



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Programas de tratamiento para mejorar la responsividad parental

Autora: Laura Garrido Mancebo

Directora: Amaia Halty Barrutieta

Madrid

Abril 2019

Resumen

La calidad del vínculo temprano que establece el niño con su cuidador primario es fundamental para su desarrollo integral y su posterior evolución en la adultez. La amplia literatura evidencia que las respuestas parentales y más específicamente, la responsividad materna, están íntimamente relacionadas con los diversos tipos de apego que se pueden configurar durante los primeros años de vida. De tal modo, el objetivo principal de este trabajo, se centra en analizar diversos programas de intervención temprana destinados a mejorar el vínculo temprano entre el niño y sus cuidadores. A través de una metodología comparativa, se analizan las características de estas propuestas de apoyo temprano, estudiando así sus claves de éxito para trabajar sobre las capacidades parentales. Algunas de las variables principales que conforman el análisis son: la edad de los infantes, el enfoque, el formato, los objetivos, el tipo de población o la duración de la intervención. Los programas *Family Foundations*, *Empowering Parents*, *Empowering Communities*, *Level 4 Group Triple P* y *Level 5 Pathways Triple P*, se presentan en el apartado de discusión por mostrar un nivel de evidencia significativo según su calificación. Finalmente, se resalta por un lado, la importancia que merece el estudio de aquellos programas que no han podido ser seleccionados y que además atienden a una población específica, como son los cuidadores de niños con necesidades especiales por la presencia de algún tipo de discapacidad y, por otro lado, el interés que alberga un formato de intervención grupal dados los múltiples beneficios terapéuticos.

Palabras clave

Responsividad, Capacidades Parentales, Vínculo de Apego, Cuidador Primario, Intervenciones Tempranas.

Abstract

The quality of the early bond that the child establishes with his or her primary caregiver is essential for their integral development and its subsequent evolution in adulthood. The extensive literature shows that parental responses and more specifically, maternal responsiveness, are intimately related to the various types of attachment that can be configured during the first years of life. In this way, the main objective of this work is to analyze various early intervention programs aimed at improving the early bond between the child and their caregivers. Through a comparative methodology, the characteristics of these early support proposals are analyzed, thus studying their keys of success to work on the parental capacities. Some of the main variables that make up the analysis are: the age of the infants, the focus, the format, the objectives, the type of population or the duration of the intervention. The Programs Family Foundations, empowering parents, empowering communities, Level 4 Group Triple P and Level 5 Pathways Triple P, are presented in the section on discussion by show a level of evidence significant according to its rating. Finally, it is highlighted on the one hand, the importance that deserves the study of those programs that have not been able to be selected and that also they serve a specific population, like the caretakers of children with special necessities by the presence of some type of disability and, on the other hand, the interest that houses a group intervention format given the multiple therapeutic benefits.

Key words

Responsiveness, Parental Capacities, Attachment Bond, Primary Caregiver, Early Interventions.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 5 |
| 1.1 El vínculo de Apego..... | 6 |
| 1.2 La responsividad parental | 9 |
| 1.3 Capacidades del cuidador que influyen en el cuidado | 10 |
| 2. Pertinencia y objetivos | 12 |
| 3. Método | 14 |
| 3.1 Procedimiento | 14 |
| 3.2 Criterios de exclusión y de inclusión | 14 |
| 4. Resultados | 16 |
| 4.1 Programas de intervención seleccionados | 16 |
| 4.2 Características de los programas de intervención..... | 22 |
| 5. Discusión | 26 |
| 5.1 Interpretación de los resultados | 26 |
| 5.2 Conclusiones..... | 28 |
| 6. Bibliografía | 30 |

1. Introducción

El presente trabajo pretende abordar el estudio de programas de intervención familiar cuyo objetivo es la mejora de los vínculos tempranos que se establecen entre los niños/as y sus figuras de referencia significativas (habitualmente sus padres y/o cuidadores). Para ello, será preciso introducir ciertos conceptos previos y explicar así, la importancia que tiene dicha relación en la vida del niño y en su posterior desarrollo.

A través de la literatura actual, se realizará un acercamiento teórico a la Teoría del apego resaltando especialmente la importancia de la responsividad parental. Una vez realizado, el objetivo será analizar, desde una perspectiva comparativa, diversos programas que trabajen sobre la mejora de la responsividad parental. Abordaremos los programas recogidos en la plataforma de la organización “Early Intervention Foundation” (<https://www.eif.org.uk>), donde se reúnen múltiples propuestas de apoyo para mejorar los vínculos tempranos.

Dichos programas persiguen estimular y fortalecer una relación sana entre el niño y sus cuidadores. Para el presente trabajo, serán seleccionados y analizados aquellos que muestren mejor eficacia en base a la mejora de la responsividad parental, resaltando además los puntos más interesantes en sus propuestas de actuación.

Ceberio (2013, citado por Capano, Tornaria, Luján y Massonnier, 2016) consideraba que las familias, concebidas como una red de relaciones, constituyen una base fundamental en la vida psíquica de las personas y cubren necesidades tanto a nivel biológico como psicológico para la supervivencia del ser humano. Dicho de otro modo, esta estructura familiar ofrece a sus individuos estabilidad emocional en la niñez y en la adultez (Flaquer, 1998 citado en Capano et al. 2016).

El contexto familiar del niño constituye un núcleo sustancial para la conformación de la personalidad y evolución del individuo y en esta línea de investigación, cuando hablamos de contexto familiar, nos referimos más concretamente a las figuras parentales que intervienen en este momento evolutivo temprano. Raczynski (2006) estableció que el desarrollo integral del niño, no solamente está determinado por factores biológicos, si no que además, son numerosas las variables sociales o psicológicas que intervienen en esta conformación del individuo. Los cuidadores son la primera experiencia socializadora del niño y por ello, goza de vital importancia, atender a las conductas y respuestas habituales que emiten estas figuras en relación a las necesidades del niño. En definitiva, las experiencias que el niño configure respecto a sus cuidadores, serán determinantes para su desarrollo integral y futuro.

La línea de investigación propuesta en este trabajo, pretende responder a preguntas como: ¿es posible modificar positivamente la interacción entre los cuidadores y el niño y mejorar, por tanto, la calidad del vínculo de apego? ¿Cuáles son las intervenciones más eficaces para ello y qué características tienen?

1.1 El vínculo de Apego

La teoría del apego respalda la idea de que los vínculos afectivos tempranos, consolidados durante el primer año de vida, son fundamentales para el desarrollo del ser humano (Bowlby, 1969). En esta línea, la familia cobra vital importancia ya que es la fuente primaria que promueve el desarrollo del individuo en su niñez y sin esta, sería complicado estudiar el crecimiento de la persona en este momento evolutivo temprano (Caldwell, Shaver, Li, y Minzenberg, 2011). Esta teoría estudia la relación entre los bebés y sus figuras de referencia, que se conceptualiza como *vínculo de apego*. Además, la calidad de esta relación temprana, determina al individuo en su adultez y puede propiciar la aparición de múltiples consecuencias psicológicas, emocionales, comportamentales y sociales (Halty, 2017).

El periodo vital donde se da lugar esta vinculación temprana se entiende como un *periodo sensible*, que a pesar de no ser definitivo, sí que es preciso y concluyente en la mayoría de los casos (Marvin y Britner, 2008). Esta etapa se caracteriza por la capacidad biológica que el niño tiene para vincularse y por la flexibilidad del infante para adaptarse de la manera más adecuada a las exigencias y particularidades de su entorno. Es durante este periodo temprano cuando los niños establecen la vinculación con sus figuras de referencia, sin embargo existen diferencias individuales respecto a la calidad de tal fenómeno y el modo en que se configura (Cassidy, 2008).

Cassidy (2008), detallaba que los vínculos afectivos tienen un tinte altamente propio y persistente por incluir a una persona específica no sustituible por otra, por el deseo de alcanzar proximidad con esa persona y, finalmente, por generar una sensación de malestar al separarse de ella. Además, Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall (2015) determinaron que el vínculo de apego no sólo posee las características descritas anteriormente, sino que la búsqueda por parte del individuo de la seguridad y el confort se establece como un aspecto primordial.

Popularmente se entiende que el cuidador debe preocuparse únicamente de cubrir las necesidades básicas de limpieza o alimentación del niño; sin embargo, la formación de un vínculo seguro emana, además, de una figura constante que transmite seguridad al bebé con sus acciones y que es capaz de comunicarse con el niño (Moneta, 2014). Así pues, el vínculo de apego supone para el niño un patrón relacional y es el primer vínculo que establece el infante

con esa figura que, respondiendo a sus necesidades, le transmite seguridad y comodidad (Halty, 2017).

