



**EVALUACIÓN DEL APEGO EN LA EDAD ESCOLAR:
APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS DE PRIVACIÓN MATERNA Y
LA CONSTITUCIÓN DE UN PATRÓN DE APEGO INSEGURO
Y ANÁLISIS DESDE LA CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS**

Sonia Villero Luque¹ y Carlamarina Rodríguez Pereira²

Psiquiatra y Psicóloga en SESCAM (Ciudad Real)

Introducción: La teoría del apego enfatiza el papel fundamental de las experiencias en la infancia temprana, especialmente durante los dos primeros años de vida, en el desarrollo emocional y social del individuo. Los niños con apego inseguro son más vulnerables al estrés y al desarrollo de psicopatología a lo largo del tiempo. Una disrupción potencial durante la infancia temprana es la separación de la madre, que interfiere en la formación del apego con el hijo y reduce la probabilidad de desarrollar una relación segura, dado que el niño pierde la confianza en la disponibilidad materna. Ya autores como Levy, Skeels, Burlingham y Freud, Bowlby, Bender, Goldfarb, Spitz o Mary D. Ainsworth habían señalado los efectos nocivos de la privación materna. En el presente trabajo se realiza una descripción clínica de una serie de casos que ilustran la importancia de los patrones de apego en las manifestaciones psicopatológicas en el periodo escolar. **Metodología:** Estudio descriptivo del patrón de apego de una serie de casos de niños de entre 6 y 12 años que presentan trastornos psicológicos, en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcázar de San Juan, que han sufrido separación materna en los dos primeros años de vida. En todos los casos se realiza una evaluación compuesta por entrevista semiestructurada, observación clínica y test proyectivos (desiderativo, dibujo de la pareja y de la familia). **Conclusiones:** En la serie de casos descrita, se observa una relación entre la gravedad de la separación materna (duración, naturaleza,...) y la clínica de los pacientes, lo que es consistente con estudios llevados a cabo en las últimas décadas que se focalizan en la posible implicación de la separación materna y sus características en el desarrollo de trastornos mentales graves, como trastornos de personalidad y psicosis (Anglin, 2008) y trastornos afectivos (Brown y Harris, 1978) a lo largo de la vida.

Palabras clave: Apego, privación materna, separación materna, psicopatología, escolares.

Introduction: attachment theory emphasizes the fundamental role of the experiences in early childhood in the emotional and social development of the child, especially during the first two years of life. Children with insecure attachment are more vulnerable to stress and psychopathology along the time. A potential disruption during early childhood is the child-mother separation, which interferes with the attachment and reduces the likelihood of developing a secure relationship. Child loses confidence in the maternal availability. Authors such as Levy, Skeels, Burlingham and Freud, Bowlby, Bender, Goldfarb, Spitz or Mary D. Ainsworth had pointed out the harmful effects of maternal deprivation. In the present article is performed a clinical description of a series of cases that illustrate the importance of the patterns of attachment in the psychopathological symptoms in the school period. **Methodology:** A descriptive study of the pattern of attachment of a series of cases of children between 6 and 12 years old in follow-up in the Child Mental Health Unit at Alcazar de San Juan Hospital. Old of this had experienced maternal separation in the first two years of life. In all cases, assessment was composed of semi-structured interview, clinical observation and projective test (desiderative test, drawing of the couple and the family). **Conclusions:** A association between the severity of maternal separation (duration, nature...) and clinic state of patients is observed in the series of described cases. This association is consistent with studies focus on the possible involvement of maternal separation and their characteristic in the development of serious mental disorders such as personality disorders and psychosis and affective disorders.

Key Words: Attachment, maternal deprivation, maternal separation, child psychopathology, schoolchild.

English Title: Evaluation of attachment in the school age: Theoretical approach to the relationship between the experiences of deprivation mother and the constitution of a pattern of unsafe addiction and analysis from the clinic in a series of cases

Cita bibliográfica / Reference citation:

Villero Luque, S. y Rodríguez Pereira, C. (2015). Evaluación del apego en la edad escolar: Aproximación teórica a la relación entre las experiencias de privación materna y la constitución de un patrón de apego inseguro y análisis desde la clínica de una serie de casos. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (1): 231-270.

[ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

INTRODUCCIÓN

Coincidiendo con nuestra impresión clínica y la de muchos profesionales de la Salud Mental Infantil, multitud de estudios, desde hace más de cincuenta años, han tratado de evidenciar la influencia de las experiencias tempranas de privación materna en el desarrollo de ulterior psicopatología. No obstante, pocos de estos estudios se han centrado en el desarrollo de trastornos mentales en la edad escolar, a pesar de ser este el período en que se consulta con mayor frecuencia en los dispositivos asistenciales de Salud Mental Infanto-Juvenil. En general, podríamos decir que esta franja de edad es la más descuidada en la investigación. Algo que podría deberse al lógico interés que suscita, por una parte, la detección y atención temprana a trastornos muy precoces y graves del desarrollo y, por otra, la atención a los cuadros que hacen su aparición en la adolescencia por su aparatosidad y gravedad.

La teoría psicoanalítica siempre ha considerado esta relación entre las experiencias tempranas y la formación del psiquismo del niño. Sin embargo, se consideraba los vínculos interpersonales eran secundarios a la satisfacción de otras necesidades primarias. Dentro de esta misma perspectiva, Bowlby (1958) consideró que la evidencia clínica y empírica era suficiente para formular una teoría en la que el apego se reconoce como fuerza motivacional primaria. La Teoría del Apego ha sido y es una teoría tanto del desarrollo normal como de la psicopatología. Pero, como explica Mario Marrone (2001) no es sólo una teoría de los efectos de la disfuncionalidad temprana, sino también una teoría de los procesos, estudiando cómo a través del desarrollo evolutivo de una persona, se van concatenando los diversos factores que contribuyen a un desarrollo óptimo o patológico.

Según esta teoría, los niños con una base insegura parecen ser más vulnerables al estrés y al desarrollo de trastornos mentales a lo largo del tiempo (Anglin, Cohen y Chen, 2008). Bowlby señala en 1973 que las separaciones tempranas pueden reducir la probabilidad de que se desarrolle una relación segura cuando se asocian a “privación materna”, es decir, cuando la madre o sustituto parental es incapaz de darle al niño el grado necesario de respuesta amorosa, cuidado continuo y apoyo, de manera que éste pierde la confianza en la disponibilidad de su cuidador (Fonagy, 2001). En la actualidad, la evaluación del tipo de apego en esta franja de edad supone un reto debido a la escasez de métodos de medida suficientemente validados en nuestra población y disponibles para la clínica diaria. Por otro lado, la comprensión del papel que el apego inseguro puede tener en la predisposición, etiopatogenia o morfología de la patología mental de estos niños, puede tener interesantes implicaciones en el proceso terapéutico.

Primero exponemos una aproximación teórica a la definición y consecuencias de la privación materna en las alteraciones del desarrollo psicológico del niño. Dentro de las

teorías que dan importancia a esta variable, la Teoría del Apego relaciona las ausencias de la madre con la formación de estilos de apego que predisponen a la psicopatología. Después introducimos también el conocimiento que existe hasta el momento sobre la evaluación de dichos estilos de apego en niños de edad escolar. Por último, presentamos la evaluación del estilo de apego (inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente y desorganizado) de seis niños en edad escolar con psicopatología.

APROXIMACIÓN TEÓRICA

La teoría del apego

La teoría del apego enfatiza el rol crucial y formativo que desempeñan las experiencias tempranas, especialmente durante los dos primeros años de vida, en el desarrollo social y emocional del ser humano. A través de transacciones repetidas con las figuras de apego los niños conforman modelos operativos internos que incluyen representaciones mentales cognitivas sobre el comportamiento del self y del otro (Anglin, Cohen y Chen, 2008). Estos modelos organizan el desarrollo de la personalidad y la regulación de los afectos y se repiten en las subsecuentes relaciones interpersonales (Fonagy, 2001). El origen de la Teoría del Apego se ha atribuido a John Bowlby (1958), con la publicación del artículo *"the Nature of the Child's Tie to his Mother"*, en que presenta el concepto del "apego". El bebé, según esta teoría, nace con un repertorio de conductas que tienen como finalidad producir respuestas en los padres. Así, la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto, se entenderían como estrategias del bebé para vincularse con sus cuidadores principales. Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (ansiedad de separación), y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que explora el mundo. La teoría de Bowlby en sus inicios habría estado influenciada por los estudios de Harlow (1959) con monos Rhesus y por la teoría instintiva de Konrad Lorenz. En 1964, Mary Ainsworth, una alumna de Bowlby, en el contexto del seguimiento longitudinal del desarrollo de la relación madre-hijo durante el primer año de vida del niño, diseña un método experimental; la situación extraña o no familiar. La "situación extraña" tiene el objetivo de activar o intensificar la conducta de apego. A partir de la observación de la situación extraña en múltiples niños, Ainsworth describe distintos patrones de apego:

- Apego Seguro (modelo operativo interno de la relación con la madre como segura): Estos niños, la mitad de los observados, juegan y exploran cuando están con la madre, se disgustan cuando la madre se va y demandan el reencuentro. Cuando la madre vuelve se consuelan fácilmente y vuelven a jugar.

- Apego Inseguro-Evitativo: Una cuarta parte de los niños observados, evitan la proximidad cercana a la madre, no muestran signos de disgusto cuando se va y cuando su madre vuelve evitan activamente el contacto con ella. Utilizan mecanismos de defensa como dirigirse a objetos en lugar de a personas, ocultar el disgusto y evitar la proximidad para tener bajo control sentimientos que no van a ser satisfechos.
- Apego Inseguro-ambivalente-preocupado: Un 10% de los niños reaccionan fuertemente a la separación y cuando la madre regresa pueden buscarla o bien mostrar rabia o pasividad, no se consuelan fácilmente y no retoman la actividad exploratoria.

Observan, así mismo, que el estilo de conducta de la madre predice la reacción del niño en la situación extraña:

- La respuesta sensible por parte de la madre a las necesidades del niño es el mejor predictor de la seguridad del apego del niño en el primer año de vida. Esta respuesta sensible incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente, responder apropiada y rápidamente. En la niñez y la adolescencia, una característica de la respuesta sensible es la capacidad parental de ver al niño como un ser humano con su propia individualidad y sus propias necesidades como separadas con respecto a las de los demás.
- La actitud distante y el rechazo predice un patrón de conducta inseguro- evitativo. El cuidador que, sin darse cuenta, es insensible al niño le transmite que sus señales de solicitud de cuidados no son efectivas, o lo que es peor aún, que son contraproducentes.
- Los niños inseguros-ambivalentes tienen madres inconstantes que no favorecen la autonomía. Se trataría de modelos operativos internos contradictorios de la figura parental.

Main y Solomon (1986) posteriormente, describen el que se ha venido en denominar el cuarto patrón de apego:

- Desorganizado-desorientado: Reaccionan al reencuentro de forma confusa y desorganizada. Estos padres podrían asustar a sus hijos mediante experiencias directas de abusos, serían imprevisiblemente atemorizantes y la desorganización sería una respuesta a este temor y a la falta de coherencia.

Así, quedarían configurados los cuatro tipos de apego: A: Evitativo; B: Seguro; C: Ambivalente o resistencial, y D: Desorganizado-desorientado.

Otros muchos autores, como Mahler (1975), Bretherton y Waters (1985), Sroufe (1983) y Winnicott (1965) entre otros, hacen aportaciones muy interesantes en relación con el apego y con la relación entre la calidad de este y la evolución de las relaciones interpersonales posteriores del niño. Mahler (1975) postuló la existencia de una conexión

entre la historia de una relación materno-infantil bien regulada y la transición fácil hacia formas de funcionamiento más autónomo. Señaló que algunas madres no pueden tolerar los sentimientos de creciente autonomía en el niño, y otras no pueden mantener la disponibilidad emocional que supone hacer frente a sus demandas. Pueden ser intrusivas, distantes o ineficaces.

El concepto de “falso self” (Winnicott, 1960) podría relacionarse con el apego de manera que: Los niños evitativos tienen menor probabilidad para mostrar aflicción y dependencia ante la desilusión. Están forzados a una independencia prematura, y acostumbrados a la negación de sus necesidades. Darían una falsa impresión de maduros y estables, mostrándose arrogantes y superiores moralmente (rigidez de las defensas) aunque serían menos capaces de disfrutar de la intimidad.

