



REVISIÓN

Vejez y teoría del apego, una revisión sistemática de la tipología del apego, continuidad, prevalencia y asociación con variables psicológicas y de salud en los mayores

María Pilar Quiroga Méndez

Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de septiembre de 2021

Aceptado el 25 de septiembre de 2023

On-line el 2 de noviembre de 2023

Palabras clave:

Apego

Apego en la vejez

Prevalencia

Evaluación del apego

Apego y salud

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es el de revisar la investigación sobre la teoría del apego durante la vejez en los últimos 10 años, con la finalidad de obtener: a) la prevalencia de los diferentes tipos de apego, b) la descripción de los métodos de evaluación, c) la relación que se establece entre el apego y otras variables psicosociales y de salud, en el proceso de envejecimiento. Una búsqueda sistemática en PsycINFO, PsycArticles, WOS y Scopus identificó 17 estudios, en los que se había evaluado el apego en una población de 7.118 adultos mayores. Los resultados presentan una clara evolución y algunas diferencias respecto a la anterior revisión sistemática del año 2010. Respecto a la prevalencia de los diferentes tipos de apego, el apego seguro y el apego evitativo son más frecuentes en la vejez que en la adultez o en la juventud. No existe consenso sobre los instrumentos utilizados para la evaluación, y se presentan resultados que asocian el apego inseguro con la depresión, satisfacción vital, enfermedad física y soledad. El constructo del apego aparece como una variable explicativa y mediadora, directamente implicada en la psicología y psicopatología de la vejez.

© 2023 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Old age and attachment theory, a systematic review of attachment typology, continuity, prevalence and association with psychological and health variables in older adults

ABSTRACT

The aim of this paper is to review the research on attachment theory during old age in the last 10 years, in order to obtain: a) the prevalence of different types of attachment, b) the assessment of attachment methods, c) the relationship established between attachment and other psychosocial and health variables in the aging process. A systematic search of PsycINFO, PsycArticles, WOS, and Scopus identified 17 studies, in which attachment had been assessed in a population of 7118 older adults. The results of this research present a clear evolution and some differences, with respect to the previous systematic 2010 review. Regarding the prevalence of the different types of attachment, it is confirmed that secure attachment and avoidant attachment are more abundant in old age than in adulthood or youth people. There is no consensus on the instruments used for the evaluation, and results are presented that associate insecure attachment with depression, life satisfaction, physical illness and loneliness. The attachment construct appears as an explanatory and mediating variable, directly involved in the psychology and psychopathology of old age.

© 2023 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Attachment

Attachment in old age

Prevalence

Attachment assessment

Attachment and health

Introducción

La vejez es un proceso vital en el cual la dependencia, la fragilidad y la percepción de vulnerabilidad aumentan^{1,2}. Estas razones

Correo electrónico: quiroga@upsa.es

producen una reactivación de las respuestas de apego, convirtiéndose este constructo, en un elemento central para la comprensión de la vejez³. El apego explica las diferencias individuales en el afrontamiento de las pérdidas inevitables, y revela mecanismos que subyacen a los sentimientos básicos de bienestar y satisfacción vital⁴. El apego, como señalan Van Assche et al.⁵, configura un marco heurístico importante para la comprensión del envejecimiento, debido a la influencia que tiene en la regulación emocional y en la adaptación inter e intrapersonal.

La teoría del apego ha dado lugar a investigaciones e intervenciones clínicas durante más de 50 años^{3,6-9}, proporcionando un marco para la comprensión de la respuesta emocional humana, la autorregulación, el afrontamiento y el ajuste social^{10,11}. El sistema de apego se ha asociado con un amplio rango de síntomas y patologías, así como con un incremento de la vulnerabilidad física y psicológica¹². En los primeros años de vida, la respuesta de apego se activa ante la percepción de peligro para la supervivencia, este apego primario se convierte en una estructura de reacción y adaptación psicológica que se mantendrá a lo largo de todo el ciclo vital¹³. Bowlby³, creador del constructo del apego, inauguró una línea de investigación que se ha comprobado válida para la descripción de los vínculos emocionales, las características de personalidad, las habilidades de afrontamiento, la satisfacción, la resiliencia y el desarrollo social, durante todo el ciclo vital^{4,9,10,14,15}. Según la teoría de apego¹⁶⁻¹⁸, las representaciones de uno mismo y de los demás, incluyendo actitudes, expectativas y emociones experimentadas, se construyen sobre las experiencias ocurridas en el pasado en función a la disponibilidad de las figuras de apego^{3,6}. Ainsworth⁶ clasificó las diferencias individuales en el apego, identificando el apego como seguro e inseguro, y este último, a su vez como evitativo y ansioso. Los diferentes estilos de apego reflejan las estrategias para organizar la presencia o ausencia de las figuras de referencia imprescindibles para la supervivencia. Esas respuestas iniciales crearán un sistema que se activará siempre que aparezca una situación percibida como amenazante durante todo el ciclo vital^{6,17,18}. Existen diferencias individuales entre un apego seguro, poco distorsionador de la realidad relacional, y los apegos inseguros⁶. Estos últimos pueden ser ansiosos o evitativos; los primeros han utilizado una estrategia de hiperactivación del sistema de apego, intentando controlar en todo momento la figura de referencia. Los apegos evitativos, al contrario, han optado por desactivar el sistema de apego como respuesta a las figuras de apego inaccesibles^{19,20}.

Bowlby destaca que el vínculo original construye en el sujeto el llamado «sistema de comportamiento del apego», llamado *working model* (WM)²¹⁻²³, un esquema organizado basado en la experiencia del yo y del entorno de cuidado. La investigación sobre esos modelos se basa en que las personas desarrollan un guion, sistema o prototipo (WM), que funcionará como un programa susceptible de ser aplicado a las relaciones que implican vínculos emocionales, demostrando estabilidad y relativa continuidad a lo largo del ciclo vital⁷. En la última década, se ha añadido a la investigación la identificación de los subsistemas psicofisiológicos, y los neurotransmisores y neuropéptidos implicados en las diferentes respuestas de apego²⁴⁻²⁶. Junto con los correlatos neuronales, se han identificado estructuras cerebrales y circuitos, cuya actividad y activación, podría corresponderse con los distintos tipos de apego planteados^{8,27}. Todos estos aspectos son de gran importancia para explicar la influencia del apego en la salud en general, y serían mucho más significativos para la salud de las personas mayores, manifestando la relación que existe entre las respuestas de apego y la enfermedad. Especialmente reveladores son los hallazgos que relacionan ciertos tipos de apego^{28,29}, con biomarcadores de inmunidad, dada la importancia de la respuesta inmunitaria en la vejez. Los apegos inseguros evitativos se relacionan con la presencia de niveles elevados de citocina proinflamatoria, interleucina-6 (IL-6), producidos en respuesta a los estresores interpersonales, y niveles

más bajos de células NK^{30,31}. En los apegos inseguros ansiosos, se destaca una producción elevada de cortisol y un menor número de células T, precursoras de las citocinas^{14,32}. La relación entre el apego, el funcionamiento del eje HPA, la inflamación, y el sistema inmunitario, es un área de investigación que ayudará a comprender los procesos biológicos subyacentes al vínculo del apego que están en la base de las respuestas inflamatorias y de reactividad del sistema inmune³³. Estos hallazgos mostrarían cómo los sujetos con apegos inseguros tienden a desarrollar con más facilidad problemas de salud. Este aspecto es de gran importancia en la vejez, dado que las respuestas debidas al apego presentan un carácter acumulativo con el tiempo, aumentando así la vulnerabilidad del sistema.

En el año 2004 se dedicaba un número monográfico al estudio del apego y la vejez, Magai y Consedine³⁴ abrían la publicación con una introducción en la que se afirmaba la escasez de trabajos en esta área, en comparación con los estudios de apego en la infancia o en la adultez. Shaver y Mikulincer¹⁵ presentaron los tópicos fundamentales en la investigación sobre el apego en la vejez. Se analizaban (a) el número de figuras en la jerarquía del apego y (b) la presencia de figuras simbólicas y religiosas como figuras de apego, c) la asociación entre el apego y la regulación emocional, y d) la tendencia de los mayores a volverse más seguros y evitativos que los más jóvenes, cambiando así la prevalencia en la tipología del apego. Se describía la posible falta de adecuación de los instrumentos de evaluación del apego en la vejez. Este problema remite a la existencia de métodos diferentes para la evaluación del apego, los comportamentales miden el apego adulto desde las relaciones o los afectos y cogniciones, mientras que el método representacional, evalúa mediante observación del apego en medidas directas. Dentro de la evaluación mediante cuestionarios, se encontraron aquellos que describen el apego en forma de categorías separadas, o los que lo consideran en una dimensión secuencial continua. Estos autores también destacan la necesidad de estudios longitudinales, para descifrar las conexiones causales halladas en los estudios transversales. En el año 2013, aparece una nueva revisión sistemática⁵, con las siguientes líneas preferentes de investigación: a) la disminución en el número de figuras de apego en la vejez; b) los apegos simbólicos, con especial importancia del apego a Dios, como figura de representación parental; c) la reducción de las respuestas de apego ansioso en la vejez, pero no de apego evitativo. Las líneas de trabajo coinciden en su mayoría con las de la revisión anterior, incluyendo la necesidad de investigación longitudinal y las dificultades debidas a los instrumentos de medida del constructo.