Marvin y Britner (1999, citado por Muzzio, Muñoz y Santelices, 2008) aportaron que si las condiciones del niño son propicias, éste podrá desarrollar su potencial de manera óptima, es decir, desarrollará un apego seguro. Cuando su relación se caracteriza por ser positiva, cálida y continua, posibilita que el niño pueda explorar el exterior y el mundo que lo rodea con seguridad y confianza. Esta, determina la salud mental del niño tanto a efectos inmediatos como a largo plazo. Dicho de otro modo, el apego que se gesta durante la infancia, moldea las interacciones en la vida adulta del sujeto y dispone las bases afectivas futuras (Moneta, 2014). Se ha respaldado por numerosos autores que, las experiencias vividas en la infancia y que persisten durante la trayectoria vital del individuo, sirven como base y se trasladan de alguna manera, a las relaciones románticas adultas, demostrando así que los estilos de apego son duraderos y se mantienen en el tiempo (Ainsworth, 1972; Bowlby, 1982; Collins y Read, 1990; Fenney y Noller, 1990; Shaver y Brennan, 1992, citado por Pierucci y Luna, 2003).

El vínculo de apego, generado por la interacción con la figura de referencia, se entiende como numerosas experiencias de relación que podrían concebirse como un patrón de repetición donde el niño, construye esquemas previsibles acerca de las conductas de sus cuidadores y de la forma en que estos responden a sus necesidades. Bowlby (1969, citado en Halty, 2017) definió estos patrones como modelos de procesamiento interno y estableció que éstos predisponen al individuo a organizarse y adaptarse gracias a la predicción del futuro.

Bowlby (1988, citado en Besoain y Santelices, 2009) manifestó que estos modelos están íntimamente relacionados con los sentimientos que el niño genera respecto a la relación con sus progenitores o figuras de referencia, respecto a sí mismo y con las expectativas de cómo espera ser tratado por los demás. Además, estos modelos operan de un modo inconsciente y suelen mantenerse estables en el tiempo una vez que se han integrado en la persona.

Estos modelos operativos internos organizan el modo de entender el mundo del individuo, sostienen los pilares de evolución del ser humano, del desarrollo del yo (Siegel, 2001). Definitivamente, estos modelos ejercen una honda influencia sobre el sujeto y su manera de relacionarse con su contexto más próximo, determinando, en parte, sus relaciones sociales. En palabras de Delgado (2004) «El modelo representacional va a tener una profunda influencia sobre las relaciones sociales del sujeto. Si un individuo, durante su infancia, tuvo un apego seguro con sus padres u otras personas significativas que se mostraron sensibles, responsivas y consistentes, en su vida posterior tendrá una actitud básica de confianza en las personas con las que establezca sus relaciones » (p. 69).

Tipos de vínculos de apego

Ainsworth se inspiró en los aportes de Bowlby para realizar una clasificación de estos patrones relacionales entre el niño y su cuidador, distinguiendo entre apego seguro, apego ambivalente-resistente y apego inseguro evitador, ordenación que configuró a través de la observación de patrones tempranos basados en la separación y reunión en la Situación Extraña (Ainsworth et al., 1978, citado en Besoain y Santelices, 2009). Posteriormente, Main y Solomon (1990, citado en Martínez y Santelices, 2005) describieron una cuarta categoría; el apego desorganizado.

Esta investigación se concibió como el primer instrumento estandarizado para evaluar el apego infantil, y su método alberga gran validación empírica. A través de este procedimiento, se observó el comportamiento de los infantes al ser sometidos a procesos de separación y reunión con sus figuras de apego. Sin embargo, los resultados del estudio aportaron diferencias respecto a las conductas de los niños, ya que no todos respondían igual ante el alejamiento (visual y físico) de su figura de apego, el posterior reencuentro, y finalmente en su modo de exploración (Ainsworth et al., 2015, citado en Haly, 2017).

Las características más destacables de los diversos estilos de apego, según su clasificación en la Situación Extraña, se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Tipos de apego en la Situación Extraña.

| Estilos de Apego | Nivel de exploración | Ansiedad en separación | Conductas de apego | Reacción en reunión | Actitud ante extraño |
|-------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Seguro | Alto | Alta | Moderada | Proximidad y fácil consuelo | Sociabilidad |
| Inseguro evitativo | Alto | Baja | minimizadas | Indiferencia | Indiferencia |
| Inseguro ambivalente | Bajo | Muy alta | Maximizada | Resistencia al consuelo | Mucha cautela |
| Desorganizado | No existe una estrategia organizada de conductas de apego (aparecen conductas contradictorias, proximidad- evitación, estereotipias) | | | | |

Nota. Extraído de «Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales», de M. Román, 2011, p.31. © 2011 de Maite Román.

Los comportamientos descritos procedentes de los diversos estilos de apego, resultan del aprendizaje constituido de la relación y a su vez, de los estilos de procesamiento interno (Cassidy, 1994). A través de los modelos operantes internos, el niño genera expectativas sobre sí mismo y los demás, lo cual favorece que pueda anticipar, interpretar y actuar en base a la conducta emitida por sus cuidadores (Bowlby, 1980). Es decir, las experiencias continuas con

sus figuras de referencia, facilitan que el infante construya expectativas de interacción con éstos (Fonagy et al., 1995, citado en Muzzio et al., 2008).

Los niños con un patrón de apego seguro, perciben disponibilidad por parte de sus figuras de apego, los visualizan como una base segura que les permite explorar y muestran mayor capacidad para regular e integrar emociones negativas (Kobak y Madsen, 2008).

Es predecible que aquellos niños que establezcan un patrón de apego inseguro evitador, reciban rechazo y poca disponibilidad de su cuidador, generen menos medios para hacer frente a estas emociones y además, minimicen la expresión del afecto para no reexperimentar el estado de angustia o sufrimiento (Kobak y Madsen, 2008).

Un apego ambivalente-resistente, se caracteriza por múltiples experiencias de inconsistencia donde las figuras de apego, en ocasiones responden a las demandas del niño y, en otras no. Así pues, el infante concibe frágilmente la sensación de seguridad por parte del cuidador y expresa su malestar con el fin de garantizar su presencia y cercanía (Kobak y Madsen, 2008).

Finalmente, cuando el cuidador emite respuestas agresivas o negligentes a las demandas del niño, éste siente confusión y experimenta dificultad en la gestión de sus emociones (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008). Esta incertidumbre e incapacidad de anticipación, favorece la instauración de un patrón de apego desorganizado y propicia en el niño conductas contradictorias y desorganizadas (Main y Solomon, 1990).

Son muchas las investigaciones que han estudiado el establecimiento durante la infancia temprana de un apego desorganizado o ansioso-evitativo en niños que han sufrido diversas formas de maltrato y negligencia por parte de sus cuidadores (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Cicchetti & Barnett, 1991; Hughes, 2004; Finzi, Ram, Har- Even, Shnit & Weizman, 2001).

1.2 La responsividad parental

La forma en que los cuidadores ejercen el cuidado, condiciona íntimamente los diversos tipos de apego que el infante pueda desarrollar durante los primeros años de vida. Según Bowlby (1980, 1988), un cuidador será suficientemente responsivo cuando atienda de manera pronta, sistemática, ajustada y eficaz a las necesidades y demandas del bebé y, por consiguiente, esto promoverá en el niño el desarrollo de un vínculo de apego seguro. Por tanto, una buena calidad de la responsividad parental, promueve la creación de vínculos seguros en el niño.

Las demandas del niño hacia su figura de referencia, responden fundamentalmente a dos necesidades básicas. En primer lugar, la necesidad de explorar y en segundo lugar, la necesidad

de la regulación emocional. Marvin, Cooper, Hoffman y Powell (2002, citado en Halty, 2017) clarifican que para satisfacer estas necesidades, el cuidador tendría que desarrollar dos funciones básicas y fundamentales; por un lado, el cuidador tendría que ejercer un papel de “base segura”, sosteniendo de una manera libre al niño y permitiéndole explorar el entorno social y físico que le rodea, ayudándole a relacionarse con el exterior, animándole y supervisando su actividad. Por el otro, el cuidador debería funcionar como un “refugio seguro”, respondiendo al sistema de apego y generando en el niño la sensación de amparo o consuelo ante vivencias adversas, gestionándole emocionalmente.

