



Vínculo de apego y atención temprana: importancia y evaluación

Andrés Moya, Elena
Psicóloga Equipo Educación
ONCE Comunidad Valenciana

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Tipología del alumnado	5
3. Factores de riesgo	6
4. Señales de alarma	6
5. El lenguaje: área clave en el desarrollo	9
6. Conductas de apego como vehículo de la interacción	10
7. Interacción temprana padres-hijos y calidad del apego infantil	12
8. Factores que determinan la actuación parental	13
9. Calidad del apego y desarrollo social	14
10. Instrumentos diagnósticos de la calidad del apego infantil	14
11. Posibles adaptaciones de los procedimientos diagnósticos	16
12. Conclusiones	17
13. Bibliografía	18

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Temprana que presta la ONCE a todos los niños y niñas con ceguera o discapacidad visual se hace a través de sus recursos educativos, estos son:

- los Equipos Específicos de Apoyo Educativo
- los Centros de Recursos Educativos

A nivel nacional existen cinco Centros de Recursos Educativos (en adelante CRE), ubicados en las sedes de los antiguos colegios de la ONCE:

- Madrid
- Barcelona
- Sevilla
- Alicante
- Pontevedra

Cada CRE tiene asignada una zona geográfica como ámbito de influencia y de él dependen los Equipos de Apoyo de esa zona.

El Equipo de Apoyo en el que trabajo está ubicado en Valencia y depende del CRE de Alicante, junto a los Equipos de Alicante, Murcia y Cartagena. Los cuatro Equipos constituimos el ámbito de influencia de este CRE. Desde el Equipo de Valencia se atienden las provincias de Castellón y de Valencia, teniendo sus sedes respectivas en la Delegación Territorial de la ONCE en Valencia y en la Agencia de Castellón.

El Equipo lo formamos 21 personas con dedicación exclusiva a la atención educativa:

- 1 jefe del área educativa
- 18 maestros (15 en Valencia y 3 en Castellón)
- 1 psicóloga
- 1 administrativo

Además, el Equipo cuenta con el apoyo de otros especialistas que comparten funciones con la atención a personas adultas:

- 6 Técnicos en Rehabilitación
- 4 Trabajadoras Sociales
- 2 Instructores Tiflotécnicos
- 1 Especialista en Núcleos Periféricos
- 1 Coordinador de Deportes
- 1 Animador Sociocultural
- 1 Oftalmólogo
- 1 Óptico

El Equipo está dividido por etapas educativas, dedicándose los maestros de forma preferente a la etapa a la que están adscritos e intentando conjugar este criterio con las rutas de desplazamiento que tienen asignadas.

En concreto a la etapa de Educación Infantil están dedicados 5 maestros en Valencia y 1 en Castellón.

Actualmente la Atención Temprana en la ONCE ha dejado de considerarse como una prolongación hacia atrás del programa de apoyo a la integración escolar, para considerarla como un programa esencialmente diferente en sus objetivos y en su metodología.

Esto supone que:

- se apoya la especialización de los profesionales, es decir, que la atención de niños de entre 0 y 6 años la asuman maestros especialmente cualificados para ello,
- se promueve la formación, tanto a nivel interno, mediante cursos o seminarios, como a nivel externo facilitando la asistencia a cursos o jornadas externas.

En el curso 2005/2006 se puso en marcha un Seminario de trabajo sobre Atención Temprana en el CRE de Alicante en el que participamos algunos psicólogos y maestros de todos los Equipos del ámbito de influencia (Valencia, Alicante, Murcia y Cartagena).

Este modelo de trabajo a través de Seminarios se ha extendido a los cinco Centros de Recursos Educativos, de modo que, actualmente, están funcionando cinco seminarios sobre atención temprana, aunque cada grupo se organiza de manera autónoma en función de sus intereses y sus posibilidades.

Como órgano de cohesión de todos estos trabajos, se crea en la ONCE el Grupo de Dinamización de la Atención Temprana en la ONCE (Grupo DATO).

A través de este grupo y con la colaboración de todos los seminarios, se está dando a la Atención Temprana una estructura, una metodología y unos criterios de atención comunes, entendiendo esta etapa educativa como la base de todas las demás.

En febrero de 2011, se publicó un monográfico de la Revista "Integración" sobre Atención Temprana en Niños con Ceguera y Deficiencia Visual, que fue coordinado por el grupo DATO y que recogía parte de los trabajos llevados a cabo desde los Seminarios.