Sroufe (1983) realiza en Minnesota varios estudios en los que sigue la evolución de individuos con distintos patrones de apego en el tiempo. Este autor habla de una “teoría dinámica de la psicopatología” según la cual no se postula que la inseguridad en el apego siempre y necesariamente cause patología a lo largo del ciclo vital sino que esta inseguridad de apego crea la vulnerabilidad para que esto ocurra. Explica que los niños que reciben cuidado constante y confiable, y son tratados con calidez, empatía y respeto, se vuelven independientes y competentes. Los niños con apego seguro muestran sufrimiento ante la separación sin venirse abajo, realizan demandas de cuidado intensas, pero tienen más recursos, son más flexibles y tienen mayor tolerancia a la frustración. Son capaces de usar la ayuda de los padres sin hacerse dependientes de ellos. Así, el apego seguro en los dos primeros años estaría relacionado con la sociabilidad con adultos y niños y con mayor regulación interna de los estados emocionales en los años preescolares. Los inseguros muestran más manifestaciones de rabia, menos sociabilidad, relaciones con los pares más pobres y peor control sobre sus impulsos. Algunas de sus conclusiones son muy importantes de cara a la atención de niños en periodo escolar:

- Es más probable que los niños con apego seguro funcionen bien con los pares hasta los 5, 9 y 14 años. Los niños estudiados mostraban a estas edades respeto y empatía con la aflicción de otros niños, capacidad para preocuparse por otros y empatía sin sobre identificación.
- Los niños con apego evitativo tendían a victimizar a los otros, no pueden reconocer su propia vulnerabilidad y la proyectan para después ridiculizarla, o bien se identifican con el agresor.
- Tipos de niños con patrón evitativo: 1) Bravucón mentiroso; 2) Tímido solitario, plano emocionalmente; 3) Perturbado, con tics, que sueña despierto y con poco interés por su entorno (llamado actualmente desorganizado-desorientado).

- Los niños con patrón ambivalentes tienen más posibilidad de ser victimizados, tener falta de estabilidad emocional, son irritantes y pierden el control. Serían los “hemofílicos emocionales”.

Apego y Psicopatología

Una noción teórica importante para entender la relación entre el establecimiento de relaciones de apego y la psicopatología es el concepto de modelo interno dinámico. Las experiencias relacionadas con el apego en la niñez y en la adolescencia con cada uno de los padres, está representadas en la forma de modelos operativos internos, esto es, mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno y que hace posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia cognitiva así como de la conducta adaptativa¹. Estos modelos operativos internos son los que marcaran la reacción del niño en situaciones de estrés y las relaciones interpersonales posteriores.

Habría que distinguir, por tanto, entre patología propiamente vincular y por otro lado, el papel predisponente del apego inseguro en otras patologías psiquiátricas. La psicopatología es el resultado de una combinación sucesiva de predisposiciones (genética, ambiental,...). La inseguridad en el apego sería una predisposición más, que no tiene por qué ser patológica en sí misma¹. No obstante, la inseguridad en el apego conlleva ansiedades, que requieren el uso de mecanismos defensivos y el uso persistente de estos mecanismos puede modelar la patología del carácter. En este sentido, Fonagy (1995) considera que del resultado de los estudios actuales no se desprende una relación unívoca entre tipo de apego y comportamiento manifiesto de la personalidad; mientras que, probablemente, la modalidad de apego incidiría en la capacidad representacional del sujeto respecto al self, a los otros, y a la relación con los otros^{4,5}.

Algunos estudios han encontrado relaciones entre diferentes patrones de apego y algunos trastornos psicopatológicos. Así, han encontrado relaciones entre el apego inseguro y la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia (Weinfield, Sroufe, Egeland y Carlson, 1999). Otros autores han señalado la relación entre trastorno de ansiedad en el adolescente y apego ambivalente en la infancia (Warren, Huston, Egeland y Sroufe, 1997). También se ha descrito la relación entre el apego inseguro evitativo o desorganizado en la infancia y los síntomas disociativos entre los 17 y los 19 años (Ogawa, Sroufe y Weinfield, 1997). Blatt (1992) sostiene que la evolución de la representación del self y de los otros está marcada por el balance entre necesidad de relación versus necesidad de independencia. La ruptura de este equilibrio supondría la aparición de psicopatología. De esta forma, la necesidad de relaciones que tienen las personalidades dependientes, histriónicas o fronterizas; estaría relacionada con la presencia

de un apego ambivalente. Mientras que la categoría evitativa daría lugar a la patología introyectiva que caracteriza a las personalidades esquizoides y narcisistas. Blatt aplica también estas consideraciones a la depresión, distinguiendo la anaclítica de la introyectiva. Por otro lado, existe evidencia clínica de que los individuos que ocultan sus sentimientos y pensamientos porque no creen que haya gente disponible para escucharlos con empatía, y que se clasificarían dentro de un apego evitativo, tienden a desarrollar manifestaciones psicósomáticas específicas. Este planteamiento de Blatt tendría mucha importancia como factor de predicción frente a la evolución del tratamiento.

En cuanto al estudio de trastornos mentales graves, Dozier (1990) encontró una alta prevalencia de apego inseguro entre individuos con esquizofrenia. Otros estudios consistentes con la importancia de las experiencias negativas tempranas de pérdida parental o alteraciones en el apego, y el desarrollo de psicosis y esquizofrenia son los de Agid en 1999, Berry en 2007, y Wicks en 2005.

Finalmente, parece que existe una correlación estrecha entre apego desorganizado y patologías severas categorizadas por la teoría psicoanalítica como organización fronteriza de la personalidad, así como conductas contradictorias y estereotipias³. Hankin y Abranson en 2001 relacionaron el apego desorganizado con trastornos internalizantes.

De hecho, en opinión de autores como Lyons-Ruth, Los vínculos claros entre las estrategias de apego infantil y la psicopatología no emergieron hasta que Main y Solomon (1986) describieron las formas desorganizadas del apego. Desde entonces se han acumulado las pruebas que apoyan la relación entre las estrategias de apego desorganizado en la infancia y la internalización y externalización de problemas conductuales durante al etapa preescolar y los primeros años de escolarización (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Main, 1983). El trabajo posterior ha mostrado que las estrategias desorganizadas en la infancia a menudo se reorganizan durante la etapa preescolar en una gama de estrategias para controlar a las figuras parentales, bien mediante conductas de cuidado bien mediante conductas punitivas o coercitivas hacia los padres.

Jessica L Borelli (2010) ha estudiado la relación entre psicopatología y apego desorganizado en niños en edad escolar de 8 a 12 años mediante dos entrevistas realizadas a los padres y a los niños. La presencia de clínica se recogía mediante informes de los niños y de los padres sobre depresión, ansiedad social, timidez, problemas de atención y problemas del pensamiento. Utilizó la *Child Attachment Interview* y encontró en niños con apego desorganizado mayores reportes de depresión y vergüenza, y con mayores reportes paternos de inatención, ansiedad social y problemas del pensamiento.

Conceptos de Separación y Privación materna y su relación con la teoría del Apego

A pesar de que la “privación materna” y la “separación materna” son conceptos

diferentes, con frecuencia se han asimilado debido a la estrecha relación que existe entre ambos conceptos. Marrone (2001) denomina “privación materna” a la situación en que un niño no ha tenido o bien ha perdido un apego seguro con su madre o cuidador principal. Es evidente que la privación materna interfiere en la constitución de un apego seguro, dado que el niño pierde la confianza en la disponibilidad y fiabilidad de su cuidador.

La separación no ha de implicar forzosamente privación, aunque, obviamente, la separación prolongada es una de las causas de privación si por ejemplo el niño va parar a un medio en el que carezca de los necesarios contactos con una madre sustituta o bien si la experiencia de separación se repite reiteradamente.

Mary Ainsworth (1963) señalaba distintas circunstancias que, aisladas o en combinación, parecían dar lugar a privación materna, entendida ésta como la insuficiencia de interacción recíproca entre el niño y su madre: a) niño que vive en ausencia de su madre y de un sustituto de ésta, por ejemplo niños institucionalizados; b) niños que, en presencia de su madre o sustituto, no reciben de éstos los cuidados continuos necesarios y el apoyo y respuesta amorosa que necesita; o bien el propio niño es incapaz de establecer contacto con la figura materna aun cuando ésta exista y esté dispuesta a prodigarle cuidados debido a experiencias previas de abandono. El caso b sería el que Prugh y Harlow denominaron “privación encubierta”, que según ellos puede dar lugar a situaciones tan anormales como la producida por experiencias de separación física. Estos autores distinguen, además, entre la relación “insuficiente” y la relación “anormal”, que engloba tipos de relación a los que se atribuye un efecto nocivo sobre el desarrollo ulterior del niño (estilos de relación crueles, intrusivas, críticas,...). Otros autores, como Rutter, han continuado estas ideas diferenciando entre varios tipos de privación: perceptiva, social, biológica o emocional.

Evidencias de los efectos nocivos de la privación materna

Aunque, como decíamos antes, la separación niño-cuidador no es exactamente equivalente a deprivación materna, si ha sido una de las causas de deprivación más estudiadas. Tras la segunda guerra mundial diversos autores (Levy, Anna Freud, Bowlby, Bender, Spitz o Mary D. Ainsworth...) hicieron observaciones clínicas que ya apuntaban las consecuencias negativas de las separaciones del niño-cuidador y, particularmente del cuidado institucional de niños pequeños. Estos niños mostraban una serie de reacciones de dolor y la puesta en marcha de mecanismos defensivos que podían desencadenar, si el cuidado institucional se prolongaba, diversos trastornos del desarrollo. Así, se ha descrito en estos niños una mayor prevalencia de alteraciones verbales (Skeels, 1966); una tendencia a presentarse como desinhibidos e impulsivos, y a sentirse castigados rechazados, solos y negar sus sentimientos normales de dependencia y agresividad (Williams, 1968); y una posible merma en la capacidad de abstracción (Goldfarb, 1955). En la actualidad se siguen

realizando estudios en poblaciones de niños deprivados. Así, en niños adoptados que han permanecido en instituciones con deprivación afectiva Rutter (2007) ha descrito tasas de hasta 1 de cada 10 de patrones casi-autistas. O'Connor (2000) ha descrito en niños con deprivación prolongada, por ejemplo, en algunos casos de adopción, trastornos de apego, dificultades en la relación con los compañeros, hiperactividad y dificultades cognitivas. La hiperactividad también se ha mostrado más frecuente en niños institucionalizados respecto a niños con familias de acogida. (Roy y Rutter, 2006). Además, estas experiencias adversas tempranas tienen un impacto que parece bastante estable en el tiempo, incluso después de que los niños salen del ambiente de maltrato. (Van der Vegt y otros, 2004)

Variables de la privación materna implicadas en el desarrollo de patología

Los efectos nocivos de la deprivación varían según sea la intensidad de ésta. Una privación parcial puede provocar ansiedad duradera y otros sentimientos dolorosos y perturbadores, incluyendo enojo y depresión. La privación completa tiene consecuencias de mayor alcance que pueden tener efectos permanentes sobre el desarrollo de la personalidad y la capacidad de formar, mantener y disfrutar de las relaciones. En cuanto a la edad en que se produce la privación materna hay más discrepancias. Mary Ainsworth consideraba además necesario reservar la expresión de separación materna infantil para las rupturas de una relación ya constituida, implicando esto la necesidad de que el niño distinga a la madre de los otros y que coincidiría evolutivamente con la angustia ante el extraño. En cambio otros autores señalan la trascendencia de separaciones precoces, ya desde el nacimiento, por la imposibilidad de establecer una relación temprana. No obstante, parece claro que el período más sensible desde el punto de vista del desarrollo evolutivo, son los dos primeros años de vida, importantes por el proceso de separación-individuación descrito por Mahler. El compromiso de este período evolutivo por ejemplo en casos de separaciones precoces (antes de los tres años), justificaría según algunos autores como Cabaleiro (1993), la presencia de afectos depresivos importantes con posterioridad. La duración de la separación también es importante. Algunos autores, como Anglin, han marcado la duración de la separación para ser considerada de riesgo, en superior a un mes. La repetición de las separaciones conlleva a una falta de fiabilidad en el cuidador. Es también importante la consideración de la disponibilidad de figuras cuidadoras sustitutivas y la calidez de estas en ausencia de la figura principal, que aseguren una continuidad en la atención y cuidado del niño. Esta podría ser la clave para evitar que una separación de la madre se convierta en deprivación.

