adaptativa afecta directamente el rendimiento en la vida diaria como en la capacidad para responder a cambios vitales y a demandas ambientales.

Por último, en relación a la edad de aparición de la discapacidad, dicha definición se centra en el periodo de desarrollo, es decir en el momento en que el retraso mental se manifiesta por primera vez.

La discapacidad intelectual se expresa cuando una persona con limitaciones significativas interactúa con el entorno. De este modo, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que presente el entorno. Siendo éste más o menos facilitador, la discapacidad se expresará de manera diferente.

A las personas con discapacidad intelectual les es más dificultoso que a las personas sin discapacidad, el aprender, comprender y comunicarse. Las personas con discapacidad grave y múltiple (limitaciones muy importantes y presencia de más de una discapacidad) requieren de un apoyo constante en diversos aspectos de sus vidas, ya sea para comer, beber, asearse, peinarse, vestirse, etc.

La discapacidad intelectual generalmente es permanente, es decir, para toda la vida, lo cual conlleva a un impacto importante en la vida de la persona y de su familia.

Existen diversas etiologías de discapacidad intelectual, algunos originados antes del nacimiento, durante el parto y otras por causa de una enfermedad en la infancia, pero siempre desarrollándose antes de los 18 años.

La discapacidad intelectual no es una enfermedad, a pesar de que en varias ocasiones de lugar a confusión debido a que puede ser consecuencia de otra enfermedad que padezca la persona.

Como se mencionó al comienzo, la discapacidad intelectual refiere a la limitación del funcionamiento intelectual de la persona y de sus conductas adaptativas al medio, es fundamental que el ambiente pueda actuar como facilitador permitiendo adaptarse de manera positiva a su entorno social.

Los padres de hijos con discapacidad intelectual, se enfrentan a una situación en la cual la comunicación con el infante es compleja debido a las limitaciones que posee este, lo cual puede ser un factor determinante de vínculos afectivos inestables. Para evitar que esto ocurra, los padres deben buscar los medios necesarios que les permitan acceder a las vías de comunicación adecuadas, lo cual implica el aprender a

conocer a su hijo pero sin duda que el infante también debe cooperar para que esto se pueda llevar a cabo.

Es esperable que estos padres no logren saber como manejar la situación de que su hijo tenga dificultades de entendimiento, de comunicación y de aprendizaje, lo cual puede determinar el establecimiento de vínculos afectivos inestables.

Es de suma importancia la vinculación afectiva de niños con discapacidad intelectual para que puedan alcanzar un desarrollo adecuado, por ello se debe atender a fenómenos ambientales que puedan provocar deterioro o por el contrario fortalecer dichos vínculos. Siendo imprescindible la buena comunicación y relacionamiento desde el comienzo entre los padres y el bebé discapacitado.

Discapacidad Motriz

La discapacidad motriz según Crespo (2005), citado por Rea García (2015), hace referencia a una alteración en la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento y/o de manipulación, bucofonatorias, o de la respiración, limitando a la persona a vincularse con el medio social y con su propio desarrollo. Generalmente son producto de lesiones medulares, parálisis cerebral, distrofias musculares, esclerosis múltiple, etc.

Los principales problemas que puede generar la discapacidad motriz son varios, entre ellos se destacan: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa y mala accesibilidad al medio.

Todo niño con discapacidad motora se caracteriza por presentar de manera permanente o transitoria alguna alteración de su aparato motor. Por lo tanto poseen desventaja y limitación en la realización de las tareas respecto al resto de los infantes.

Al momento de clasificar la discapacidad motriz se tienen en cuenta cuatro aspectos: según la fecha de aparición, la etiología, localización topográfica y el origen de la deficiencia.

Es muy importante lograr la inclusión social de dichas personas, por eso se debe tener en cuenta la accesibilidad a instituciones publicas, aquellas a las cuales sean de mayor uso corriente, permitiéndoles de este modo acceder con facilidad a pesar de sus limitaciones.

La accesibilidad se puede lograr a partir de la instalación de rampas a la entrada de la institución, evitando los desniveles; baños adaptados para aquellas personas que utilicen sillas de ruedas; en pasillos y escaleras la colocación de pasamanos a dos tipos de altura para que puedan sujetarse individuos de distintas edades que poseen marcha inestable; los interruptores de luz deberían ser colocados a una altura que pueda acceder quien utiliza silla de ruedas.

Estos ejemplos serían algunos de otros tantos, que permiten la accesibilidad de aquellas personas que padecen de alguna discapacidad motriz, permitiéndoles ser incluidos en la sociedad en la cual conviven.

La importancia de la inclusión social de estas personas, no sólo permite su accesibilidad a instituciones sino también le otorga la posibilidad de alcanzar su propia autonomía, y de este modo es que se puede hablar de un desarrollo adecuado.

Es habitual que los padres tiendan a la sobreprotección de estos niños, por miedo o por múltiples razones, generando aún más limitaciones de las que ya posee e impidiendo su inclusión al medio. Por ello es fundamental que el vínculo afectivo entre padres e hijo, sea fundado libre de miedos y prejuicios acerca de las limitaciones del niño.

Estos niños al presentar discapacidad motriz requieren de la ayuda y de cuidados especializados para poder relacionarse con el medio que los rodea, y habitualmente son los padres quienes se encargan de esto. Para ello se requiere de tiempo, dedicación y atención adecuada, y así es que se va a lograr fundar vínculos afectivos estables. Es de suma importancia la calidad de estos cuidados paternos, debido a que son la vía principal por la cual se comunican y se conocen padres e hijo, siendo un factor determinante en el establecimiento de posibles vínculos afectivos seguros.

Discapacidad Auditiva

En la actualidad se entiende por discapacidad auditiva lo que tradicionalmente le llamamos sordera, lo cual es usado generalmente para referirnos a la pérdida de la audición leve como profunda debido a una falla en el aparato auditivo.

Se trata de una discapacidad no visible, ya que no aparece como característica física evidente.

Las personas con discapacidad auditiva, son clasificadas en dos clases:

Hipoacusia, son aquellos que presentan una disminución de la sensibilidad auditiva pero resulta funcional para su vida diaria, pudiendo adquirir el lenguaje oral por vía auditiva.

Cofóticos, su audición no es funcional para la vida diaria y les imposibilita la adquisición del lenguaje oral por la vía auditiva. Siendo la visión su principal vía para la comunicación.

Las causas que pueden determinar la discapacidad auditiva pueden ser tales como: enfermedades infecciosas, traumatismos, problemas de desarrollo fetal, toxinas suministradas por la madre durante la gestación y la contaminación acústica dada por exceso de ruido.

Para comprobar el grado de sordera que posee la persona, se realiza el estudio denominado Audiometría, se encarga de registrar los problemas de percepción de la intensidad (decibelios) o de la frecuencia (hertzios) de sonidos relacionados con el lenguaje oral, generalmente se dan resultados distintos en cada oído.

La pérdida de la capacidad auditiva se puede describir como leve, benigna, moderada, severa o profunda, según los resultados de la audiometría.

Según el momento de adquisición en la vida de la persona es que se clasifican como: Sordera Pre-locutiva (la aparición es antes de que el niño adquiera el lenguaje), la Sordera Post-locutiva (se da luego de la adquisición del habla) y por último las que según la etiología pueden ser del orden congénito o genético, que serían las sorderas Hereditarias.

Por último están las sorderas adquiridas, cuyos orígenes son múltiples, pudiendo ser prenatal (infecciones y fetopatías), perinatal (anoxia, prematuridad, trauma obstétrico al momento del nacimiento) y de origen postnatal (infecciones como meningitis y otitis, tóxicos exógenos, hipotiroidismo, diabetes, y alteraciones proteicas).

Al no presentar otras deficiencias asociadas, las personas con discapacidad en la audición presentan una capacidad intelectual similar a la que poseen los oyentes, a pesar de que su desarrollo cognitivo puede estar limitado, en algunos casos, ya sea por sus dificultades lingüísticas, los sentimientos de inseguridad, la regulación del comportamiento o por dificultades en sus relaciones sociales. Ésta última ocasionada

por el desconocimiento de las reglas sociales, dado por las limitaciones en el lenguaje.

La carencia de la escucha genera cierta inestabilidad emocional, que a futuro puede expresarse de forma hostil.

Toda persona considerada como sordo, frente a situaciones de comunicación con oyentes, percibe que no le entienden y a su vez que él no entiende a los demás, sintiéndose incómodo y generándose conductas de aislamiento, que van a repercutir negativamente en futuras relaciones de tipo social con el mundo oyente.

En las madres o padres oyentes que tienen un hijo no oyente, es primordial que logren comunicarse adecuadamente, en este caso va a ser a través de lo visual. Los padres deberán desarrollar y utilizar como vía principal de comunicación el sentido de la vista, ya sea a partir de gestos, sonrisas, movimientos, entre otros. Y así poder ir conociéndose con su hijo y lograr responder adecuadamente a las demandas y necesidades del infante. Para que alcancen lo antedicho, es fundamental que la vinculación afectiva entre ellos se establezca desde una base segura.

Discapacidad Visual

Se entiende por discapacidad visual cuando se trata de la pérdida parcial o total del sentido de la vista, siendo una discapacidad física.

Dicha discapacidad puede originarse por un inadecuado desarrollo de los órganos visuales o por accidentes que afecten los ojos, las vías visuales o el cerebro.

El inadecuado desarrollo durante la gestación puede ocasionar este tipo de discapacidad.

Lo mismo ocurre cuando la discapacidad se origina a partir de una enfermedad que produce la disminución de la visión, tales como: cataratas, glaucoma, diabetes, tracoma y ausencia de Vitamina A.