A principios de este año, se distribuyó el "Documento Base de la Atención Temprana", en el que se define con precisión el papel que debe jugar la ONCE en el ámbito de la Atención Temprana y se establecen criterios, metodología de intervención, definición de la población objeto de atención, determinación de los recursos mínimos necesarios, etc.

Para el presente curso, el trabajo va a ir dirigido a la elaboración de un tríptico de carácter informativo y preventivo, destinado a la detección y derivación precoz de los niños con discapacidad visual en el entorno de la Atención Temprana.

En el Seminario del CRE de Alicante, desde su inicio, se han llevado a cabo diversos trabajos dirigidos al intercambio de experiencias y a coordinar nuestra labor en aspectos como:

- estudios de población
- acuerdos en cuanto a criterios y procedimientos de atención
- puesta en común de estrategias de intervención, programas de trabajo, documentación, materiales, etc.

En el análisis de casos realizados en el Seminario, fue poniéndose de manifiesto una preocupación común por las alteraciones observadas en el desarrollo evolutivo de algunos niños ciegos cuyas conductas presentaban similitudes con las propias de los niños con autismo.

Hace tres años comenzamos un estudio sobre la prevención de trastornos del desarrollo que podían presentar los niños ciegos y sobre estrategias de intervención.

En este tiempo hemos llevado a cabo una serie de tareas, como las siguientes:

- análisis de la población que presentaba conductas propias de TGD pero sin ninguna otra discapacidad diagnosticada.
- establecimiento de una tipología del alumnado
- estudio de los factores de riesgo, las señales de alarma y el lenguaje como área clave del desarrollo.

2. TIPOLOGÍA DEL ALUMNADO

Niños ciegos tipo A

Son aquellos niños/as que teniendo diagnosticada la ceguera no presentan señales de alarma en la primera etapa de la atención temprana, siendo su desarrollo psicoevolutivo, aunque más lento, semejante al desarrollo de los niños con visión normal.

Niños ciegos tipo B

Son aquellos niños/as que teniendo ceguera diagnosticada, presentan señales de alarma durante la primera etapa de su desarrollo infantil. Posteriormente, en torno a los 6 - 8 años, lograrán alcanzar un desarrollo madurativo normalizado en las áreas motriz, cognitiva y de lenguaje, respecto a los niños con visión normal. En el área social, de expresión de emociones, suele perdurar un déficit durante la edad adulta.

Niños ciegos tipo C

Son aquellos niños/as que teniendo ceguera diagnosticada, y presentando señales de alarma durante la primera etapa de su desarrollo infantil, no llegarán a alcanzar un desarrollo madurativo normalizado,

manteniendo un manifiesto desfase generalizado en las diversas áreas del desarrollo psicoevolutivo. La afectación en la comunicación, cognitiva, social y emocional, perdurará durante la edad adulta. Se sospecha algún tipo de afectación neurológica pero sin diagnóstico.

Niños ciegos tipo D

Son aquellos niños/as que además de presentar ceguera presentan otros trastornos diagnosticados, existiendo un manifiesto desfase del desarrollo psicoevolutivo con respecto a su grupo

3. FACTORES DE RIESGO

Rosa Lucerga (2002), ya nos decía que la ceguera, en sí misma, es un factor de riesgo: *“La existencia de una minusvalía es en sí misma factor de riesgo para el desencadenamiento de otras perturbaciones del desarrollo que se asocian a la discapacidad original”*.

Intentamos determinar una serie de variables observables que pudieran constituir un riesgo potencial en el desarrollo del niño ciego:

- **Diagnóstico oftalmológico: edad y gravedad**
 - los niños con alto riesgo de presentar perturbaciones en el desarrollo son niños con ceguera total congénita.
- **Patología visual de afectación neurológica**
 - existe conexión entre trastornos visuales de afectación neurológica y Trastornos del Espectro Autista (TEA).
- **Complicaciones médicas en la primera etapa de vida**
 - Someterse durante el primer año de vida a múltiples operaciones, o pasar largos períodos en el hospital, puede ser un factor de riesgo debido a la situación de indefensión en la que viven. Esto puede llevarles a rechazar el contacto con otras personas debido a su historia de continuas “agresiones”. Si el niño ha debido estar sometido a aislamiento, puede ponerse en juego también el establecimiento de vínculos adecuados.
- **Características de la interacción socioemocional**
 - La ceguera es un factor de riesgo para la interacción social.

4. SEÑALES DE ALARMA

Se trataba de identificar una serie de conductas consideradas “señales de alarma” que pudieran alertarnos de un posible riesgo de desviación en el desarrollo.