Implicaciones en el Abordaje Terapéutico

Los estudios que relacionan los estilos de apego con la psicopatología podrían tener

mucha importancia en la predicción de la evolución del tratamiento. Pero además, existe la posibilidad de orientar la psicoterapia de acuerdo a la teoría del apego, especialmente en aquellos casos en los que pueda detectarse patrones de apego disfuncionales.

La psicoterapia orientada al apego puede ser definida como una forma de obtener, explorar, integrar y modificar modelos operativos internos (Marrone, 2001). El propio Bowlby explica de la siguiente forma su concepto de la psicoterapia basada en la teoría del apego: *“Un terapeuta que aplica la teoría del apego considera que su papel es el de proporcionar las condiciones en las que su paciente pueda explorar sus modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego con el fin de volver a evaluarlos y reestructurarlos a la luz de la nueva comprensión adquirida y de las nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica”*

Como síntesis podríamos decir que la aplicación de la teoría del apego a la psicoterapia consiste en que el terapeuta sea capaz de constituir una base segura desde que el paciente pueda explorar, para lo cual debe ser capaz de proporcionarle una respuesta sensible. El rol del terapeuta como base segura es un papel muy similar al descrito por Winnicott como “sostén” y por Bion como “contención”. A menos que el terapeuta pueda capacitar a su paciente para sentir algún grado de seguridad, la terapia no puede ni siquiera empezar.

En este sentido es de suma importancia el nuevo vínculo que el niño pueda crear con su terapeuta, siendo la tarea de este mostrarse confiable, atento y comprensivamente sensible al paciente, experiencia probablemente nueva para este. Es decir, tratar de proporcionar la posibilidad de nuevo vínculo, una vez terminado el periodo sensible o ideal para el establecimiento del apego seguro, que permita la modificación de los esquemas operativos internos de estos niños.

EVALUACIÓN DEL APEGO EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

Instrumentos de evaluación

En los inicios de la investigación sobre este campo, se diseñó la situación extraña como forma de evaluar en niños pequeños el apego. En los últimos años, distintos grupos de trabajo se han esforzado en crear instrumentos válidos de evaluación del apego, particularmente en adolescentes y adultos. Distintos cuestionarios, como el *RSQ (relationship questionnaire)*, etc. han constituido acercamientos a esta problemática a través del patrón de relaciones interpersonales del paciente. Por otro lado, y más cerca de la complejidad de la realidad clínica de los pacientes, se encuentran la *Entrevista de Apego Adulto* de Main y la *Childhood Attachment Interview de Fonagy* para escolares. No obstante, estos instrumentos

no están aun suficientemente validados en nuestro medio ni al alcance de los profesionales que atienden el grupo de niños entre 6 y 12 años. De manera que muchas veces se hacen aproximaciones al apego de estos pacientes a partir de descripciones clínicas.

Según el sistema de Ainsworth para evaluar la conducta interactiva (Ainsworth, 1978), se supone que un niño con apego seguro puede ser capaz de mostrar un grado óptimo de iniciativa a la hora de buscar y mantener contacto físico y proximidad con el cuidador. La inseguridad en el vínculo se infiere de observar la conducta del niño, por ejemplo, si el niño pequeño manifiesta enojo intenso o conducta de oposición con relación a un adulto (tratando de soltarse, forcejeando, golpeando, resistiéndose a ser levantado, rechazando juguetes que le ofrece el adulto con el propósito de mediar la interacción, etc.). Si el niño evita la proximidad o el contacto, si da muestras de conductas desconectadas, si manifiesta dificultad en responder a gestos de consuelo, etc. estos comportamientos pueden también ser identificados como indicadores de inseguridad. Por esta razón, la inseguridad en el apego, particularmente en los niños, desde la perspectiva del observador, se infiere de ciertas manifestaciones, pero no es observable de forma directa.

Al hablar de la evaluación de los patrones de apego, Marrone nos hace una advertencia importante; la evaluación del apego en niños conlleva la exploración de la calidad del apego con respecto a un cuidador en particular. El niño no es seguro ni inseguro en sí mismo, sino que está apegado de un modo seguro o inseguro al otro significativo específico. Por esta razón, debemos concluir que cuando hablamos de apego seguro o inseguro, en realidad, para ser más precisos en el uso de la terminología, deberíamos aclarar con *respecto a quién*. Lo que hoy existe es una evidencia firme de que las clasificaciones de los tipos de apego reflejan (a) la organización de los modelos operativos internos del niño, (b) la emergencia de mecanismos de defensa y (c) los estilos de relación entre el niño y su cuidador, que pueden tener una influencia importante en el desarrollo futuro del niño.

Aproximación a los patrones de apego de nuestros pacientes a través de la clínica

Anamnesis

A través de la anamnesis se recogen datos que apuntan a la posible constitución de un apego inseguro por “privación materna”:

1. Separación: Historia de separación física o interacción deficitaria
 - a. Parcial o completa,
 - b. Duración,
 - c. Edad del niño,

d. Causas:

- i. Maternas: Motivación laboral, social, enfermedad...Aquí merece especial atención el caso de la depresión materna, que algunos autores han relacionado con la constitución de un apego desorganizado (Lyons Ruth 1990) (1).
- ii. Del niño: Enfermedades, hospitalizaciones (se ha observado mayor prevalencia de hospitalizaciones frecuentes en niños con apego evitativo),...

e. Historia de cuidadores sustitutos y continuidad y consistencia entre los mismos.

2. Otros factores de riesgo:

- a) Factores de riesgo perinatales
- b) Embarazo deseado. Algunos autores como Kubicka, han señalado que los hijos de embarazos no deseados tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de ajuste de emociones.
- c) Signos de alarma de patología vincular: Sonrisa, contacto visual, seguimiento de la mirada, agarre, alteraciones alimentarias precoces,...

3. Ansiedad separación, dormir solo, integración en la guardería-colegio.

4. Indicadores de presencia de respuesta sensible en los padres durante la entrevista o la narrativa de la historia y motivo de consulta.

5. Datos sobre la dinámica familiar: triangulaciones, parentalizaciones, inversión de roles...por ejemplo:

- a) En el apego ambivalente, el padre o madre se ha mostrado débil fallando en su papel de dar apoyo y propiciando la inversión de roles, siendo incapaz de contener las ansiedades del niño o bien entraba en pánico en situaciones de emergencia.
- b) Relación con los padres: El apego seguro es predictor de una buena interacción entre el niño y la figura parental a corto plazo (Slade, 1987). En cambio, no se ha podido hallar una correlación significativa entre apego seguro en la infancia y la relación posterior a los seis años (Grossman y Grossman 1991).

Observación clínica

De la observación clínica se obtienen datos sobre la calidad de apego entre el niño y sus

padres a través de distintos indicadores:

- Del lenguaje no verbal y afectivo (contacto visual, colocación,...) y, en niños más pequeños, se observan las reacciones a la separación:
 - En el apego evitativo el niño no tiene confianza en la disponibilidad del cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador.
 - En el apego ambivalente el rechazo ha sido intermitente y parcial, por lo que tienen las conductas de apego activadas a un alto nivel. Los individuos manifiestan y amplían su vulnerabilidad. El niño no se consuela cuando llega la madre en un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención.
- Y lenguaje verbal, valorando la presencia de comunicaciones disfuncionales, lo que recogerían los estudios de Prugh. Existen algunas comunicaciones (invalidación de las peticiones del niño, negación de las percepciones del niño,...) por parte de los padres o tutores que pueden ser recibidas como respuestas carentes de sensibilidad y apoyo y, que de ser repetidas constantemente, contribuyen al desarrollo de inseguridad.
 - A modo de ejemplo se han evidenciado en apego evitativo estilos de crianza con padres ausentes o intrusivos, poco empáticos y críticos.
 - En el ambivalente, se observan por parte de la madre protestas continuas, comunicaciones inductoras de culpa y críticas.
 - El apego desorganizado aparece con frecuencia en niños cuyos cuidadores inspiran miedo.

Representaciones que los padres tienen de sus hijos

La representación que cada uno de los progenitores tiene del niño influye en la manera en que le trata y en la calidad de su respuesta sensible. A su vez, el comportamiento de los niños inseguros provoca respuestas negativas en ambos padres, cerrándose un círculo vicioso. Por otro lado, los modelos operativos internos parentales (en base a los patrones de apego con sus propios progenitores) influyen sobre la organización representacional de los niños.

Narrativa del paciente

De la narrativa del paciente se deducen posibles patrones de apego. Se pueden valorar

factores como la coherencia, elaboración, expresividad emocional, capacidad de apoyarse en el otro y disponibilidad (Horowitz, 1986). **Slade** piensa que las distorsiones en el lenguaje son una manifestación de los esfuerzos que el niño realiza para conservar el vínculo con la figura de apego, aunque ello suponga la escisión de sus sentimientos y percepciones.

- Así, a modo de ejemplo, las personas con apego evitativo dan poca información sobre su historia, o aportan detalles sobre situaciones difíciles sin entrar en contacto con las emociones subyacentes. No hay correspondencia entre memoria semántica y episódica.
- En el ambivalente, el discurso es confuso, incoherente e incapaz de aplicar criterios objetivos a la comprensión de sus relaciones interpersonales. Dan respuestas tangenciales y poco relevantes. Los recuerdos confusos o fragmentados, con omisiones importantes a la vez que detalles superfluos de otras partes. Se evidencia preocupación por el pasado, por la autoestima y aspecto, y se muestran involucrados en conflictos de familia e independencia.
- En el apego desorganizado, las representaciones y los estados mentales están fragmentados o escindidos, por lo que pierden el curso del pensamiento. Al hablar de episodios particularmente traumáticos pueden incluir cambios dramáticos en la emocionalidad y en el significado del discurso, siendo la emoción predominante el susto.

Mundo representacional

Jacobson aportó en 1964 la consideración de que la percepción que tiene el niño del otro, con anterioridad a la formación de límites entre el self y el otro, configura la estructura experiencial del self. Kohut explica en 1971 que la respuesta empática del self-objeto facilita el sentimiento de omnipotencia infantil que permite la idealización de las figuras parentales con las que el niño anhela fusionarse. Poco a poco el self-objeto aportaría experiencias suaves de frustración que favorecerían la moderación de la grandiosidad infantil. Mahler señala, además, en 1975, que el cuidador desempeña un papel muy importante en el desarrollo del self corporal del niño (que toma conciencia de sus límites corporales). Según Modell, las personas con apego inseguro, al no poder confiar en un cuidador sensible, desarrollan un self compensatorio, por lo que la autonomía que creen tener es de carácter defensivo, lo que se observa, por ejemplo, en algunas personalidades narcisistas. El apego inseguro favorecería las representaciones parciales de objeto, como se observa en patologías límite. Kernberg afirma que el trastorno límite de personalidad lleva aparejado un sentimiento difuso de la identidad que puede deberse a sentimientos de self contradictorios, constituidos por representaciones del sí mismo como víctima y como verdugo, descripción

similar a la modalidad de apego desorganizado descrito por los teóricos del apego. La descripción de Melanie Klein de la posición esquizo-paranoide estaría a su vez relacionada con conductas de apego inseguro o desorganizado, que no permite la integración de sentimientos de amor odio hacia la madre.

Autoestima

El apego seguro genera sentimientos de capacidad y autoestima. Las investigaciones realizadas por Cassidy en 1988 revelan que niños con apego inseguro hacen descripciones negativas de sí mismos y, sin embargo, son más reacios a admitir sus limitaciones.

Simbolización

Citando a Bretherton en 1979, la armonía de la relación madre-niño contribuye a la emergencia del pensamiento simbólico.

Mentalización

Según Fonagy hay evidencias empíricas de que la seguridad del apego correlaciona positivamente con la capacidad de mentalización o capacidad reflexiva.

Regulación de los afectos

Según Holmes, la afectividad dota a niño de un sistema defensivo que lo capacita para discriminar entre situaciones de seguridad y situaciones de peligro, y cuya ausencia estaría relacionada con la desregulación característica de los pacientes borderline.

Mecanismos de defensa movilizados

La defensa subyacente en el apego evitativo es la autoprotección en contra de las emociones penosas porque no pueden tolerar su propio sentimiento de vulnerabilidad, de ahí que algunos necesiten usar el mecanismo de identificación proyectiva. Hacia sus figuras de apego: idealización, desprecio o devaluación.

Además de la observación clínica, se utilizará para la valoración de los mecanismos de defensa utilizados test proyectivos como son el desiderativo, y dibujos como el de la familia y la pareja (ver estudios realizados en esta línea por Siquier de Ocampo, García Arzeno y Grassao).

