

TÍTULO

EL VÍNCULO Y PSICOPATOLOGÍA EN LA
INFANCIA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.

TITLE

ATTACHMENT AND CHILD
PSYCHOPATHOLOGY: ASSESSMENT AND
TREATMENT.

AUTOR

Díaz Atienza, J, y Blázquez Rodríguez, MP
Unidad de Salud Mental de Almería
e-mail: atiENZA@paidopsiquiatria.com

RESUMEN

Realizamos una breve introducción a los aspectos clínicos derivados de anomalías en el desarrollo del apego, así como la descripción de algunos instrumentos para evaluarlo en la infancia y adolescencia. Finalmente exponemos algunas de las técnicas de tratamiento habituales.

Palabras clave: Apego, vínculo, tratamiento, evaluación

ABSTRAC

We realize a brief introduction to the clinical aspects derived from anomalies in the development of the attachment, as well as the description of some instruments to evaluate it in the infancy and adolescence. Finally we expose some of the treatment technical.

Key Words: Attachment, treatment, assessment.

Introducción

No existe una clasificación, sea dimensional o categórica, suficientemente satisfactoria. En la actualidad el DSM-IV solo reconoce el Trastorno Reactivo de Vinculación en la Infancia con dos subtipos: Tipo Inhibido (F94.1) y el Tipo Desinhibido (F94.2) (Tabla 1). Por ello no es de extrañar que la psicopatología infantil relacionada con el apego esté relacionada con escuelas y autores concretos con las consiguientes dificultades para la investigación.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez.

<p>A. Relaciones sociales alteradas, iniciándose antes de los cinco años y puestas de manifiesto por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel del desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias.2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados. <p>B. El trastorno del criterio A no se explica exclusivamente por un retraso en el desarrollo y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.</p> <p>C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">1. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.2. desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño.3. Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables. <p>D. Se supone que el tipo de crianza descrita en Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A.</p> <p>Tipos:</p> <p><i>F94.1. Tipo inhibido: Si predomina el Criterio A1.</i></p> <p><i>F94.2. Tipo desinhibido: Si predomina el Criterio A2.</i></p>

Psicopatología

1. Ainsworth (1969) describió tres tipos de apego que conllevan la presentación de psicopatología en el niño (Srouf, 1990).

1.1. **Apego seguro.** Es considerado como la situación de mayor normalidad. El niño solo tiende a protestar durante la separación recibiendo a la figura de apego con solicitud y tranquilizándose. Suelen mantener conductas exploratorias con normalidad en presencia de la figura de apego y establecen relaciones de confianza con extraños.

1.2. **Apego ansioso-evitante.** El niño parece poco afectado cuando se produce la separación de la figura de apego, parecen no tener necesidad de confort dando la impresión de independencia. Su conducta exploratoria permanece en ausencia de la figura de apego como base de seguridad. Su contacto con extraños es frecuente soliendo ignorar a la figura de apego cuando vuelve. Suele darse en

madres que ignoran o rechazan al niño, hablan de él en términos negativos, mostrándose molestas con su hijo.

Las consecuencias **psicopatológicas** pueden resumirse en:

- Continúan presentando conductas de evitación a lo largo de la infancia.
- Manifiestan altos niveles de hostilidad y agresividad.
- Presentan una alta tasa de interacciones negativas con otros niños.
- Conductas negativistas, distancia emocional, malhumor y solitarios.
- Utilizan estrategias de evitación y autosuficiencia como mecanismo de distanciamiento de los demás.

1.3. **Apego ansioso-resistente o ambivalente.** Son niños que se muestran muy perturbados con gran ansiedad o agitación durante la separación de la figura de apego. Cuando buscan consuelo en la figura de apego lo hacen de forma ambivalente: apego excesivo o rechazo. Gran resistencia al consuelo. Las madres suelen ser insensibles a las demandas del niño y tienen dificultad para interpretar las demandas de su hijo dando respuestas inapropiadas.