Según Rosa Lucerga y M^a Jesús Sanz (2003), *“ninguna conducta tomada aisladamente supone necesariamente una patología, pero cuando en un niño se observan varios comportamientos indicadores de desviación,*

debemos pensar que algo, no intrínsecamente derivado de la ceguera, está siendo obstáculo en la buena marcha del desarrollo”.

Siguiendo a Rosa Lucerga, adoptamos su relación de conductas a tener en cuenta como indicadores de riesgo en el desarrollo del bebé ciego:

- **Primer semestre de vida**
 - Indiferencia ante el sonido: no reacciona al sonido ni a la voz de la madre.
 - Rechazo al contacto: prefiere estar acostado, no le gusta estar en brazos del adulto y cuando está en ellos no hay acoplamiento al cuerpo del adulto.

- **Segundo semestre de vida**
 - Niño pasivo: no hace demandas propias de la crianza (protestar cuando tiene hambre o está incómodo).
 - Se centra en su propio cuerpo y manifiesta escaso interés por el exterior (tanto objetos como personas).
 - Pueden comenzar conductas estereotipadas.
 - Llora, grita o da muestras de incomodidad cuando se le toca.
 - Es necesario un nivel alto de estímulo para obtener una respuesta positiva (sonrisa, risa, vocalizaciones...).
 - Es un bebé excesivamente irritable y cuesta mucho calmarle.
 - No aparecen conductas que indiquen preferencia por la madre.
 - No muestra interés por explorar a la madre.
 - No emite sonidos ni da muestras de intentarlo.
 - No presta atención a la voz humana de forma habitual.
 - Mantiene los puños cerrados cuando intentamos que nos toque.

- **De los 10 a los 18 meses de vida**
 - Le gusta estar solo y le molesta que le interrumpen.
 - Después del año no hay muestra alguna de extrañamiento ni preferencia por personas.
 - Soporta pasivamente las situaciones de frustración sin protestar.
 - No manifiesta temor ante las primeras exigencias para la deambulación independiente.
 - Chupa los objetos de forma intrusiva.
 - Conductas de agitación y golpeteo como única forma de exploración de los objetos.
 - Cuando pierde los objetos que tenía en sus manos, no hay intención de recuperarlos, ni sorpresa, ni enfado.
 - No hace intentos de comunicarse verbal o gestualmente.
 - No da muestras de preferencia por objetos o personas y parece indiferente al exterior.
 - Movimientos corporales estereotipados.

- **De los 18 a los 24 meses de vida**
 - El niño hace conductas de huida o evita el contacto con la madre.
 - Se muestra inadecuadamente independiente en situaciones de riesgo.

- Camina sin intencionalidad o realiza desplazamientos poco cuidadosos.
 - No protesta ante situaciones de frustración.
 - No da muestra alguna de agresividad.
 - Conductas de autoagresión, indicativas de la no diferenciación "yo" "no yo".
 - Rechazo o temor excesivo a objetos nuevos.
 - Conductas estereotipadas en la exploración o una exploración demasiado rápida de los objetos.
 - Uso indiferenciado de objetos comunes.
 - No aparecen las primeras palabras.
 - Sigue utilizando el llanto como único modo de expresión de sus demandas.
 - Aparece un lenguaje sin intencionalidad comunicativa, cuyas manifestaciones más habituales son el lenguaje ecolálico y el lenguaje descontextualizado.
- **A partir de los 30 meses**
 - Ecolalias, diferidas o inmediatas y autoinstrucciones, cuando no están al servicio de la comunicación, sino que son repeticiones con una finalidad de aislamiento o evitación.
 - No poder representar acciones simbólicas mediante el juego.
 - La exploración de los objetos es caótica, descontrolada o desmotivada.
 - Desplazamiento sin intención, cuando el niño camina sin ningún objetivo.

LAS ESTEREOTIPIAS

Mención especial requieren las estereotipias como señal de alarma en los niños ciegos.

Las estereotipias son comportamientos repetitivos y sin una finalidad clara que pueden aparecer tanto en niños ciegos como en niños autistas.

Este tipo de conductas (balanceos, aleteos con las manos, frotarse o presionarse los ojos...) ocurren con más frecuencia en niños con ceguera sobre todo en el primer y segundo año de vida, disminuyendo a partir de los tres años de edad.

No pueden considerarse equivalentes al tipo de conductas estereotipadas que manifiestan los niños con TEA y suelen reducirse con programas de modificación de conducta cuando al niño ciego se le motiva para que controle estos comportamientos.

Pero ¿y si estas conductas se incrementan a partir de los tres años de edad con más fuerza o incluso aparecen nuevas? Según Leonhardt (1992) *“cuando la conducta estereotipada sirve al niño como medio de aislamiento del mundo (...), es una conducta de fondo autista”*.