Patrón de relaciones interpersonales

El tipo de apego evitativo afirma su propia independencia de los vínculos afectivos y organiza sus defensas de manera que tiende a no buscar apoyo, empatía e intimidad en las relaciones personales. Minimizan el significado de las relaciones íntimas en sus

pensamientos o las intelectualizan. El tipo ambivalente en sus relaciones interpersonales establecen relaciones pero tienen a comportarse de manera ambivalente adhesiva, con explosiones de rabia frecuentes. Modell señala que los pacientes con trastornos límite de la personalidad utilizan a las personas como objetos inanimados para tranquilizarse porque tienen un dilema entre la extrema dependencia y el terror a la proximidad que deviene de una relación con los padres tipo asustado-asustador. Se valora la disponibilidad en las relaciones interpersonales, la capacidad para mantener relaciones, la vivencia del sentimiento de dependencia en estas,...Un instrumento exploratorio en este sentido es la RQS para adolescentes.

ANÁLISIS DESDE LA CLÍNICA DEL PATRÓN DE APEGO EN UNA SERIE DE CASOS DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Material y métodos

Se realizará un análisis descriptivo de 6 casos clínicos de pacientes en edad escolar (6-12 años) que acuden por primera vez a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del CH La Mancha Centro en el mes de junio de 2009.

En estos seis casos, valoramos los patrones de apego evaluando en la entrevista clínica todas las variables recogidas en la introducción. A esto se añade la evaluación con los test proyectivos mencionados y la evaluación del patrón de relaciones interpersonales que establecen, utilizando como modelo en el caso de niños mayores la RSQ para adolescentes.

Análisis desde la clínica de niños escolares con posible apego inseguro evitativo

Presentación de los casos

Viñeta 1. Francisco

Varón de 11 años que acude a consulta por ánimo bajo y síntomas de ansiedad reactivos a ginecomastia idiopática de dos años de evolución, con repercusión moderada en rendimiento escolar y funcionamiento social.

Como antecedentes personales médicos presenta amaurosis unilateral intervenida quirúrgicamente a los 18 meses (requirió ingreso durante 15 días), una hernia inguinal intervenida quirúrgicamente a los 24 meses (requirió otro ingreso de 5 días) y diagnóstico hacia aproximadamente un mes de hipotiroidismo. En este momento, los padres están en proceso de solicitud de la dependencia para el hijo.

Anamnesis:

El embarazo fue deseado. Unos meses previos al parto, tras complicación de hernia

discal cervical, la madre sufre tetraparesia que le obliga a reposo absoluto y cesárea. Tras el parto, debido a enfermedad materna, y hasta los ocho meses, las tías maternas asumen la crianza de Francisco, turnándose semanalmente los cuidados, con visitas intermitentes a la madre. La lactancia natural no fue posible.

Durante los primeros meses de vida el bebe evitaba el contacto visual, su madre le define como *“serio, tranquilo, comía y dormía muy bien”*. Durmió solo desde edad temprana y no aparentes dificultades en la integración al colegio (lloró los primeros días pero se consolaba rápidamente).

Dinámica familiar: Francisco tiene una hermana de 16 años. Su padre está ausente (trabaja fuera de lunes a viernes), la madre y Francisco han establecido una relación *“a través de la enfermedad”*, de manera que acuden juntos a visitas semanales a distintos especialistas médicos para ambos.

Exploración:

De la exploración se deduce una relación intrusiva de la madre, que le levanta la camiseta al niño sin permiso para enseñar la ginecomastia, claramente interfiere en sus relaciones interpersonales. Aparece también un lenguaje crítico y culpabilizador: *“No sabe defenderse fuera de casa aunque siempre se enfada con nosotros, no le cuenta sus cosas a nadie”*. La madre se refiere al embarazo de la siguiente forma: *“Yo no me podía mover, estaba paralizada, se me abrían las carnes y me lo tuvieron que sacar”*.

Narrativa:

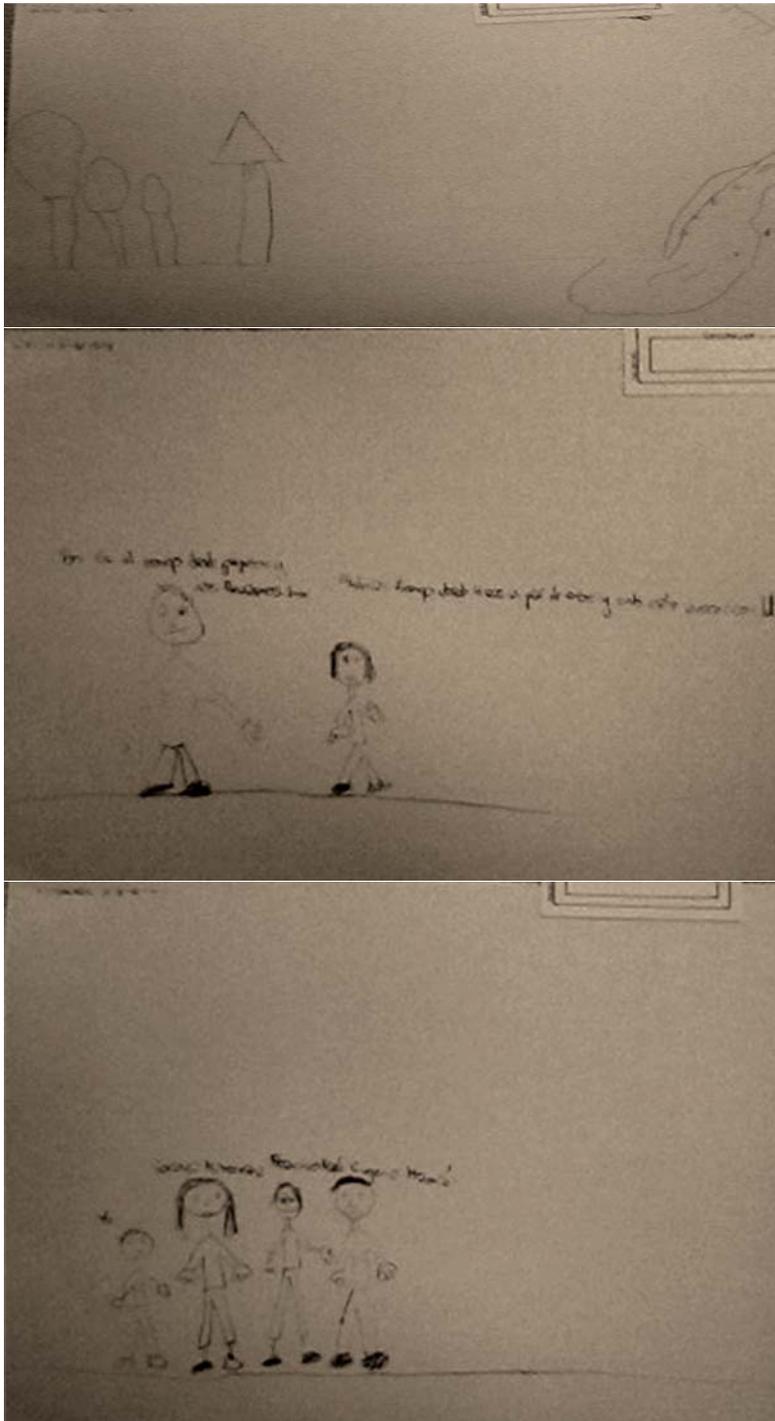
Tanto la madre como el niño son incapaces de dar adjetivos que definan al otro, salvo *“buena”*. En el discurso del chico se observa alexitimia, con dificultades para conectar con los sentimientos al hablar de experiencias negativas.

Defensas movilizadas:

En el desiderativo se movilizan defensas como el aislamiento afectivo, predominando objetos útiles; anulación (los símbolos usados en el positivo son luego anulados en el negativo); formación reactiva: las elecciones son buenas, no dañinas. Se infieren temores de destrucción y fantasías de muerte.

En los dibujos se observa pobreza en la elaboración y detalles, líneas débiles, tendencia a dibujar en la parte izquierda o regresiva, puntos conflictivos centrados en la expresión de las caras. En el dibujo libre explica: *“es el parque de al lado de mi casa, al que le falta el agua en la fuente, que la voy a poner yo”*. En la pareja elige a dos amigos. En la familia la figura más importante es la hermana, no diferencia el padre de la madre, a la que elige como la más buena por estar siempre ahí para él y como la menos feliz porque el día de su cumpleaños (el

de Francisco) “se murió su padre”.



Patrón de relaciones interpersonales:

Al comenzar la escolarización, Francisco tuvo dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales con tendencia al aislamiento. En la actualidad tiende a un patrón

de relaciones interpersonales superficiales, conserva amigos pero no establece intimidad y confianza con ellos ya que teme que puedan fallarle o hacerle daño.

Viñeta 2: Lian

Tiene nueve años cuando consulta por dolor abdominal funcional, tendencia al aislamiento social y apatía de cuatro meses de evolución, según pediatría. Los padres, por su parte, enfatizan la desobediencia y el abandono de sus tareas, así como la lentitud psicomotriz.

Anamnesis:

Embarazo deseado. Cesárea. Depresión postparto con síntomas psicóticos, con incorporación precoz al ámbito laboral. No lactancia natural. Desde el nacimiento hasta los 7 años a cargo de una cuidadora durante unas 10-12 horas al día (horario laboral de los padres) y con frecuencia también por las noches *“porque no quería irse con los padres”*. Estando con sus padres lloraba sin consuelo por las noches, lo que hacía sentir a la madre desbordamiento y rechazo por parte del niño que, en cambio, mostraba un excelente comportamiento por el día. Tomó comida triturada hasta los 7 años por *“reflujo”*. Había escasa continuidad entre la cuidadora y los padres, siendo estos últimos más estrictos en sus pautas de crianza y la primera en cambio, excesivamente sobreprotectora, favoreciendo conductas regresivas y ofreciendo escasa estructuración de horarios, rutinas...etc. Durmió con los padres en la cama hasta los 2,5 años. La madre se sentía muy desautorizada en su rol materno por la cuidadora, por lo que rompe relaciones con ella cuando el niño cuenta con 7 años.

Aparentemente buena incorporación al colegio, sin ansiedad de separación.

Dinámica familiar:

Hermana de 11 años, que mantiene una relación de cuidado hacia el paciente. Los padres son inmigrantes, procedentes de cultura oriental con dificultades en integración social. Gran inconsistencia entre los padres, el padre frío y distante con los hijos, muy punitivo. La madre deja al padre al margen, es más cariñosa y protectora con ellos. Conflicto de pareja. Escasa red social.

Exploración:

Durante la primera entrevista el niño se muestra al margen, aburrido, con cierta indiferencia, evitando contacto ocular con la madre. La madre impresiona de estar deprimida y de ser muy ansiosa, centrando el discurso en las dificultades de la crianza,

mostrándose triste y culpabilizada, a la vez que culpabiliza y se muestra crítica con el niño, haciendo atribuciones negativas de los síntomas: *“he tenido que luchar con él como padre, pero ya no puedo más”*. El padre se muestra decepcionado del hijo y la madre altamente exigente.