Existen dos tipos de ceguera, la Parcial (débiles visuales), es aquella en que la persona presenta baja visión y se ve obligado a utilizar lentes para una mejor visión; la de tipo Total o Completa, en que la persona no ve absolutamente nada, no logra distinguir entre la luz y la oscuridad.

Las causas mas frecuentes de la discapacidad visual, son: la catarata congénita (producto de una rubéola u otras infecciones durante el embarazo),

glaucoma (puede ser hereditaria o por infecciones), retinopatía de la prematuridad (inmadurez de la retina dado por un parto prematuro o exceso de oxígeno en la incubadora) y por traumatismo (accidental).

Presentan dificultades en la percepción de la realidad con una pobre integración; la autoimagen se encuentra alterada; la maduración y el desarrollo es mas lento, sobretodo en lo motor; comportamientos estereotipados como son los gestos; trastorno en la atención y dificultad en controlar el mundo que los rodea.

A propósito este trabajo se centra en el niño discapacitado y el vínculo temprano con la madre, es por ello que considero importante destacar las dificultades que pueden presentar los niños cuando padecen una discapacidad visual. Debido a que la comunicación con su figura materna o paterna va a ser llevada a cabo por vías distintas a la visual tales como el tacto, audición, olfato, movimientos, entre otros.

Para estos padres es importante el permitirse tener tiempo para conocer a su hijo, descubrir cuales son las necesidades de éste y aprender a responder adecuadamente a sus demandas. Esto les permitirá lograr una comunicación adecuada y por lo tanto establecer vínculos afectivos estables.

Apego

Antecedentes históricos

Para la psicología contemporánea, el surgimiento de la teoría de Apego ha sido sin dudas uno de sus pilares fundamentales, considerada como una de las construcciones teóricas más consistentes dentro del desarrollo socio-emocional del ser humano.

Desde épocas remotas, tanto madres y poetas han sabido acerca del dolor que ocasiona la pérdida de una madre para un niño, la ciencia se ha focalizado de forma discontinua en este tema, constatándose las primeras observaciones en como reaccionan bebés y niños pequeños al ser separados de su madre, en la década de los cuarenta.

Las primeras observaciones de niños desde su nacimiento hasta los cuatro años, en las guarderías de Hampstead, fueron llevadas a cabo por Dorothy Burlinghan y Anna Freud en el período de 1942-1944, durante la Segunda Guerra Mundial (Bowlby, 2012).

Las posteriores observaciones realizadas a lo largo de las décadas del cuarenta y cincuenta, tanto por Spitz, Robertson, entre otros; se difieren en muchos aspectos, tales como la edad de los niños observados, el tipo de hogar del cual provienen, la institución en la que permanecen alojados, el tiempo en que estuvieron alejados de sus casas o si se trata de niños sanos o enfermos. A pesar de ello, se logro llegar a los mismos resultados, siendo que todo niño a partir de sus seis meses de vida suele reaccionar a la separación de su madre de una manera muy característica.

Según la mirada de Main (2001) se está transitando por una nueva etapa en las investigaciones sobre el apego, considerando que hasta el momento la primera etapa de la misma ha sido dominada por John Bowlby. Él cual se baso gran parte en realizar observaciones de primates no humanos, se focalizó sobre el concepto de un sistema conductual de apego que funciona para regular la seguridad del infante en los entornos en los cuales originalmente evolucionamos (Main, 2001).

Propuso el empleo de un enfoque más prospectivo y observacional, en cuanto al desarrollo de la represión, la defensa, la escisión y otros procesos, permitiendo así que los investigadores puedan realizar trabajos hacia adelante a partir de un acontecimiento específico, hasta llegar a sus secuelas.

El punto de partida de Bowlby fueron las observaciones que realizo en niños separados de sus padres y colocados en hospitales y hogares infantiles, en un entorno no familiar. Las consecuencias de dichas separaciones traumáticas, determinaron la aparición de síntomas de ansiedad y ambivalencia respecto a sus padres, así como también un completo estado de desapego, es decir de indiferencia, en el que se reprimen sentimientos hostiles y afectuosos.

La psicóloga estadounidense Mary Ainsworth, protagonizó la siguiente etapa en el desarrollo acerca del Apego, con sus observaciones naturalistas intensivas de la interacción entre la madre y el infante en los hogares de Kampala, Uganda y de Baltimore, Maryland. A partir de sus trabajos realizados en Baltimore, en 1970 Ainsworth diseño una situación experimental de laboratorio denominada "Situación del Extraño", para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés.

Como se mencionó al comienzo, la teoría del apego es considerada como uno de los hitos de la psicología contemporánea, la cual dista de los planteamientos teóricos psicoanalíticos, que consideraban el vínculo afectivo establecido entre la madre y su bebé, como un lazo afectivo basado en el interés que se originaba a partir de las experiencias de alimentación con la madre.

John Bowlby (1907-1991) psicoanalista inglés que comienza a indagar en el campo del apego en el año 1958, llevándolo años posteriores a elaborar una teoría de apego con una sólida fundamentación etológica y evolutiva, en la que considera el apego que se da entre la mamá y su bebé como una conducta instintiva.

Bowlby (2012) se basó en la teoría de los sistemas de control, dejando en claro que la conducta instintiva no es una conducta fija del comportamiento que se reproduce de la misma manera en todas las ocasiones, sino un plan programado con modificación en los objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta y cambia a las condiciones ambientales.

Fundamentos de la teoría de Apego

En el transcurso de la infancia temprana y más tarde de manera menos explícita, el apego se caracteriza por el interés constante de querer mantener proximidad con la(s) persona(s) elegida(s) (pudiendo ser un familiar o no), con el fin de que cumplan el rol de base segura frente a entornos o situaciones extrañas, pudiendo huir hacia dicha figura de apego como refugio de seguridad frente a momentos estresantes.

Según Sroufe et al. (2014), Bowlby renovó la teoría psicoanalítica sobre el apego, sustituyendo la pulsión como motivación del comportamiento y puso énfasis en la adaptación evolutiva y de la teoría de los sistemas. Logrando tres cambios fundamentales, siendo el primero la necesidad de tener que estudiar el proceso normal de desarrollo para poder entender la psicopatología, en vez de centrarse en lo anormal para crear una teoría.

En segundo lugar, Bowlby brindó una visión distinta al psicoanálisis acerca de los sentimientos de tristeza o ira. Las emociones en su teoría, son consideradas como respuestas funcionales y con fines específicos, esta nueva visión de las emociones determina un cambio en la forma de entender los trastornos mentales.

El tercer cambio respecto a la teoría psicoanalítica, fue la importancia que Bowlby le dio a las experiencias reales. En base a sus observaciones con niños y su entorno familiar, consideró que los trastornos o dificultades en el desarrollo, se originan por las experiencias vinculares con las figuras de apego.

La noción del niño como un ser ajeno a su entorno, fue desvanecida con los aportes de Bowlby acerca de la teoría de apego, ya que consideró que el infante está determinado por su contexto relacional. Los bebés logran sobrevivir y desarrollarse de forma adecuada, gracias a la persona cuidadora.

Previo a la teoría de apego, se consideraba que el bebé se vinculaba con su madre por un mero interés hacia la alimentación que ella le brindaba, siendo un vínculo basado en necesidades fisiológicas y no de base afectiva.

La nueva teoría de apego demuestra que se entabla dicho vínculo a pesar de la ausencia de alimentación, ya que la evolución los ha preparado para organizar su comportamiento hacia la búsqueda de protección por parte de la persona cuidadora.

Bowlby llegó a asignar el origen de las conductas de apego al funcionamiento de un sistema conductual, encontrándose dicho sistema profundamente entablado en nuestra programación de respuestas genéticas, como son la reproducción y la alimentación. Siendo dicho sistema, el principal responsable en regular la seguridad y supervivencia del infante en los ambientes en los que nos desarrollamos (Main, 2001).

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby en 1968, expone la necesidad humana universal para entablar vínculos afectivos estrechos.

Inicialmente consideraba que las conductas de apego consistían en la búsqueda de la proximidad y de mantenimiento de dicho acercamiento hacia la figura(s) determinada(s), y que servían a la función adaptativa de proteger al infante de los predadores. Es sin duda ésta una de las funciones evolutivas principales de las conductas de apego, siendo entendido que el acercamiento a la persona cuidadora permite mayor protección al infante frente a situaciones o entornos de peligro, permitiéndole poder continuar los movimientos de la tribu (Main, 2001).

A partir de dicha función protectora, evolucionaron dos sistemas conductuales: un sistema de conducta en el bebé con el fin de mantenerse próximo a su madre o cuidador, y un sistema de cuidado adulto, permitiéndole responder a las necesidades del bebé.

James Robertson y Bowlby realizaron observaciones en niños de 1 y 4 años, colocando énfasis en las respuestas frente a separaciones importantes de sus padres.

A partir de estos trabajos se pudo constatar que los niños entre el segundo y tercer año de vida, al ser colocados en guarderías o ambientes no familiares por un período breve, es decir alejados de sus figuras parentales, careciendo de cuidadores estables sustitutos a sus padres, fueron atravesando por tres etapas de respuesta frente a la separación, a cual mas desfavorable. Cada una de las etapas se mezcla con la siguiente, determinando que el niño permanezca días o semanas en una fase de transición.

La primera etapa denominada protesta, caracterizada por poder desencadenarse inmediatamente al momento de separación o con cierto retraso. En su transcurso el niño se muestra preocupado por la falta de su madre y busca recuperarla, manifestando llantos, sacude la cuna y está atento frente a cualquier sonido o señal que pueda indicar la presencia de su madre. Durante esta etapa se muestra hostil frente a una figura sustitutiva que le ayude.