5. EL LENGUAJE: ÁREA CLAVE EN EL DESARROLLO

Nos centramos en el estudio del Lenguaje por considerarlo un aspecto clave en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños ciegos.

Nos planteamos si la falta de respuestas a las primeras señales de comunicación preverbal del niño ciego, podría llevarle a una situación de aislamiento y de ausencia de intención comunicativa.

Consideramos importante estudiar y analizar los primeros intentos de comunicación del niño ciego con su entorno, ya que si no son adecuadamente interpretados por el adulto y, en consecuencia, no se les da respuesta, puede darse una extinción de la conducta de interacción social, llevando al niño al aislamiento.

Podría ser que en algunos niños ciegos, con los que no se han establecido adecuadamente los canales para la comunicación preverbal, aparezcan “conductas autistas”, aún no dándose las patologías de base que dan lugar al autismo.

Estos niños, a los que la falta de respuesta del entorno ha llevado al aislamiento, podrían volver a “conectarse” gracias al desarrollo del lenguaje y a la estructuración del ambiente que éste permite, hasta hacerlo conocido y previsible.

Sin embargo, teníamos evidencias de que esta “vuelta” tras el aislamiento tiene un coste para el niño, ya que la forma en que el niño establece las conexiones con su entorno “cuando vuelve”, presenta diferencias significativas respecto a las que establece un niño ciego que ha tenido un desarrollo adecuado de la interacción social.

En ese momento pensábamos que, en los niños con un desarrollo adecuado, la interacción social facilitaba la comunicación y el desarrollo de la comunicación les protegía del aislamiento.

Tiempo después de estar involucrados en este trabajo, tuvimos la oportunidad de asistir a un curso organizado por el Colegio Oficial de Psicólogos denominado “Vinculaciones Afectivas en Atención Temprana”. Lo impartía M^aJosé Cantero, profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

En el curso analizamos los diferentes tipos de vínculos afectivos que los humanos desarrollamos a lo largo de nuestra vida, dando especial importancia al vínculo de apego, el que establecen los bebés con sus cuidadores y del que dependen, en gran parte, las relaciones afectivas que ese niño vaya a establecer en el futuro.

La profesora Cantero nos habló del apego seguro, del apego inseguro, de la sensibilidad o insensibilidad parental como determinante del tipo de

apego desarrollado por el bebé y de los factores que determinan estas conductas en los padres.

Anteriormente habíamos oído a muchos expertos destacar la importancia de las primeras relaciones afectivas entre el bebé y el cuidador y de las especiales circunstancias en las que este proceso se da en niños con alguna discapacidad (Rosa Lucerga, M^aJesús Sanz, Emilio Rodríguez...).

En nuestro estudio habíamos considerado “las características de la interacción socioemocional” entre el bebé ciego y su cuidador, como un factor de riesgo, pero estudiar sobre el vínculo del apego nos llevó a considerarlo como el principal factor de riesgo.

Como nos refiere Emilio Rodríguez, “en muchas ocasiones, sin pretenderlo los profesionales, pero sí como efecto de las condiciones que crean con su intervención y, sobre todo, por la focalización en el déficit, los padres pueden acabar entendiendo que el motor del desarrollo de los niños con discapacidad está básicamente en la rehabilitación de las consecuencias de los déficits y no en el establecimiento de una relación afectiva significativa entre ellos y el niño”

Nosotros en nuestro estudio nos habíamos centrado en el lenguaje como vía de salida a la situación de aislamiento en la que se encontraban algunos niños ciegos, pero llegamos a la conclusión de que era más importante ir al origen del problema, a la prevención de las dificultades de relación potenciando las relaciones afectivas entre el bebé ciego y sus cuidadores.

Para ello un aspecto en el que debíamos centrarnos era el estudio de las conductas de apego en los niños ciegos.

6. CONDUCTAS DE APEGO COMO VEHÍCULO DE LA INTERACCIÓN

La profesora M^aJosefa Lafuente (profesora de Psicología Evolutiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia), las define como aquellas “*conductas mediante las que el recién nacido atrae a los adultos de su alrededor, incitándolos a la interacción*”, siendo la interacción la base para la formación del apego.

A través de estas conductas, los bebés indican a sus cuidadores cuáles son sus necesidades, cuándo y cómo deben relacionarse con ellos. De forma paralela los padres, en condiciones normales, también están preparados para responder a su hijo y atender sus necesidades.