Las consecuencias sobre el niño son importantes: suelen presentar una continuidad de este tipo de apego hasta la edad escolar. Son niños poco asertivos, inhibidos, con interacciones pobres y tendencia al repliegue en situaciones sociales.

2. Main y cols (1988) observaron que había un subgrupo de niños que no podían agruparse siguiendo la tipología de Ainsworth. Proponen un cuarto tipo de apego: **Desorganizado / desorientado.**

Los niños con este tipo de apego suelen presentar conductas desorganizadas y confusión cuando se produce la separación de la figura de apego, no presentan estrategia que liciten confort ante el estrés y su apego es ambivalente y evitativo. Las madres han sido, con frecuencia, víctimas de un trauma que no han resuelto siendo ansiosas y temerosas. Proyectan sus miedos en circunstancias actuales y son incapaces de reconocer las demandas de su hijo dando respuestas inconsistentes.

Las consecuencias son poco conocidas, aunque Lyons-Ruth (1996) defienden la postura de estos niños presentarán altos niveles de agresividad, conductas coercitivas y hostiles durante la edad escolar.

3. Los síntomas psicológicos relacionados con el vínculo son el resultado de dificultades en la relación padres/hijo debido a separaciones, pérdida de los cuidadores, abuso y negligencia y otras anomalías. La expresión semiológica es muy heterogénea por lo que se recomienda especialmente la valoración exhaustiva de la situación vincular de cada niño que consulte por presentar problemas psicológicos. Este autor refiere:

- La presentación de conductas impredecibles.
- La presencia de conductas de intimidación hacia los demás o ser víctima de ellas.
- Marcados déficits en las relaciones sociales.
- Conductas agresivas hacia otros niños.
- Baja tolerancia a la frustración y déficits en los mecanismos de inhibición conductual o autocontrol.

- Desorganización y desorientación en la resolución de problemas.
- Conductas contradictorias.
- Miedos excesivos, trastornos de ansiedad generalizada y/o síntomas depresivos.
- En ocasiones pueden existir síntomas disociativos o perplejidad: atención insuficiente a los acontecimientos externos.
- Respuestas escasas o lentas, inhibición conductual ante situaciones novedosas o cambiantes.
- Junto a la falta de habilidades para la resolución de problemas, podemos encontrar, igualmente, inhabilidad para pedir ayuda experimentando malestar en situaciones que las requieran.
- Falta de empatía hacia los demás y tendencia a conductas sociopáticas.
- Serias dificultades para establecer vínculos de amistad y establecer relaciones de confianza hacia los demás.
- Rabietas frecuentes y dificultades en la regulación de las emociones.
- Escaso placer en las emociones y manifestaciones de malestar en las situaciones en las que estas deben manifestarse.
- Muy demandante.
- Problemas con la conducta alimentaria.
- Contacto ocular pobre.

4. Otro autor que ha intentado sistematizar la psicopatología del vínculo ha sido Zeanah y cols (1993). Sitúa la presentación del síntoma en función del tipo de vínculo establecido. Así nos habla de:

- **Trastornos del vínculo no establecido.**

Los problemas emocionales y/o conductuales aparecen antes de que el niño haya tenido la oportunidad de establecer el vínculo. En esta situación se enmarca la psicopatología del abuso, el institucionalismo, drogadicción y/o alcoholismo en los padres o madres con graves trastornos mentales.

- **Trastornos por vinculación indiscriminada.**

Suelen darse en los casos en donde han existido largas separaciones de la figura de apego, en situaciones de acogida en las que no se da la oportunidad de establecer un vínculo estable con otras personas. También en niños institucionalizados.

- **Trastornos por vinculación inhibida.**

Se presentan en los casos en donde no ha existido disponibilidad parental o figuras de apego estables o han sido impredecibles. Estas situaciones son propias de las hospitalizaciones prolongadas o continuas.

- **Trastornos por vinculación agresiva.**

En la relación vincular predomina un sentimiento de rabia y frustración en la figura de apego. El niño desarrolla estos mismos sentimientos traduciéndose conductualmente en agresividad hacia la figura de apego.