La siguiente etapa de desesperanza, la preocupación del infante continúa evidente, perdiendo la esperanza de que su madre regrese. Los movimientos físicos disminuyen, llora de manera monótona no tan continuo. Se observa un niño pasivo y retraído, sin ofrecer demandas a su entorno.

La última etapa de desapego, el niño muestra interés por el ambiente que lo rodea. Según Bowlby (2012), los adultos toman con alegría esta etapa, ya que creen que el niño ha superado la pérdida sufrida, lo cual es un gran error. Deja de rechazar a los cuidadores, aceptando los alimentos, juguetes que le ofrecen, incluso logran sonreír y ser sociables. Son signos de ausencia de conductas de apego frente a su figura de apego inicial, mostrando desinterés frente al reencuentro con ella, no reconociéndola, apático y retraído. Para ese entonces este cambio era denominado “acomodarse, adaptarse, asentarse” (Main, 2001).

En cambio la figura paterna, la cual era menos importante para el infante al inicio, así como cualquier otro familiar cercano, eran recordados por el niño, esto denota que no se trata de una falla en la memoria sino de la presencia de procesos represivos.

La prolongación de la estadía en dichas instituciones, en la que el niño va a comenzar a apegarse a sus cuidadoras transitorias, las cuales lo van a abandonar, nuevamente la experiencia inicial de pérdida de su madre se repetirá, determinando a futuro que el infante actúe como si los cuidados maternos o contacto con seres humanos no tengan la mayor importancia para él. En consecuencia, a la larga la capacidad de entrega del infante se encontrará descendida, desarrollando un

egocentrismo cada vez mayor, dirigiendo sus sentimientos y deseos hacia objetos materiales (juguetes, alimentos, etc).

“Lo largo que sea el período de separación constituye una variable comúnmente relacionada con el mayor o menor grado de conflicto que experimenta el niño, tanto durante la ausencia de la madre como al volver a casa” (Bowlby, 2012, p. 61).

Fonagy (1999) considera al sistema de apego como un sistema regulador bio-social homeostático abierto, ya que el niño frente a situaciones de desequilibrio acude a su cuidador y éste responde logrando un estado de equilibrio en el niño. De esta manera el infante aprende que frente a la presencia de su cuidador en situaciones de desequilibrio, va a estar protegido y va a lograr resolver dichas situaciones. Siendo así que el infante busque la proximidad física de su cuidador en situaciones adversas. Las experiencias pasadas con su figura de apego van a ser incorporadas en sistemas representacionales a los que Bowlby los denominó “modelos internos activos”.

La teoría de apego es un intento por explicar las conductas de apego y los apegos duraderos en niños, así como también en otros individuos que mantienen apego con determinadas personas. Es por ello que Bowlby (2012) marca la diferencia entre apego y conductas de apego, siendo la primera una alusión a que un niño o un individuo esta dispuesto a buscar la proximidad con otra persona en determinadas circunstancias. En cambio las conductas de apego refiere a los tipos de conducta que emplea la persona para lograr la proximidad que desea.

Modelo de Bowlby y Mary Ainsworth

En el año 1968 John Bowlby define la conducta de apego como: “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 2012, p.40). Este comportamiento es desarrollado frente a situaciones en que la persona se encuentra asustada o enferma, y la presencia y cuidados de su figura cuidadora le originan sentimientos de alivio y protección.

Este modelo planteado por Bowlby, se basa sobre cuatro sistemas de conductas íntimamente relacionadas entre sí, denominadas: sistema de conducta de

apego, sistema de exploración, sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva Delgado, 2004).

En primer lugar se encuentra el sistema de conducta de apego, son todas aquellas conductas que tienen como objetivo mantener la proximidad y el contacto con la figura de apego. Tales conductas pueden ser el llanto, sonrisas, contacto visual y físico, activándose cuando la figura de apego se aleja del niño o frente a señales de amenaza de separación.

El sistema de exploración mantiene una profunda vinculación con el sistema anterior, debido a que cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del ambiente por parte del infante.

El tercer sistema a abordar es el de miedo a los extraños, él cual también se encuentra en íntima relación con los anteriores, debido a que su aparición determina un aumento de las conductas de apego y la disminución de las conductas exploratorias.

Por último el sistema afiliativo, alude al interés que muestran los individuos por mantener cercanía, así como también interactuar con otros sujetos con los que no han establecido vínculos afectivos.

Por lo tanto, como plantea Bowlby (2012), la conducta de apego tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta, siendo éstos desarrollados en el bebé por el contacto con el ambiente y con su figura principal de apego. Es decir que la activación o desactivación de dichas conductas, así como la intensidad de sus manifestaciones, dependen de factores ambientales y propios del individuo.

En relación directa con dicha teoría, en el año 1970 la psicóloga estadounidense Mary Ainsworth (1979) desarrolló una situación experimental de laboratorio a la cual denominó "Situación Extraña", para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración en niños sometidos a situaciones de estrés.

Dicha situación experimental consta de ocho episodios y veinte minutos de duración. Primeramente se encuentran en una sala de juegos la madre y su hijo junto con una persona extraña, al cabo de un rato la madre se retira de la sala dejando al niño jugando con el extraño. Al cabo de unos minutos la madre regresa y vuelve a salir con la persona extraña, dejando solo al niño. Luego la madre y el extraño regresan a la sala. Las conclusiones a las cuales llegó Ainsworth, es que los niños exploraban el ambiente y jugaban más en presencia de su madre, disminuyendo dicha conducta en presencia del extraño y frente la ausencia de su madre.

Frente a estas observaciones, queda en claro que el niño utiliza a su madre como base segura para explorar el ambiente que lo rodea, y bajo situaciones amenazantes se activan las conductas de apego y disminuyen las actitudes de exploración (Oliva Delgado, 2004).

A partir los datos obtenidos en dicha investigación, estableció tres patrones de apego: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente.

Comenzando con el apego seguro, se trata de un bebé que es capaz de acudir a su madre frente a situaciones amenazantes o de malestar, pero que logra separarse de ella en momentos de comodidad para comenzar a explorar. Esto devela una relación efectiva de apego ya que la misma sirve como refugio seguro al bebé cuando se siente amenazado.

Según Fonagy (1999) los infantes seguros presentan conductas fundadas en las experiencias de interacciones correctamente coordinadas y sensibles, rara vez siendo el cuidador-a una persona sobrestimulante y capaz de llevar al niño a un estado de equilibrio frente a emociones desorganizadas. Se trata de niños capaces de permanecer relativamente organizados frente a situaciones de estrés, viviendo las emociones negativas con menos grado amenazante.

En segundo lugar, el apego inseguro-evitativo se da en aquellos niños que no confían en que recibirán una respuesta de contención por parte de su madre cuando la necesiten. Son niños que no presentan en gran medida ansiedad frente a la separación.

En la situación del extraño estos niños se mostraban independientes, desde el inicio no recurrían a la madre para explorar, y frente a la ausencia de la misma no mostraban ninguna variación en su conducta exploratoria. Al regreso a la sala, se mostraban indiferentes, no procurando el contacto físico e incluso si la madre intentaba acercarse ellos la rechazaban. Dicha postura defensiva es consecuencia de la falta de apoyo por parte de su madre, siendo una forma de negar la ayuda de la misma para evitar frustraciones.

Se supone que los niños que presentan este tipo de apego, han vivido experiencias en las cuales su activación emocional no fue estabilizada por su cuidador-a, o quizás ellos fueron sobrestimulados por conductas parentales intrusivas. De este modo sobregulan su afecto y evitan situaciones que pudieran ser perturbadoras (Fonagy, 1999).

Según Sroufe et al. (2014) los niños con este tipo de apego son tendientes a desarrollar trastornos de conducta.

En el apego inseguro-ambivalente el niño se manifiesta ambivalente frente a un respuesta efectiva, mostrándose irritado y resistente al contacto con la madre ante su regreso (Ainsworth, 1979). Este comportamiento de inseguridad frente a la disponibilidad de su madre, es debido a que las madres han actuado de manera inconsistente, por momentos sensibles y cálidos y por otros frías e incomprensibles. Estos niños durante la situación del extraño, se mostraban preocupados por el paradero de su madre lo cual apenas les permitía llevar a cabo la exploración. Los niños que atraviesan por este apego, corren el riesgo de padecer ulteriormente trastornos de ansiedad acompañados de depresión (Sroufe et al. 2014).

Años mas tarde, en 1986 M. Main y J. Solomon propusieron un cuarto estilo de apego al cual denominaron como desorganizado. Alude a niños inseguros, siendo el cuidador visto como una fuente de amenaza (Sroufe et al. 2014). Al momento de reunirse con su madre luego de haber estado separados, manifiestan conductas contradictorias y confusas. Se sostiene generalmente que para tales infantes el cuidador ha servido como una fuente tanto de temor como de reaseguramiento, consecuencia de lo cual la activación del sistema conductual del apego produce intensas motivaciones conflictivas.

No es extraño asociar este tipo de apego con historias asociadas a maltrato físico, abuso sexual o de una severa desatención (Fonagy, 1999).

Esta teoría de apego se va desarrollando paulatinamente en la psiquis del infante, la cual está constituida por etapas. Siendo la primera comprendida desde el nacimiento hasta las primeras seis semanas, y es denominada como Pre-apego. La misma consiste en conductas del bebé fundadas en reflejos de carácter genético necesarios para su supervivencia, tales como el llanto, sonrisas, la mirada, entre otros.

La segunda etapa va desde las seis semanas hasta los primeros seis meses de vida. Es aquí donde se funda el vínculo de apego, el bebé comienza a dirigirse y responder a su madre (o cuidador-a sustitutivo) de manera decisiva, a pesar de ello no presenta ansiedad frente a la separación de la misma.

La tercer etapa es la del apego propiamente dicho, la cual va desde los seis meses hasta los dieciocho o veinticuatro meses aproximadamente. En este período el vinculo afectivo de apego esta instalado en el niño, presentando ansiedad y enfado frente a la separación con su madre.

La última etapa está constituida por la formación de relaciones reciprocas, la cual comienza a partir de los dieciocho o veinticuatro meses en adelante. En esta etapa del desarrollo el niño adquiere el lenguaje y la capacidad de representar

mentalmente la imagen de su madre, lo cual le va a permitir predecir el retorno de la misma cuando este ausente. Es así como la ansiedad comienza a disminuir, ya que el niño comprende que la ausencia de su madre no es definitiva sino que regresará.

Una vez que el infante haya transcurrido por estas cuatro etapas, se puede decir que el apego está establecido entre él y su madre (o cuidador-a sustitutivo). Siendo así que el niño no necesite de la búsqueda constante de su madre ya que se siente seguro que ella estará en los momentos en que la necesite (Bowlby, 2012).

DESARROLLO

Apego y discapacidad

Se tiene como finalidad ahondar en uno de los principales ejes de este trabajo, el cual consiste en indagar sobre el proceso de apego en niños que presentan discapacidad.

En base a la bibliografía consultada poder lograr esclarecer aspectos en relación al vínculo de apego y si éste se desarrolla de la misma manera que en niños que no presentan discapacidad.

¿Qué ocurre cuando la imagen del bebé idealizado no se cumple? ¿Cuándo los padres reciben la noticia de que su hijo presenta alguna discapacidad?.

Este momento al cual deben afrontar los padres puede ser muy devastador y angustioso, entremezclado con sentimientos de temor y tristeza hasta el punto de alcanzar un bloqueo emocional, el cual les puede impedir reaccionar.

En estas situaciones es imprescindible el apoyo de diversos profesionales a los padres, acompañarlos a transitar el duelo, brindarles la información adecuada y certera de la discapacidad que presenta su hijo, así como también orientarlos y ofrecerles diferentes estrategias a emplear con el niño. Es de suma importancia el apoyo y ayuda de dichos profesionales especializados a los padres (Urrego, Aragón, Combata & Mora, 2012).

Los padres o cuidadores se encuentran sumergidos en una situación en la que deben resolver que cuidados brindarles al recién nacido e intentar comprender

terminologías médicas, las cuales quizás les sean complicadas de asimilar para poder intervenir correctamente. Mientras tanto, el bebé requiere del amor, cuidados y atención de sus padres a pesar del diagnóstico que presente, ya que es un ser humano con necesidades propias.

No ocurre lo mismo cuando se trata de un bebé sin discapacidad, ya que el mismo macera todos los temores que los padres albergaron durante el transcurso del embarazo fortaleciéndoles su capacidad como padres; dicho fortalecimiento es muy importante ya que va a ser necesario para la crianza.

El bebé con discapacidad provoca la pérdida de expectativas que se tenían sobre el hijo, dicha pérdida debe ser elaborada y asimilada como cualquier otro duelo. Los padres atraviesan distintos estadios, pasando de la negación a la rabia, también transitan por la culpa, tristeza y depresión (Sanz Andrés, 2012).

A partir de la bibliografía consultada, la investigación llevada a cabo por los autores Urrego, Y., Aragón, A., Combata, J., y Mora, M., (2012) en Colombia, constata que habitualmente los padres que tienen hijos con discapacidad cognitiva desarrollan adecuados estilos de afrontamiento en relación a la situación de sus hijos, desatacándose la capacidad de resolver problemas y de identificación de las dificultades y potencialidades que presenta su hijo, logrando aceptar en su totalidad la situación que les ha tocado vivir.

En cambio el autor Sarto (2007) afirma lo contrario, los padres pueden afrontar la discapacidad de sus hijos de tres maneras: la relación culposa, en la que consideran estar en falta con sus hijos y por ello son más permisivos con estos, evitándoles todo tipo de dolor y exigencia para que sean felices; la relación de pesar, en la que consideran a su hijo como un ser enfermo y que sufre constantemente, por lo que lo cuidan y sobreprotegen; y por último la relación de sobreexigencia, donde no son consideradas las dificultades y limitaciones del niño, siendo el único objetivo que éste sobresalga en toda actividad a pesar sus posibilidades.

A través de la observación en clínica se ha constatado la existencia de una dinámica en las relaciones tempranas entre padres y sus bebés con necesidades especiales. Dichas dinámicas influyen sobre el desarrollo del niño y en su relacionamiento con el entorno.

En cuanto a las relaciones tempranas se ha profundizado sobre la Teoría de apego, ya que tiene una gran influencia en el desarrollo y en la salud mental del niño. Siendo así que dicha teoría permite apreciar una relación entre los padres y su bebé

de carácter bidireccional, en la que el bebé contribuye desde el comienzo a esta interacción (Mira, 2009).

Según Mira (2009), el desarrollo y maduración cerebral están determinados por factores genéticos y por la experiencia, siendo así que el entorno social y físico en el que se encuentra sumergido el niño será el responsable de darle curso a los procesos de desarrollo, y es por esto que se le da importancia a las interacciones tempranas y el estilo de apego que se forme con sus padres o cuidadores, ya que influirán directamente en el infante. La clave de un apego seguro está en la correcta coordinación y el buen ajuste entre el cuidador y el niño, logrando que el infante en momentos de estrés busque a sus padres con el fin de obtener apoyo y bienestar, de esta manera se ira formando un modelo mental de confianza que va a potenciar su seguridad y desarrollo.

Cuando se trata de un niño con discapacidad las relaciones tempranas estarán inmersas en un contexto complejo, debido a que los padres deberán afrontar sentimientos y situaciones contradictorias, dificultades en cuanto al cuidado y el tipo de crianza que deberán empelar, y es por ello que las intervenciones terapéuticas deberán tener el principal lugar en la dinámica familiar. Estos factores van a atravesar la percepción de los padres hacia su hijo, de tal manera que dichas percepciones determinarán la forma de vincularse con su hijo.

Diversos estudios han demostrado que las madres se relacionan con sus hijos según la percepción y expectativas que tienen sobre ellos, y en el caso de tratarse de una discapacidad, la forma en como sea asumido el diagnóstico del bebé determina las conductas de relacionamiento hacia su hijo (Mira, 2009).

En cuanto a la observación empírica personal debido mi ámbito laboral, mencionada anteriormente, me ha permitido apreciar la importancia y el peso que tienen las expectativas de los padres sobre su hijo y como son un factor determinante en el vínculo afectivo entre estos.

Al momento en que concurren a realizarse las ecografías que determinan si posee alguna malformación el feto, siendo una en las doce semanas y luego otra entre las veinte y veinticuatro semanas de gestación, se observa la ansiedad e inquietud de los padres por saber si su hijo está bien, es decir que no tenga ninguna malformación. Luego se interesan por saber el sexo y todo lo demás que se pueda conocer.

El alivio que sienten los padres una vez que reciben la noticia de que está todo bien, les permite comenzar a interesarse y disfrutar con tranquilidad del momento que transitan.

Las inquietudes y expectativas que los padres tengan sobre su hijo, van a determinar el tipo de vínculo con éste.

Mi observación pre-natal permite afirmar como dichas actitudes llevadas a cabo por los padres, marcan el vínculo entre ellos y su bebé, lo cual demuestra como desde la gestación ya existen factores que determinan el tipo de vínculo afectivo que se entabla entre padres e hijos.

Es pertinente hacer mención a un aspecto al cual Fonagy (1999) lo denomina como “transmisión intergeneracional del apego”. Dicha concepción hace referencia al modo en que los padres vuelven a repetir con sus hijos las relaciones vivenciadas con sus progenitores o con otros adultos significativos en sus vidas. Es así que al momento de relacionarse con su hijo el recurso que emplean es el que han vivenciado con sus progenitores, siendo lo habitual que el niño acabe manifestando un estilo de apego similar. Existe una posibilidad de que esto no ocurra, siempre y cuando los padres den lugar a analizar el modo en que se relacionan con su hijo y de lograr entablar una conexión emocional que permita un apego de tipo seguro (Rodríguez de la Rubia, 2010).

Continuando con la línea de pensamiento sobre lo transgeneracional del apego, Lebovici (1991) sostiene que dicho aspecto marca el mandato que va a cumplir el bebé en la familia a la cual va a pertenecer; al igual que los fantasmas de la madre que van a ser volcados directamente en su hijo, de la misma manera que los del padre, proyectando en el bebé todo aquello que ellos no lograron ser o no pudieron alcanzar. Y por último la imagen que la madre crea sobre su hijo durante el período de embarazo, un estado de narcisismo, en el que idealiza al bebé y que una vez que nace no es compatible con la realidad. Es por esto que se dan vínculos bebé-madre-padre en el que el bebé está determinado por los fantasmas y proyecciones de sus padres, no permitiéndole ser espontáneo ni poseedor de iniciativa.

Según Sanz Andrés (2012) todo sujeto para su constitución como tal requiere de desarrollo emocional. En la tríada madre-padre-bebé se ponen de manifiesto las representaciones que los padres tienen acerca de su hijo junto con los aspectos inconcientes que cada hijo despierta, siendo estos aspectos los que van a influir sobre el desarrollo del niño y en la determinación de su identidad. De esta manera cada sujeto está atravesado por la historia de sus padres, permitiendo tener su propia individualidad.

No es imprescindible que los padres se preocupen por sobre-estimular a sus hijos ni por la coordinación neuronal de estos. En vez de focalizarse en esto último,

deberán preocuparse por lograr una correcta interacción con sus hijos logrando un vínculo bidireccional, ya que es lo más importante para el crecimiento del niño. (Siegel y Hartzell, 2005, citado por Rodríguez de la Rubia, 2010).