Una década más tarde parece interesante examinar cuáles son las aportaciones que nos ofrece la investigación en apego y vejez en los últimos años, analizándolos en perspectiva y en continuidad con lo obtenido en las revisiones anteriores.

Método

El objetivo general del presente trabajo es llevar a cabo una revisión sistemática sobre el estado actual de las investigaciones sobre apego en la vejez. En relación con los tópicos de las revisiones previas, planteamos los siguientes objetivos: a) análisis de la prevalencia de los diferentes tipos de apego; b) descripción de los principales instrumentos de evaluación del apego utilizados; c) tipo de participantes y tipo de estudio realizado; y d) relación del constructo apego con otras variables psicosociales y de salud, de las personas mayores.

Se realiza una revisión de la literatura siguiendo las directrices propuestas en el año 2021 por la declaración PRISMA de Page et al.³⁵ para búsquedas sistemáticas, que sustituye a la anterior del año 2009³⁶. La elección de este método se debe a la variedad de diseños, resultados, y medidas de apego usadas en los estudios, lo que hace que un metaanálisis cuantitativo no esté indicado³⁷.

Teniendo en cuenta el objetivo del presente estudio, se recurrió a los siguientes criterios de elegibilidad: a) artículos de revistas científicas, publicados entre los años 2010 y 2021, redactados en español, francés, alemán o en inglés; b) estudios empíricos sobre datos originales; c) que incluyan la variable del apego en su análisis; d) que se ocupen de la época de la vejez (edad mayor de 60 años). El periodo de recopilación de artículos se llevó a cabo en el tercer trimestre del año 2021, y se incluyeron artículos publicados desde enero del 2010 hasta junio del 2021.

La estrategia de búsqueda incluyó la consulta de las siguientes bases de datos: PsycInfo, PsycArticles, Scopus y Web of Science (WOS) (24/7/2021). Se acompañó de una búsqueda manual. Las palabras clave utilizadas fueron «*attachment theory*» or «*attachment style*» AND «*old age*» or «*elderly*» or «*aged people*» or «*older adults*» or «*seniors*» or «*geriatrics*», en el título y en el resumen de la publicación.

La búsqueda permitió identificar 200 documentos, después de eliminar duplicados. De ellos se excluyeron 147 por no aparecer el concepto de apego humano al que nos queremos remitir, refiriéndose los textos a apegos de otra índole, como apegos al lugar, al consumo, ciencias biológicas, procedimientos médicos etc. También se excluyeron aquellos trabajos que no ofrecían datos empíricos, y aquellos que, refiriéndose al apego, no lo hacían a la época de la vejez. Tras descartar duplicados se obtuvieron finalmente 25 trabajos.

Estas publicaciones, leídas en profundidad, se cribaron en función al cumplimiento de los criterios de inclusión descritos previamente. En esta fase se excluyeron ocho trabajos más, dos resultaron ser trabajos sin datos originales y de corte teórico, dos más eran trabajos con metodología cualitativa y caso único, uno, no se ajustaba a la población ni atendía al criterio principal de vejez. Excluimos también un trabajo de origen chino con datos insuficientes y otro de validación de un instrumento. Tras este proceso de cribado, se incluyeron 17 publicaciones como indica la siguiente figura (fig. 1).

Características de los estudios

Tal como se observa en la tabla 1, se examinaron 17 estudios con una muestra final de 7.118 mayores evaluados, una media de edad de 70,75 años, siendo la proporción de mujeres de 55,41%. Exceptuando tres artículos que se refieren a la misma muestra con un $n = 1.118^{38-40}$ y uno más, con una muestra⁴¹ extraída de internet, con $n = 1.566$, es importante señalar que seis de los estudios utilizan una muestra de menos de 100 sujetos, y dos más no llegan a los 150.

Se encontraron dos estudios longitudinales^{43,46}, siendo el resto estudios con metodología transversal. Sobre la muestra, relacionada con patologías previas encontramos en ocho artículos una muestra de población sin problemas de salud, en cinco de los trabajos se incluyen problemas médicos: población ingresada por diferentes patologías, enfermos crónicos, dolor, deterioro funcional por enfermedad, cáncer y enfermedades osteoartroclíticas. La depresión ocupa tres artículos y el trauma uno. Se encontraron 14 trabajos con muestras exclusivamente de mayores y tres con comparativas mayores/jóvenes. En los estudios que realizan una comparación entre estas edades mayores/jóvenes hemos tomado como referencia las puntuaciones de los primeros. En cuanto a la variable de género, se obtiene un estudio solamente de hombres y dos de mujeres, con una proporción ligeramente mayor en estas últimas. En el resto de los trabajos la representatividad de ambos géneros es equilibrada.

La mayoría utilizan instrumentos de medida comportamentales y de tipo secuencial (Experiences in Close Relationships [ECR], Relationship Questionnaire [RQ]), y solamente podemos establecer la tipología del apego en términos comparativos de población general en ocho, de los 17 artículos.

Resultados

A continuación, se presenta una tabla sobre los resultados de los estudios de la revisión sistemática sobre apego y vejez.

Análisis de la prevalencia de los diferentes tipos de apego

Todos los artículos coinciden en una mayor frecuencia de apego evitativo en muestras de personas mayores. Pero no podemos saber si es por un tema longitudinal o simplemente por una cuestión del tipo de muestra utilizada. Mientras que en los estudios en población joven o de mediana edad, el apego evitativo no supera 25%⁵⁴⁻⁵⁶, en la población mayor este apego está en torno a 37%^{45,52}. En los artículos que diferencian distintos tipos de apego, es el apego evitativo el que define a una mayor cantidad de sujetos mayores^{38,40,52}. El apego ansioso o apego preocupado sería menos frecuente en muestras de personas mayores, en las que suele ocupar en torno a 15-20%. En los artículos revisados, la muestra que obtiene un mayor resultado en este apego es de 14%⁴⁹, seguido por 8%⁴⁵. En el resto de los artículos, este tipo de apego se encuentra entre 1 y 4%, siendo en algún trabajo incluso inferior⁴⁰.

Las respuestas de apego seguro son más frecuentes en la vejez, excepto en tres artículos, que sitúan la proporción de mayores con apego seguro en 36,7%⁴⁵, 13%³⁸, y 17,4%⁴⁰. En los dos últimos trabajos, la población evaluada procede de diferentes razas y culturas, pudiendo ser esta la razón de unos resultados tan alejados de los comúnmente obtenidos, sin que los autores expliquen posibles causas para esta discrepancia.

Descripción de los principales instrumentos de evaluación del apego utilizados

La gran mayoría de nuestros trabajos (15) presentan los instrumentos para la evaluación del apego desde una aproximación comportamental. Las pruebas más utilizadas son el ECR, ECR-R, y el ECR de Brennan y Shaver, en su versión abreviada⁵⁷. Esta prueba es utilizada en siete de los 17 trabajos analizados, sus dos versiones son consideradas equivalentes por sus autores, al proceder del mismo banco de ítems⁵⁸. El ECR evalúa el apego ansioso y evitativo en dos dimensiones continuas. El artículo, que revisa longitudinalmente el apego en prisioneros de guerra⁵⁹, utiliza una escala denominada: *10 items scale*, creada por Mikulincer et al. en 1990¹⁰, los cuales adaptaron el cuestionario original de Hazan y Shaver (1987)⁵⁵ a una descripción de 10 ítems que, según sus autores, coinciden con los descritos por Brennan et al.⁵⁷ Por sus características dimensionales y su parecido con la original, se puede situar en este apartado de evaluación comportamental. La prueba denominada *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ)^{60,61} es utilizada en nuestra revisión en cuatro artículos. Se trata de un cuestionario de 30 ítems que evalúa en una escala continua cuatro dimensiones del apego: seguro, temeroso, desvalorizador y preocupado. El *Adult Attachment Prototype Rating* (AAPR) de Kirchmann, originariamente Pilkonis (1988), es utilizado en uno de los trabajos. Maneja la llamada perspectiva de prototipos para evaluar el apego en adultos (evitativo/rechazante; preocupado). Se trata de una tercera vía alternativa a los modelos representacional y comportamental.