Cuando nace un bebé con discapacidad, las cosas se complican y lo que debía ser un intercambio espontáneo de señales, se convierte en una incomprensión de los mensajes del otro.

A la dificultad del bebé para emitir sus señales o para interiorizar las que sus padres le proporcionan, tenemos que añadir la dificultad de los propios padres para comprender al bebé.

Si la discapacidad del bebé es visual, siendo la visión fundamental para la interacción y la comunicación en las primeras etapas de la vida, pueden producirse problemas en el desarrollo de la comunicación y de la interacción intencional.

Tales problemas no derivan directamente de la ceguera, ya que los bebés ciegos, igual que los videntes, disponen de un repertorio de conductas prefiguradas y de vías alternativas para relacionarse con los adultos. Son precisamente esos adultos los que pueden alterar su comportamiento hacia el bebé a causa de su ceguera:

- Por un lado, el nacimiento de un niño ciego puede provocar un trauma afectivo en los padres, a los que cuesta aceptar el problema de su hijo e interactuar normalmente con él.
- Por otro lado, es difícil para un vidente establecer interacción con un bebé cuando falta su mirada y cuando su cara carecen de las expresiones habituales.

En consecuencia, puede darse el caso de que el niño ciego:

- llegue a tener una privación afectiva
- tenga problemas para elaborar un buen vínculo de apego
- desarrolle estereotipias y otros síntomas semejantes a los de los niños autistas
- se produzcan problemas en la génesis del mundo simbólico y, por consiguiente, en el desarrollo del lenguaje.

Para evitar todo esto es absolutamente necesario que los padres reciban información sobre las conductas prefiguradas alternativas de que dispone el niño ciego para interactuar con las personas que le rodean desde las primeras etapas de su vida.

Los autores que han estudiado el apego en los niños ciegos nos indican que, si se establece la sincronía adecuada entre el niño y la/s persona/s encargada/s de su cuidado, éste evoluciona siguiendo unas etapas similares a las de los videntes, aunque las vías que utilicen en esa génesis sean diferentes.

El bebé ciego dispone de una serie de conductas prefiguradas alternativas que tienden a la interacción y a la formación de vínculos afectivos con los adultos, como pueden ser:

- los movimientos de apertura de las manos
- la inhibición de movimientos cuando se le habla
- la rotación de la cabeza

Si estos adultos son capaces de interpretar las conductas alternativas del niño ciego y de reaccionar de manera consecuente a sus demandas, éste

formará sus lazos afectivos de manera semejante a como lo hace un niño vidente.

La profesora Cantero afirma que *“desde la Teoría del Apego se mantiene que una sólida base afectiva durante la infancia, posibilita el abrirse al mundo físico y social con seguridad y confianza”*.

Precisamente, la comprensión del mundo físico y la comprensión del mundo social, son según Rosa Lucerga, dos áreas del desarrollo que se ven particularmente comprometidas en los niños con dificultades visuales graves.

Nos parece pues, fundamental centrarnos en el estudio de las interacciones tempranas entre el bebé ciego y sus cuidadores como medio de promover unas relaciones afectivas que le permitan crecer.

7. INTERACCIÓN TEMPRANA PADRES-HIJOS Y CALIDAD DEL APEGO INFANTIL

Una afirmación en la que están de acuerdo la mayoría de los teóricos del apego, es que *“la calidad del apego es el producto de las respuestas del cuidador a las señales que el niño emite en su búsqueda de proximidad y contacto”*.

El niño va a formar un modelo mental de relación a partir de la experiencia de interacción con su cuidador y de las respuestas que obtiene cada vez que manifiesta una necesidad.

Mary Ainsworth afirma que la sensibilidad parental ante las señales del niño, es central en el desarrollo del apego seguro.

¿Qué se entiende por sensibilidad parental?

La sensibilidad hace referencia a la habilidad que muestran los padres a la hora de:

- percibir los mensajes del niño,
- interpretar adecuadamente los mensajes del niño,
- dar una respuesta apropiada y puntual a los mismos.

Podemos definirla como *«una percepción consistente de los mensajes del bebé, una interpretación precisa de estos mensajes y una respuesta contingente y apropiada a los mismos»*

Toda actuación sensible atraviesa por cuatro fases:

- *una percepción adecuada de la señal infantil*
- *una interpretación correcta de la señal*
- *la selección de la respuesta de cuidado apropiada*
- *la realización efectiva de la misma*

Mary Ainsworth concluyó, tras sus investigaciones, que la dimensión sensibilidad-insensibilidad parental se relaciona con la dimensión seguridad-inseguridad del apego infantil.