- **Trastornos por vinculación invertida.**

Se presentan en las situaciones en las que el niño asume el rol parental. Las manifestaciones típicas son las conductas extremas de dominio y de hipercontrol hacia la figura de apego.

Otro de los trastornos relacionados con anomalías en el apego es la **ansiedad de separación**. Fenomenológicamente pueden darse las siguientes situaciones:

- **El niño es fuente de seguridad para la figura de apego.** Se trata de una inversión de roles. Desde el punto de vista psicoanalítico lo que se establece es una identificación proyectiva o parentalidad obligada. Suele presentarse en padres con trastornos mentales graves: psicosis.
- **El niño tiene miedo a que pueda suceder algo a la figura de apego durante su ausencia.** Son niños que crecen con un vínculo en donde predomina la ansiedad e inseguridad. Suele presentarse en hijos de padres con trastornos depresivos.
- **El niño teme por su propia seguridad en la ausencia de la figura de apego.** Esta situación no siempre tiene un significado clínico. Puede ser normal en niños pequeños ya que se necesita de la capacidad representacional y anticipatoria: el niño es incapaz de representarse la figura de apego como persona dotada de permanencia, de anticipar su retorno, como algo dotado de permanencia, en ausencia de ésta.
- **La figura de apego teme por la seguridad del niño.** A veces es la consecuencia de experiencias traumáticas en la figura de apego, aunque también puede deberse a la dinámica propia de un estilo familiar descrito por Pierrehumbert(2003) denominado como familias bastión. Se caracterizan por ser familias muy rígidas y desconfiadas de los demás.

Como podemos observar, la descripción de una psicopatología propia y específica relacionada con el apego, aún está por desarrollar. Hasta hace poco tiempo la gran dificultad era la no disponibilidad de instrumentos fiables y válidos que posibilitaran una investigación científica y no especulativa. Lo mismo podemos decir respecto a las técnicas de intervención terapéutica que actualmente se vienen desarrollando.

Evaluación del apego: instrumentos.

La primera pregunta que nos podemos formular es ¿realmente los instrumentos utilizados miden el apego?. Los distintos investigadores nos recomiendan una serie de requisitos para que así sea (Pierrehumbert , 2003):

1. La evaluación debe contemplar el desarrollo del niño.
2. Deben medir y observar las relaciones y el tipo de vínculo entre padres e hijo.
3. La observación debe contemplar los diferentes ambientes en donde se desenvuelve, tanto en situación de juego como el desenvolvimiento en casa.
4. En los casos en donde se muestre necesario deberían posibilitar la observación directa.
5. Deben contemplar no solo el desarrollo del niño, sino igualmente, la historia familiar: especialmente, los antecedentes psiquiátricos, situación actual y función de cada padre en la relación con el hijo.

En la Tabla 2, presentamos una serie de instrumentos que se han mostrado válidos.

Tabla 2. Principales instrumentos de evaluación

<p>1. INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL VÍNCULO EN EL NIÑO:</p> <ul style="list-style-type: none">1.1. The Strange Situation (12-20 meses).1.2. Cassidy-Marvin System for Assessing Attachment in Children (2 ½ - 4 años).1.3. Main-Cassidy Attachment Classification for Kindergarten – age Children (4 ½ - 7 años).1.4. Preschool Assessment of Attachment (2 ½ - 4 ½ años).1.5. Attachment Q-sort (12-60 meses).1.6. Attachment Story Completion Task (3 años).1.7. Picture response (6 – 7 años). <p>2. MEDIDAS ADICIONALES:</p> <ul style="list-style-type: none">2.1. Nursing – Child Assessment Satellite Training.2.2. Parent-child Early Relational Assessment.2.3. Home Observational Measure.2.4. Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification. <p>3. MEDIDAS DEL VÍNCULO EN LOS PADRES:</p> <ul style="list-style-type: none">3.1. The Adult Attachment Interview.3.2. Adult - Attachment Q-sort.3.3. Working Model of the Chile Interview.3.4. Attachment History.3.5. Mother-Father –Peer Scale.
--

Tratamiento.