Por otro lado, los cuestionarios para la medida del apego distinguen entre la dimensión continua y categórica o dimensional. Mientras que todas las medidas representacionales son categóricas, las procedentes de la perspectiva comportamental pueden ser de ambos tipos. Se encontraron en nuestro análisis dos artículos que utilizan el *Relationship Questionnaire* (RQ)⁶² como medida categórica. Se trata de un cuestionario con cuatro ítems, que describe el apego en cuatro dimensiones: seguro, temeroso, desvalorizador y preocupado. En nuestro análisis utilizan instrumentos categóricos

Tabla 1

Resumen de las características principales de los estudios de la revisión sistemática sobre apego y vejez

Referencia	Características muestra	Instrumentos Evaluación	Tipos de apego evaluado	Objetivos (O) y resultados (R)
Gur-Yaish, 2020 ⁴²	n = 387 Edad: 65-98 a Edad media: 75,4 Hombres: 60%	<i>Experience in Close Re Revised</i> (ECR-R) (Fraley et al., 2000) ICHOA; (Gur-Yaish et al., 2012). HADS; (Zigmond & Snaith, 1983)	Apego ansioso. (M = 3,2, SD = 1,5) Apego evitativo. (M = 9,2, SD = 3,8) Correlación. No ofrece datos porcentuales Apego ansioso (t = -2,47, p = 0,01) Apego evitativo (t = -2,17, p = 0,03)	O: Investigar si la orientación al apego en los adultos mayores modera la relación entre el nivel de síntomas depresivos, habitualmente importantes en mayores ingresados, y la cantidad de apoyo informal en el ámbito hospitalario R: Existe relación entre el tipo de apego y el nivel de depresión en mayores hospitalizados. Los resultados explican la importancia del apego en contextos de salud y recomiendan evaluarlo para valorar el riesgo depresivo y el apoyo informal insuficiente
Bachem, 2018 ⁴³	(T4) n = 101 veteranos (2015) Edad: 59-80 Edad media: 65,1 Hombres: 100% Veteranos de guerra judíos, evaluados en 1991 (T1), 2003 (T2), 2008 (T3) y 2015 (T4) (estudio longitudinal)	<i>10-item Scale</i> desarrollada por Mikulincer, Florian, and Tolmacz (1990) <i>PTSD Inventory</i> (Solomon et al., 1993).	Apego ansioso (M = 3,2, SD = 1,5) Apego evitativo (M = 9,2, SD = 3,8)	O: Revelar las trayectorias latentes de apego inseguro entre mayores supervivientes de eventos traumáticos, examinando la evolución del apego en mayores con traumas de guerra y sus consecuencias (estrés posttraumático) a través de un estudio longitudinal R: Dos terceras partes mostraron cambios significativos en los apegos inseguros. En contra de la hipótesis, se observó una disminución en el 30,5%, en el apego evitativo, el 25% siguió una trayectoria en forma de U inversa y el 43,7% mostró una trayectoria estable. Respecto al apego ansioso, en el 68,2% disminuyó levemente, mientras que el 31,8% de los participantes tuvieron una trayectoria estable
Cao, 2018 ⁴⁴	n = 40. Edad: 60-77 a Edad media: 64,6 Hombres: 27,5% n = 37 Edad 19-27 Edad media: 22,4 Hombres: 21,6%	<i>Relationship Questionnaire (RQ)</i> (Bartholomew & Horowitz, 1991). <i>Mini-Mental S Status Examination</i> (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) <i>Autobiographical Interview (AI)</i>	Mayores Seguro = 22 (55%) Inseguro = 18 (45%) Jóvenes Seguro = 15 (40,5%) Inseguro = 22 (59,5%)	O: Investigar la asociación entre el apego y la especificidad de la memoria episódica respecto a recuerdos relevantes e irrelevantes en adultos jóvenes y mayores. R: Los resultados mostraron que en todos los grupos de edad las personas seguras generaban más detalles internos y menos detalles externos en las tareas relevantes para el apego, en comparación con las tareas irrelevantes. Estas diferencias no se observaron en individuos inseguros. Los hallazgos respaldan la CESH (<i>constructive episodic simulation hypothesis</i>) y brindan una nueva perspectiva para comprender la función de los IWM (<i>internal working models</i>) para conectar pasado y futuro a través de la memoria episódica, respecto a las interacciones sociales relevantes para el apego
Spence, 2018 ⁴⁵	n = 79 Edad: 50-83 a Edad media: 64,36 Mujeres = 100%	<i>Attachment Style Interview</i> (Bifulco et al., 2002) <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV SCID</i> (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994)	Apego Seguro = 29 (36,7%) Apego Inseguro = 50 (63,3%) Apego ansioso: 6 (16%) Apego evitativo: 29 (48%)	O: Investigar la asociación entre el apego, la soledad y la depresión en mujeres mayores R: El estilo de apego se relacionó significativamente con el aislamiento social y la soledad. Los adultos con apego inseguro tendían a estar más aislados y solitarios, y eran más propensos a tener escaso apoyo social. Solo aquellos con estilo ansioso no informaron tener un apoyo social más pobre que aquellos con apego seguro. Los estilos evitativos, eran significativamente más propensos a estar aislados, con sentimientos de soledad y mayor tasa de problemas de salud mental (<i>apego rechazante</i>). El apego inseguro demuestra ser un factor de vulnerabilidad en la vejez

Tabla 1
(continuación)

Thauvoye, 2018 ⁴⁶	n = 329 Edad: 65-99 Edad media: 86 Mujeres = 70,6% Viudas, 79,1% 70,9 había tenido una pérdida importante en los cinco años anteriores	<i>Attachment to God</i> . Granqvist et al. (2012) <i>Geriatric Depression Scale. GDS-8</i> Estudio longitudinal	Apego ansioso a Dios Apego evitativo a Dios Evitativo 13,37 Ansioso 2,64 <i>Anxious attachment to God</i> M, 1,59; SD 0,67 (t = -0,97, p = 0,332) <i>Avoidant attachment to God</i> M, 1,68; SD 0,66 (t = -1,08, p = 0,281)	O: Se investiga la relación prospectiva entre los apegos inseguros, ansioso y evitativo, y los sentimientos depresivos en un estudio longitudinal. R: Los resultados confirman que los apegos inseguros a Dios están claramente relacionados con los sentimientos depresivos, pero que esta relación no está moderada por una experiencia de pérdida. Los resultados también muestran que los sentimientos depresivos predicen el apego inseguro a Dios, en lugar de ser al revés.
Brenk-Franz, 2017 ⁴⁷	n = 219 Edad: 50-85 Edad media: 66,4 Hombres = 56,6% Casados = 72,1 Viudos = 15,6	- <i>The Experience of Close Relationships</i> - <i>short form ECR-RD12</i> - <i>Self-management questionnaire</i> (FERUS26) - <i>Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics. The CIRS-G</i> - <i>Patient Reaction Assessment (PRA)</i>	-Apego ansioso -Apego Evitativo (ansioso) mín. 1, máx. 6,2, mean 2,3, SD 1,4 (evitativo) mín 1, máx. 7, mean 1,9, SD 1,3 -Correlación, no ofrece datos porcentuales -Apego ansioso -Apego evitativo para esposos: Apego ansioso: 0,77 (M = 2,36, SD = 1,03) Apego evitativo: 0,79 (M = 2,46, SD = 0,96) Para enfermos: Apego ansioso: 0,82 (M = 2,33, SD = 1,02) Apego evitativo: 0,61 (M = 2,34, SD = 1,03) Correlación, no ofrece datos porcentuales	O: Se investiga como el apego medio la relación entre (la predisposición) el paciente y el proveedor de servicios, en personas con múltiples enfermedades crónicas en atención primaria. R: Los resultados de los análisis apoyaron la hipótesis de que la relación paciente-proveedor, media la relación entre el apego del adulto y el autocuidado en pacientes con multimorbilidad, particularmente la calidad de la comunicación y la información. El apego influye en los autocuidados y, por lo tanto, en la salud.
Monin, 2014 ⁵	n = 154. 77 parejas (con osteoartritis, dolor de espalda, etc.) Edad: 50-85 Edad media hombres: 65,90 Edad media mujeres: 64,81	<i>Experiences in Close Relationships Scale-29 items</i> (Brennan et al., 1998) <i>Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D)</i> <i>Wallace Marital Adjustment Test (MAT)</i>	Apego ansioso a Dios M: 36,96, SD: 13,35 Apego evitativo a Dios M: 34,12, SD: 11,62	O: Análisis del apego, satisfacción marital y síntomas depresivos en mayores con enfermedades mulculoesqueléticas, buscando los factores de resiliencia a la enfermedad y al dolor. R: Los resultados revelaron que cuando uno o ambos miembros de la pareja tenían un vínculo inseguro, ambos informaban de mayores síntomas depresivos y menor satisfacción. Los hallazgos tienen implicaciones para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud psicológica de las parejas que enfrentan el dolor, ya que el apego guía la regulación emocional del estrés cuando hay dolor. El apego ansioso se asocia con más síntomas depresivos en ambos, pero más en la persona enferma, con menor satisfacción marital. Esto último también sucede en apego evitativo
Homan, 2014 ⁴⁸	n = 106 Edad: 68-83 Edad media: 75,3 Hombres = 37%	- <i>The Attachment to God Inventory</i> (AGI; Beck and -McDonald, 2004) -Escala bienestar -18 items (Ryff and Keyes, 1995)	Apego ansioso a Dios M: 36,96, SD: 13,35 Apego evitativo a Dios M: 34,12, SD: 11,62	O: Este estudio quiere probar la hipótesis de si el apego seguro a Dios se asocia con bienestar psicológico en la vejez, evaluado a través de las relaciones positivas con los otros, autoaceptación, control ambiental y crecimiento personal. R: Los resultados afirman la hipótesis de que un apego seguro a Dios muestra una relación positiva con los cuatro indicadores propuestos
Kirchmann 2013 ⁴⁹	n = 81 Edad: 69-73 Edad media: 70,6 Hombres = 45,67%	- AAPR entrevista (Kirchmann at al., 2007) -CIRS-G. - <i>TenFlex self-report coping instrument</i> (Brandtstädter & Renner, 1990) - <i>Life Satisfaction Index (LSI)</i> , Wiendieck (1970)	-Apego seguro (59%) -Apego ansioso (14%) -Apego evitativo. (27%)	O: Este estudio investiga la asociación entre el apego y la satisfacción vital en mayores, independientemente de variables sociodemográficas, estado médico, y pérdida de estrategias de afrontamiento R: Se encuentra una robusta asociación entre apego seguro y satisfacción vital. En pacientes seguros, el estado médico influye poco en la disminución de satisfacción, mostrando además mejores habilidades para enfrentar las quejas físicas.

Tabla 1
(continuación)

Chopik, 2013 ⁴¹	n = 86.555 (<i>internet responders</i>). Edad: 18-70 Edad media: 30,70 Hombres = 28,2% Edad: 60-70 a n = 1.566 Edad media: 70,6	- <i>Experiences in Close Relationships Revised</i> (ECR-R); 20 ítems (Fraley, Waller, & Brennan, 2000),	-Apego ansioso -Apego evitativo Ansiedad 3,23 Evitación 3,06 (mayores) (puntuación 0-7) Correlación, no ofrece datos porcentuales	O: El propósito de este estudio fue proporcionar una imagen más completa de las diferencias entre apego ansioso y evitativo relacionados con la edad. R: El apego ansioso fue más alto entre los adultos más jóvenes, y más bajo entre los adultos de mediana edad y mayores. El apego evitativo mostró diferencias de edad menos extremas, pero fue mayor entre los adultos de mediana edad y más baja entre los adultos jóvenes y mayores. Las personas en pareja informaron de niveles más bajos de ansiedad y evitación. Las mujeres también informaron una ansiedad y evitación levemente mayor
Consedine, 2013 ³⁹	n = 1.118 Edad: 65-86 Edad media: 70,6 Hombres = 45,67% (extraído del estudio <i>Brooklyn Older Adults Study</i> (BOAS) 1996-1999)	- <i>Relationship Scales Questionnaire</i> (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994) -(CARE) - <i>Differential Emotions Scale, Version-III</i> (DES-III)	-Apego seguro -Apego ansioso -Apego evitativo Correlación, no ofrece datos porcentuales	O: Este artículo investiga cómo el apego predijo síntomas y deterioro funcional en relación con los roles mediadores de afecto positivo (PA) y afecto negativo (NA). R: Como se esperaba, el apego evitativo, predice la mayor sintomatología. El apego inseguro predice mayor deterioro funcional
Consedine, 2012 ³⁸	n = 1.204 Edad: 50-70 Edad media: 59,5 Hombres = 45,67%	<i>Relationship Scales Q RSQ</i> (Griffin & Bartholomew, 1994) <i>State-Trait Personality Inventory</i> (Spielberger, 1986) <i>Present Personality Questionnaire</i> (PPQ)	-Apego seguro 13% -Apego evitativo 80% -Apego ansioso 7%	O: Este trabajo examina la relación entre apego, rasgos emocionales y emoción expresada en una muestra de mujeres. R: Los diferentes apegos predijeron diferentes patrones emocionales. El apego preocupado y evitativo correlacionaba con mayor ansiedad e ira, pero el preocupado predijo además una menor expresión del miedo; mientras que el evitativo anunció una mayor expresión de miedo y una mayor abstinencia de la ira. El apego seguro señaló menos expresión de miedo y de ira
Gillath, 2011 ⁵⁰	n = 26 Edad: 58-85 Edad media: 72,8 Hombres = 42,30% (cuidadores de su pareja en los últimos seis meses) n = 74 Edad: 18-25 Edad media: 19,1 Hombres = 44,59% (en transición hacia el <i>College</i> en los últimos seis meses)	<i>Network Management</i> - <i>Experience in Close Relationships Inventory</i> (ECR) (Brennan, Clark, & Shaver, 1998) -(NMI); Gillath & Selcuk, (2008) -(SIN) (Treadwell, Leach, & Stein, 1993) -(CES-D)	-Apego evitativo -Apego ansioso. Correlación, no ofrece datos porcentuales	O: Se plantea la relación entre el manejo de la red social, el estilo de apego y los síntomas depresivos. R: Los hallazgos enfatizan la influencia del estilo de apego y las habilidades para crear redes en la salud mental, en general, y en la vejez, de forma particular. Los mayores con apego seguro mantienen sus redes y tienen bajos niveles de depresión. La depresión está asociada con el apego y con la red, pero no con la edad

Tabla 1
(continuación)

Fiori, 2011 ⁴⁰	n = 1.118 Edad: 65-86 Edad media: 73,8 Hombres = 38,5%	<i>Relationship Scales Questionnaire</i> (RSQ; Griffin & Bartholomew 1994)	-Apego seguro (17,4%) -Evitativo (81%), -Preocupado (1,5%) Depresión en jóvenes: 36%	O: Se examinan los diferentes tipos de apego relacionados con el tamaño de la red familiar y no familiar. R: Los análisis revelan que las asociaciones entre el apego y el tamaño de la red eran más fuertes y más claramente evidentes en la red no familiar. El apego seguro tenía un mayor tamaño de la red social y mayor reciprocidad. El apego evitativo se asoció con redes no familiares más pequeñas. El apego puede ayudar a explicar las variaciones en el funcionamiento de la red social en la vejez O: El estudio quiere comprobar si los enfermos mayores con cáncer tienen menos estrés y depresión que los más jóvenes, utilizando como elementos de mediación que expliquen la diferencia, el apego seguro y la espiritualidad R: La edad se asocia negativamente con la depresión y positivamente con el bienestar espiritual y el apego seguro, controlando las variables de síntomas y dolor. El efecto de la edad sobre la depresión estaba totalmente mediado por la seguridad del apego y el bienestar espiritual
Lo, 2010 ⁵¹	n = 342 Edad: 21-88 Mayores 60 años el 57% Hombres = 43% n = 342 57% mayores de 60 años	- <i>ECR Scale</i> (Lo et al., 2009) 36-item <i>Modified</i> -BDI-II -FACIT-Sp (Peterman et al., 2002) <i>The Memorial Symptom Assessment Scale</i> (Portenoy et al., 1994) <i>Brief Pain Inventory-Short Form</i> (Cleeland 1989)	Apego ansioso (61 años) 2,4 (21 años) 1,0 (88 años) 6,2 Apego evitativo (61 años) 3,1 (21 años) 1,1 (88 años) 6,3 Depresión en jóvenes: 36% En mayores: 22% -Apego seguro (50%) -Apego evitativo (37,5%) -Apego preocupado (12,5%)	O: Este estudio investiga los cambios en el número y tipología de las figuras de apego en las redes de apoyo en mayores R: Los ancianos tenían redes de apego más pequeñas que los adultos más jóvenes; las mujeres y los casados tenían redes más amplias. La naturaleza y las identidades de las figuras de apego cambiaron hacia los seres queridos fallecidos y hacia Dios. Los ancianos tenían menos apegos reales, pero una mayor variedad de figuras de apego. Los viudos tenían una mayor proporción de estilos de apego evitativos. Los resultados sugieren que las figuras de apego son necesarias para una máxima adaptación en la vejez
Cicirelli, 2010 ⁵²	n = 80 Edad: 60-99 Edad media: 77,8 Hombres = 45,67%	<i>The Relationship Scales Questionnaire</i> (RSQ; Bartholomew & Horowitz, 1991)	-Apego seguro (50%) -Apego evitativo (37,5%) -Apego preocupado (12,5%)	O: Este estudio explora la relación entre apego, edadismo y calidad de vida en mayores R: El estudio demuestra la relevancia de la teoría del apego y la calidad de vida, para comprender las actitudes de los ancianos hacia sí mismos y hacia personas de su entorno. Los apegos seguros demostraron menos autoedadismo y mejor calidad de vida que los ancianos inseguros. Además, estos predijeron más autoedadismo y menos calidad de vida. El edadismo es más común en mayores con apegos inseguros, que informan también de una menor calidad de vida
Bodner, 2010 ⁵³	n = 94 Edad: 64-85 Edad media: 73,20 Hombres = 47,8%	- <i>Experiences in Close Relationships Scale</i> (ECR) - <i>Fraboni Scale of Ageism</i> (FSA) - <i>SF-36 Health Status Scale</i>	-Apego evitativo -Apego ansioso -Correlación, no ofrece datos porcentuales	O: Este estudio explora la relación entre apego, edadismo y calidad de vida en mayores R: El estudio demuestra la relevancia de la teoría del apego y la calidad de vida, para comprender las actitudes de los ancianos hacia sí mismos y hacia personas de su entorno. Los apegos seguros demostraron menos autoedadismo y mejor calidad de vida que los ancianos inseguros. Además, estos predijeron más autoedadismo y menos calidad de vida. El edadismo es más común en mayores con apegos inseguros, que informan también de una menor calidad de vida