Los padres de niños con apego seguro se caracterizan por su sensibilidad, mientras que los padres de los niños que desarrollan un vínculo inseguro lo hacen por su insensibilidad.

En este sentido, la **insensibilidad** se define como «*una percepción inadecuada e inconsistente, junto con una interpretación y respuesta inapropiada a las señales del bebé, por lo que se generan interacciones asincrónicas, inoportunas e insatisfactorias*» (Isabella et al., 1989).

Una madre (o padre) insensible:

- no es capaz de captar las señales que emite el bebé
- no interpreta correctamente las señales, tiende a distorsionarlas o a interpretarlas en función de sus propias necesidades o deseos
- no responde a las señales del niño

No obstante, es importante señalar que no todos los padres manifiestan su insensibilidad del mismo modo; el tipo de cuidado insensible que dispensen al niño se relacionará con el tipo de inseguridad infantil que éste desarrolle.

8. FACTORES QUE DETERMINAN LA ACTUACIÓN PARENTAL

Parece claro que la actuación parental afecta a la calidad del apego infantil. Puesto que la sensibilidad parental es un potente predictor del proceso, el estudio de los factores que inciden sobre la sensibilidad de los padres, nos ayudará a comprender qué origina la calidad del apego infantil.

Hay tres tipos de variables relacionadas con la sensibilidad parental:

- características parentales
 - características infantiles
 - factores de contexto.
- **Características parentales**
 - personalidad y el ajuste psicológico materno
 - sus propias experiencias durante la infancia relacionadas con el modo en que fue criado por su propia familia de origen
 - **Características infantiles**
 - Temperamento: Hay disposiciones temperamentales como la irritabilidad que dificultarán los intercambios entre el niño y su cuidador, provocando ciertos niveles de insensibilidad, y otras como la docilidad, que facilitarán la interacción.
Sin embargo, se ha comprobado que el temperamento no parece influir directamente sobre la calidad del apego que desarrolla el niño, sino que su influencia parece ser indirecta, a través del efecto que produce en el cuidador (Cantero y Cerezo, 2001):

- Un niño difícil, que recibe un apropiado cuidado, puede llegar a establecer un vínculo seguro
 - Un niño fácil de manejar, si se le administra un cuidado insensible, puede desarrollar una relación insegura.
- **Discapacidad:** El hecho de que los niños discapacitados presenten un repertorio menor de conductas de apego y que se retrasen en algunas de sus adquisiciones afectivas o cognitivas, puede dificultar el proceso de sincronización de los comportamientos entre el niño y sus figuras de apego y condicionar un tipo de interacción menos adecuada, con consecuencias negativas respecto a la calidad del apego.
La discapacidad infantil, per se, no se relaciona directamente con la calidad del apego del niño, aunque condiciona la interacción que el adulto establece con él.
- **Factores contextuales**
No se puede entender completamente la calidad del cuidado que los padres dispensan a sus hijos, sin tener en cuenta el ambiente social en el que se sitúa la relación padres-hijo, así como el apoyo que reciben del entorno.

9. CALIDAD DEL APEGO Y DESARROLLO SOCIAL

Cuando se analiza la relación existente entre la calidad del apego y la capacidad de adaptación social, surge la cuestión de si el apego determina, por sí solo, cómo va a comportarse el niño en sus relaciones sociales en el futuro.

La respuesta es no, al menos como factor único. Parece que el apego temprano influye pero no determina de forma inevitable las relaciones sociales posteriores.

Esto sienta las bases para una posible intervención en los niños que desarrollan un apego inseguro con sus figuras de cuidado.

Así, la detección temprana de un apego inseguro se convierte en un claro indicador de la existencia de alteraciones en la relación entre el niño y sus padres y la intervención adecuada en estas dñadas podría alterar la continuidad de las relaciones inadecuadas.

Es importante disponer de instrumentos de evaluación del apego, ya que nos permitirían diseñar la intervención más adecuada en cada caso.

10. INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS DE LA CALIDAD DEL APEGO INFANTIL

La profesora Cantero nos instruyó en dos procedimientos de diagnóstico diseñados para la población sin discapacidad visual:

- Situación Extraña.
- Historias incompletas.

Intentamos realizar una adaptación de ambas pruebas para poder aplicarlos a nuestra población. En este primer acercamiento, detectamos algunos aspectos que debían ser modificados, pero pudimos comprobar que ambos procedimientos pueden ser utilizados con los niños con discapacidad visual. Estamos en proceso de estudio y el camino está por hacer, pero creemos que es un objetivo interesante.