La variable responsividad parental, se descompone tradicionalmente en las siguientes cuatro dimensiones que Ainsworth (1969) plantea: sensibilidad vs. Insensibilidad, cooperación frente a interferencia, disponibilidad física y psicológica vs. Ignorancia y negligencia, y aceptación vs. Rechazo. La dimensión de sensibilidad vs. Insensibilidad se define como la capacidad de la madre para apreciar las señales del bebé, interpretarlas apropiadamente y finalmente, responder en base a ellas de manera adecuada. La dimensión de cooperación vs. Interferencia, estudia el modo en que el cuidador responde a la actividad del niño, la cual puede verse potenciada y respetada, o por el contrario, obstaculizada (física o verbalmente). La escala de disponibilidad física y psicológica vs. Ignorancia y negligencia, contempla la accesibilidad del cuidador frente las necesidades del niño, la respuesta que ofrece y el nivel de conciencia que esta figura tiene sobre el bebé. Finalmente, la última dimensión de aceptación vs. Rechazo, hace referencia a los diferentes estados positivos o negativos que el cuidador puede generar hacia las necesidades que el niño demanda, y en caso de que estos sentimientos puedan ser negativos, se valora la capacidad del cuidador de integrarlos.

1.3 Capacidades del cuidador que influyen en el cuidado

Como ya se ha visto a lo largo de las exposiciones teóricas planteadas, el cuidador supone un núcleo fundamental para abordar este momento evolutivo temprano del infante que influyen en el cuidado y son muchas las variables que conforman la calidad de la interacción entre el niño y su cuidador. Los factores que determinan el desarrollo de un apego seguro se pueden agrupar en tres grandes bloques: factores propios del padre o cuidador, factores del niño y factores que derivan del ambiente (López y Ramírez, 2005).

Ya que este trabajo expone un análisis comparativo de diversos programas de tratamiento para mejorar la responsividad parental, serán precisamente los factores propios del cuidador los que merecen mayor contextualización, con el fin de comprender el trabajo realizado en estos estudios y cómo afecta el papel de las figuras de apego en la mejora del vínculo temprano.

Existen varios elementos que inciden en la experiencia propia del cuidador y que pueden dificultar la capacidad de la vinculación, derivando así en múltiples formas de afrontar la parentalidad. La capacidad de compromiso de los padres, su disposición física o psicológica y su función reflexiva, son algunos de los rasgos que pueden determinar esta experiencia y nos ayudan a comprender su papel.

O' Connor y Zeanah (2003) determinan que dentro de las características propias de las intervenciones en apego, el enfoque dirigido a la díada y a la modificación de la sensibilidad del cuidador cobra vital importancia. Sin embargo, las líneas centrales de investigación también proponen que para alcanzar un apego seguro o mejorar un vínculo positivo entre el cuidador y el niño, la mentalización parental supone un pilar de intervención relevante.

La mentalización

La mentalización se define como “la capacidad de inferir estados mentales (creencias, planes, deseos, emociones, expectativas, etc.) en uno mismo y los otros” (Lecannelier, 2002, p.195).

La óptima capacidad de mentalización en los cuidadores (entendida no solo como un proceso cognitivo, si no como un fenómeno donde la regulación emocional es primordial), predice la consolidación de un apego seguro en el niño (Fonagy et al., 1995, citado en Muzzio et al., 2008). Solomon y George (1996) consideran que para poder prestar atención a las necesidades que el bebé demanda, es importante la presencia de la flexibilidad en el mundo representacional. Sin embargo, George y Solomon (2008) detallaron también que, cuando el cuidador no cuenta con esta flexibilidad, incidirá negativamente en su capacidad de aportar un equilibrio y no podrá abordar las señales que el niño emita por las defensas presentes.

La apertura mental, la función reflexiva, la capacidad de darse cuenta y la coherencia narrativa, son los elementos que se encuentran en esta mentalización (George y Solomon, 2008). Fonagy, et al. (2002, citado en Besosain y Santelices, 2009) hablan de la función reflexiva como la capacidad en la adultez de gestionar vivencias íntimas de carácter intersubjetivo e interpersonal, predisponiendo a la persona a reflexionar sobre sus emociones y las conexiones que éstas puedan tener con su conducta.

La capacidad narradora es determinante para el posterior desarrollo del niño, ya que puede aportar claves en la adultez para facilitar la narración de su experiencia de vida. Los cuidadores de esta forma, le traducen al niño los acontecimientos de su mundo externo e interno, adaptan estas vivencias y a través de esta disposición, facilitan que el individuo siente las claves de su propio ser, de su persona, de ‘quiénes son’ y ‘qué pueden esperar del mundo’ (Pitillas y

Berástegui, 2018).

Holmes (2009) presta especial atención a este fenómeno, afirmando que en base al trato que el individuo haya recibido en la infancia por parte de sus figuras de apego, se vinculará así en la adultez con un estilo narrativo u otro. Estas primeras narraciones, que suponen una forma de proximidad del cuidador hacia el infante, se pueden traducir en frases tales como “tienes que tener frío”, “seguro que tienes hambre” o “no pasa nada, te vas a poner bien”. El autor concluye incluso lo siguiente:

“Si el cuidador es evitativo, la gama y complejidad de las historias estará limitada; si es intruso, no lograra coincidir con la experiencia de la criatura. El cuidador no solo calma al bebé, simboliza también el proceso a través del cual se restablece la calma. Posteriormente en la vida, el niño a quien le haya faltado esto puede carecer tanto de la capacidad para auto-calmarse (característico de los pacientes límites) como la habilidad para hablar, referirse o simbolizar su angustia” (Holmes, 2009, p.144).

Por tanto, el papel del cuidador y en concreto, todos los elementos que comprenden el fenómeno de la mentalización, son esenciales para que el infante pueda generar un modelo de relación seguro y basado en la confianza.

2. Pertinencia y objetivos

Dada la importancia del vínculo temprano, esta investigación pretende analizar posibles vías de tratamiento, para mejorar los vínculos poco saludables entre los niños y sus cuidadores. La literatura referente a la Teoría del Apego evidencia la magnitud de este vínculo tan sólido que determina al infante en numerosas dimensiones. Kächele (1993, citado en López y Ramírez, 2005) mantiene que la relación que el niño establece con su figura de apego primaria, actúa de enlace entre el desarrollo temprano y las futuras relaciones sociales que establezca el individuo a lo largo de su vida. Moneta (2003, citado en Moneta 2014) por su parte, nos habla de esta teoría y refiere que desde un enfoque actual “se puede asegurar que un apego seguro con un cuidador estable y continuo, puede asegurar un adecuado desarrollo cognitivo y mental del niño que llegará a ser adulto” (p.266).

En palabras de Raczynski (2006), es fundamental que el niño se sienta querido incondicionalmente por sus figuras de referencia, y es que una buena calidad de relación entre ambos funciona como un mecanismo de protección frente a los infortunios y peligros de la vida, fortaleciendo así su resiliencia. Sin embargo, la consolidación de un apego seguro se determina enormemente por la calidad del constructo de responsividad parental (Ainsworth, 1969).

Ainsworth et al. (1971, citado en Besoain y Santelices, 2009) revelaron que aquellos niños cuyas madres mostraran niveles más elevados de sensibilidad, solían establecer a los 12 meses un apego seguro en la Situación Extraña, ubicándose así la sensibilidad materna como una clave esencial para la seguridad del apego.

Wolff y Ijzendoorn (1997, citado en Garrido-Rojas, 2006), realizaron un meta-análisis con el objetivo de estudiar la relación entre sensibilidad materna y la seguridad del apego en el niño. A través de sus resultados, determinaron que en lugar de focalizar la atención únicamente en la sensibilidad maternal, es preciso estudiar aspectos tales como el contexto ambiental del infante o su sistema familiar, el conjunto de estresores y los factores de riesgo. Sin embargo, aunque apunten la importancia de contemplar más variables, la literatura evidencia que la sensibilidad materna supone un factor determinante para la creación de los estilos de apego. López y Ramírez (2005) por su parte, manifiestan que los cuidadores de niños con un apego seguro, atienden rápidamente a sus demandas, les estimulan adecuadamente, mantienen con ellos una relación cálida y se muestran responsivos e involucrados. En definitiva, es interesante el estudio de aquellos programas de tratamiento enfocados a mejorar la responsividad parental ya que este constructo incide en la calidad del vínculo de apego.