En los infantes que presentan dificultades en su desarrollo, se debe tener en cuenta tres aspectos referente a como se vinculan con los estímulos, lo cual habla del sentido que le dan a su forma de relacionarse con el medio en el que se encuentran inmersos, incluyendo las relaciones tempranas con sus cuidadores. Estos tres aspectos son, el como reciben el estímulo, procesan y responden a este. Los padres tienen que lograr decodificar las señales y necesidades de su hijo, logrando responder en tiempo y forma para poder lograr establecer un apego de tipo seguro. En este caso al tratarse de un niño con discapacidad, los padres deberán trascender el diagnóstico que su hijo tiene para poder conocer como es que se relaciona con el medio que lo rodea, cómo responde a éste. De este modo es que van a tener significado las conductas del infante y a los padres les será más fácil responder a sus necesidades. (Mira, 2009)

De acuerdo con Gerhardt (2008) citado por Rodríguez de la Rubia (2010), al trabajar en practicas con niños y sus familias, se ha constatado que los niños reflejan a través de su comportamiento un estilo de apego el cual no está presente en el nacimiento, por ende no es genético sino mera y exclusivamente de las relaciones que se entablan entre la madre-padre-bebé. En la actualidad está científicamente abalado que la genética cobra protagonismo en el día a día en interacción con el contexto ambiental, siendo así que las manifestaciones de los condicionantes genéticos solo son posibles si se dan determinadas circunstancias ambientales. Entonces si se dan determinados cambios ambientales se modificará el comportamiento genéticamente determinado. Siendo así que un niño frente a un ambiente desfavorable para su crianza, es decir con padres que se relacionan desde un tipo de apego inseguro, en consecuente el niño desarrollará múltiples alteraciones en el comportamiento debido a lo que el ambiente en el que está inmerso le ha organizado.

En el mejor de los casos, si se logra que los padres puedan acceder a una ayuda externa que les permita poder relacionarse desde los rasgos de un apego seguro, dará lugar a interiorizar modelos de comunicación y relacionamiento con su hijo de carácter positivos. De este modo el infante no manifestaría conductas vinculadas a las disfunciones de sus padres (Rodríguez de la Rubia, 2010).

A finales de los años 80 Bennett y Guralnick realizaron un estudio de distintas investigaciones acerca de niños con discapacidad, llegaron a afirmar que el apego

seguro en estos niños con sus cuidadores es muy difícil que se produzca (Sanz Andrés, 2012).

En cambio Sanz Andrés (2012) plantea que el niño que presenta alguna discapacidad tiene una evolución psíquica similar a la de una persona sin discapacidad, siendo más esencial para su desarrollo la necesidad de entablar vínculos seguros que le permitan afrontar situaciones adversas que deberá superar en la vida. Por ello el poder establecer vínculos de apego seguro es muy importante en un niño con discapacidad, debido a que actúa como factor protector frente a dificultades emocionales, siendo imprescindible que los padres logren establecerlas más allá de las dificultades que presenten. Numerosas investigaciones, han constatado que los bebés con discapacidad pueden alcanzar un desarrollo emocional sano, siempre y cuando las primeras relaciones se establezcan positivamente.

Siguiendo con esta línea de pensamiento, el psicólogo Emilio Rodríguez de la Rubia (2013), plantea que los niños con discapacidad pueden desarrollar un estilo de apego seguro a pesar de los déficits o limitaciones que los afecten. Tanto los genes como las limitaciones no son un determinante en el tipo de vínculo que la persona entable con sus cuidadores y otras personas de su entorno. Individuos que no presentan discapacidad como aquellas que sí, pudiendo ser ciegos, parálisis cerebral, síndrome de Down, sordera, entre otros, se relacionan con las demás personas de su entorno del mismo modo que han sido tratados a lo largo de su vida.

En cambio existen otras posturas que afirman lo contrario, en los años 2005 y 2010 se llevaron a cabo dos investigaciones en la Universidad de Ámsterdam en Holanda, las cuales constataron que las personas con discapacidad intelectual desarrollan un estilo de apego inseguro con sus padres o cuidadores. Debido a que sus conductas y necesidades son más difíciles de decodificar por sus padres o cuidadores, siendo entorpecedor el contacto y el desarrollo del vínculo seguro entre ellos (De Schipper & Schuengel, 2010).

La mayoría de las investigaciones parten de la hipótesis de que los patrones de apego frente a una discapacidad son inestables, pero finalmente concluyen que la discapacidad en sí misma no es necesariamente la determinante de vínculos inseguros (Howe, 2005 citado por Encina Olea, 2014).

Más allá de lo que plantean las investigaciones, el desarrollo de apego seguro se puede considerar más importante en una persona con discapacidad que sin discapacidad, debido a que presentan menos herramientas eficaces para poder afrontar situaciones adversas. Por ello es que dichas investigaciones plantean la

importancia de un entorno de cuidado especializado, en el que se encuentren cuidadores profesionales que le puedan ofrecer al infante protección y la posibilidad de desarrollar un apego seguro, lo cual no ha sido logrado en su entorno familiar. Los cuidadores profesionales le brindarían al niño una atención adecuada según sus necesidades, y quizás convertirse en posibles figuras de apego complementarias (De Schipper & Schuengel, 2010).

El rol del psicólogo

La intervención del psicólogo resulta fundamental y su trabajo se aborda directamente con las personas con discapacidad a través de la aplicación de técnicas con fines educativos y terapéuticas, desde juegos, actividades artísticas como terapias de diferentes tipos. El trabajo del psicólogo implica una labor integradora, en varias ocasiones éste deberá trabajar con otros profesionales vinculados al área de la salud, para poder lograr resultados más completos. Generalmente se trabaja en forma interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria.

El autor Contino (2010), realiza una reflexión acerca de la discapacidad y el rol del psicólogo desde una perspectiva basada en el modelo social, dejando de lado el modelo médico hegemónico, el cual posiciona al discapacitado a nivel de lo anormal y patológico. Siendo ésta una visión normalizadora y de exclusión social del discapacitado, el responsable de modificar su situación sería la misma persona discapacitada, posicionándolo en un lugar pasivo y no participativo en la sociedad. En el que debe adaptarse a normas institucionales para luego poder adaptarse a la sociedad. Este modelo está basado en fomentar la pasividad y dependencia del sujeto discapacitado, impidiéndole superar sus dificultades para insertarse adecuadamente a la sociedad que integra.

Es por ello que este autor cuestiona la función del psicólogo en instituciones especializadas en discapacidad, planteando que el psicólogo para no repetir y continuar con el modelo hegemónico, deberá pensar su práctica desde dos conceptos fundamentales.

Por un lado, el aspecto ético apuesta a la apertura hacia la habilitación subjetiva más que a la rehabilitación de la persona. Es decir, focalizarse en el deseo y en el propio discurso de la persona discapacitada, dejando de lado la adaptación

incuestionada de la misma. De esta manera poder comenzar a pensar y cuestionar las barreras de su entorno y así poder habilitarlo con mayor autonomía y decisión. Así es que se deja de lado la imposición de la normalización, el modelo hegemónico quedaría nulo.

El segundo aspecto es la dimensión política de la praxis, la cual se centra en el cuestionamiento permanente de lo instituido. La función del psicólogo en una determinada institución no puede basarse en una adaptación de las personas a la dinámica normalizadora de la misma, sino por el contrario poder cuestionarla para poder encontrar los puntos de acuerdo o desacuerdo con esta. Será compatible con el modelo social sobre la discapacidad, siempre y cuando la posición política implique constantes críticas sobre lo instituido y se centre en reflexionar sobre lo instituyente.

Continuando con el objetivo de este trabajo, es que debemos pensar el rol del psicólogo en sus intervenciones en niños con discapacidad y su entorno familiar, para favorecer un desarrollo emocional adecuado a partir del establecimiento de un apego seguro.

La gran pregunta que surge es ¿Cómo podemos favorecer la sensibilidad de los padres y el establecimiento de un apego seguro? o bien ¿Cómo poder favorecer los procesos de regulación en la díada mama-bebé y así potenciar el desarrollo del bebé?.

A partir de la teoría y de la práctica se ha logrado observar la existencia de diversos aspectos esenciales que pueden ser de utilidad a los padres con hijos discapacitados. Tales como enseñarles a observar a sus hijos para que logren identificar los ritmos de estos, a conocer cuales son los estímulos que le confortan, reconocer los signos de estrés y los estímulos que los desregulan. Que logren emplear estrategias para un adecuado manejo de situaciones conflictivas y de este modo fomentar el establecimiento de vínculos estables con su bebé (Mira, 2009).

Es de suma importancia que los padres logren ir conociendo las potencialidades, desafíos, maneras de reaccionar e interactuar de sus hijos. Poder fortalecer el apego y las interacciones tempranas de los niños con sus padres o cuidadores, lo cual estaría reforzando el desarrollo integral del infante tanto en lo físico, cognitivo e inclusive lo social. Estos aspectos cumplirían con los objetivos de las intervenciones tempranas de psicólogos, fonoaudiólogos, entre otros.

Debido a que el apego seguro es de suma importancia para el desarrollo emocional adecuado del infante, en consecuente los profesionales de la salud deben tener muy presente el apego al momento de actuar en las intervenciones tempranas.

Incentivando a que los padres asuman un rol activo, y para ello el psicólogo debe compartir sus experiencias y conocimientos acerca de cómo observar, conocer, estimular e interactuar con niños. Dicho poder cedido a los padres, es decir un rol que les permite manejar las situaciones desde un lugar activo, se logra a partir de cada sesión en la que hay un compromiso tanto de los padres como del profesional, se trata de un trabajo en equipo, en el que se pueda trabajar con una misma perspectiva y así poder abarcar las necesidades e inquietudes del niño y de la familia (Mira, 2009).