SITUACIÓN EXTRAÑA

Este procedimiento fue diseñado por Mary Ainsworth a finales de los años sesenta. La investigadora ideó una situación experimental, denominada «Situación Extraña» que permitía evaluar de forma estandarizada la calidad de este vínculo durante el segundo año de vida del niño (a partir de los 12 meses y no más tarde de los 30).

Consiste en una situación estructurada de laboratorio de unos 20 minutos de duración, dividida en ocho episodios, y que está diseñada para producir en el niño el nivel de estrés suficiente como para activar su sistema conductual de apego, es decir, aquellas conductas que el niño utiliza habitualmente para mantener la proximidad con su figura de apego.

La activación de este sistema permite evaluar la calidad de la relación de apego que el niño establece con su madre/padre.

Para activar este sistema y hacerlo accesible a la observación es esencial la presencia de ciertas condiciones estresantes, por lo que la “Situación Extraña” fue diseñada de forma que incrementara gradualmente el nivel de estrés en el niño.

Los tres estresores seleccionados por Ainsworth a la hora de diseñar la situación son:

- la introducción del niño en un lugar extraño,
- su interacción con un persona no familiar,
- breves separaciones de su madre.

La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esa persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño solo. Finalmente vuelven la madre y la extraña.

HISTORIAS INCOMPLETAS (Bretherton, Ridgeway y Cassidy)

Es una técnica proyectiva aplicable en el rango de edad entre los 3 y los 6 años. Consiste en pedir al niño que complete cinco historias que son evocadas a partir de muñecos que representan una familia en diferentes situaciones activadoras de las conductas de apego:

- Historia del zumo derramado (figura de apego en situación de autoridad con el niño).
- Historia de la herida en la rodilla (dolor como activador de conductas de apego).
- Historia del monstruo en la habitación (miedo como activador de conductas de apego).
- Historia de la separación (separación ansiosa y estrategias de afrontamiento).
- Historia del reencuentro de los niños con sus padres (reunión de los padres tras una separación).

Antes de iniciar las historias con situaciones activadoras del apego se empieza la aplicación con una historia neutra —la historia del cumpleaños— que cumple las siguientes funciones:

- saber si el niño comprende y es capaz de participar en el procedimiento,
- comprobar que cuenta con un lenguaje suficientemente desarrollado,
- si se encuentra en condiciones idóneas para participar (no está enfermo, ni excesivamente nervioso, ni somnoliento, etcétera)
- esta historia podría ser utilizada como elemento de comparación, cuando nos encontramos con un niño que apenas colabora y contesta con evasivas en las otras historias.

11. POSIBLES ADAPTACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SITUACIÓN EXTRAÑA

Rosa Lucerga nos indica que el niño ciego parece tomar conciencia de su vulnerabilidad ante el entorno cuando comienza la marcha autónoma. La separación de su madre que supone esta adquisición, puede generar un incremento de la ansiedad y de las conductas temerosas.

Frente a estos temores y estas ansiedades, los niños ciegos pueden responder de formas diversas, pero sus comportamientos podrían agruparse en una serie de categorías que podrían tomarse como paradigma de la manifestación de la calidad del apego.

Si la separación física que se produce entre el niño y su madre/padre cuando comienza la marcha autónoma hace que se active su sistema de apego, podría ser esta la situación en la que debería evaluarse la calidad del apego del niño. La edad en la que, en general, los niños ciegos comienzan a caminar está en torno a los 18 meses, edad que correspondería a la establecida en el procedimiento de Situación Extraña como primer momento de evaluación de la calidad del apego (entre los 12 y los 18 meses).

HISTORIAS INCOMPLETAS

Este procedimiento es aplicable a los niños ciegos y discapacitados visuales con unas mínimas adaptaciones en los materiales:

- deben disminuirse los elementos con los que se crea la historia a los esenciales, eliminando los secundarios,
- el tamaño de los materiales debe ser suficientemente grande para que permita una mejor manipulación por parte del niño,
- debe asegurarse la fijación de los elementos para que puedan permanecer en la posición en la que se colocan.

Otra adaptación necesaria es retrasar la edad de aplicación, ya que a los 3 años les resulta difícil participar en este procedimiento.