Las técnicas de tratamiento más relevantes se centran en la intervención sobre la relación padres-niño o en el niño. Exponemos resumidamente las más importantes. No constan investigaciones metodológicamente serias que hayan evaluado sus resultados.

1. Intervenciones sobre la relación padres – hijo.

1.1. Método de Susan McDonough .

Según sus autores es una técnica bastante eficaz en padres de alto riesgo. Incluye grabación en vídeo con distintos tipos de interacción y de una duración entre 10 y 20 minutos. A través una serie de preguntas se intenta facilitar la discusión con los padres sobre las interacciones positivas y negativas. Se utiliza para mejorar las interacciones y el vínculo entre ambos.

1.2. Método Watch, Wait and Wonder de Cohen.

Se analizan las interacciones iniciadas por el niño, discutiéndose posteriormente con los padres y el terapeuta lo que ellos han observado y cual ha sido su experiencia emocional.

Comprende 20-30 minutos de juego con la madre o sustituto durante los cuales se instruye a la madre que se siente en el suelo con el niño y siga las demandas que el le haga. Aquí lo importante es que la madre no debe iniciar nunca la interacción.

Durante la discusión deben manifestar sus sentimientos y las dificultades experimentadas durante la sesión. Esta discusión se suele utilizar para indagar sobre las experiencias vinculares en los propios padres. Esta intervención ha sido utilizada para incrementar el vínculo y mejorar el funcionamiento del niño en otras áreas.

1.3. Método de Diane Benoit.

Se utiliza en niños diagnosticados de vínculo desorganizado, siendo sus objetivos la reducción de conductas específicas en los padres, tales como agresividad y enfrentamientos, desorientación, intrusividad y aislamiento. En definitiva, con esta técnica se intenta incrementar la sensibilidad y empatía de los padres.

Consta de unas 57 sesiones en donde se analizan las grabaciones en vídeo realizadas normalmente en la casa. El programa contempla que los padres reciban información sobre cuidados y desarrollo del niño.

1.4. Psicoterapia niño-padre.

Suele utilizarse cuando se presume una duración larga e intensiva. Se dedican 90 minutos en cada sesión. Esta es una vez por semana y durante un año. La intervención se focaliza en las relaciones emocionales experimentadas tanto por el niño como por la madre. Se analizan, igualmente, los antecedentes traumáticos de la madre.

2. Intervenciones focalizadas sobre el niño.

Existen algunas técnicas terapéuticas en donde la intervención se centra en el niño, siendo el terapeuta el que actuaría como referente vincular. Una de ellas es *La terapia de juego no directiva*, en donde el terapeuta deja que el niño actúe mostrando aceptación. La relación entre el terapeuta y el niño debe facilitar que éste internalice y que sea capaz de generalizarlos a la relación con otras personas. Los sentimientos que experimenta el niño durante la actividad lúdica deben ser devueltos e interpretados por el terapeuta.

Este método se ha utilizado en niños traumatizados y que presentan trastorno del vínculo. En estos casos la intervención debe ser inmediata al trauma.

Por último, existe un programa de intervención pensado para establecer el vínculo tras la adopción. Es el *Programa de Terapia Familiar de Cohen*.

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth MDS (1969). Attachment and exploratory behavior of one year-olds in strange situation, in BM Foss (ed). Determinants of infant behaviour, vol. 4. London, Methuen.

Lyon-Ruth K and Block D (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17 (3), 257-275.

Main, M and Cassidy (1988): Categories of response to reunion with the parents at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a month period. *Developmental Psychology* 24, 415-426.

Pierrhumbert (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris. Odile Jacob.

Sroufe, LA (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. Clinical implications of attachment. *Child Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 18-38.

Zeanah, CH; Benoit D; Barton, M; Regan, WS; Hirshberg, LM; Lipsitt, LP (1993). Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (2), 278-286.