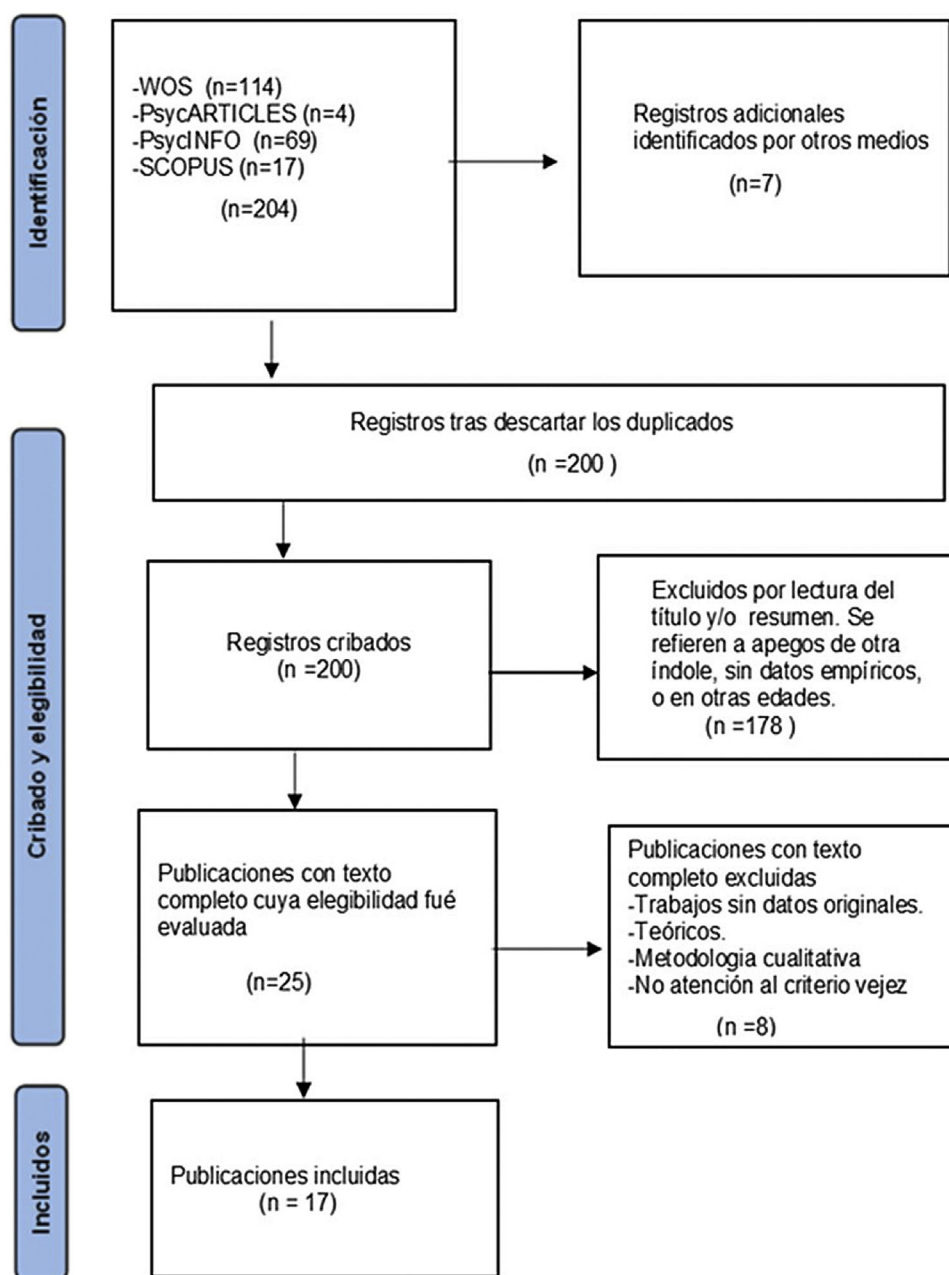


Figura 1. Procedimiento de selección de artículos para la revisión bibliográfica PRISMA 2020.

tres artículos^{44,49}, el resto de los trabajos pertenecería a la categoría de medida continua.

Tipo de participantes y tipo de estudio realizado

Respecto a las características de la muestra, es importante señalar que la mayoría utilizan muestras reducidas, con excepción de tres trabajos^{38–40}, seis de los artículos, utilizan muestras de menos de 100 sujetos, y dos tienen una muestra de 101^{43,48}.

Los participantes mayores tienen una media de edad de 70,75 años. Los artículos que presentan un análisis comparativo entre muestras de mayores y jóvenes con metodología transversal, son tres, los datos que se han utilizado son los de los mayores Contamos, en esta revisión, con la presencia de dos estudios longitudinales^{27,42}.

Bachem et al.⁴³ presentan uno de los dos artículos de metodología longitudinal de la revisión. En este trabajo analizan las

trayectorias del apego inseguro, encontrando cambios significativos en una muestra de soldados veteranos apresados en la guerra Yom Kippur en 1973. Esta muestra es evaluada en cuatro momentos (1991, 2003, 2008 y 2015) encontrándose tres trayectorias diferentes en la respuesta de evitación, y dos en la de ansiedad, una vez se asocian a esta evolución los factores de estrés postraumático, soledad y experiencias de humillación en cautividad. Por último, señalar un estudio sobre la prevalencia del apego en diferentes tramos de edad, Chopik et al.⁴¹ destacan la disminución del apego ansioso y el aumento de apego evitativo en la vejez, como señalaban trabajos anteriores^{55,56,63–65}.

Los resultados obtenidos en función a la sintomatología médica se refieren a la presencia del dolor (crónico, osteoartritis o cáncer), a ingresos por enfermedad en recursos hospitalarios, problemas ligados a la enfermedad crónica, o deterioro funcional. Aparece, como un importante tópico de investigación, la enfermedad depresiva, y también un trabajo sobre trauma. La variable de género

está equilibrada, y el número total de sujetos, que incluyen las muestras de los diferentes trabajos, asciende a 7.118 mayores.

Relación del constructo apego con otras variables psicosociales y de salud de las personas mayores

Los contenidos que aparecen en esta revisión son de una aparente disparidad temática que, al igual que en las revisiones anteriores, es importante organizar. El apego está ligado a una significativa variedad de procesos psicológicos en la vejez, por ello es habitual que este constructo funcione como variable explicativa en diferentes áreas.

En una organización temática, imprescindible para describir los ámbitos de estudio, encontramos en primer lugar, aquellos que relacionan las tipologías del apego con la depresión. Los estudios clásicos que vinculan el apego inseguro con la depresión⁶⁶⁻⁶⁸ tienen continuidad en esta revisión referidos a la vejez^{42,45,50,51,69}. Más de la mitad de los trabajos (10) se ocupan de uno u otro modo de la depresión, relacionando esta patología con la presencia de algún tipo de apego característico. También encontramos los artículos que relacionan las tipologías de apego con la satisfacción vital⁴⁹, el bienestar⁴⁸, las emociones positivas^{2,39,51} o la calidad de vida⁵³. Todos estos aspectos emocionales resultan protectores de la sintomatología depresiva, y están describiendo una ausencia del trastorno. Esta variable de depresión, o sus contrarias de satisfacción vital y bienestar, se relacionan a su vez con el apoyo informal⁴², la soledad⁴⁵, la satisfacción marital⁵⁰, las enfermedades⁵¹, o el apego a Dios⁴⁶. En todos estos procesos el apego se manifiesta como una variable mediadora. Todos los trabajos relacionan el apego seguro con el bienestar y la satisfacción vital, y la depresión y el aislamiento social, con el apego inseguro.

Encontramos cinco artículos que se ocupan de la enfermedad física relacionada con los tipos de apego. Los contenidos serían: la necesidad de apoyo informal en el hospital⁴², la capacidad de proveerse autocuidados en enfermedades crónicas⁴⁷, y la relación del apego con el deterioro funcional³⁹. Respecto a la necesidad de apoyo en hospitalizados, el apego funciona como un mediador que regula el riesgo de depresión por percepción de apoyo insuficiente. En los enfermos crónicos, la capacidad para proveerse autocuidados influye de forma determinante en el pronóstico y en la supervivencia. Se encuentra que el apego modera la relación entre el paciente y el proveedor de cuidados, en las variables de calidad de la comunicación y de información, demostrando que el apego influye de forma determinante en la capacidad de auto cuidarse, y por lo tanto, en la promoción de la salud⁴².

Existe una fuerte asociación entre un apego seguro y la presencia de mejores habilidades para enfrentar las quejas físicas, el dolor y la enfermedad⁴⁹. Se aprecia que el estado médico no influye de forma determinante, sino que es la variable de apego la que se encuentra más claramente relacionada con la satisfacción vital. Esta misma asociación aparece en un estudio sobre cáncer terminal en distintos grupos de edad, encontrándose que el apego y la espiritualidad, configuran dos variables directamente mediadoras en el afrontamiento de la enfermedad⁵¹.

Otra área de contenidos se refiere a la relación entre el apego y la soledad, cuatro trabajos se ocupan de esta temática, de los cuales tres, evalúan el tipo, tamaño e influencia de la red social en los diferentes tipos de apego. En el primero, Gillath et al.⁵⁰ encuentran que los mayores con apego seguro mantienen sus redes, y por ello tienen bajos niveles de depresión. La depresión en esta muestra aparece asociada con el apego y con la de la red social, pero no con la edad. Estos hallazgos enfatizan la importancia de los estilos de apego para la creación de redes sociales, siendo la amplitud de dichas redes, una variable protectora de la salud mental en la vejez.

Un último trabajo evalúa el apego, la soledad y la depresión en mujeres mayores. Spence et al.⁴⁵ encuentran que el estilo de

apego se relacionaba significativamente con el aislamiento social y los sentimientos de soledad. Los apegos ansiosos no tenían un apoyo social más pobre, pero sí los apegos evitativos, propensos al aislamiento y a tener una mayor probabilidad de desarrollar problemas emocionales. Por todo ello concluyen que el apego inseguro se convierte en un factor de vulnerabilidad en la vejez.

Discusión

La revisión de la década anterior sobre esta temática describía 13 artículos, mientras que en la actualidad se contabilizan 17 artículos⁷⁰⁻⁷⁴. Se objetiva una ausencia de publicaciones en español. Aparece una gran heterogeneidad respecto a los instrumentos de medida. Debido a esta disparidad de criterios, instrumentos y perspectivas, los estudios de prevalencia muestran datos porcentuales y tasas de prevalencia que pueden admitir cierta discusión.

Análisis de la prevalencia de los diferentes tipos de apego

La prevalencia de los tipos de apego en la vejez es muy importante, porque explica su estabilidad o inestabilidad a través del ciclo vital, afectando a la descripción general del constructo del apego humano. Si la vejez implica la vivencia de tipos de apego distintos a los de otros momentos vitales, esas características diferenciales influirán de forma determinante en el bienestar y en la adaptación de los mayores, ya que el apego es un elemento mediador de la regulación emocional. La propia teoría del apego ha de delimitar cuáles son las causas que producen la discontinuidad de la respuesta de apego para los mayores, en una perspectiva de ciclo vital. Algunas hipótesis que se manejan son las que explican el descenso de la reactividad de los mecanismos emocionales básicos y las que conectan con la teoría de la selectividad socioemocional⁷⁴.

En la vejez se presenta un mayor apego evitativo y una menor frecuencia del apego ansioso. Sería importante profundizar en esta información, ya que la presencia de apego evitativo nos remite a un modo de regulación emocional en la vejez mediante el aislamiento social. Sería interesante considerar si el modo de vida impuesto a los mayores, al margen de sus núcleos familiares, aumenta este tipo de apego, o se trata de una desactivación emocional debido a otras razones, evolutivas o psicofisiológicas.

El apego seguro es más frecuente en la vejez respecto a otras épocas de la vida, en esto coinciden la mayoría de los trabajos revisados. Si el apego seguro aumenta, tendríamos que tener en cuenta que los mayores serían más capaces de regular emocionalmente su realidad. Esto significaría un poderoso aprendizaje vital consistente con la experiencia de vivir, y conllevaría un aumento de las características de resiliencia en la vejez.

Descripción de los principales instrumentos de apego utilizados

De las dos perspectivas de medida del apego en esta última década, apenas están representados los instrumentos de tipo representacional, mucho más costosos en tiempo, y habitualmente utilizados para abordar muestras pequeñas. Todos los trabajos excepto uno⁴⁵, evalúan el apego desde la perspectiva comportamental. La medida comportamental del constructo del apego, aunque correcta en sus características psicométricas, incluye un sesgo conceptual que es necesario tener en cuenta al interpretar sus resultados. Al alejarse de las medidas directas y observacionales y evaluar el apego desde su desempeño relacional (afectos, conductas y cogniciones) en la época adulta, pueden existir ciertas desviaciones respecto al concepto original del apego. El instrumento denominado ECR, con sus diferentes versiones parece, el más recomendado para la medida del apego adulto. Se afirma la

validez de los dos factores que presenta la prueba, ansiedad y evitación, como dimensiones fundamentales. Las críticas a esta prueba se dirigen fundamentalmente a su ajuste factorial y a la dimensión de apego evitativo, en la que parecen subyacer otras variables⁷⁵⁻⁷⁷.

Sobre las dimensiones categorial y secuencial³⁰, los resultados más actuales y representativos indican que la variación en los patrones de apego es en gran medida continua o secuencial, no categórica. Los trabajos de esta revisión pertenecen mayoritariamente a la forma de medida secuencial, más acorde con los descubrimientos de cómo se comporta la respuesta de apego^{78,79}.

Sobre los instrumentos de medida, hemos de señalar que la utilización de tantas pruebas diferentes, con el agravante de la pertenencia a conceptualizaciones distintas, es una de las críticas metodológicas habituales en la investigación del apego. En nuestra revisión la perspectiva comportamental es mayoritaria, unificando de ese modo los instrumentos utilizados en la última década para la evaluación del apego en la vejez. Por otra parte, frente a la presencia de múltiples instrumentos de medida, aparece en cada artículo una descripción psicométrica del comportamiento de la prueba, con datos suficientes para permitir la valoración crítica del artículo y su replicabilidad.

Tipo de participantes y tipo de estudio realizado

La presencia de estas muestras reducidas en casi la mitad de los artículos haría necesaria una replicación de los trabajos con muestras más amplias. Esta misma cuestión surge para las afirmaciones de las diferentes condiciones de salud, poco avaladas por las muestras reducidas, especialmente sobre depresión, ansiedad y dolor crónico.

El problema metodológicamente más importante es el planteado por la inexistencia de diseños longitudinales. Contamos con dos estudios de este tipo^{46,59}, lo cual reproduce la problemática señalada en otras revisiones. La dificultad para realizar estos estudios, junto con las dificultades de replicabilidad, suponen una limitación para realizar cualquier aseveración relativa a la estabilidad del constructo durante el ciclo vital. Este problema afecta especialmente a las conclusiones sobre cómo se comporta el apego durante la vejez.

Relación del constructo apego con otras variables psicosociales y de salud de las personas mayores

En una comparativa respecto a las revisiones previas, se observa un cambio en las temáticas que se plantearon entonces^{5,34}. La recomendación de que se realizaran más estudios longitudinales no ha sido atendida, encontrándose solamente dos trabajos de este tipo, uno relativo al apego a Dios en una muestra de mayores⁴⁶ y otro de seguimiento de prisioneros de guerra⁵⁹. Un solo artículo⁵³ se ocupa del número y jerarquías del apego, que es una de las categorías sugeridas en las anteriores revisiones. En su lugar, surgen trabajos sobre las redes sociales de apoyo, las tipologías del apego y su relación con el bienestar o la patología^{40,45,50}. Sobre la presencia de figuras simbólicas y religiosas como imágenes de apego, no aparece ningún trabajo exploratorio como en las anteriores revisiones. Ahora se parte de la existencia de los apegos simbólicos ligados al bienestar en mayores y se desarrollan evaluaciones específicas para estos apegos^{46,48}. Se han abandonado los trabajos de exploración sobre la propia teoría, para investigar la relación del apego con las enfermedades propias de la edad y con situaciones habitualmente experimentadas por los mayores. Se destacan las de asilo y hospitalización⁴², observando que las necesidades que aparecen en esos ambientes hospitalarios están modeladas por el apego, así como lo está la capacidad para los autocuidados en los enfermos mayores crónicos⁴⁷.

No se señala el aspecto de la regulación emocional y el apego, como objetivo general de ninguno de los trabajos, pero la mayoría de ellos se refieren al bienestar o a la psicopatología depresiva, lo cual nos remite a las variables subyacentes de regulación emocional^{38,45,69}. En esta última década, las temáticas nos presentan mayoritariamente las relaciones del apego con la depresión, el bienestar, y con la satisfacción vital. El apego se investiga como elemento mediador en las vivencias de aislamiento, y en relación con los déficits de la red social, con las consecuencias que esto supone para la salud física y psicológica^{40,50,69}. Se señala que no es la edad el elemento implicado en la depresión, sino el aislamiento, modulado a su vez por el tipo de apego. En todos los trabajos se encuentra una asociación positiva entre el apego seguro y el bienestar o satisfacción vital, y una relación negativa entre los apegos inseguros y la depresión. Por todo ello, se podría afirmar que el apego inseguro es un factor de riesgo para la depresión en mayores, mientras que los apegos seguros se demuestran protectores de la salud emocional, del bienestar y de la satisfacción vital.

Intervenir en el apego sería más interesante que hacerlo en otras variables comúnmente consideradas como preventivas de la depresión en mayores, por su carácter primario como promotor de vínculos. Fiori et al.⁴⁰ describen como el apego seguro está unido con un mayor tamaño de la red y con una mayor percepción de reciprocidad en las relaciones sociales. El apego evitativo, sin embargo, se asoció con redes no familiares más pequeñas, siendo la red social no familiar la que está más relacionada con la descripción de los diferentes apegos. La importancia de la red social en número y tipología es analizada por Cicirelli⁵², afirmando que las redes cambian a lo largo de la vida, y los ancianos tienen redes más pequeñas en número de miembros. Sin embargo, en la vejez existen una mayor variedad de figuras de apego que en la juventud, al incluirse en esta edad, una gran cantidad de apegos simbólicos.

Los resultados obtenidos han ido describiendo algunas limitaciones metodológicas que resumimos a continuación: 1) muestras reducidas con escasa descripción del tipo de muestreo utilizado; 2) utilización mayoritaria de diseños transversales, con las graves limitaciones que estos estudios conllevan especialmente para el estudio de la vejez, debido al efecto de cohorte y a las dificultades para extraer datos evolutivos sobre estabilidad del constructo; 3) uso de diferentes categorizaciones del apego, que dificultan la comparación entre poblaciones y datos finales de prevalencia; 4) heterogeneidad de los instrumentos utilizados, sin una descripción de las razones para la elección de una u otra prueba en cada estudio; 5) disparidad en las temáticas planteadas relacionadas con el apego, que no permiten un corpus conceptual suficiente al que remitirse, pareciendo más bien elementos separados en torno a un constructo que no se termina de cimentar eficientemente por la disgregación de las temáticas aportadas; 6) falta de suficiente investigación y de investigación transcultural, dado que la mayor parte de los trabajos proceden del ámbito anglosajón.

Tras la realización de esta revisión se proponen líneas de investigación futuras coherentes con los resultados aportados. Se recomienda, en primer lugar, aumentar la investigación en un área tan importante para la salud física y psicológica de los mayores como el apego, pues existen indicios de que esta variable es protectora de la enfermedad, y positiva para el afrontamiento de situaciones vitalmente complicadas. Sería importante utilizar muestras más grandes, y promover trabajos que utilicen la metodología prioritariamente longitudinal, para conseguir una descripción evolutiva del apego en los mayores. Proponemos también progresar en la creación de consensos sobre las pruebas utilizadas, creando una bibliografía de referencia que justifique la toma de decisiones para la utilización de uno u otro instrumento. También se hace necesario describir las tipologías del apego de una forma unificada, o bien crear instrumentos que ayuden a su unificación y convergencia. Por último, sería necesario avanzar señalando los caminos

de investigación que fortalezcan diferentes áreas temáticas, y la replicación sistemática de los resultados obtenidos.

Conclusiones

De este estudio, pionero en nuestro idioma, y a pesar de las limitaciones descritas, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. El estudio del apego en la vejez sigue siendo secundario, respecto a la investigación del apego en otras edades, e inexistente en nuestro idioma.
2. Las muestras utilizadas son en su mayoría pequeñas, lo cual limita la significatividad de las conclusiones.
3. La metodología, mayoritariamente transversal, hace recomendable investigar con mayores muestras y de forma longitudinal en un futuro, ya que las afirmaciones sobre estabilidad de la respuesta de apego, es fundamentalmente evolutiva.
4. Los instrumentos de medida utilizados indican la presencia mayoritaria de técnicas comportamentales y secuenciales, para el estudio del apego en la vejez.
5. Se confirman los datos de prevalencia de los tipos de apego descritos con anterioridad, lo que afirmaría una evolución de los tipos de apego seguro y evitativo que aumentan, frente al apego ansioso que disminuye.
6. El constructo del apego se relaciona fundamentalmente con variables psicopatológicas y de vulnerabilidad en los mayores, identificados con la presencia de apegos inseguros.
7. El bienestar, la satisfacción vital, y las emociones positivas en la vejez parecen unidos a la existencia de un apego seguro.
8. Se podría afirmar que el apego inseguro es un factor de riesgo para la depresión en mayores, mientras que los apegos seguros se demuestran protectores de la salud emocional. El apego seguro se convierte en un factor preservador y garante de la satisfacción vital y del bienestar.
9. El apego se comporta como una variable mediadora de los procesos de envejecimiento, por su relación con las variables de aislamiento social y con la presencia aseguradora de las redes sociales.
10. El afrontamiento de la enfermedad, el dolor y las problemáticas derivadas de los contextos hospitalarios, residenciales, y propios de las enfermedades crónicas, parecen relacionarse con la tipología del apego. El apego seguro permite un afrontamiento significativamente mejor, en todos los casos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Smith J. Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev.* 2001;9:461–77, <http://dx.doi.org/10.1017/S1062798701000424>.
2. Seidel D, Crilly N, Matthews FE, Jagger C, Brayne C, Clarkson PJ, et al. Patterns of functional loss among older people: A prospective analysis. *Hum Factors.* 2009;51:669–80, <http://dx.doi.org/10.1177/0018720809353597>.
3. Bowlby J. *El vínculo afectivo*. Barcelona: Editorial Paidós; 1976.
4. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York, NY: The Guilford Press; 2007.
5. Van Assche L, Luyten P, Bruffaerts R, Persoons P, van de Ven L, Vandenbulcke M. Attachment in old age: Theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:67–81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.003>.
6. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford: Lawrence Erlbaum; 1978.
7. Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. En: Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2 nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2008. p. 102–27.
8. Coan JA. Toward a neuroscience of attachment. En: Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2 nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2008. p. 241–65.
9. Shaver PR, Belsky J, Brennan KA. The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Pers Relat.* 2000;7:25–43.
10. Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58:273–80.
11. Gerlsma C, Luteijn F. Attachment style in the context of clinical and health psychology: A proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *Br J Med Psychol.* 2000;73:15–34.
12. del Carmen R, Huffman L. Epilogue: Bridging the gap between research on attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:291–4.
13. Belsky J. Developmental origins of attachment styles. *Attach Hum Dev.* 2002;4:166–70.
14. Shirtcliff EA, Skinner ML, Obasi EM, Haggerty KP. Positive parenting predicts cortisol functioning six years later in young adults. *Dev Sci.* 2017;20, <http://dx.doi.org/10.1111/desc.12461>.
15. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment in the later years: A commentary. *Attach Hum Dev.* 2004;6:451–64, <http://dx.doi.org/10.1080/1461673042000303082>.
16. Zamudio, Leal G. A cross-cultural study of adult attachment, social self-efficacy, familismo, and psychological wellbeing. Texas: University of Texas; 2018.
17. Innamorati M, Parolin L, Tagini A, Santona A, Bosco A, De Carli P, et al. Attachment, social value orientation, sensation seeking, and bullying in early adolescence. *Front Psychol.* 2018;9:239.
18. Ortigo KM, Westen D, DeFife JA, Bradley B. Attachment, social cognition, and posttraumatic stress symptoms in a traumatized, urban population: Evidence for the mediating role of object relations. *J Traumatic Stress.* 2013;26:361–8.
19. Nottage MK, Oei NYL, Wolters N, Klein A, Van der Heijde CM, Vonk P, et al. Loneliness mediates the association between insecure attachment and mental health among university students. *Pers Individ Differ.* 2022;185, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2021.111233>.
20. Maranges HM, Chen SK, Conway P. Insecure and insensitive: Avoidant and anxious attachment predict less concern for others in sacrificial moral dilemmas. *Pers Individ Differ.* 2022;185, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2021.111274>.
21. Waters HS, Waters TEA, Waters E. From internal working models to script-like attachment representations. En: Thompson RA, Simpson JA, Berlin LJ, editores. *Attachment: The fundamental questions*. New York, NY: The Guilford Press; 2021. p. 111–9.
22. Oppenheim D, Koren KN. Parental insightfulness and parent–child emotion dialogues: Shaping children's internal working models. En: Thompson RA, Simpson JA, Berlin LJ, editores. *Attachment: The fundamental questions*. New York, NY: The Guilford Press; 2021. p. 120–7.
23. Frederick RJ. Neuroplasticity in action: Rewiring internal working models of attachment. En: Fosha D, editor. *Undoing aloneness & the transformation of suffering into flourishing: AEPD 20*. Washington, DC: American Psychological Association; 2021. p. 189–216.
24. Hofer MA. Psychobiological Roots of Early Attachment. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15:84–8.
25. McMahon G, Creaven A, Gallagher S. Perceived social support mediates the association between attachment and cardiovascular reactivity in young adults. *Psychophysiology.* 2019;57:e13496, <http://dx.doi.org/10.1111/psyp.13496>.
26. Polan HJ, Hofer MA. Psychobiological origins of infant attachment and its role in development. En: Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2 nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2008. p. 158–72.
27. Vrtička P, Vuilleumier P. Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Front Hum Neurosci.* 2012;6:212, <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2012.00212>.
28. Chen E, Miller GE, Kobor MS, Cole SW. Maternal warmth buffers the effects of low early-life socioeconomic status on pro-inflammatory signaling in adulthood. *Molecular Psychiatry.* 2011;16:729–37, <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2010.53>.
29. Pietromonaco PR, DeBuse CJ, Powers SI. Does attachment get under the skin? Adult romantic attachment and cortisol responses to stress. *Curr Dir Psychol Sci.* 2013;22:63–8, <http://dx.doi.org/10.1177/0963721412463229>.
30. Gouin JP, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell J, Houts C, et al. Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain Behav Immun.* 2009;23:898–904.
31. Picardi A, Battisti F, Tarsitani L, Baldassari M, Copertaro A, Mocchegiani E, et al. Attachment Security and Immunity in Healthy Women. *Psychosom Med.* 2007;69:40–6, <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802dd777>.
32. Jaremka LM, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell JR, Kiecolt-Glaser JK. Attachment anxiety is linked to alterations in cortisol production and cellular immunity. *Psychol Sci.* 2013;24:272–9, <http://dx.doi.org/10.1177/0956797612452571>.
33. Sippel LM, Han S, Watkins LE, Harpaz-Rotem I, Southwick SM, Krystal JH, et al. Oxytocin receptor gene polymorphisms, attachment, and PTSD: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Psychiatr Res.* 2017;94:139–47, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.008>.
34. Magai C, Considine NS. Introduction to the special issue: Attachment and aging. *Attach Hum Dev.* 2004;6:349–51, <http://dx.doi.org/10.1080/1461673042000303109>.
35. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance

- and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n160, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n160>.
36. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
 37. Petticrew M, Roberts H. *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*. Oxford: Blackwell; 2006. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470754887>.
 38. Consedine NS, Fiori KL, Magai C. Regulating emotion expression and regulating emotion experience: Divergent associations with dimensions of attachment among older women. *Attach Hum Dev*. 2012;14:477–500, <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.706433>.
 39. Consedine NS, Fiori KL, Tuck NL, Merz E-M. Attachment, activity limitation, and health symptoms in later life: The mediating roles of negative (and positive) affect. *J Aging Health*. 2013;25:56–79, <http://dx.doi.org/10.1177/0898264312466260>.
 40. Fiori KL, Consedine NS, Merz E-M. Attachment, social network size, and patterns of social exchange in later life. *Research on Aging*. 2011;33:465–93, <http://dx.doi.org/10.1177/0164027511401038>.
 41. Chopik WJ, Edelstein RS, Fraley RC. From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. *J Pers*. 2013;81:171–83, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00793.x>.
 42. Gur-Yaish N, Shulyaev K, Zisberg A. Moderating Role of Attachment Orientation in the Association between the Level of Depressive Symptoms and Informal Support among Hospitalized Older Adults. *Clin Gerontol*. 2021;44:160–8, <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2020.1725702>.
 43. Bachem R, Levin Y, Solomon Z. Trajectories of attachment in older age: Interpersonal trauma and its consequences. *Attach Hum Dev*. 2019;21:352–71.
 44. Cao X, Madore KP, Wang D, Schacter DL. Remembering the past and imagining the future: Attachment effects on production of episodic details in close relationships. *Memory*. 2018;26:1140–50, <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2018.1434800>.
 45. Spence R, Jacobs C, Bifulco A. Attachment style, loneliness and depression in older age women. *Aging Ment Health*. 2020;24:837–9.
 46. Thauvoye E, Granqvist P, Golovchanova N, Dezutter J. Attachment to God, depression and loss in late life: A longitudinal study. *Mental Health, Religion & Culture*. 2018;21:825–37.
 47. Brenk-Franz K, Strauß B, Tiesler F, Fleischhauer C, Schneider N, Gensichen J. Patient-provider relationship as mediator between adult attachment and self-management in primary care patients with multiple chronic conditions. *J Psychosom Res*. 2017;97:131–5.
 48. Homan KJ. Symbolic attachment security and eudemonic well-being in older adults. *J Adult Dev*. 2014;21:89–95.
 49. Kirchmann H, Nolte T, Runkewitz K, Bayerle L, Becker S, Blasczyk V, et al. Associations between adult attachment characteristics, medical burden, and life satisfaction among older primary care patients. *Psychol Aging*. 2013;28:1108–14.
 50. Gillath O, Johnson DK, Selcuk E, Teel C. Comparing old and young adults as they cope with life transitions: The links between social network management skills and attachment style to depression. *Clin Gerontol*. 2011;34:251–65.
 51. Lo C, Lin J, Gagliese L, Zimmermann C, Mikulincer M, Rodin G. Age and depression in patients with metastatic cancer: The protective effects of attachment security and spiritual wellbeing. *Ageing & Society*. 2010;30:325–36.
 52. Cicirelli VG. Attachment relationships in old age. *J Soc Pers Relat*. 2010;27:191–9.
 53. Bodner E, Cohen-Fridel S. Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life - Corrigendum. *Int Psychogeriatr*. 2010;22:1362.
 54. Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2008.
 55. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52:511–24.
 56. Magai C. Attachment in middle and later life. En: Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2008. p. 532–51.
 57. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En: Simpson JA, Rholes WS, editores. *Attachment theory and close relationships*. New York, NY: The Guilford Press; 1998. p. 46–76.
 58. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78:350–65, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>.
 59. Bartholomew M, Shaver PR. Methods of assessing adult attachment: Do they converge? En: Simpson JA, Rholes WS, editores. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998. p. 25–45.
 60. Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67:430–45.
 61. Griffin DW, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. En: Bartholomew K, Perlman D, editores. *Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1994. p. 17–52.
 62. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61:226–44.
 63. Feeney JA, Noller P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58:281–91.
 64. Kirkpatrick LA, Davis KE. Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1994;66:502–12, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.66.3.502>.
 65. Roisman GI, Fraley RC, Belsky J. A taxometric study of the Adult Attachment Interview. *Dev Psychol*. 2007;43:675–86.
 66. Gerlsma C, Luteijn F. Attachment style in the context of clinical and health psychology: A proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *Br J Med Psychol*. 2000;73:15–34.
 67. Hammen CL, Burge D, Daley SE, Davila J, Paley B, Rudolph KD. Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abnorm Psychol*. 1995;104:436–43.
 68. Murphy B, Bates GW. Adult attachment style and vulnerability to depression. *Pers Individ Differ*. 1997;22:835–44, [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00277-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00277-2).
 69. Monin JK, Zhou L, Kershaw T. Attachment and psychological health in older couples coping with pain. *GeroPsych (Bern)*. 2014;27:115–27.
 70. Davila J, Sargent E. The Meaning of Life (Events) Predicts Changes in Attachment Security. *Pers Soc Psychol Bull*. 2003;29:1383–95, <http://dx.doi.org/10.1177/0146167203256374>.
 71. Levitt MJ. Attachment and close relationships: A life-span perspective. En: Gewirtz JL, Kurtines WM, editores. *Intersections with attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1991. p. 183–205.
 72. Magai C, Cohen C, Milburn N, Thorpe B, McPherson R, Peralta D. Attachment styles in older European American and African American adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56:S28–35.
 73. Montague DPF, Magai C, Consedine NS, Gillespie M. Attachment in African American and European American older adults: The roles of early life socialization and religiosity. *Attach Hum Dev*. 2003;5:188–214, <http://dx.doi.org/10.1080/1461673031000108487>.
 74. Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *Gerontologist*. 2021;61:1188–96, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnab116>.
 75. Hanak N, Dimitrijevic A. A Serbian version of modified and revised Experiences in Close Relationships Scale (SM-ECR-R). *J Pers Assess*. 2013;95:530–8, <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2013.778271>.
 76. Kim S-H, Sherry AR, Lee Y-S, Kim C-D. Psychometric properties of a translated Korean adult attachment measure. *Meas Eval Couns Dev*. 2011;44:135–50, <http://dx.doi.org/10.1177/0748175611409842>.
 77. Wei M, Russell DW, Mallinckrodt B, Vogel DL. The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 2007;88:187–204, <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701268041>.
 78. Fraley RC, Spieker SJ. Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Dev Psychol*. 2003;39:387–404, <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.387>.
 79. Fraley RC, Spieker SJ. What are the differences between dimensional and categorical models of individual differences in attachment? Reply to Cassidy (2003), Cummings (2003), Sroufe (2003), and Waters and Beauchaine (2003). *Dev Psychol*. 2003;39:423–9, <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.423>.