Se hace necesario brindar estrategias y orientar a los padres para que logren identificar las conductas de sus hijos y así responder adecuadamente a ellos. Lo cual es posible, enseñándoles a reconocer conductas desorganizadas, tales como el llanto descontrolado y la inquietud motora, también cambios en la respiración, en la coloración de la piel y conductas de evitación. Se debe colaborar a que identifiquen los momentos en que su hijo está dispuesto a una ideal interacción, por ejemplo cuando se ríe, cuando logra fijar la mirada en uno de sus padres, al mostrar interés en objetos y personas a través del tacto y movimientos corporales.

Según el autor Sanz Andrés (2012), considera que tanto los padres como el bebé con discapacidad, tienen capacidades para abordar adecuadamente la situación que les toca vivir, pero que serán mejor los resultados siempre que cuenten con el apoyo de los servicios de la Atención Temprana.

Este autor toma la definición de Atención temprana según el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), siendo definida como: “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, al entorno y a la familia, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenten los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos” (p. 11).

Estas intervenciones deben considerar la totalidad del niño y deben ser llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario de profesionales, con los objetivos de lograr reducir los efectos del déficit, optimizar el desarrollo del infante para que logre una mayor autonomía, poder evitar discapacidades añadidas y lograr abarcar las necesidades y demandas de la familia y entorno del niño.

El modelo de atención temprana tiene como fin dirigirse a fomentar las relaciones afectivas entre padres e hijos y que los padres sean protagonistas del desarrollo de su hijo, incursionando en intervenciones de aprendizaje con contenido significativo para los padres y el niño.

Aquellas familias que cuenten con el apoyo de la Atención temprana, el objetivo es que puedan alcanzar una buena calidad de vida, y poder vivir con menos angustia y estrés la situación de discapacidad. La calidad de vida sería el resultado del proceso de capacitación que estos servicios llevan a cabo con las familias.

Un aspecto a destacar, es el Tiempo que necesitan los padres y los bebés con discapacidad. El tiempo para poder conocerse, comprender, aceptar a su hijo tal cual es, y tiempo para poder entablar vínculos afectivos seguros. Tiempo necesario para que los padres puedan activar sus capacidades como tales y para poder resolver adecuadamente el duelo. Y algo no menor es el tiempo para poder concurrir a las consultas médicas e intervenciones como lo puede ser la Atención temprana (Sanz Andrés, 2012).

En familias en las que existe un clima cálido y armonioso, en el que los padres se muestran cariñosos y receptivos hacia su hijo discapacitado, permite un aumento de confianza en el discapacitado, llevando a que sienta una mayor curiosidad por aprender y explorar el mundo que lo rodea. Es muy importante la forma en como se transmite y se recibe el diagnóstico, por ello es fundamental contar con un profesional que oriente a los padres y al entorno familiar, en cuanto al manejo emocional y de conductas que deben llevar a cabo (Mesa, 2013).

Según lo que plantea Candell (2005), la intervención con las familias de niños discapacitados, tiene como principal objetivo fortalecer un adecuado patrón de comunicación con los padres, de manera tal que el niño sienta mayor motivación ante los estímulos del medio, permitiéndoles a los padres responder adecuadamente y cumplir el rol de padres desde un lugar vinculado a lo complaciente.

Los autores Urrego, Aragón, Combata & Mora (2012), consideran que los programas de intervención familiar deben darle suma importancia a la información que se les brinda a los padres acerca de la etiología de la enfermedad que presenta su hijo. Para así poder actuar sobre las consecuencias que esto conlleva, ya que es de esperar que los padres desarrollen emociones tales como ansiedad, negación de la realidad, depresión, angustia, culpa, entre otros, frente a la situación de su hijo discapacitado. Desde que los progenitores conocen el diagnóstico de su hijo, entran en la fase de duelo y para ello es fundamental el apoyo durante este proceso, ya que se debe lograr una interiorización del concepto de discapacidad.

A modo de reflexión, se apela a que las políticas sociales tengan en cuenta las necesidades de las familias y niños con discapacidad, y puedan tener acceso a diversas soluciones. Ya que al tratarse de un niño con discapacidad, implica mayor

tiempo de dedicación para la crianza, y eso requiere que los padres dispongan del tiempo adecuado para lograr un correcto desarrollo de su hijo. Pero aún las políticas sociales están lejos de poder alcanzar una respuesta positiva a estas necesidades.

Es por ello que la sociedad debe intentar luchar para lograr que la atención temprana sea un derecho gratuito para todo bebé y su familia en caso que lo necesite.

El proceso de apego según la discapacidad

Otro de los ejes centrales de este trabajo consiste en conocer el proceso de apego en determinadas discapacidades, la selección de las mismas fue en base al momento de aparición, siendo las congénitas ó adquiridas. Entre ellas las que se escogieron para abordar el proceso de apego, fueron el Síndrome de Down, discapacidad auditiva, motora y visual.

El acontecimiento del nacimiento de un bebé suele ser un momento lleno de emociones vinculadas a la alegría, pero cuando ese bebé presenta diferencias a simple vista no acordes con la normalidad, se produce un quiebre inevitable con el proceso de vinculación afectiva que naturalmente se prevé. Dicha situación ocurre especialmente en discapacidades como el Síndrome de Down.

Es de suma importancia la vinculación afectiva en niños con Síndrome de Down para alcanzar un desarrollo adecuado, por ello es pertinente estar atentos a situaciones ambientales que puedan provocar deterioro o fortalecer dicha vinculación afectiva.

Es una realidad en el Síndrome de Down la desvinculación afectiva, debido a la falta de herramientas por parte del entorno familiar para afrontar positivamente el desarrollo del infante con discapacidad. Es pertinente elaborar estrategias que permitan evitar o disminuir la desvinculación afectiva una vez que está presente. Debido a esto es que el equipo de salud (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales) debe elaborar un plan de trabajo con el fin de asistir y apoyar emocionalmente a estas familias, ya que el futuro del niño con Síndrome de Down depende del apoyo adecuado de su entorno (Rossel, 2004).

Los fallos en la vinculación entre padres y niños discapacitados se encuentran en el aislamiento social y en no permitirles una adecuada integración al medio.

Según la investigación llevada a cabo por los psicólogos Ortiz, Madrid, Moná y Arbeláez en el 2012, afirman que las madres de niños con Síndrome de Down se caracterizan por ser sobreprotectoras, a raíz de la enfermedad de su hijo sienten temor a que éste sea discriminado por la sociedad. A su vez estas madres poseen un estilo parental que favorece a establecer un estilo de apego inseguro con su hijo, en el que los padres no se caracterizan por ser cooperadores, usualmente son autoritarios y con cierta rigidez emocional. Dicho estilo parental de apego inseguro, es un agente favorecedor a la baja autoestima del infante, así como también a que la interacción e inserción social sea baja y se logre la poca aceptación por los iguales. Los padres sobreprotectores desconocen que dicha posición puede afectar el desarrollo de habilidades sociales de sus hijos.

Continuando con los resultados obtenidos por la investigación antedicha, los mismos constataron que no existe una relación directa entre el apego y el desarrollo de habilidades sociales en personas con Síndrome de Down, se refutaron las hipótesis iniciales acerca de que a mayor presencia de apego seguro, mayores serían las habilidades sociales del sujeto.

Por ello es fundamental contar con un núcleo familiar sólido que les brinde amor y el apoyo necesario para que logren ser sujetos autónomos, y sentirse pertenecientes a la sociedad en la que están inmersos.

En cuanto a la discapacidad auditiva, es de suma importancia el apoyo social que se brinde tanto al niño como a su familia para lograr un desarrollo integral y alta autoestima en el infante. Lo cual permitirá una adecuada integración a la sociedad de éste, creando los cimientos para establecer un apego seguro.

El niño que posee sordera se enfrentara a un entorno social exclusivamente auditivo, es por ello que su cualidad a desarrollar será el sentido de la vista. Continuando con esta misma línea de pensamiento, es que el infante con sordera deberá aprender el lenguaje de señas, puesto que este es el código que le permitirá una mayor participación e interacción con su entorno social.

Según Schlesinger (1978) citado por Fortich (1990), generalmente los padres oyentes de niños que poseen discapacidad auditiva, se niegan a utilizar el lenguaje de señas, debido a que consideran que su utilización provoca la evidencia de la deficiencia auditiva en el contexto social.

La aceptación y reconocimiento del diagnóstico por parte de la familia es necesario y fundamental para la persona con déficit en la audición. El diagnóstico puede provocar en el ámbito familiar sentimientos de culpa, negación, ansiedad,

inseguridad e incluso rechazo hacia la persona con discapacidad. Por consiguiente, lo primero que los padres necesitan al momento del nacimiento, es el apoyo emocional e información adecuada respecto al déficit de su hijo (Mesa, 2013).

Es fundamental para el niño con sordera la aceptación y reconocimiento por parte de la familia de sus limitaciones, ya que tiene íntima relación con el tipo de apego que se establezca entre el infante y sus padres.

En el caso de los niños con sordera, las interacciones con su madre oyente son llevadas a cabo por las señas no auditivas. Lo contrario ocurre en niños oyentes, que utilizan la audición como vía para establecer vínculos seguros con su madre, siendo en los sordos a través de lo visual.

Según Lederberg & Prezbindowski (2000) y Prado-Orlans, (1997), citados por Mesa (2013), los niños que presentan discapacidad auditiva pueden llegar a desarrollar apego de tipo inseguro, debido a que las madres oyentes generan dificultades en la comunicación con el hijo, no logrando un ajuste correcto al déficit que éste presenta. De este modo provocan una pobre comprensión de las necesidades y demandas del niño.

Las personas que tienen discapacidad auditiva generalmente poseen dificultades en relación a la autoimagen, es por ello que el niño con sordera necesita desarrollar una identidad personal y social para poder fortalecerla.

Según Tejera (2003) citado por Mesa (2013), la discapacidad auditiva es una situación predispuesta a generar estrés, y los modelos de Apego ansioso, evitativo y ambivalentes pueden llevar a que niños con sordera tengan conductas de aislamiento o soledad, estados depresivos, tristeza y ansiedad.

Los niños sordos que son hijos de padres sordos, generalmente logran resolver adecuadamente el vínculo de apego, debido a que los padres poseen conocimiento y comprensión de dicha situación. Lo contrario tiende a ocurrir en hijos sordos de padres oyentes, ya que para estos es una situación nueva a la cual deben adaptarse y conocer (Mesa, 2013).

En el caso de un bebé que nace sin la capacidad sensorial de la visión, le puede ocasionar dificultades al momento de querer interactuar y comunicarse con su entorno. Habitualmente tales dificultades no derivan únicamente de la ceguera, ya que estos niños poseen otras vías para poder vincularse con sus cuidadores o padres. Siendo estos adultos quienes provoquen alteraciones en su comportamiento debido a la discapacidad que posee el infante, ocasionando de este modo dificultades para entablar vínculos afectivos seguros. Si por el contrario se logra establecer vínculos

adecuados entre los cuidadores o padres y el bebé, su desarrollo afectivo será similar al de un vidente, a pesar de que las herramientas empleadas sean distintas (Castejón y Navas, 2011).

Según Rodríguez de la Rubia (2010), la forma en que afronten los padres la discapacidad visual de su hijo va a estar condicionada por el estilo de apego que tengan interiorizada. Es decir que si estos no han interiorizado un apego de tipo seguro, el desarrollo afectivo y social del niño va a estar condicionado por un ambiente desfavorable. Cabe aclarar que la discapacidad visual no genera en los padres un apego de tipo inseguro, debido a que ellos ya han interiorizado previamente un estilo de apego, pero si en aquellos con estilo de apego inseguro puede reforzar a generar un ambiente perjudicial para el desarrollo del niño.

El niño no vidente tiende a desarrollar otros sentidos, tales como la escucha y el tacto, es por eso que al tercer mes de vida el bebé tiende a sonreír frente al sonido de su madre o algún adulto de su entorno, lo contrario ocurre en un bebé vidente que sonríe frente a la visualización de un rostro ajeno. Por ello es importante que los padres de niños no videntes logren aceptar que la sonrisa de estos tiene el mismo valor social que la de un vidente, a pesar de que el estímulo que la ocasione sea distinto.

Para la madre de un bebé con ceguera, le es muy complicado interactuar con este debido a la ausencia del contacto visual y de las expresiones faciales propias del lactante, así como también está presente la angustia por no sentirse reconocida por su propio hijo. Esto puede ocasionar el empobrecimiento en la comunicación, la disminución del contacto físico y del contacto afectivo madre-bebé.

Es por ello que los padres deben lograr decodificar los mensajes emitidos por su hijo no vidente y de este modo conocerlo para lograr establecer una relación segura entre ellos. Los mensajes que deben lograr decodificar son los movimientos de sus manos, la sonrisa, los movimientos de su cabeza, expresiones faciales, entre otros (Rodríguez de la Rubia, 2010).

Los bebés videntes como no videntes tienen las mismas posibilidades de lograr interactuar adecuadamente con los adultos de su entorno así como de establecer vínculos afectivos, siempre y cuando estos logren interpretar los mensajes enviados por el infante (Castejón y Navas, 2011).

Por último se aborda la discapacidad motriz, la cual no es un determinante para el desarrollo psicológico, ya que éste está ligado directamente con el tipo de vínculo afectivo que se establezca entre el niño y su entorno familiar. Debido a esto, es que la

posibilidad de que se desarrolle un apego de tipo seguro no va a estar determinado por la discapacidad motriz, a pesar de que sea un factor de vulnerabilidad. Los padres deben lograr responder a las necesidades y estados emocionales de su hijo para lograr un apego seguro (Sanz Andrés, 2013).

Es de suma importancia la necesidad de que el niño con discapacidad motriz logre su autonomía y logre su propia identidad. Dicha etapa de crecimiento y maduración consiste en que los padres le permitan a su hijo transitarla, y podrá ocurrir esto, si el apego con el que se cuente es de tipo seguro.

En diversas ocasiones los padres por miedo a que su hijo no sea aceptado o no logre superar adversidades debido a la discapacidad que presenta, es que tienden a sobreprotegerlo, y de este modo no les permiten su propia adaptación al medio y la aceptación de ellos mismos como sujetos.

La investigación llevada a cabo por María Roxana Rodríguez Araya y Carolina Guerrero Castro (2012) en la Universidad Nacional de Costa Rica, acerca de niños con discapacidad motriz y como su entorno familiar influye en su desarrollo, permitió constatar que es de suma importancia la existencia de un apoyo a las familias de infantes con discapacidad, para que estos logren su autonomía. Debido a que las madres y los familiares allegados, tienden a sobreproteger al niño, impidiendo la independencia de este. En las familias que participaron de dicha investigación los procesos de independencia se encontraban limitados debido a la concepción y visión de discapacidad predominante en el núcleo familiar. La familia debe asumir su principal papel, el de ser promotora del desarrollo de las habilidades adaptativas y de la autonomía del niño con discapacidad motora.

Según Howe (2005) citado por Encina Olea (2014), afirma que la calidad de los cuidados paternos van a determinar el tipo de apego que se establezca. Es decir que a medida que aumenta la demanda de los cuidados del niño según la discapacidad que tenga, aumenta el estrés de la figura de apego, lo cual conlleva a poca disponibilidad y capacidad de comprensión de éste.

A modo de conclusión, es muy importante intentar evitar la sobreprotección de niños con discapacidad motriz por parte de sus familiares, ya que esto conlleva a establecer vínculos afectivos inestables, no permitiéndole al infante obtener su independencia y capacidad de generar seguridad en sí mismo.

CONCLUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica y el aporte de las observaciones empíricas personales, y su correspondiente articulación antecedida, se plasman algunas conclusiones que sintetizan los puntos más relevantes de la presente elaboración.

Acerca de las investigaciones consultadas, algunas afirman que los niños con discapacidad son propensos a establecer vínculos de apego inseguros. En la mayoría de los casos es debido al shock emocional en el entorno familiar del niño, ya que no se encuentran preparados para afrontar la nueva realidad. Lo cual conlleva a que los vínculos entre los padres y su hijo se construyan sobre una base inestable.

En estos casos el entorno familiar no posee herramientas ni la información adecuada que les permita conocer las limitaciones que presenta el niño, y por consiguiente las necesidades de éste, lo cual ocasiona dificultades en la vinculación y comunicación entre ellos. De este modo el infante tampoco reconoce sus propias limitaciones, debido a que su entorno familiar no se lo brinda. Esto conlleva a que el niño sienta frustración y que se relacione con dificultad, tanto con su familia como con el entorno social.

La manera en como la familia aborde el tema desde su inicio, es lo que va a determinar el desarrollo social del niño en el futuro. Las experiencias vividas en los primeros años de vida, son las fundantes de la capacidad para entablar relaciones íntimas y emocionalmente saludables.

Sin embargo, existen otras teorías que afirman que la discapacidad no es un factor limitante para desarrollar apego seguro, el cual es posible por el apoyo imprescindible que se le debe brindar al niño y a su entorno familiar.

El apoyo consiste en el servicio denominado Atención temprana, compuesto por un equipo interdisciplinario que brinda tanto al niño como a su familia las herramientas necesarias para poder aceptar y reconocer las limitaciones que posee el infante. Sus objetivos consisten en lograr reducir los efectos del déficit y poder optimizar el desarrollo del infante para que logre su autonomía.

Hace hincapié en intentar abarcar las necesidades y demandas del entorno familiar del niño, con el fin de brindarles una buena calidad de vida.

Es fundamental el acompañamiento de dichos profesionales de la salud, desde el nacimiento del niño como a lo largo de su desarrollo.

Es de suma importancia, que el entorno familiar logre aceptar la realidad que les toca vivir, como también identificar cuales son las limitaciones con las que se encuentran, para que el infante logre un adecuado desarrollo emocional y social.

Cabe destacar la importancia del “tiempo” que necesitan los padres de hijos con discapacidad. Dicho concepto hace referencia en cuanto al espacio y dedicación que deben tener para conocer a su hijo, comprenderlo, aceptarlo, descubrir cuales son sus necesidades, y de este modo se generará la posibilidad de construir un vínculo de apego seguro. Por ello, es que el apoyo que brinde el psicólogo debe centrarse en promover la satisfacción en la interacción del niño con sus padres, y que éstos intenten dejar de lado las preocupaciones y expectativas que tienen sobre su hijo.

Continuando con esta línea de pensamiento, es de suma importancia en la formación de los vínculos afectivos entre padres e hijos, las expectativas que poseen los padres desde la gestación de su hijo, y como marcan dicha vinculación.

Esto lo pude observar a partir de mi experiencia laboral, la cual es llevada a cabo en el área de ecografía de un centro de salud, como asistente del médico ecografista desde hace ocho años.

Las madres y padres cuando concurren a realizarse las ecografías que detectan si existe alguna malformación en el feto, se encuentran muy ansiosos e intranquilos por saber si su hijo posee alguna discapacidad o enfermedad congénita. Hasta el momento en que el médico no les trasmite que está todo bien, no logran focalizarse en otra cosa. Luego, logran interesarse por el sexo del bebé y otros datos que pueda aportar el estudio.

Esto muestra lo que genera en los padres la posibilidad de tener un hijo con alguna discapacidad, y no poder estar tranquilos y disfrutar del momento por el que transitan, sin antes confirmar que todo se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad.

Mi observación pre-natal permite afirmar que las conductas de los padres desarrolladas al momento de realizarse las ecografías, marcan el vínculo afectivo con su hijo. Las expectativas y ansiedades que manifiestan son factores determinantes en el tipo de vínculo que van a establecer con el hijo que viene en camino.

A modo de reflexión, en base a la bibliografía consultada no se logra obtener una respuesta unánime acerca de si la discapacidad es un factor determinante de apego inseguro en todos los casos, debido a las diversas posturas y teorías existentes del tema.

Se observa que es una temática sobre la cual recientemente se ha comenzado a investigar, siendo más difícil alcanzar una teoría única al respecto. Debe ser incorporada a mayores proyectos de investigación, tanto en nuestro país como en el resto del mundo.

Es claro que la llegada de un niño con discapacidad genera un shock emocional a su familia, ya que deben afrontar una realidad distinta a la esperada. Esto determina el tener que enfrentarse a un territorio desconocido, y para ello acudir a una ayuda externa.

Como se mencionó anteriormente, dicha ayuda está compuesta por un equipo interdisciplinario, al cual no se accede fácilmente, ya que no se ha logrado implementar como un plan obligatorio para todos los casos de familias con hijos discapacitados.

Se debe lograr darle mayor difusión a los programas que se ejecuten, permitiendo una mayor participación de toda la sociedad y de este modo se le adjudicará a la temática mayor visibilidad y compromiso de parte de todos.

Una propuesta afín, sería crear instancias de capacitación pertinente para los profesionales que se destinarán a estos programas, y así poder ir generando una mejor calidad del servicio, lo cual se va a reflejar en los resultados obtenidos con las personas que lo necesitan.

Las personas con discapacidad deben ser contempladas por la sociedad para que logren un desarrollo emocional y social adecuado, desde una perspectiva solidaria en donde se prioricen los derechos humanos.

No se puede ser ajeno a estas personas, ya que son parte de la misma sociedad a la cual pertenecemos todos, y así es que les abrimos camino a su inclusión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. (1979). "Infant – Mother Attachment". *American Psychologist*, 34(10): 932-937.
- Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM) (2002). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de Verdugo, M. A. y Jenaro, C. Madrid: Alianza Editorial]. Recuperado de: http://comunidad.udistrital.edu.co/bionanotecnologia/files/2012/06/Retraso_mental_AAMR-librode trabajo.pdf
- Bowlby, J. (2012). *El apego y la pérdida 1: El apego*. Buenos Aires: Paidós Ediciones.
- Bowlby, J. (2012). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós Ediciones.
- Candel, I. (2005). Elaboración de un programa de atención temprana. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 3(3),151-192. Recuperado de: <http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?98>
- Castejón, J.L., Navas, L. (2011). *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil primaria*. Editorial Club Universitario. Recuperado de: https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=UE1rcAiGni8C&oi=fnd&pg=PA267&dq=apego+y+discapacidad+visual&ots=mKc1-U0TJi&sig=HLYJMGqRrC7Vgkx_VQWX8WiCVHA#v=onepage&q=apego%20%20discapacidad%20visual&f=false
- Contino, A. M. (2010). La especificidad de la función del psicólogo en el campo de la discapacidad mental. *Revista de Psicología*, 19(2) ,157-181.
- De Schipper, J. C., Schuengel, C. (2010). Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: associations with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 584-596.
Recuperado de: <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/34341/243487.pdf?sequence=1>

- Encina Olea, N. (2014). Patrones de apego y representaciones: niños y niñas preescolares con diagnóstico de acondroplasia y sus madres. Universidad de Chile, departamento de psicología. Recuperado de:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131003/PATRONES%20DE%20APEGO%20Y%20REPRESENTACIONES%20NI%C3%91OS%20Y%20NI%C3%91AS%20PRE%20ESCOLARES%20CON%20DIAGN%C3%93STICO%20DE%20ACONDROPLASIA%20Y%20SUS%20MADRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas* (3). Recuperado de:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fortich, L. (1990). Los padres ante la sordera del hijo: repercusiones psicológicas. *Revista de psicología general y aplicación*, 43 (1), 105-111. Recuperado de:
<http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Fortich%2C+L.+%281990%29.+Los+padres+ante+la+sordera+del+hijo%3A+repercusiones+psicol%C3%B3gicas.++&btnG=&lr=>
<http://feaps.org/>
<https://sites.google.com/a/cetys.net/educacion-especial/discapacidad-auditiva>
- IPES (2009). La discapacidad física con foco en la discapacidad motriz. *Curso de perfeccionamiento en educación de niños y adolescentes con discapacidad motriz*.
- Lebovici, S., Weil Halpern, F. (1991). *Curso sobre: Una nueva patología, disarmonías en las interacciones tempranas, situaciones especiales*. II Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la primera Infancia W.A.I.P.A.D. Buenos Aires, Argentina.
- Lecannelier, F., Undurraga, V., Olivares, A. M., Rodríguez, J., Núñez, J. C., Hoffmann, M., Goldstein, N., Larraín, C. (2009). Estudio de Eficacia Sobre Dos Intervenciones Basadas en el Fomento del Apego Temprano en Díadas Madre-Bebé Provenientes de la Región Metropolitana en Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 143-155.

- Main, M. (2001). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas Psicoanalíticas* (8). Recuperado de:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=156&a=Las-categorias-organizadas-del-apego-en-el-infante-en-el-nino-y-en-el-adulto-atencion-flexible-versus-inflexible-bajo-estres-relacionado-con-el-apego>
- Mesa, L. M. (2013). El apego en personas con discapacidad auditiva: Revisión teórica. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de ciencias sociales, Facultad de Psicología. Medellín.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015). Discapacidad y Trabajo en Uruguay. Perspectiva de Derechos. Programa Nacional de Discapacidad. Volumen I. Montevideo, Uruguay.
- Mira, A. (2009). La importancia de las relaciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 9, .- 77. Recuperado de :
<http://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/52/49>
- Miralles Isern, M. C. (2005). Programa de psicoterapia para madres de bebés con síndrome de Down: abordaje emocional de la díada madre-hijo en el primer año de vida del niño. *Mapfre Medicina*, 16(4), 289-297.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81. Recuperado de :
<http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>
- Ortiz, K. J., Madrid, N., Moná, A. M., & Arbeláez, E. L. (2012). Incidencia del vínculo de apego en el desarrollo de habilidades sociales en personas con síndrome de Down. Universidad de San Buenaventura. Medellín.
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de Investigación en Psicológica*, 13 (2), 221-230.
- Rea García, P. (2015). Psicología positiva: La autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor en personas con discapacidad motriz. *Master universitario en Psicopedagogía*. Universidad de Valladolid.

Riccardi, E. (2015). El rol del psicólogo en la atención temprana de niños con Síndrome de Down. *Trabajo final de grado*. Facultad de Psicología, UDELAR.

Rodríguez Araya, M. R. & Guerrero Castro, C. (2012). La familia como promotora de la independencia en niños y niñas con discapacidad motora. *Revista Electrónica Educare*, 16(1) 99-111. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194124281009>

Rodríguez de la Rubia, E. (2010). Influencias del vínculo de apego en la organización cerebral. Integración. *Revista sobre discapacidad visual* – Edición digital (58)– ISSN 1887-3383. Recuperado de:

<http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidadvisual/publicaciones-sobre-discapacidad-visual/revista-integracion>

Rodríguez de la Rubia, E. (2013). Apego y discapacidad. *Revista Autonomía Personal*, 20-29 .Recuperado de:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/rap5.pdf>

Rossel, K. (2004). Apego y vinculación en el Síndrome de Down. Una emergencia afectiva. *Revista Pediatría Electrónica*, 1(1), 3-8. Recuperado de:

http://www.portalsindromededown.com.br/arquivos/apego_e_down.pdf

Sanz Andrés, M. J. (2012). La discapacidad, factor de vulnerabilidad para una crianza saludable. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad* (71), 12-17

Recuperado de:

http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3189/La_discapacidad_factor_d_e_vulnerabilidad_para_una_crianza_saludable.pdf?sequence=1

Sanz Andrés, M.J. (2013). Crecer con una discapacidad física. *Revista Autonomía Personal*, 30-37. Recuperado de:

<http://www.autonomiapersonal.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/rap5afondo.pdf>

Sarto, M. (2007). III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

- Sroufe, L. A, Szteren, L., Causadias, M.J. (2014). El apego como un sistema dinámico: fundamentos de la teoría del apego. En Torres, B., Causadias, J., Posada, G (Eds.), La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas. Capítulo 1 (pp.27-39) Recuperado de: [http://www.researchgate.net/publication/270161003 El apego como un sistema dinámico Fundamentos de la teora del apego](http://www.researchgate.net/publication/270161003_El_apego_como_un_sistema_dinamico_Fundamentos_de_la_teor%C3%ADa_del_apego)
- Tenorio De Aguiar, S., Santelices, M.J., Perez, J. C. (2009). Apego, sensibilidad paterna y patrón de interacción del padre con su primer bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 51-58.
- Urrego, Y., Aragón, A., Combita, J., & Mora, M. (2012). Descripción de las estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva. Proyecto de investigación formativa llevado a cabo en el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. *Línea de investigación en Desarrollo Humano*. Grupo DHEOS.