El meta-análisis realizado por Bakermans-Kranenburg, Ijzendoorn y Juffer (2003, citado en López y Ramírez, 2005) estudió numerosas intervenciones basadas en la sensibilidad-apego y se determinó fundamentalmente que las intervenciones focalizadas únicamente en potenciar la sensibilidad materna, presentan mayor eficacia en apego que aquellas que admiten numerosos focos de actuación. Las propuestas de intervención escogidas, inciden sobre los vínculos de apego, y más concretamente sobre la responsividad parental, controlando numerosos aspectos preventivos y posibles efectos nocivos para el individuo tanto en su presente como en su futuro. Las consecuencias del apego no se manifiestan únicamente en el momento evolutivo de la infancia, si no que se amplían durante toda la trayectoria vital de la persona y por ello trabajar sobre este vínculo es vital para prevenir posibles riesgos.

Por tanto, el objetivo fundamental de este trabajo se basa estudiar un conjunto de programas de intervención que trabajan sobre la relación entre el niño y sus figuras de apego, con el fin de promover un vínculo sano entre ellos. En primer lugar se expondrán los programas seleccionados que más se ajusten al tratamiento de este constructo, para posteriormente, realizar un análisis de los mismos a través de una metodología comparativa, y destacar sus características más fundamentales.

3. Método

3.1 Procedimiento

En primer lugar, se realiza una revisión sobre la importancia del vínculo de apego y sus aspectos más principales, concretamente, sobre la responsividad parental a través de los siguientes buscadores: Google Scholar, Dialnet, Psycinfo y Redalyc.

En segundo lugar, se realiza un análisis de datos de tipo comparativo y descriptivo, de los programas de tratamiento más eficaces para mejorar la responsividad parental. Éstos se seleccionaron de la plataforma de la organización “Early Intervention Foundation” (<https://www.eif.org.uk>), página que reúne múltiples vías de intervención para mejorar el vínculo temprano entre los infantes y sus cuidadores.

3.2 Criterios de exclusión y de inclusión

La página “Early Intervention Foundation” consta de 101 programas de intervención temprana, sin embargo para proceder a la selección de los mismos, se han tenido en cuenta las siguientes características:

- A) Criterio 1: Grupo de edad de los infantes.** El primer criterio a tener en cuenta, ha sido el grupo de edad de los infantes, estableciéndose un límite comprendido entre la etapa prenatal y los 3 años de edad. Aunque la plataforma “Early Intervention Foundation” adopta un enfoque basado en la intervención temprana, la población sobre la que interviene admite un amplio rango de edad, desde antes del nacimiento del niño hasta la edad adulta. Sin embargo, la adopción de este criterio específico, se justifica principalmente por la relevancia que tienen los primeros años de vida en el desarrollo del niño. Este periodo es fundamental para la formación de vínculos sanos entre los niños y sus cuidadores y un enfoque que interviene en estos primeros años de vida, supone un elemento de prevención para evitar posibles factores de riesgo futuros en el individuo. De los 101 programas de intervención propuestos por esta página, 32 cumplen este primer criterio y por tanto, se han seleccionado en esta primera fase.
- B) Criterio 2: Enfoque de la intervención sobre las capacidades parentales.** La adopción de este segundo criterio de selección, incluye aquellos programas que trabajan sobre las capacidades parentales, y que en definitiva, su objetivo fundamental se basa en mejorar las relaciones vinculares tempranas. De los 32 programas seleccionados en la primera fase, 26 focalizan su intervención concretamente en la interacción temprana,

y por tanto cumplen este criterio. La mayoría de los programas encontrados en esta página estudian la relación entre el infante y sus figuras de apego, sin embargo son muchos los que abordan una problemática muy variada que puede alejarse de nuestro foco de atención. Por tanto, se excluyen los programas cuyo objetivo de intervención se basa por ejemplo en los siguientes puntos: aumentar los logros tempranos en la alfabetización, enfoques de aprendizaje para desarrollar habilidades cognitivas apropiadas a su nivel evolutivo (donde los padres gozaban de escasa participación), reducir la obesidad, abordar los problemas existentes en relación con las habilidades de lenguaje oral, abordar las barreras de aprendizaje favoreciendo un entorno seguro en el aula (siendo los educadores los que gozan de mayor protagonismo en lugar de los padres), etc.

C) Criterio 3: Formato de intervención grupal. Este último criterio, plantea una forma de trabajo grupal, frente a los que intervienen únicamente de manera individual o por parejas. Este modelo de intervención ofrece diversos beneficios que han resultado de interés para su elección: reduce costes económicos y de personal, brinda una amplia red de apoyo para los participantes del programa, reduce en los cuidadores sentimientos de vergüenza o de culpa y permite una experiencia enriquecedora de aprendizaje. Algunos de los programas seleccionados que gozan de esta visión grupal, también proporcionan conjuntamente cierta asistencia individual, que suele ser al inicio de la intervención con el objetivo de evaluar necesidades específicas, o al final para cerrar el programa y realizar seguimientos. De tal forma, de los 26 programas seleccionados en la fase anterior, 11 intervienen de manera grupal (aunque en algún momento de la intervención puedan ofrecer cierto apoyo y asesoramiento individual o familiar).

Por tanto, tras este proceso de selección, concluimos que de los 101 programas que conforman la muestra total de programas recogidos en la página “Early Intervention Foundation”, son 11 los que cumplen con los criterios de inclusión definidos (el 10,9% del total). Los programas seleccionados, están expuestos en el apartado de “resultados” del presente trabajo y sobre ellos se llevará a cabo un análisis de los diversos rasgos que los conforman. Para proceder a su estudio y atender también a sus claves de éxito, se utilizarán diversas variables, posteriormente analizadas.

4. Resultados

4.1 Programas de intervención seleccionados

Tabla 1. Descripción de las variables: autores, población de intervención, participantes, edad de los niños, formato de intervención, enfoque, evidencia y costes de los diferentes programas.

| Nombre (Año) | Autores (País) | Población intervención | Participantes | Edad niños | Formato intervención | Enfoque | Evidencia(2-4) / Coste (1-5) |
|--|--|--|---------------------|------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------|
| <i>Circle of Security (Group)</i> (1998-2009) | Hoffman, K., Cooper, G y Powell, B. (EE.UU, Pensilvania) | Exclusión social | Díada cuidador-niño | 1-5 años | Individual y grupal | Intervención | 2/2 |
| <i>Family Foundations</i> (2008) | Mark Feinberg (EE.UU) | Parejas que esperan su primer hijo | Padres | Perinatal-7 años | Grupal y pareja | Preventivo | 4/1 |
| <i>Mellow Toddlers</i> (1995) | Puckering, P y Mills, M (UK) | Cuidadores con dificultades de crianza identificadas | Padres | 1-3 años | Grupal y pareja | Preventivo | 2/2 |
| <i>Dare to be you</i> (1979) | Jan Miller-Heyl (EE.UU, Colorado) | Familias de alto riesgo | Padres e hijos | 2-5 años | Grupal | Prevención e intervención | 2+/ NE |
| <i>Empowering Parents, Empowering Communities</i> (2009) | Davis, H y Day, C (UK) | Familias desfavorecidas con niños con problemas sociales, emocionales o conductuales | Padres y niño | 2-11 años | Grupal | Prevención e intervención | 3/1 |
| <i>Incredible Years Toddler</i> (1983) | Carolyn Webster-Stratton (UK) | Padres con hijos con problemas sociales, emocionales o conductuales | Padres y niño | 2-3 años | Grupal y pareja | Prevención e intervención | 2/1 |

Nota. La evidencia consta de 3 niveles (nivel 2: Evidencia de un estudio piloto que demuestra un efecto positivo estadísticamente significativo sobre al menos un resultado del niño a través de la utilización de una muestra suficientemente grande y representativa; nivel 3: evidencia de impacto positivo a corto plazo y nivel 4: evidencia de impacto positivo a largo plazo. Los costes no corresponden con el precio de mercado de una intervención, sino que derivan de una estimación de los recursos necesarios relativos a la configuración y entrega por programa (clasificación 1: igual o menor de 100 £; clasificación 2: entre 100 - 499£; clasificación 3: entre 500 y 999£; clasificación 4: entre 1000-2000£; y clasificación 5: igual o superior a 2000£).

Tabla 1 (Continuación). Descripción de las variables: autores, población de intervención, participantes, edad de los niños, formato de intervención, enfoque, evidencia y costes de los diferentes programas

| Nombre (Año) | Autores (País) | Población intervención | Participantes | Edad niños | Formato intervención | Enfoque | Evidencia(2-4) / Coste (1-5) |
|---|--|--|---------------|----------------|----------------------|---------------------------|------------------------------|
| <i>Parents Plus Early Years</i> (1998-2001) | John Sharry y Carol Fitzpatrick (Irlanda y UK) | Padres con hijos con necesidades especiales y dificultades de desarrollo | Padres y niño | 1-6 años | Grupal y pareja | Preventivo | 2+/1 |
| <i>The Solihull Approach</i> (1996) | Hazel Douglas (UK) | Familias con distintos niveles de necesidad | Padres | 0-18 años | Grupal y pareja | Preventivo e intervención | 2/1 |
| <i>Level 4 Group Triple P</i> (1999) | Matthew Sanders (Australia, Queensland) | Padres de niños con problemas conductuales graves y que desean una formación intensiva en habilidades de crianza positiva | Padres | 0-12 años | Grupal o individual | Prevención e Intervención | 3+/1 |
| <i>Level 5 Pathways Triple P</i> (1999) | Matthew Sanders (Australia, Queensland) | Padres de niños con problemas conductuales graves y que desean una formación intensiva en habilidades de crianza positiva | Padres | 0-12 años | Grupal o individual | Prevención e Intervención | 3+/1 |
| <i>Circle of Security Parenting</i> (1998-2009) | Hoffman, K., Cooper, G y Powell, B. (EE.UU) | Familias con niños que sufren dificultades de apego por diversas causas (maltrato, relaciones interrumpidas...), Concretamente, se dirige a padres que han experimentado dolor, pérdida o un evento traumático | Padres y niño | 4 meses-6 años | Grupal | Intervención | 2+/1 |

Tabla 2. Descripción de las variables: duración, objetivos, metodología, lugar, instrumentos de evaluación y requisitos de los profesionales de los diferentes programas

| Nombre (Año) | Duración | Objetivos | Metodología | Lugar | Instrumentos Evaluación | Requisitos de los profesionales |
|---|--|---|--|--|--|---|
| <i>Circle of Security (Group)</i> (1998-2009) | 20 semanas | 1. Favorecer un apego seguro en niños socialmente desfavorecidos 2. Brindar apoyo a los padres para que construyan representaciones positivas de su bebé | 1. Video-feedback 2. Diálogo reflexivo entre padres sobre las grabaciones de cada interacción entre cuidador-niño | 1. Centros infantiles 2. Centros de acogida y adopción 3. Visitas domiciliarias | Evaluación interacción diádica por medio de la Situación Extraña de Ainsworth y entrevista del Círculo de seguridad (COSI) | Un profesional de salud mental con calificaciones de nivel QCF-7/8 (70 horas de formación en el programa). |
| <i>Family Foundations</i> (2008) | 4 sesiones prenatales y 4 sesiones postnatales | 1. Aprender habilidades para mejorar la transición a la paternidad 2. Estrategias para responder de una manera sensible a las necesidades del bebé | 1. Ejercicios grupales 2. Juegos de roles 3. Discusiones grupales 4. Video-feedback (interacciones cuidador-hijo) | 1. Centro comunitario 2. Hospital, centro médico | 1. CES-D (Studies Depression Scale) 2. Subescala de Interacción Disfuncional del Índice de Estrés Parental | Profesionales instruidos por personal de Community Strategies / Family Gold |
| <i>Mellow Toddlers</i> (1995) | 14 sesiones semanales | 1. Mejorar relación cuidador-hijo mediante la creación de un entorno de apoyo 2. Preparar a los padres para explorar de forma segura sus propias experiencias infantiles 3. Enseñar a los padres cómo responder de manera sensible a las necesidades de sus hijos | 1. Video-feedback (interacciones cuidador-hijo) 2. Grupos reflexivos 3. Entrenamiento en interacción con el hijo | 1. Visitas domiciliarias 2. Centros infantiles o escuelas primarias 3. Centro comunitario 4. Entorno de salud ambulatoria | 1. Grupos de discusión 2. Evaluaciones externas en departamento investigación universidades | Los profesionales reciben 21 horas de entrenamiento específico en el programa (Mellow Mums y Mellow Dads y Mellow Babies) |

Nota. El marco de calificaciones y créditos (CQF) es un sistema nacional de transferencia de créditos que mide la calificación educativa en Inglaterra, Irlanda del Norte y Gales.

Continuación Tabla 2. Descripción de las variables: duración, objetivos, metodología, lugar, instrumentos de evaluación y requisitos de los profesionales de los diferentes programas

| Nombre (Año) | Duración | Objetivos | Metodología | Lugar | Instrumentos Evaluación | Requisitos de los profesionales |
|--|--|---|--|---|---|---|
| <i>Dare to be you</i> (1979) | 10/12 sesiones semanales durante 3 ó 4 meses | 1. Enseñar a los padres métodos para fomentar el comportamiento prosocial hijos 2. Enseñar a los padres a limitar las conductas no deseadas hijos | 1. Talleres de aprendizaje 2. Actividades sociales y conjuntas entre padres e hijos 3. Programa incentivos 4. Tareas destinadas interactuar positivamente hijos 5. Enfoque psicoanalítico (contención) | 1. Centro comunitario 2. Escuela infantil o primaria | N/E | Formación específica (20 horas de talleres) |
| <i>Empowering Parents, Empowering Communities</i> (2009) | 8 sesiones semanales | 1. Mejorar la calidad de las interacciones entre cuidador-hijo 2. Reducir comportamiento negativo hijo 3. Aumentar la confianza de los padres en los patrones de crianza y en sus habilidades | 1. Discusiones grupales 2. Demostraciones 3. Juegos de roles 4. Tareas 5. Grupos de debates | 1. Escuelas y centros de niños 2. Centro local | 1. Eyberg Child Behaviour Inventory 2. Parenting Scale 3. About My Child Scale 4. Treatment Acceptability Rating Scale | Profesionales u otros padres que han completado la capacitación acreditada de este programa (60 horas de entrenamiento específico) |
| <i>Incredible Years Toddler</i> (1983) | 14 sesiones semanales | 1. Construir relaciones positivas con los hijos 2. Enseñar a los padres estrategias efectivas de crianza para mejorar el comportamiento no deseado de los hijos 3. Fomentar el desarrollo del lenguaje y habilidades sociales tempranas | 1. Discusiones grupales 2. Ejercicios de resolución de problemas 3. Video-feedback 4-Juegos de rol 5-Modelado | 1. Clínica consulta externa 2. Hospitales 3. Colegios 4. Visitas domiciliarias | 1. Observaciones en el hogar de la interacción padres-hijo 2. Informes padres y maestros 2. Medidas: Parent Social Competence Scale, Dyadic Parent-Child Interaction Coding System, etc.) | Los profesionales reciben 24 horas de formación específica en el programa (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros o médicos) |

Tabla 2 (Continuación). Descripción de las variables: duración, objetivos, metodología, lugar, instrumentos de evaluación y requisitos de los profesionales de los diferentes programas

| Nombre (Año) | Duración | Objetivos | Metodología | Lugar | Instrumentos Evaluación | Requisitos de los profesionales |
|---|-------------------------|---|---|--|--|---|
| <i>Parents Plus Early Years</i> (1998-2001) | 8-10 sesiones semanales | 1. Fomentar relaciones cálidas y positivas entre padres-hijos 2. Enseñar estrategias de crianza efectivas 3. Promover el aprendizaje y el comportamiento positivo de los niños | 1. Discusión grupal 2. Juegos de roles 3. DVD didácticos interacciones padres-hijo 4. Video-feedback | 1. Hogar 2. Clínicas de salud mental 3. Agencias de protección infantil 4. Guarderías y escuelas 5. Centros de recursos familiares | Estudio cualitativo (informes padres) | Profesionales de la salud mental con 21 horas de entrenamiento específico en el programa (con calificaciones de nivel QCF-6) |
| <i>The Solihull Approach</i> (1996) | 10 sesiones semanales | 1. Enseñar a los padres a contener sus emociones y las de sus hijos y a responder a las necesidades de los éstos. 2. Enseñar a los padres estrategias de crianza más efectivas 3. Reducir la ansiedad de los padres y las conductas de riesgo de los hijos. | 1. Evaluación inicial con los padres para identificar y establecer metas y estrategias personales 2. Monitorear el progreso 3. Video-feedback de la interacción | 1. Visitas domiciliarias 2. Clínicas 3. Hospitales 4. Escuelas | 1. Evaluación experiencias en el programa 2. Cuestionarios: BAI, VIA y CBCL | 21 horas de entrenamiento específico en el programa para profesionales como médicos de familia, matronas, trabajadores sociales, bomberos, etc. |
| <i>Level 4 Group Triple P</i> (1999) | 8 semanas | 1. Prevenir y tratar problemas sociales, emocionales y conductuales de los niños 2. Ayudar a los padres a reemplazar estrategias de crianza ineficaces | 1. Juegos de roles 2. Discusiones grupales 3. Video-feedback 4. Dinámicas de grupo 5. Talleres (paternidad positiva, gestión de la mala conducta, uso de estrategias de crianza positivas...) | 1. Consultorios privados 2. Escuelas 2. Agencias comunitarias | N/E | 1. Gran variedad de profesionales: psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. 2. Formación en el programa durante 3 días (taller de acreditación) |

Tabla 2 (Continuación). Descripción de las variables: duración, objetivos, metodología, lugar, instrumentos de evaluación y requisitos de los profesionales de los diferentes programas

| Nombre (Año) | Duración | Objetivos | Metodología | Lugar | Instrumentos Evaluación | Requisitos de los profesionales |
|---|------------------------------|--|--|---|--|---|
| <i>Level 5 Pathways Triple P</i> (1999) | 2-5 sesiones (60-90 minutos) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar sobre creencias erróneas negativas de los padres 2. Ayudar a los padres a reducir la ira y el estrés 3. Promover relaciones cálidas y positivas entre los niños y sus cuidadores | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategias cognitivo-conductuales para comprender la ira 2. Ayudar a los padres a identificar atribuciones disfuncionales 3. Técnicas de relajación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultorios privados 2. Escuelas 2. Agencias comunitarias 3. Visitas domiciliarias | N/E | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gran variedad de profesionales: psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. 2. Formación en el programa durante 2 días (taller de acreditación) 3. Profesionales deben haber completado el curso de formación previo (nivel 4) |
| <i>Circle of Security Parenting</i> (1998-2009) | 8-10 sesiones | <p>Trabajar con los padres los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las necesidades de sus hijos 2. Reflexionar sobre sus propias experiencias de apego y reducir sus atribuciones mentales negativas 3. Crear una base segura y promover conductas de exploración 4. Responder de manera sensible, empática y reflexiva a las necesidades de sus hijos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención psicoeducativa 2. Intervención cognitivo-conductual 3. Intervención psicodinámica 4. Video-feedback sobre experiencias de apego 5. Reflexiones grupales 6. Mapa /hoja de ruta de necesidades de los hijos (a través de gráficos y vídeos) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Centros infantiles 2. Unidades CAMHS (servicios de salud mental infantil y adolescente) 3. Centros de acogida y adopción | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación interacción diádica (Situación Extraña de Ainsworth) 2. Entrevista del Círculo de seguridad (COSI) 3. El sistema de imágenes proyectivas de apego adulto (AAP) 4. Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formación específica en el programa de 4 días |

4.2 Características de los programas de intervención

- Formato y costes

Uno de los criterios fundamentales utilizados en el proceso de selección de los programas, ha sido el enfoque grupal y por ello, el 100% de los programas expuestos gozan de este enfoque de intervención. Esta característica ofrece múltiples beneficios en la mejora de la interacción entre el niño y su cuidador. Según Pitillas y Berástegui (2018) las intervenciones más tradicionales que supondrían un formato individual, adquieren cierto rasgo asimétrico que puede generar en el paciente sentimientos de estigmatización debido al gran protagonismo que recibe el profesional en este entorno terapéutico. Sin embargo, un formato de intervención grupal reequilibra esta relación desigual ya que el resto de los participantes adquieren protagonismo y los cuidadores encuentran en los otros diferentes perspectivas, indicaciones o confrontaciones para su situación.

En el trabajo propuesto por Muchielli en 1997 (citado en Feijó, 2013), la dinámica de grupos trabaja a diferentes niveles. En concreto, a nivel del yo es interesante destacar que el individuo refuerza el proceso de autoconciencia, provocándose un cambio de actitud hacia uno mismo y hacia los demás, lo cual fortalece determinadas habilidades sociales que enriquecen las relaciones de la persona a nivel interpersonal. Finalmente, este autor también apunta que se genera una mayor percepción de uno mismo y como consecuencia, se afianza una responsabilidad hacia el cambio.

Esta perspectiva grupal puede constituir un enriquecedor espacio de transformación, de contención y de protección, donde las narraciones individuales dan paso a una nueva reconstrucción de la realidad. En definitiva, este formato grupal terapéutico, ofrece una nueva forma de ver, de razonar y de sentir una concepción diferente a la que subyace de un contexto familiar (Serebrinsky, 2012).

El modelo de entrega grupal, puede relacionarse además con la evaluación de costes desarrollada por estos programas. La tasa de prevalencia apunta que el 100% de los programas seleccionados tienen una calificación de coste inferior a 3 sobre un máximo de 5, lo cual se sitúa en la mitad del intervalo establecido (1-5) con un precio relativo estimado de 500 a 999 £. El 63,6% de los programas tienen un bajo coste de ejecución y distribución, siendo su estimación de 100£ o menos. El 27,7% de los programas tienen un coste medio-bajo en comparación con otras intervenciones revisadas, siendo este coste de configuración e implementación por programa de 100 a 499£.

La adopción de un modelo grupal de intervención se puede relacionar llamativamente con los bajos costes necesarios para su implementación, aspecto que es sumamente beneficioso. Pero además de representar una ventaja económica, ofrece a las participantes la posibilidad de situarse en un mundo relacional donde las miradas de los otros refuerzan la esperanza y la autoestima al sentirse escuchados. El aprendizaje vicario supone un pilar esencial para este fenómeno de evolución ya que la persona puede contemplar los cambios alcanzados por los miembros del grupo que experimentan dificultades similares (Serebrinsky, 2012).

- **Características de los participantes, de sus hijos y del enfoque del programa**

Otra característica distintiva de todos los programas seleccionados, es que focalizan la intervención con los infantes en un grupo de edad comprendido entre el periodo prenatal y los 3 años de edad. La elección de este criterio se basa en que la intervención temprana puede vigorizar su impacto cuando se trabaja con los niños durante los primeros años de vida, ya que se reducen los posibles factores de riesgos futuros y se incrementan los factores de protección. Bowlby (citado en Pitillas y Berástegui, 2018) ya apuntaba en su trabajo de la teoría del apego, que la relación temprana entre el niño y su cuidador principal determina el desarrollo posterior de la persona en la adultez, por lo que los primeros años constituyen una etapa determinante que predispone los pilares afectivos y sociales que construyen al individuo en términos de la personalidad.

Cerca del 82% de los programas aquí estudiados (9 programas) proponen una intervención basada en un enfoque preventivo, dato que puede respaldarse si contemplamos que todos estos programas trabajan sobre los vínculos tempranos establecidos entre el infante (de hasta 3 años) y su cuidador. En este punto es interesante destacar que el meta-análisis llevado a cabo por Bakermans-Kranenburg et al. (2003) apunta que las intervenciones realizadas durante el primer año del niño ofrecen una mayor eficacia en el desarrollo de un vínculo de apego seguro y sano.

En cuanto a la población objeto de la intervención, Muzzio et al. (2008) citaron el trabajo realizado en 2005 por Bakermans-Kranenburg et al. para distinguir dentro de los programas de intervención en apego, el trabajo con padres, con los infantes o con ambos. En el caso de los programas que hemos seleccionado, cerca del 55% trabajan con los cuidadores y con el niño de manera conjunta y el 45% trabajan únicamente con los padres. En base a las investigaciones llevadas a cabo por estos autores durante su estudio, se distinguieron tres grupos objeto de intervención: grupos con características especiales (como sería el caso de las minorías étnicas), grupos con cuadros clínicos (por ejemplo trastornos de conducta en los infantes) y finalmente,

grupos con diversos factores de riesgo (como en el caso de padres con riesgo de maltratar a sus hijos y dañarlos física o emocionalmente).

Los programas incluidos en el presente trabajo, reúnen una gran variedad de población objeto de intervención. Continuando con la tipología propuesta por estos autores, el 18% del total correspondería a una población con características especiales, el 27% de ellos trabaja sobre una población con características clínicas y un 27% de los programas se centra en una población de riesgo. El 28% restante comprendería aquellos casos sin una tipología concreta que presentan dificultades de crianza o que esperan su primer hijo.

En relación con la duración de la intervención, todos los programas se caracterizan por ofrecer un formato de intervención breve (4 meses o menos de duración). Rescatando nuevamente el trabajo propuesto por Bakermans-Kranenburg et al. (2003) donde estudian la eficacia en programas de intervención con el niño y su cuidador, se demuestra que los tipos de intervención basados en la prevención, en la brevedad y en un trabajo focalizado dirigido a trabajar con la capacidad de sensibilidad materna, ofrecen resultados exitosos incluso en comparación con aquellos que tienen una entrega más extendida. Por ejemplo, el programa *Family Foundations* es el que presenta una mayor calificación de evidencia con un gran impacto positivo a largo plazo y consta de 8 sesiones semanales.

Pitillas, Halty y Berástegui (2016) apuntan que la brevedad del programa puede favorecer dos claves fundamentales: en primer lugar, genera compromiso por parte de los participantes y en segundo lugar, minimiza el posible grado de dependencia generado por los padres hacia el programa. Ramírez y Díaz (2009) exponen además las siguientes características de la terapia breve: incrementa la motivación de los padres en el programa y la apertura al cambio, acentúa la responsabilidad del cuidador en el proceso, promueve relaciones empáticas y fortalece la percepción de autoeficacia del participante.

- **Objetivos y metodología de los programas**

En relación a la metodología utilizada por estos programas de intervención temprana, se puede observar que las técnicas empleadas son muy diversas, sin embargo la práctica del vídeo-feedback (VF) es muy predominante. Alrededor del 73% de los programas hacen uso de esta técnica como parte de su intervención, lo cual supone un dato muy significativo dadas las múltiples ventajas que ofrece esta retroalimentación en vídeo. A través de esta técnica, se graban las secuencias de interacción entre el niño y su cuidador con la finalidad de que

posteriormente, los padres puedan contemplar estas imágenes, detectar las necesidades de los niños y el modo en que responden a estas señales.

En concreto, el estudio llevado a cabo por Kristensen, Simonsen, Trillingsgaard y Kronborg (2017) respalda que este tipo de intervenciones por medio del video-feedback, aumenta la responsividad parental debido a que las madres respondieron de manera más sensible durante las interacciones con sus hijos y además fueron capaces de identificar y comprender mejor las señales que emitían los niños y analizar sus propios recursos y respuestas. Durante el estudio desarrollado por estos autores, se mostraron a las madres fragmentos de las grabaciones en vídeo donde se producía una interacción positiva con sus bebés, lo cual generaba en éstas numerosos sentimientos positivos. En definitiva, la visualización de estas imágenes y su posterior análisis ofrece a los cuidadores la oportunidad de verse desde fuera, de observar las necesidades de su bebé y en consecuencia, de responder más sensiblemente ante estas señales.

Además del VF, alrededor del 73% de las intervenciones destinan una parte del programa a los “grupos reflexivos” o las “discusiones grupales”, entorno que facilita el diálogo, la puesta en común de lo percibido en cada interacción y la exploración de cómo sus historias personales afectan a la relación con sus hijos. En 1992, Anderson y Goolishian (citado en Serebrinsky, 2012) referían del formato terapéutico grupal lo siguiente: “...brinda la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones que permiten una gama ampliada de mediación alternativa a la di-solución del *problema*” (p.137).

En conclusión, podría decirse que todos estos programas siguen una línea de trabajo similar distinguiendo como gran pilar de funcionamiento, en primer lugar, la interacción entre el niño y su cuidador a través de la grabación en vídeo y, en segundo lugar, los grupos de discusión que favorecen una mirada de comprensión, de debate y de empatía. Sin embargo, muchos de ellos a pesar de constituirse como una terapia de formato grupal, derivan una parte de la intervención al trabajo individual (con el madre o el padre) o un trabajo de pareja (con ambos cuidadores). El objetivo de la propuesta de trabajo en estos casos es establecer un plan de tratamiento individualizado para cada familia. Este procedimiento se ejecuta por medio de evaluaciones iniciales para detectar necesidades o identificar problemáticas y llamadas de seguimiento. En concreto, cerca del 73% de los programas combinan las intervenciones grupales con un trabajo individualizado con cada cuidador o pareja.

En relación con el lugar donde se lleva a cabo la intervención, la gran mayoría de los programas facilitan una variedad muy amplia de espacios. La mayoría de estos se ejecutan en hospitales, unidades de salud mental o clínicas médicas privadas, siendo éstos el 63,6% del total. Por otra parte, los resultados muestran que los colegios o los centros infantiles son otro

espacio muy habitual donde desarrollar los programas, con un elevado porcentaje de casi el 82%. Las visitas domiciliarias suponen otra vía fundamental, sobretodo para los programas que atienden inicialmente a los cuidadores con el objetivo de identificar las necesidades de cada familia y sus metas de una manera individualizada, concretamente la mitad de los programas realizan estas visitas al hogar (el 54,5%). Sin embargo, la variada oferta se extiende también a centros comunitarios, agencias de protección infantil o centros de acogida. Además, cabe mencionar que algunos programas como *Incredible Years Toddler*, gozan de cierta accesibilidad ya que prestan servicios de transporte para facilitar la asistencia de los participantes, aspecto que puede generar en los cuidadores mayor participación y compromiso en el programa.

- **Evaluación de la intervención y requisitos para su aplicación**

Finalmente, en cuanto a la evaluación llevada a cabo por estos programas para estimar y analizar sus resultados, se puede observar que son muchos los que utilizan instrumentos validados y numerosos procedimientos para determinar los impactos de su intervención. Estas evaluaciones se pueden agrupar en varias dimensiones: la medición de la interacción entre el niño y su cuidador, la evaluación de los síntomas del niño, la evaluación de los cuidadores en el caso de que presenten síntomas clínicos y la valoración de los padres de la experiencia de participación en el programa por medio de informes.

Por otro lado, la totalidad de los programas de intervención solicitan a los profesionales que los imparten, una formación específica por medio de talleres o cursos acreditativos. En la mayoría de los casos, las personas que ejecutan los programas son profesionales de la salud mental aunque también incluyen a personal cualificado de diversos entornos multidisciplinarios.

5. Discusión

5.1 Interpretación de los resultados

La exposición y el posterior análisis llevado a cabo de estos 11 programas que proponen un modelo de intervención basado en las capacidades parentales y en la interacción entre el niño y su cuidador, ha supuesto una base fundamental del trabajo para poder realizar una interpretación final de los mismos y determinar sus claves de éxito.

Todos los programas favorecen un formato grupal de intervención, aunque algunos además de contar con esta estructura terapéutica grupal, facilitan también una asistencia individualizada. En la mayoría de los programas, la población sobre la que se interviene es

señalada, normalmente los participantes provienen de un contexto de exclusión social, hallándose a familias desfavorecidas con necesidades indicadas. Sin embargo, también se trabaja con padres que presentan dificultades de crianza identificada (cuyos hijos muestran diversos problemas conductuales, emocionales o sociales) o con grupos cuyas problemáticas responden a causas tales como situaciones de maltrato, experiencias o pérdidas traumáticas. Por otro lado, en la mayoría de los programas se trabaja únicamente con los cuidadores, aunque también hay otros cuyas intervenciones incluyen además al niño con la finalidad de trabajar la interacción entre ambos. La metodología es muy variada, pero concretamente la técnica del vídeo-feedback es la más destacable debido a los grandes beneficios que genera en los cuidadores la posibilidad de observar las interacciones con sus hijos, lo cual facilita a su vez, una retoalimentación y un diálogo reflexivo posterior grupal. En cuanto al enfoque de la intervención, algunos programas tienen un carácter preventivo, mientras que otros trabajan desde la intervención psicoterapéutica, concretamente desde una visión psicoeducativa, psicoanalítica o cognitivo-conductual. Todos los programas plantean unos objetivos específicos y además, una cifra significativa se caracteriza por tener un coste bajo de ejecución y distribución. Finalmente, se puede observar como la mayoría de los programas se desarrollan en EE.UU y UK y demandan a los profesionales que imparten el programa, unos requisitos específicos de formación.

Sin embargo, no todas las intervenciones gozan de la misma calificación de evidencia (evaluación que determina si los resultados que alcanza el niño tras la intervención son beneficiosos). En base a este criterio, los programas que muestran un valor de eficacia más significativo son los siguientes: *Family Foundations* (Feinberg, 2005), *Empowering Parents*, *Empowering Communities* (Davis y Day, 2009), *Level 4 Group Triple P* y *Level 5 Pathways Triple P* (Matthew Sanders, 1999). Estos programas, que suponen el 36% de la muestra total, muestran una evidencia significativa ya que tienen una clasificación de 3, 3+ o 4, de un intervalo total comprendido entre 2-4 (recordemos que estos niveles implican una evidencia a corto y largo plazo positiva por medio de múltiples evaluaciones de alta calidad).

El pilar fundamental de estos cuatro programas se centra en abordar las relaciones de apego entre el infante y sus cuidadores principales, y sus intervenciones se focalizan en trabajar la responsividad parental mediante la adopción de los siguientes objetivos principales: enseñar estrategias a los padres para responder más sensiblemente a las necesidades de su hijo, aumentar la confianza y las habilidades de los cuidadores con la finalidad de mejorar la calidad de las interacciones, ayudar a los padres a reemplazar estrategias de crianza ineficaces, reducir posibles estados de ira o estrés y promover relaciones calidad y positivas entre ellos.

Finalmente, me gustaría destacar el protagonismo que adopta el papel del grupo en este tipo de intervenciones, ya que ciertamente supone una terapia enriquecedora para los participantes y un enfoque diferente para alcanzar una mejora en la calidad del apego. Este tipo de abordaje terapéutico, en definitiva, promueve una visión diferente e innovadora del conflicto. En palabras de Serebrinsky (2012), esta experiencia favorece un proceso de reconstrucción, permite una introspección más profunda de los propios esquemas referenciales de los participantes y favorece la aceptación de acontecimientos vivenciados pero no introducidos en la narrativa.

5.2 Conclusiones

La teoría del apego expone que el infante con un vínculo de apego seguro, explorará con más seguridad y confianza el mundo que le rodea y además desarrollará su potencial óptimamente, siempre y cuando las circunstancias de su entorno sean propicias (Marvin y Britner, 1999, citado en Besoain y Santelices, 2009).

Las intervenciones con un carácter preventivo que trabajan sobre el vínculo temprano entre el niño y su cuidador, son fundamentales para poder ofrecerle al infante un entorno de protección y bienestar. La calidad de esta interacción determina enormemente al individuo en su posterior desarrollo, y por ello es deseable trabajar sobre los vínculos afectivos durante este periodo temprano. Sin embargo, para poder alcanzar un modelo de relación seguro, es imprescindible trabajar con la familia, y en este caso con los cuidadores primarios. Riviere (citado en Serebrinsky, 2012) concibe la familia como un agente social básico conformado por múltiples roles claramente distinguidos (madre, padre, hijo...) pero íntimamente ligados, por ello si alguno de estos componentes varía, varía toda la estructura en su conjunto.

Por todo ello, las intervenciones dirigidas a promover una respuesta sensible en los cuidadores, son imprescindibles y muy relevantes para lograr un cambio con resultados funcionales. Precisamente la importancia de este tipo de intervenciones se vigoriza si entendemos la fuerte relación existente entre los patrones de apego materno e infantiles y el posible fenómeno de transmisión intergeneracional de un apego inseguro (Benoit y Parker, 1994; Fonagy et al., 1991, Van Ijzendoorn, 1995, citado en Besoain y Santelices, 2009).

Una limitación fundamental del presente trabajo, ha sido la imposibilidad de abordar la temática expuesta con más detenimiento dada su magnitud y la extensión limitada de páginas, al tratarse de un trabajo de fin de grado. Sin embargo, sería interesante incluir una muestra más grande de estudio con la finalidad de ahondar más profundamente en esta línea de investigación.

De igual manera, otro aspecto positivo sería atender a los programas que dirigen su propuesta de intervención a una población más concreta, por ejemplo los programas *Auditory Verbal Therapy* o *Selected (Seminars) Stepping Stones Triple P* están dirigidos respectivamente a niños con pérdida del sistema auditivo o con Síndrome de Down y trastorno de espectro autista y a sus cuidadores. En este tipo de programas, sería necesario trabajar las capacidades parentales de manera que los cuidadores comprendieran y se adaptaran a las necesidades especiales de sus hijos con la finalidad de fomentar un vínculo seguro entre ambos.

Por otro lado, los resultados de los programas seleccionados visibilizan que el formato grupal de intervención supone un modelo con numerosos beneficios. A través de esta experiencia grupal, los integrantes pueden normalizar su vivencia de conflicto y enriquecerse de la mirada del resto de participantes, facilitando de tal modo, la identificación de sus propias dificultades y adoptando nuevas estrategias de afrontamiento. La literatura actual, por su parte, también evidencia que a través de este formato se pueden alcanzar cambios favorables en la interacción temprana. Aunque este tipo de intervención puede resultar relativamente novedosa, debido a la concepción tradicional que adopta este contexto terapéutico basado en la relación diádica del niño y su cuidador, ofrece numerosas ventajas y por ello sería sumamente enriquecedor, abogar más por la inclusión de programas con este tipo de características.

Finalmente, la calidad de las relaciones tempranas y sus numerosas repercusiones en el individuo, evidencian enormemente la relevancia que tienen programas como los que se han planteado a lo largo del presente trabajo. Considero de vital importancia la promoción de un entorno de cuidado seguro que favorezca por un lado, el desarrollo integral del menor y, por otro, una dinámica sana de relación entre éste y su cuidador. Sin embargo, para ello es fundamental promover un cambio de concienciación a nivel social (aludiendo desde el respeto, a los padres y a su responsabilidad con la adopción de cambios favorables en la vinculación de sus hijos), a nivel profesional y por último, a nivel institucional con el objetivo de impulsar la trascendencia que tiene la prevención cuando hablamos de relaciones vinculares tempranas.

6. Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S. (1969). *Maternal sensitivity scales*. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/77ba/e53ad6d26d2fc13b02f144874cfa1ab28527.pdf>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Besoain, C., & Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: Una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118.
- Caldwell, J. G., Shaver, P. R., Li, C. S., & Minzenberg, M. J. (2011). Childhood maltreatment, adult attachment, and depression as predictors of parental self-efficacy in at-risk mothers. *Journal of Aggression*,
- Capano Bosch, A., Tornaría, G., del Luján, M., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 413-444.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, 59(2-3), 228-283. doi:10.2307/1166148
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy, P. R. Shaver, J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed (pp. 3-22). New York, NY, US: Guilford Press
- Delgado, A. O. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Early Intervention Foundation. Recuperado 1 noviembre 2018, de <https://www.eif.org.uk/about>

Feijó González, M. (2013). Programa psicodinámico de intervención grupal para el fomento del equilibrio en la personalidad adolescente.

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.

George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<198::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-L

George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy, P. R. Shaver, J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.) , *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed (pp. 833-856). New York, NY, US: Guilford Press

Halty Barrutieta, A. (2017). *La calidad de la responsividad parental: creación y validación de un instrumento observacional* (Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas, Madrid). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/20257>

Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Desclée de Brouwer.

Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., & Kronborg, H. (2017). Video feedback promotes relations between infants and vulnerable first-time mothers: a quasi-experimental study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 379.

Kobak, R., & Madsen, S. (2008). Disruptions in attachment bonds: Implications for theory, research, and clinical intervention. In J. Cassidy, P. R. Shaver, J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed (pp. 23-47). New York, NY, US: Guilford Press.

- Lecannelier, F. (2002). El legado de los vínculos tempranos: Apego y Autorregulación. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 19(2), 191-201
- López, C., y Ramírez, M. (2005). Apego. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 6(1).
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy, P. R. Shaver, J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed* (pp. 666-697). New York, NY, US: Guilford Press.
- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psyche (Santiago)*, 14(1), 181-191.
- Marvin, R. S., y Britner, P. A. (2008). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy, P. R. Shaver, J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed* (pp. 269-294). New York, NY, US: Guilford Press
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107-124. doi:10.1080/14616730252982491
- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268.
- Muzzio, E., Muñoz, M., y Santelices, M. P. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 26(2), 241-251.
- O'Connor, T. & Zeanah, C. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5(3), 223-244.

- Pierucci, N. A., & Luna, B. K. P. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud, 13*(2), 215-225.
- Pitillas, C., & Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos* (Vol. 100629). Editorial GEDISA.
- Pitillas, C., Halty, A., & Berástegui, A., (2016). Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza. *Clínica Contemporánea, 7*(2), 137-146.
- Raczynski, D. (2006). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños. *Expansiva, 77*, (1-23). Recuperado de http://www2.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/19062006104331.pdf .
- Ramírez, N. H., & Díaz, C. A. G. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana, 27*(1), 165-176.
- Repetur Safrany, K., & Quezada Len, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Artículos*.
- Román Rodríguez, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: De la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción psicológica, 8*(2), 27- 38.
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 10*(2), 132-155.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, 'mindsight,' and neural integration. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 67-94. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G