Narrativa:

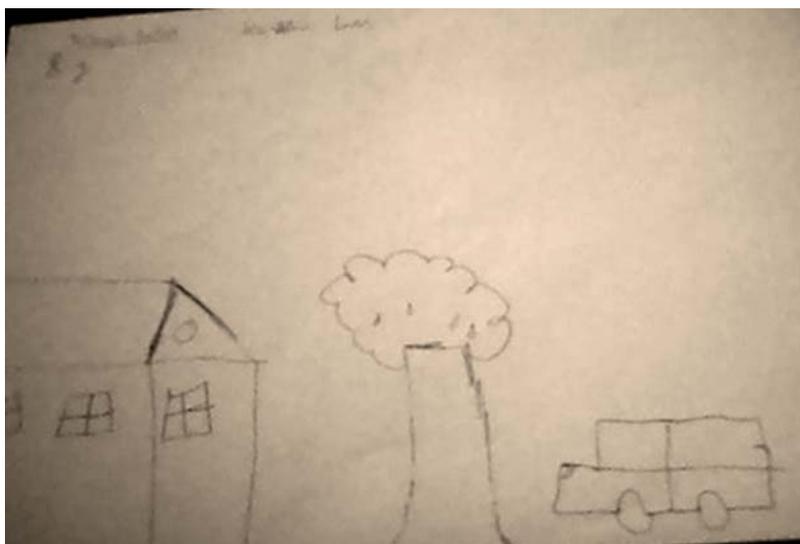
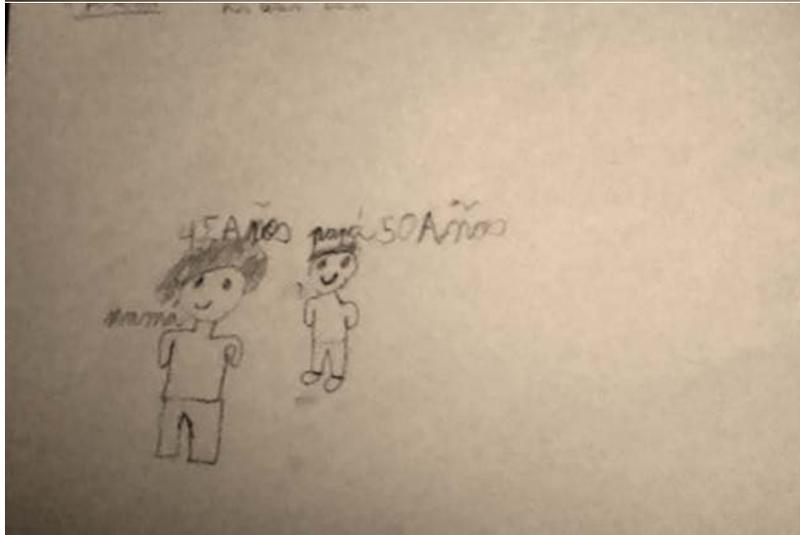
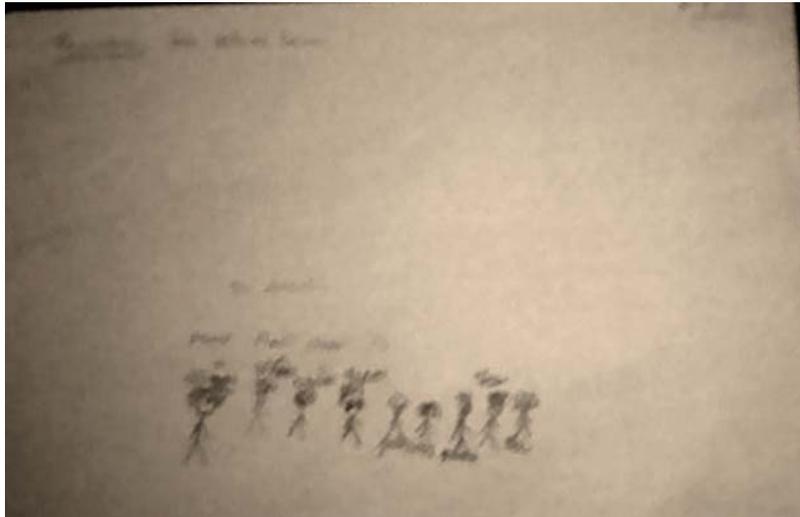
La madre describe a su hijo como: *“Es muy mentiroso y muy lento, tengo que estar encima para todo, no hace caso de nada, esconde la comida en vez de tirarla, dice que le duele la tripa para no ir al colegio y luego yo me pongo tan tensa que me hago contracturas y tengo que ir al masajista para poder moverme”*.

El niño en su discurso se centra en temas como el medio ambiente, con baja implicación emocional, detalles superfluos de temas banales, poco colaborador. Describe a su padre como *“con mucho nervio porque tiene trabajo”* y a su madre como *“buena, con mucha alergia, me hace caso en todo, a veces me regaña porque me porto mal, siempre encima nuestra”*. Se describe a sí mismo como *“tranquilo, no me enfado cuando me insultan, casi siempre no termino las cosas”*. Dificultad para asumir sus propias limitaciones y conectar con sus sentimientos.

Defensas movilizadas:

En el desiderativo se movilizan defensas evitativas, aislamiento afectivo eligiendo objetos inanimados por su inalcanzabilidad y utilidad. Expresa ansiedades de ser dañado por los demás o de romperse.

Es capaz de simbolizar y mentalizar, aunque los dibujos son poco elaborados, casi esquemáticos. En el dibujo de la familia mezcla distintos miembros de la familia nuclear y extensa, con la misma importancia entre todos ellos. En la pareja elige a sus padres, que pinta de forma rígida y sin miembros, devaluando la figura del padre.



Patrón de relaciones interpersonales:

Se relaciona poco en el colegio, aunque tiene dos amigos con los que mantiene relaciones superficiales.

Observaciones clínicas en ambos casos de posible apego evitativo

En ambos casos se ha producido una privación materna en momentos muy tempranos, no precisamente por ausencia física de la madre si no por la poca disponibilidad de ella. En el primer caso debido a enfermedad física y en el segundo por una depresión postparto. En el caso de Francisco, esto se ve complicado con intervenciones quirúrgicas e ingresos tempranos. Otro factor común son las dificultades surgidas con los cuidadores sustitutos, en el primer caso probablemente por existir demasiadas figuras diferentes y en el segundo por lo masivo de la sustitución de la madre y la rivalidad de ésta con la cuidadora. Toda esta situación ha conducido a la desconfianza en la disponibilidad del cuidador, por lo que el niño mantiene poco activados los patrones de apego, mostrando poca ansiedad durante la separación y claro desinterés durante el reencuentro. Se observa un estilo de crianza claramente intrusivo en F y crítico y poco empático en L, con ausencia de la figura paterna en ambos. En cuanto a la narrativa del paciente, éste da poca información sobre su historia o aportan detalles sobre situaciones difíciles sin entrar en contacto con las emociones, sin correspondencia entre memoria semántica y episódica. Hacen descripciones negativas de sí mismos pero son reacios a admitir sus limitaciones. Utilizan defensas de autoprotección contra las emociones penosas porque no pueden tolerar su propio sentimiento de vulnerabilidad, como: aislamiento afectivo, formación reactiva, intelectualización e identificación proyectiva. En las relaciones interpersonales afirman su propia independencia de los vínculos afectivos y organiza sus defensas para no buscar apoyo, empatía ni intimidad, tendiendo a intelectualizarlas. Los resultados en la clínica son consistentes con estudios previos, que hablan de una mayor prevalencia en el apego evitativo de patología introyectiva y psicósomática, así como de dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia (Weinfeld y cols 1999), y síntomas disociativos entre los 17 y los 19 años (Ogawa 1997), así como estilos de personalidad narcisistas o esquizoides (Blatt, 1992).

Análisis desde la clínica de niños escolares con posible apego inseguro ambivalente

Presentación de los casos

Viñeta 3: Beatriz

Chica de 12 años que acude a consulta por ánimo bajo, abandono de actividades lúdicas y sociales, anhedonia y ansiedad de separación de sus padres con alteración del patrón de

ritmos sueño-vigilia y de alimentación, con disminución de la ingesta. Ideas delirantes de culpa y temores de que sus padres puedan morir o ser dañados. La clínica tenía unos 4 meses de evolución, con importante disfunción en todas las áreas.

Anamnesis:

Antecedentes psiquiátricos familiares: Madre diagnosticada de trastorno bipolar tipo II con varios episodios depresivos moderados-graves desde la juventud durante los cuales permanecía en reposo con dificultades para poder atender sus obligaciones, y fases hipomaniacas. En tratamiento estabilizador y antidepresivo desde hace años, estable desde hacía aproximadamente un año. Esta situación dio lugar a separaciones parciales intermitentes en las que el padre o los abuelos maternos se hacían cargo de la crianza de la niña. La separación más larga e intensa tuvo lugar cuando la niña contaba con 18 meses y coincidió con el destete y sacarla de la habitación de los padres.

Embarazo deseado. Cesárea. Durante los primeros meses de vida mantenía buen contacto visual, sonrisa social y agarre, *“era inquieta, nerviosilla, activa”*. Buena adquisición de juego simbólico.

En torno a los dos años integración en la guardería, con llantos frecuentes que no se consolaban, por lo que decidieron sacarla.

Dinámica familiar:

Hermana de 15 años, independiente, la niña permanece con sus padres en los momentos de ocio, no va sola a ningún sitio ni se queda sola en casa. Muy pendiente de la madre y del padre, a los que llama con frecuencia cuando están ausentes. Inversión de roles, con una relación de sobreprotección y cuidado de las hijas hacia la madre.

Exploración:

De la exploración se deduce una relación de recíproca dependencia madre-hija. La madre centra el discurso en su propia patología, mostrándose culpabilizada por no haber podido atender a sus hijas de forma intermitente, pero a la vez dando escasa validez al malestar de su hija, que minimiza y alternativamente magnifica, en posible relación con la angustia que esto le provoca y la incapacidad de calmar al otro. En presencia de la madre la hija se queda callada, como al margen.

Narrativa:

La madre describe a su hija como cariñosa, simpática, tranquila *“es muy responsable, cuando estoy mal se queda conmigo, me cuida, le da miedo salir porque quiere estar con nosotros, siempre está pendiente de mí”*.

En el discurso buena capacidad introyectiva y conexión con las emociones, aunque se siente desbordada por estas, se siente muy culpabilizada por estar mal y poder así hacer sufrir a su familia. Expresa temor a ser abandonada y a dañar a sus amigos, hermana, padres, o a que les pueda pasar algo. No soporta discutir con nadie ni quedarse sola y por eso no expresa desacuerdo, mostrando baja asertividad. Idealiza a sus cuidadores.

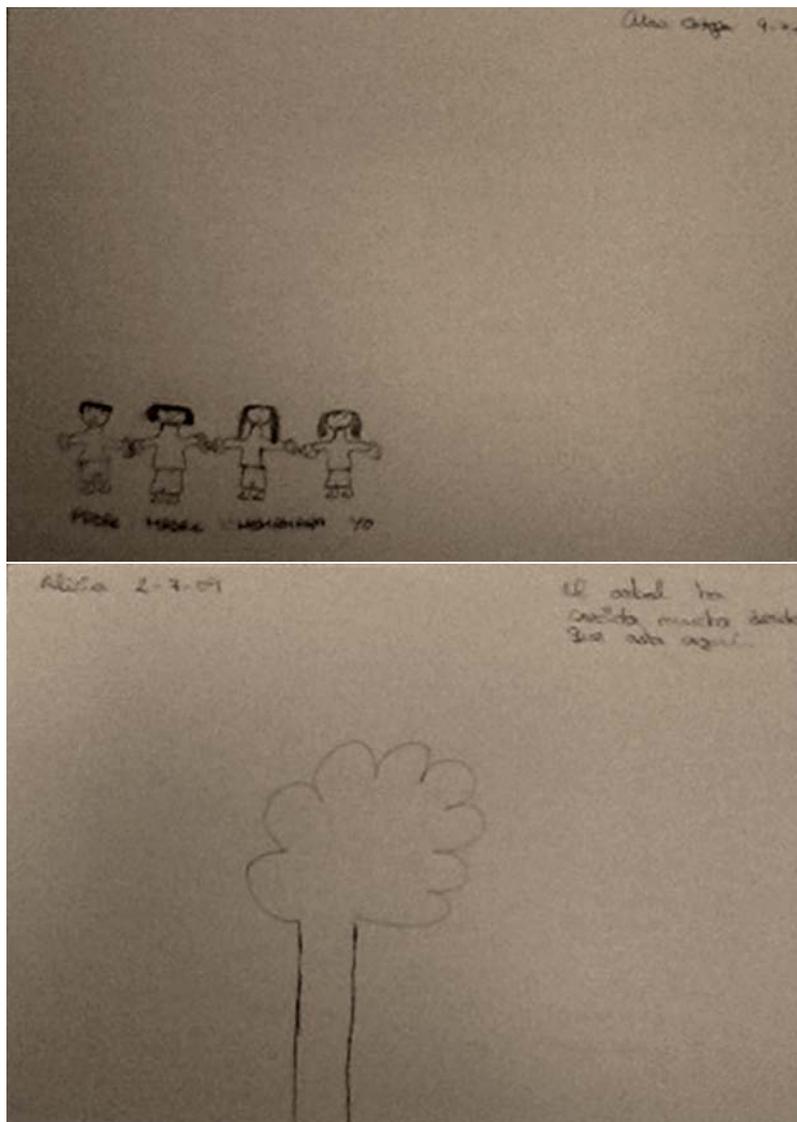
Baja autoestima, no se gusta físicamente y cree que es mala y dubitativa, piensa que *“le falta algo siempre”*.

Defensas movilizadas:

En el desiderativo se movilizan ansiedades a dañar y a ser abandonada. Se defiende eligiendo objetos y animales útiles y que forman parte del objeto bueno (identificación proyectiva, formación reactiva), y fantasías de reparación, de evitar el daño a los demás y acompañarles y cuidarles.

En los dibujos se muestran sentimientos de tristeza y soledad. Bloqueo para imaginar al comienzo y temor a hacerlo mal. Usa líneas discontinuas y rápidas, mostrando signos de ansiedad. Dibujos pequeños, en el margen izquierdo inferior. En el dibujo de la familia se muestra el temor al abandono y la separación uniendo a todos los miembros entre sí. En el dibujo del árbol se observa pobreza imaginativa, con un yo frágil y ausencia de raíces, es interesante que escribe en el margen superior derecho: *“el árbol ha crecido mucho desde que está aquí”*. En la pareja elige a su madre y a su hermana.





Patrón de relaciones interpersonales:

Confía en sus mejores amigas, pero teme que no la llamen o que no cuenten con ella. Evita las confrontaciones para que no se molesten.

Viñeta 4: Olga

Chica de 11 años que acude a consulta por clínica depresiva de varios meses de evolución en posible relación con situación de acoso escolar. Referían tendencia al aislamiento y actitud menos comunicativa con ellos, con mentiras frecuentes en el ámbito familiar y alteraciones conductuales en el colegio.

Anamnesis:

Embarazo deseado. Prematuridad, nacimiento a las 32 semanas. Cesárea por sufrimiento fetal. Estancia en incubadora durante ocho semanas. Posteriormente la madre se hizo cargo de la crianza. Visitas frecuentes al médico en el primer año de vida para seguimiento por la prematuridad.

Antecedentes psiquiátricos familiares de síndrome ansioso-depresivo en la madre reactivo a enfermedad que le ha provocado diversos episodios de ictus cerebrales con secuelas de disfunción manual. En este sentido, la niña recuerda uno de estos episodios cuando contaba con 7 años, en que tuvo que llamar ella a la ambulancia al encontrarse a su madre inconsciente estando solas. Signos de ansiedad de separación.

Dinámica familiar:

Hija única. Relación de gran codependencia entre madre e hija. Padre ausente por motivos laborales. Los padres se reconocen como muy exigentes y punitivos con la niña, a la que castigan con frecuencia durante largos períodos sin distinguir entre cuestiones banales (mostrarse más reservada con ellos o no contarles cómo le ha ido el día, o un resultado mediocre en un examen) y de mayor importancia (conflictiva con compañeros en el colegio), de manera que la niña a veces les oculta notas bajas o problemas con los compañeros por temor a represalias y no puede participar de actividades lúdicas con las compañeras. La niña se muestra, en cambio, muy protectora con la madre, pendiente de cómo se encuentra de salud, la lleva al médico, la llama con frecuencia y la ayuda en casa.

Exploración:

Durante la primera entrevista se evidencia una relación de recíproca dependencia entre madre e hija. La madre se muestra más afectuosa con la niña y culpabilizada por no haber evitado la situación de rechazo en el ámbito escolar que ha sufrió su hija y por *“haber sido muy duros y exigentes con ella”*. A la vez lanza mensajes contradictorios, alternando entre la culpabilización, el intrusismo y la crítica. El padre es crítico y punitivo con la niña y tolera muy mal sus intentos de individuación, dice estar muy decepcionado con ella. La niña se muestra en su presencia muy culpabilizada, llorosa, diciendo que la madre tiene razón en todo el daño que le está haciendo.

Narrativa:

La madre describe a su hija de esta manera: *“No es mala, sabe estar en su lugar, que creo que es la educación que le hemos dado. No nos cuenta nada es muy callada e introvertida y no entiendo por qué, porque le hemos dado la confianza para que nos cuente*

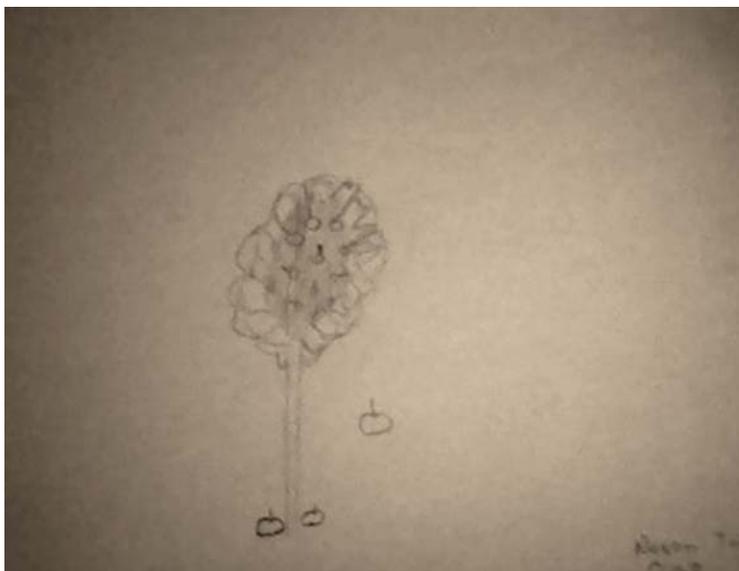
cosas, aunque a lo mejor luego la castigábamos, no sé si hemos hecho algo mal. Luego la profesora dice que miente en el colegio, se deja llevar por las compañeras, no se defiende, pero luego la pillan criticando a las niñas, la hemos tenido que cambiar tres veces de colegio porque siempre le pasa lo mismo, le dan de lado los compañeros y la machacan mucho”.

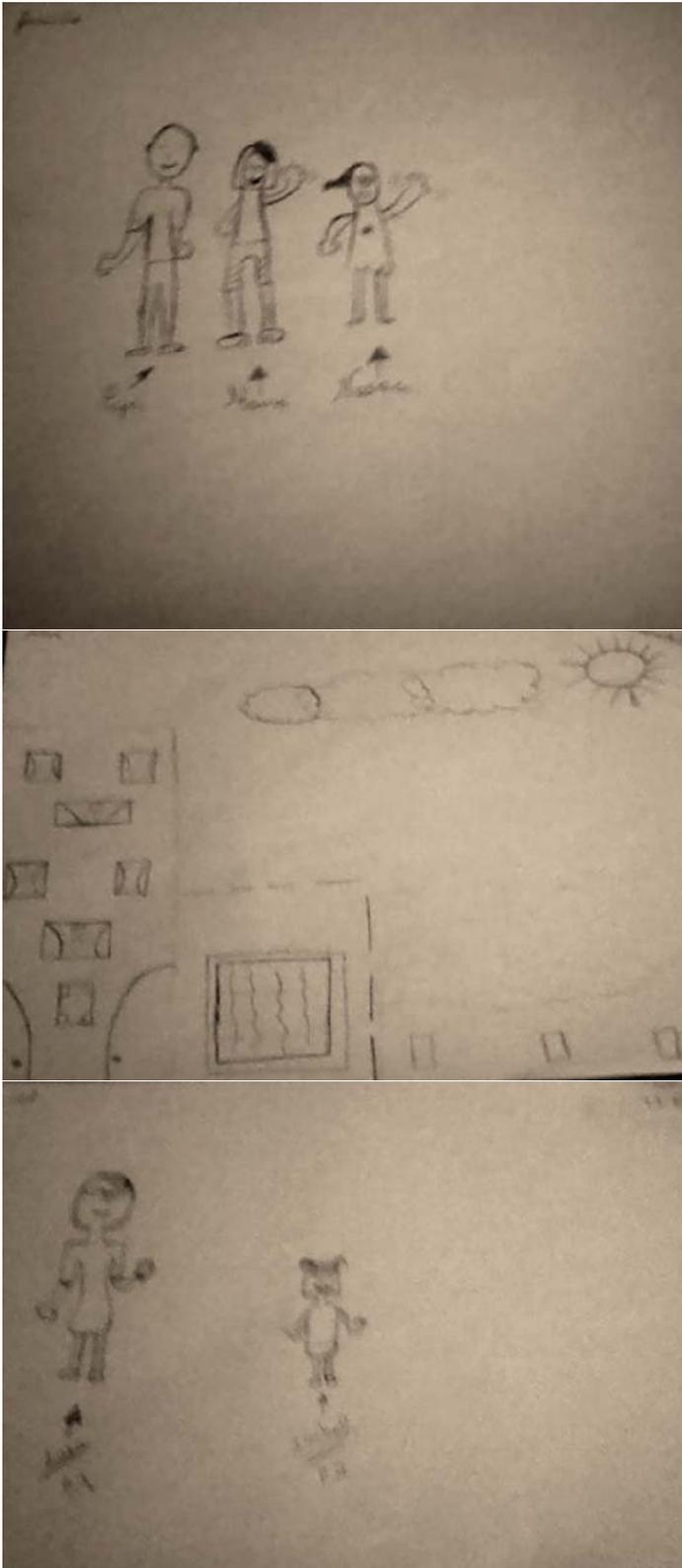
La niña mantiene un discurso culpabilizado, idealiza a sus padres en la descripción, aunque le cuesta hacerla. Se describe a sí misma como “*ni muy arisca ni muy tímida*”. No le gusta su forma de ser. Al hablar de la enfermedad de su madre se desborda y se muestra muy emocionada, aunque relata de forma fragmentada los recuerdos en torno al episodio en que tuvo que atender a su madre.

Defensas movilizadas:

En el desiderativo se movilizan ansiedades de ser abandonada o rechazada por los demás, eligiendo objetos útiles, bonitos que gustan a todos y siempre están acompañados y en movimiento. Se identifica con el objeto introyectado bueno y usa defensas maníacas, de salvación y ayuda a los demás.

Es capaz de simbolizar y mentalizar, los dibujos son elaborados, con grandes detalles y en movimiento, con cierta intención de complacer y gustar. Se observan elementos depresivos, especialmente en el dibujo del árbol, y de compensación en la familia, a los que pinta en movimiento, felices y con gran detalle (defensas obsesivas). En el dibujo de la pareja elige a una amiga y a su prima menor, con la que ejerce funciones de hermana mayor.





Patrón de relaciones interpersonales:

Establece relaciones interpersonales conflictivas, con cambios frecuentes de grupo de amigos. Dificultades para defenderse cuando la insultan por temor a quedarse sola. Cambio de colegio en tres ocasiones por problemas con los compañeros.

Observaciones clínicas en dos casos de posible apego ambivalente

En ambos casos la enfermedad materna ha favorecido que se muestre como figura débil, fallando en su papel de dar apoyo y propiciando la inversión de roles, incapaz de contener las ansiedades del niño o entrando en pánico en situaciones de emergencia, potenciado en el caso de O por su condición de prematura. La privación ha sido intermitente y parcial, por lo que las conductas de apego están activadas a un alto nivel: se amplía la vulnerabilidad en un intento por asegurarse la atención, observándose ansiedades de separación en la infancia. Se recogen estilos de crianza en forma de protestas continuas y críticas (especialmente en O) y comunicaciones inductoras de culpa. En el discurso de O y de B se evidencian dificultades para aplicar criterios objetivos a la comprensión de sus relaciones interpersonales, preocupación por el pasado, la autoestima y el aspecto, y alta implicación en conflictos de familia e independencia, que es mal tolerada por el paciente y los progenitores. Hacen descripciones negativas y culpabilizadas sobre sí mismos. Hacia sus figuras de apego utilizan la idealización, el desprecio o la devaluación. En las relaciones interpersonales se muestran inestables emocionalmente e irritables y tienen más probabilidad de ser victimizadas por los compañeros. Tienen miedo a ser abandonadas y rechazadas y se adhieren a los otros. Los mecanismos de defensa más observados son los depresivos, es decir, la identificación con el objeto introyectado bueno, y defensas maníacas...Estudios previos han relacionado el apego ambivalente con depresión en la infancia, dificultades interpersonales (Weinfeld y cols. 1999), y trastorno de ansiedad en el adolescente (Warren, 1979). Se ha relacionado con estilos de personalidad con elevada necesidad de las relaciones interpersonales, como las personalidades dependientes, histriónicas o límites (Blatt, 1992).

Análisis desde la clínica de niños escolares con posible apego desorganizado

Presentación de los casos

Viñeta 5: Esteban

Niño de 6 años y 6 meses que acude a consulta por encopresis retentiva primaria, ingesta compulsiva de comida con obesidad moderada, alteraciones de conducta con rabietas frecuentes que alterna con tristeza y llanto, síntomas de ansiedad y alteraciones del

sueño, con trasiegos nocturnos a la habitación de los padres. Acumula comida, se esconde en la despensa para comer, donde se lo encuentran a veces. La clínica, aunque presente desde el nacimiento, ha empeorado en el último año y medio en relación con conflictiva entre los padres a raíz de trastorno por dependencia de tóxicos en el padre y el nacimiento del hermano.

Anamnesis:

Embarazo deseado. Parto sin complicaciones. Depresión postparto durante el primer mes. A los 9 días la madre se incorpora al trabajo y el niño es criado en el negocio familiar, participando de la crianza tanto familiares de primer y segundo grado como otras compañeras del negocio, de manera que la madre ha estado intermitente y parcialmente ausente. No lactancia natural por motivos laborales. Desde los primeros meses de vida alteraciones en la alimentación. Dificultad para clamarlo: *“Se calmaba con la comida”*. No adquisición del control de esfínter anal.

Dinámica familiar:

Hermano de 1,5 años, con el que mantiene una relación muy ambivalente, de celos y gran dependencia. Alta intervención de la familia de origen materna en la familia nuclear en relación con el negocio familiar. No jerarquías claras, hermanas de la madre y abuelos maternos interfieren y deciden en la crianza. El padre, desautorizado, mantiene una relación con los hijos de *“iguales”*. Según la madre, el niño *“ocupa el lugar del padre, y duerme conmigo cuando no está”*. Ella se ha sentido muy cuestionada en la crianza del niño, de manera que en algunas épocas le ha sobreprotegido y en otras *“para que no estuviera tan mimado decidí quitarle sus juguetes, que están escondidos, y le dije a mi familia que no le regalaran más”*.

Exploración:

Durante la primera entrevista el niño se pone a explorar tranquilamente en la consulta, aunque en algunos momentos de tensión emocional se queda paralizado sin mirar a la madre. Ésta se refiere al niño como si no estuviera. Se muestra desbordada por la situación, a la vez que boicotea distintas intervenciones: no quiere que el niño sea valorado por endocrinología ni por pediatría por la obesidad ni la encopresis *“porque no quiero que le hagan daño”*. Se muestra culpabilizada y triste a la vez que culpabiliza a la familia del marido y a éste de los conflictos. En las descripciones del hijo alterna entre la sobreprotección y el cariño y un lenguaje crítico y culpabilizador.

Narrativa: La madre describe a su hijo como: *“Se parece a mí en lo terco, en llorar por*

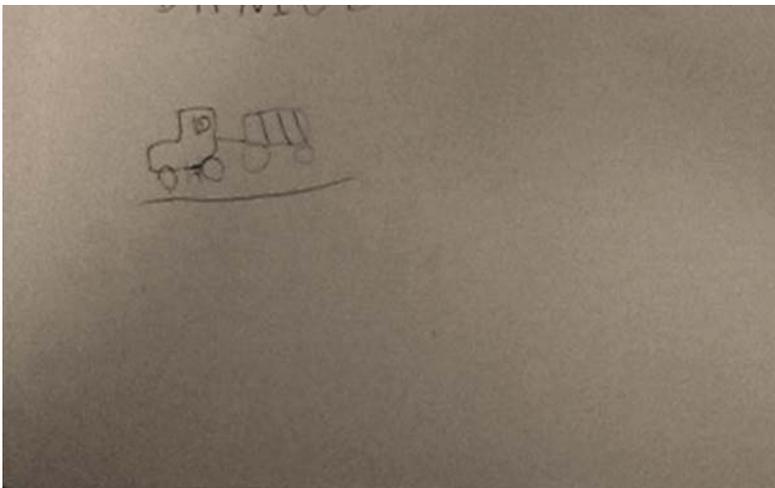
tonterías, pero luego tiene buen corazón. Cuando nació le eché una carga a mi familia muy grande porque han tenido que hacerse cargo de él, por las noches viene a dormir entre el padre y yo, a veces ocupa el sitio del padre. Yo no quiero que vaya con la familia del padre, pero le obligo a ir porque son familia, y luego él protesta y no quiere ir y el padre se enfada conmigo”.

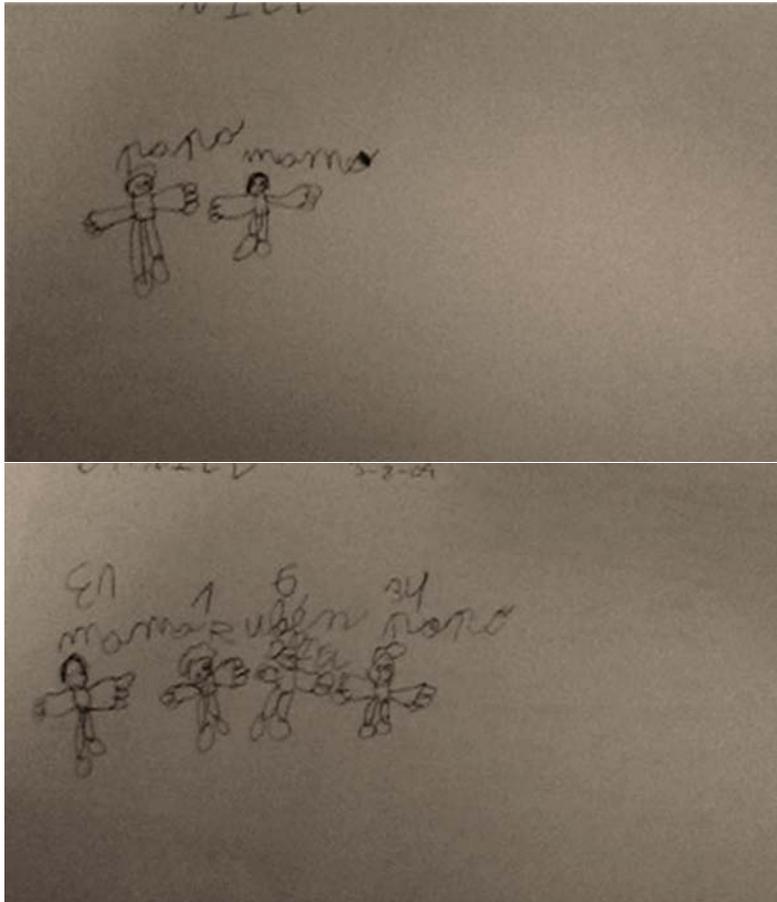
En el discurso del niño le cuesta definir a sus padres y su hermano. Explora la consulta y se interesa por los juguetes, haciendo un juego poco elaborado aunque con características simbólicas.

Defensas movilizadas

En el desiderativo se movilizan defensas megalomaniacas, identificándose con seres poderosos y mágicos, hadas, superhéroes...Le cuesta ponerse en el lugar del otro y mentalizar, eligiendo objetos que le gustan. Se observan ansiedades ligadas al proceso de individuación y separación. Ansiedades ligadas a la suciedad y a mancharse, mostrándose ambivalente con esto, con dificultad para integrar aspectos buenos y malos.

En el dibujo libre escoge un objeto inanimado. Utiliza predominantemente el margen superior. Es capaz de simbolizar. Dificultades para diferenciar entre sexos y generaciones. En la pareja escoge a los padres.





Patrón de relaciones interpersonales:

Se relaciona en el colegio, aunque no se amolda a los otros, mostrándose despótico en ocasiones.

Viñeta 6: David

Niño de 6 años que acude a consulta por conducta desorganizada, dificultades en la interacción social, encopresis y enuresis primaria e inestabilidad emocional.

Anamnesis:

Embarazo deseado. Diversos estresores vitales durante el embarazo. Parto sin complicaciones. Depresión tras el parto e incorporación precoz al trabajo desde el nacimiento, por lo que la madre no pudo hacerse cargo de la crianza del niño durante el primer año de vida. Los abuelos se hacían cargo del niño turnándose el cuidado por las mañanas abuelos maternos y por la tarde los paternos, entre los que no había consistencia. La madre podía hacerse cargo de forma intermitente en fines de semana, momentos en los que decía sentirse desbordada, con dificultades para dar una respuesta sensible, no entendía

las señales del bebé: *“no sabía lo que tenía que hacer con él, o sabía que tenía que tener unos horarios y cuándo acostarle o cuándo darle de comer, cuando le veía despierto no sabía qué hacer.” “No me respondía cuando le llamaba o le decía cosas”*. No adquisición de hábitos de alimentación y sueño en el primer año de vida. Traslados nocturnos a la cama de sus padres frecuente. No adquisición del control de esfínteres. Le daban azotes cuando se hacía pis en la cama, *“pero no servía y además nos cogió miedo, se escondía cuando nos íbamos a acercarnos a él”*.

Ansiedad de separación al integrarlo en el colegio. Sigue llorando independientemente de la presencia o ausencia de sus padres. Patrón de intereses restringidos. Falta de regulación de los afectos, con llantos inmotivados.

Alteraciones en el lenguaje, aunque no historia de retraso. Torpeza motriz. Desorganización conductual y estereotipias (mecerse). Mal rendimiento escolar a pesar de capacidad intelectual por encima de la media, debido probablemente a desorganización del pensamiento.

Dinámica familiar:

Es el mayor de tres hermanos, hermana de 5 años y hermano de 2 años. Los hermanos menores están al cargo de los abuelos paternos y David de los maternos, alternándose semanalmente, de manera que él nunca va acompañando de los hermanos. Los padres describen dificultades en los patrones de crianza, siendo flexibles y permisivos en algunos momentos y en otros críticos y punitivos con los niños.

Exploración:

Durante la primera entrevista el niño se muestra muy angustiado, pegado al padre y lloroso, aunque en el momento de la separación no se queja y lo acepta bien. No se atreve a explorar la consulta, aunque posteriormente pone a explorar desconfiado. No desarrolla juego simbólico. En presencia de la madre no existe contacto visual entre ellos. Los padres se muestran muy críticos con él. Hacen atribuciones negativas de la clínica del niño de la que dicen tiene una intencionalidad de hacerles daño. Dicen que *“hemos tirado la toalla con él, nos salió mal y ahora vamos a centrarnos en los otros dos”*. La madre se muestra triste y emocionada *“yo sé que a mí no me quiere, a su padre le quiere más; yo no sé si él quiere realmente a nadie y él se cree que nadie le quiere. Siempre ha habido algo especial en él. Es muy inteligente para las cosas que les interesa, para lo demás no.” “Nos deja en ridículo donde quiera que vayamos”*

Narrativa:

La madre al pedirle que describa a su hijo dice que no sabe, que a lo mejor su padre lo

conoce más. El padre lo describe de forma contradictoria y casi fragmentada: *“No obedece, mi padre y yo éramos igual de pequeños, pero a lo mejor ellos eran más duros, yo soy más blando con él. No es un niño amable, no da besos ni abrazos, no sé, en general me gusta la forma de ser que tiene”*.

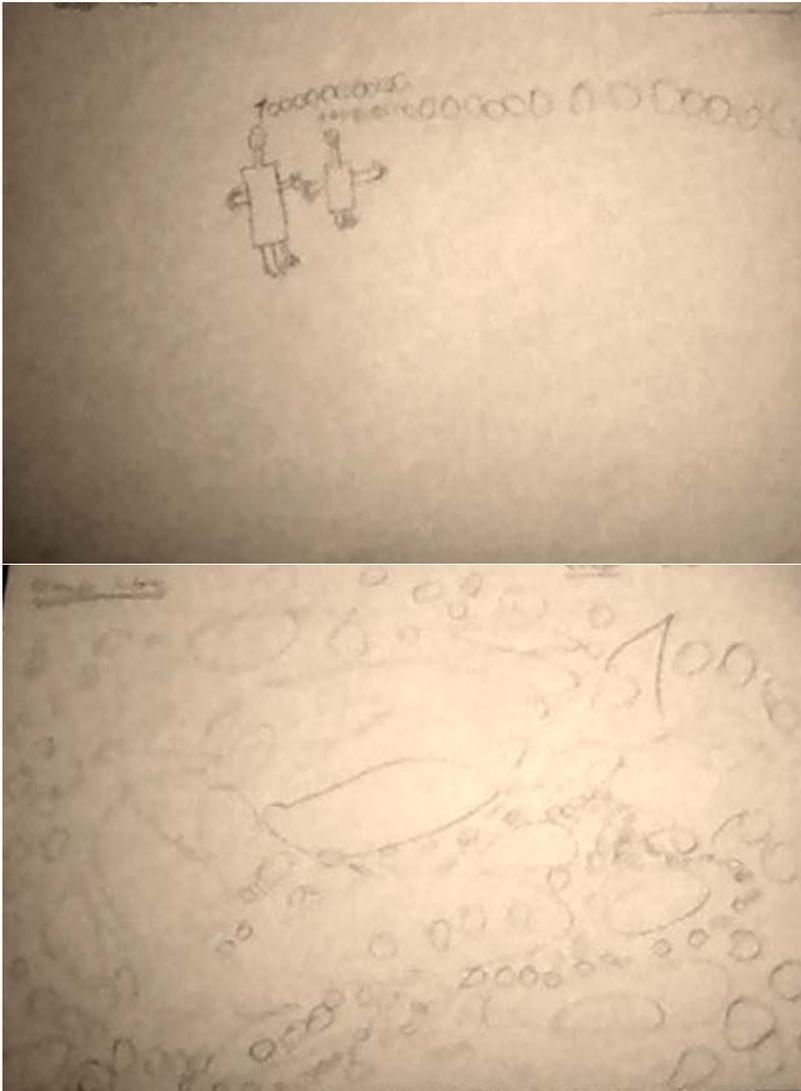
El discurso del niño es incoherente en algunos momentos. Se ríe de sus hermanos porque son pequeños. Dice que sus padres lo recogieron de la basura y que él es un niño malo. No es capaz de integrar aspectos buenos y malos. Explica que tiene un problema porque su cabeza no funciona bien. No quiere ir al colegio ni estar con otros niños porque *“todos son malos”*. Antes de hacer los dibujos dice que él no sabe, que no le van a salir.

Defensas movilizadas:

Resulta imposible hacer el desiderativo porque dice que es imposible que un niño pueda ser otra cosa que un niño. Incapaz de mentalizar y dificultades en la simbolización.

En el dibujo libre dibuja bolas grandes y pequeñas que se comen y se aplastan unas a otras. Es incapaz de explicar lo que dibuja al comienzo. En los dibujos de la familia y de la pareja le cuesta distinguir entre sexos y entre generaciones. Va añadiendo figuras sin saber decir cuál es el padre o la madre o los niños. *“Unos son más pequeños y otros más pequeños, tienen millones de años y millones de millones”*.





Patrón de relaciones interpersonales:

En el colegio otros niños se acercan a él y parece no interesarse por ellos, siempre acaba jugando solo.

Observaciones clínicas en dos casos de posible apego desorganizado

En ambos casos se ha establecido un sistema de “*maternidad promiscua*” (Cabaleiro, 1993), en el que intervienen distintas personas con baja continuidad y consistencia entre ellos con intervención intermitente y poco diferenciada de la figura principal, que tiene grandes dificultades para dar una respuesta sensible a las demandas de atención y cuidado del niño, sobre las que hace atribuciones negativas. La discontinuidad entre actitudes sobreprotectoras y las punitivas poco previsibles originan una interacción asustado-asustador, un dilema entre la extrema dependencia y el terror a la proximidad a los padres

(caso D). Esta ausencia de respuesta empática del self-objeto dificulta la formación de los límites entre el self y el otro, y el desarrollo del self corporal del niño (Mahler, 1975). No se modera la grandiosidad infantil (Kohut). Todo esto lleva aparejado una difusión de la identidad, por la imposibilidad de integrar aspectos contradictorios (Klein), y la construcción de un “falso self” similar a las categorizaciones de las personalidades narcisistas. Hay una dificultad para simbolizar y mentalizar, y una desregulación de los afectos. En el discurso las representaciones y los estados mentales están fragmentados o escindidos, y se pierde el curso del pensamiento (caso D). Se utilizan mecanismos de defensa primitivos: disociación, escisión, split masivo (temor a la destrucción), defensas megalomaniacas, proyección... Usan a los otros como objetos inanimados para tranquilizarse. Este apego se ha relacionado con patología grave como el trastorno de personalidad límite (Kernberg), síntomas disociativos (Ogawa 1997), conductas contradictorias y estereotipias, trastornos internalizantes (Hankin 2001) y patología psicótica (Dozier 1990, Borelli 2010). Aparecen también las alteraciones del lenguaje que son características de este patrón de apego (Slade).

CONCLUSIONES

Ya desde la Segunda Guerra Mundial se inician las observaciones clínicas que apuntan a las consecuencias negativas de las separaciones niño-cuidador y, particularmente, del cuidado institucional de niños pequeños. Se han constatado las consecuencias de graves deprivaciones que producían (y producen) graves trastornos del desarrollo de temprana aparición. Otras separaciones y deprivaciones, aparentemente no tan graves, también producen efectos negativos en el desarrollo del niño.

La serie de casos de escolares entre 6 y 12 años presentados responden a los patrones de apego evitativo (viñetas 1 y 2), ambivalente (viñetas 3 y 4) y desorganizado (viñetas 5 y 6). Han sido valorados a través de un análisis clínico descriptivo, basado en la literatura existente al respecto, dada la escasez de instrumentos de medida validados y el difícil acceso a los mismos, como en el caso de la CAI (Childhood Attachment Interview).

A la luz de los casos descritos, pensamos que por una parte, el simple análisis de las características de la separación no da cuenta de la realidad clínica de los pacientes; y que, en cambio, parece correlacionarse mejor con el tipo de apego constituido. Es decir, no sería la separación en sí misma si no la imposibilidad de la creación de un patrón de apego seguro lo que sería más explicativo para la clínica. Esta imposibilidad sería una imposibilidad de la díada madre-bebé, en una interacción desigual entre las capacidades de ambos. En la clínica se pone de manifiesto la compleja interrelación de los diferentes conceptos teóricos que tratan de explicar la complejidad de esta primera interacción. Como las atribuciones e identificaciones proyectivas se vierten sobre los hijos, como las condiciones ambientales o situacionales en ocasiones se imponen como obstáculos a la creación de un apego sano, y las

particulares defensas que cada niño desarrolla. Entendemos, por tanto, la psicopatología, como resultado de una combinación sucesiva de predisposiciones genética, biológica, ambiental...que podemos observar en la anamnesis de los casos.

El apego inseguro y desorganizado puede ser patológico per se, como se recoge en los epígrafes de trastorno de vinculación de la infancia reactivo o desinhibido, de la CIE 10, pero también puede ser un predisponente más para el desarrollo de psicopatología a lo largo de la vida (Marrone, 2001). La inseguridad en el apego conlleva ansiedades que requieren el uso de mecanismos defensivos cuyo uso persistente puede modelar la patología del carácter. En todos los casos descritos se observa un fondo depresivo, especialmente en los casos con patrón de apego inseguro ambivalente, tal y como afirma Cabaleiro (1993), quién relaciona las separaciones precoces e inadecuadas del cuidador principal como precursores de estados depresivos posteriores en el niño. Es interesante señalar, además, la frecuencia de depresión materna en esta muestra, cuatro de los seis casos, y la influencia de la depresión materna en la constitución de un apego inseguro (Lyons Ruth 1990).

Estos casos muestran también como las consecuencias de está privación materna puede pasar desapercibida durante años y empezar a manifestarse en la etapa escolar. Especialmente en el caso de trastornos internalizantes que suelen pasarse por alto durante más tiempo.

El mayor estudio de esta franja de edad y de la relación entre los factores de riesgo tempranos y la aparición de sintomatología en la edad escolar así como la creación y validación de instrumentos que permitan identificar los patrones de apego en la infancia son dos tareas pendientes de la investigación y la clínica infanto-juvenil.

REFERENCIAS

- Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, et al. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*, 4(2):163–172.
- Ainsworth MD. (1963). Efectos de la privación materna: estudio de los hallazgos y controversia sobre los métodos de investigación. En OMS: *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: OMS. (Disponible on-line en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_14_\(part2\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_14_(part2)_spa.pdf)).
- Anglin DM, Cohen PR, Chen H. (2008). Duration of early maternal separation and prediction of schizotypal symptoms from early adolescence to midlife. *Schizophrenia Research*, 103:143–150.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. En: Bretherton y e. Waters: *Growing Points in Attachment Theory and Research. Monograph of the Society for Research in Child Development*, 50 (Serial 209).

- Blatt S, Homann E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clin Psychol Rev*, 12: 47-91.
- Berry K, Barrowclough C, Wearden A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clin Psychol Rev*, 27(4):458–475.
- Borelli, Jessica L.; Crowley, M.; DarynD.; Sbarra, D.; Anderson, G.; Mayes, L. (2010). Attachment and emotion in school-aged children. *Emotion*, Vol 10(4), 475-485.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*, Volume 2. New York: Basic. Reimpreso por Pelican Books, 1975. Versión castellana: Bowlby, J. *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds (I: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory; II: some principles of psychotherapy). *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-10 and 421-31.
- Cabaleiro Fabeiro F. (1993). [Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente](#). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, Rev: 15-16.
- Dozier M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Develop Psychopathology*; 2: 47-60.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R.; Mattoon, G., y Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Golberg, R. Muir, Y. J. Kerr: *Attachment theory: Social, Developmental and clinical Perspectives* (pp. 233-278). New York: Analytic Press.
- Fonagy P. (2001). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espax.
- Fernández del Valle J. (1992) Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 4 (2): 531-542.
- Goldfarb, W. (1955). Emotional and intellectual consequences of psychologie deprivation in infancy: a reevaluation. En: Hoch, P. & Zubien, J. *Psychophatohology of childhood*. New York: Grune&Stratton, pp 192.
- Hankin BL, Abramson LY. (2001) Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127: 773-796.
- Harlow, H.F., y Zimmerman, R.R. (1959). Affectional responses in infant monkeys. *Science*, 130, 421-432.
- Kubicka L et al. (1995). Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic revisited at age thirty. *Acta Psychiatr Scand*, 91(6):361-369.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. En. T. B. Brazelton & M.Yogman: *Affective Development in Infancy*. Norwood: Ablex.
- Main, M. (1983). Exploration, play and cognitive functioning related to infant-mother attachment.

Infant Behaviour and Development, Volume 6, Issues 2-3, 1983, pp 167-174.

- Mahler, M.S.; Pine, F., y Bergman, A. (1975). *The Psychological birth of the Human infant*. New York: Basic Books.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Editorial Psimática: Madrid.
- Lyons-Ruth, K y Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Cassidy, Jude (Ed); Shaver, P (Ed), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, (pp.520-554). New York: Guilford Press, xvii, 925 pp.
- Ogawa J, Sroufe A, Weinfield E. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Develop Psychopathology*, 9: 855–879.
- O'Connor TG, Rutter M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romania Neurobiology and early human deprivation 21 Adoptees Study Team. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 703-712.
- Prugh, D.G., Staub, E.M., Sands, H.H., Kirschbaum, R.M. & Leniham, E.A. (1953). A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. *Amer. J, Orthopsychiat*, 23, 70
- Roy P, Rutter M. (2006) Institutional care: Associations between inattention and early reading performance. *J Child Psychol Psychiatry*, 47: 480-487.
- Rutter M, Kreppner J, Croft C, Murin M, Colvert E, Beckett C et al. (2007) Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatr*, 48: 1200–1207.
- Sameroff A, Lewis M, Miller S. (2000). *Handbook of developmental psychopathology, 2nd edition*. New York: Plenum.
- Siquier de Ocampo ML, García Arzeno ME, Grassano E. (1991). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaption in preschool: the roots of maladaptation and competence. En: M. Perlmutter: *Minnesota Symposium in Child Psychology* (vol.16, pp. 41-81). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Van der Vegt EJ, van der Ende J, Ferdinand RF, Verhulst FC, Tiemeier H. (2009). Early Childhood Adversities and Trajectories of Psychiatric Problems in Adoptees: Evidence for Long Lasting Effects. *J Abnorm Child Psychol*, 37(2):239-49
- Warren S L, Huston L, Egeland B, Sroufe A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Ad. Psychiatry*, 36: 637-644.
- Weinfield N S, Sroufe L A, Egeland B, Carlson E A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In: Cassidy IJ, Shaver PR Editors. *Handbook of attachment*. New York: Guilford.
- Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. (2005) Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study. *Am J Psychiatry*, 162(9):1652–1657.
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false Self. En: D.W.Winnicott: *The*

Maturational Processes and the Facilitating Environment (ver Winnicott, 1965).

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational Processes and the Facilitating Environment*. London. The Hogarth Press.

Original recibido con fecha: 15-8-2014 Revisado: 15-2-2015 Aceptado para publicación: 20-2-2015

NOTAS

¹ FEA Psiquiatría. USM Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcazar de San Juan, Ciudad Real. SESCAM.

² FEA Psicología Clínica. USM Gerencia de Area Integrada de Puertollano. Ciudad Real. SESCAM.