12. CONCLUSIONES

- Debemos ayudar a los padres a conocer a sus hijos ciegos y deficientes visuales y la forma en que éstos envían señales para la interacción. Vargas y Polaino-Lorente (1996) aconsejan una serie de pautas para desarrollar la sensibilidad parental:
 - jugar con el niño
 - observarlo
 - evitar adoptar actitudes excesivamente directivas
 - adaptarse al estilo comportamental del niño
 - esperar a que el niño tome la iniciativa
 - ser respondientes e imitar al propio niño
- Creemos que la adaptación de los procedimientos de evaluación de la calidad del apego para que puedan ser utilizados con la población de niños ciegos y discapacitados visuales, sería una tarea importante y de gran interés para nuestro trabajo, ya que nos facilitaría la detección de relaciones inadecuadas en el establecimiento del apego entre el niño y su cuidador y nos permitiría intervenir de manera temprana, ayudándonos a generar entornos sensibles a las necesidades del niño y a prevenir posibles dificultades de interacción social en el futuro.

13. BIBLIOGRAFÍA

Castro, J. y Pérez-Pereira, M. 1996. Funciones comunicativas del lenguaje en niños ciegos y videntes, en *Infancia y Aprendizaje*, 74 págs. 139-154.

Girón García, S.: *Apego y Discapacidad*. Ponencia presentada en las V Jornadas de Atención Temprana de Andalucía, 2008.

Gómez Artiga, A.; Viquer Seguí, P. y Cantero López, M.J.: *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Ediciones Pirámide, Madrid, 2003

Lafuente Benaches, M.J. y Cantero López M.J.: *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*, Ediciones Pirámide, Madrid 2010

Leonhardt, M.: *El bebé ciego. Primera atención. Un enfoque psicopedagógico*. Editorial Masson, Barcelona 1992.

Leonhardt M., Cantavella, F. y Tarragó, R.: *Iniciación del lenguaje en los niños ciegos. Un enfoque preventivo*, Editado por ONCE, Madrid 1999.

Leonhardt, M. 1996. *La atención temprana: conductas adaptativas y desviaciones en el desarrollo*, en Actas del Congreso Estatal sobre Prestación de Servicios para personas ciegas y deficientes visuales, área de Educación 1, Volumen 3, ONCE

Lucerga, R.: *El desarrollo emocional del niño ciego. Conductas adaptadas y señales de alarma*, en Actas del Congreso Estatal sobre Prestación de Servicios para personas ciegas y deficientes visuales, área de Educación 1, Volumen 3, ONCE Madrid 1996.

Lucerga, R. y Sanz M^a J.: *Puentes invisibles. El desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual*. Editado por ONCE, Madrid 2003.

Lucerga Revuelta, R.: *Claves para la comprensión de los niños con discapacidad visual grave*. Integración. Revista sobre discapacidad visual. Edición digital, nº 58

Pring, L.; Jordan, R.; Dale, V.L.; Hobson, P.; Tager-Flusberg, H. y Pérez Pereira, M.: *Autismo y Discapacidad Visual: Reflexiones, investigación e intervención educativa*. Fundación Autismo Ávila, Ávila, 2009.

Rodríguez de la Rubia, E.: *Influencias del vínculo de apego en la organización cerebral*. Integración. Revista sobre discapacidad visual. Edición digital, nº 58

Rodríguez de la Rubia, E.: *Apego y discapacidad*. Revista Autonomía Personal, IMSERSO, nº 5, noviembre 2011.

Sanz Andrés, M.J.: La discapacidad, factor de vulnerabilidad para una crianza saludable. Ponencia presentada en el II Congreso anual Repts- Panel, 6.

Seminario de Atención Temprana del CRE de la ONCE en Alicante: *Prevención e intervención en los trastornos del desarrollo en atención temprana. Ceguera y trastornos del espectro autista*. Integración. Revista sobre discapacidad visual. Edición digital, nº 58

Componentes del Seminario de Atención Temprana del CRE de Alicante

- **Lourdes Amante Pérez**, maestra del equipo específico de atención educativa de Murcia.
- **Elena Andrés Moya**, psicóloga del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón.
- **Nieves Cabrero Flores**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante.
- **María Rosa Candel Martín-Rincón**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante.
- **Francisco Javier Checa Benito**, psicólogo del equipo específico de atención educativa de Murcia.
- **M^a Remedios García García**, maestra del equipo específico de atención educativa de Murcia.
- **M.^a Dolores García Payá**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante.
- **Ángel Francisco Lucas Pérez**, maestro del equipo específico de atención educativa de Cartagena.
- **Carmen Manso Migueláñez**, maestra del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón.
- **M.^a Carmen Martínez Martínez**, psicóloga del equipo específico de atención educativa de Cartagena.
- **M.^a Isabel Montoro Ruiz**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante.
- **Beatriz Patón Esteban**, maestra del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón.
- **Isabel Salvador Xaixo**, maestra del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón.