

## Los trastornos del apego: elementos diagnósticos y terapéuticos

*Maryorie Dantagnan*

Uno de los requisitos fundamentales para asegurar el buen trato de los niños es que los vínculos de los padres con sus hijos sean sanos. La existencia de relaciones sanas entre padres e hijos depende en buena parte de cómo se produjeron los procesos de apego. Numerosos autores a partir de Bowlby (1973, 1988) han insistido en la importancia de un apego sano como factor de prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil (López, F., 1993; Barudy, J., 1998; Cyrulnik, B., 2001).

En el marco de nuestro modelo, consideramos el apego como el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que para la cría es primeramente sensorial durante la vida intrauterina (reconocimiento del olor, la voz y el tacto de los progenitores), pero que apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción afectiva del adulto, que puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida –sobre todo infantiles– de la madre y secundariamente del padre. El apego es lo que produce los lazos invisibles que crean las vivencias de familiaridad, caracterizada ésta por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. En otras palabras, el apego une a padres e hijos en el espacio y en el tiempo, lo que se manifiesta sobre todo durante la infancia por la tendencia a mantener una proximidad física, siendo su expresión subjetiva, cuando este apego es sano, la sensación de seguridad (Bowlby, J., 1973; Barudy, J., 1998). El establecimiento del apego permite no sólo que el niño discrimine a partir de un momento de su desarrollo a familiares y extraños, sino también que disponga de una representación interna de sus figuras de apego, como disponibles, pero separada de sí mismo, pudiendo evocarlas en cualquier circunstancia. Por esta razón, el niño o niña reaccionará normalmente con ansiedad ante la separación o la ausencia de su figura de apego (principalmente la materna o su sustituta), calmándose y mostrando alegría en el reencuentro. La interiorización de una figura estable y disponible, pero separada de sí mismo, permite al niño o a la niña utilizar a ésta como base de seguridad para explorar su entorno y a los extraños. Esta seguridad facilitará la diferenciación necesaria para ser un adulto capaz de ofrecer en su momento una vinculación de apego sano a sus propios hijos.

Un apego sano evoca sentimientos de pertenencia a una relación donde el niño o niña se siente aceptado y en confianza. Los padres, por quienes el niño siente un apego seguro, son interiorizados como fuente de seguridad. A partir de aquí el niño o niña podrá

sentir placer por explorar su entorno, construyendo poco a poco su propia red psicosocioafectiva. Cuando esta relación de apego se ha construido sanamente, la separación del niño de sus padres provocará signos de ansiedad, acompañados de una demanda de reunirse con ellos.

A partir del primer año de vida del niño podemos considerar si las diferentes fases del proceso de apego han permitido o no una vinculación selectiva con las figuras parentales y le han asegurado la seguridad de base, punto de partida para el desarrollo paulatino de la confianza en él mismo y en su entorno.

El apego es, por lo tanto, fundamental para el establecimiento de la seguridad de base: a partir de ella el niño llegará a ser una persona capaz de vincularse y aprender en la relación con los demás. La calidad del apego también influirá en la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como el desarrollo de su empatía, la modulación de sus impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia y el desarrollo de sus capacidades de dar y de recibir. Un apego sano y seguro permitirá además la formación de una conciencia ética y el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles como las separaciones que acarrearán pérdidas y rupturas.

Sabemos que si un niño o niña no ha tenido la posibilidad de establecer un apego primario o selectivo de calidad en el curso de su primer año o en el máximo de los dos primeros años de vida, él o ella tendrán siempre lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales que podrán dañar gravemente sus capacidades para vincularse positivamente con los demás, así como para obtener buenos resultados en los procesos de aprendizaje, especialmente en el ámbito escolar. Existe una relación importante entre trastornos del apego e incompetencia conyugal y parental. Nuestras experiencias clínicas nos permiten afirmar que en los malos tratos siempre hay un trastorno del apego. Los malos tratos agravan estos trastornos y crean una espiral que se alimenta a sí misma y que requiere de una intervención social y terapéutica (Barudy, J. y Dantagnan, M., 1998,1999).

## **TIPOLOGÍA DEL TRASTORNO DEL APEGO**

La tipología utilizada en nuestra práctica se basa en la clasificación de Mary Ainsworth (1978). Ella establece tres tipos de apego: inseguro evitativo (grupo A), seguro (grupo B) y apego inseguro resistente o ansioso-ambivalente (grupo C). A esto sumaremos una nueva categoría cuya validación empírica se ha acumulado en los últimos diez años: se trata del estilo de apego inseguro desorganizado (grupo D), propuesta por Main y Solomon (1986). En el marco de este trabajo, nos detendremos en la descripción de los tres tipos de estilos de apego disfuncionales:

- Trastorno del apego inseguro evitativo
- Trastorno del apego inseguro ansioso-ambivalente

## – Trastorno del apego inseguro desorganizado

La coautora de este libro es responsable de una investigación-acción realizada en el marco de un programa psicoterapéutico especializado para niñas y niños víctimas de malos tratos que presentan estos tipos de trastornos. Estas experiencias nos permiten aportar los elementos diagnósticos fundamentales para cada uno de ellos. A continuación, presentaremos los conceptos básicos a tener en cuenta.

## **El apego inseguro evitativo**

El estilo de apego evitativo se caracteriza por ser un mecanismo de autoprotección que consiste en evitar o inhibir los elementos conductuales que buscan la proximidad con su figura de apego. Cuando las respuestas obtenidas por parte de ésta no sólo no satisfacen las necesidades afectivas del niño, sino también son generadoras de estrés, angustia y dolor, la inhibición de sus conductas de apego, como todo lo relacionado con su mundo emocional, le proporcionarán una vivencia de seudoseguridad.

Según las investigaciones, existe entre un 15% y un 23% de niños y adolescentes con estilos de apego inseguro evitativo dentro de estas franjas de población víctimas de malos tratos.

### ***Desarrollo del trastorno de apego inseguro evitativo***

#### *Niñez temprana*

Las investigaciones nos muestran que los niños que han desarrollado un estilo de apego evitativo han sido cuidados en su primera infancia por padres o cuidadores cuyas relaciones con el niño son una combinación de angustia, rechazo, repulsión y hostilidad. Todo esto se expresa en actitudes o conductas controladoras, intrusivas y sobreestimulantes. En los casos más graves estas conductas podrían ser consideradas como «intoxicantes» (Barudy, J., 1998). Numerosas investigaciones y estudios sobre la dinámica de las relaciones tempranas de bebés con sus madres nos ayudan a comprender cómo y por qué un niño o una niña desarrollan este estilo de apego inseguro (Bowlby, 1988; Crittenden, 1992, 1995; Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Rosenberg, 1984).

Un bebé que llora, que está agobiado o incómodo por una necesidad insatisfecha, o cansado y temeroso, hace surgir en su cuidador, en su madre o en su padre una incomodidad o una tensión de tal intensidad que no les es fácil de manejar, sintiéndose entonces amenazados por el estado emocional y las conductas que presenta su bebé. Por lo tanto, una de las formas con que la madre o el cuidador intentarán manejar esta situación sin que les sobrepase es negar las necesidades de su bebé y decir, por ejemplo, que no está cansado, hambriento o con dolor. La respuesta es tomar distancia del estado emocional del bebé, por ejemplo, forzándolo a modificar su estado emocional o distorsionando los sentimientos en otros más tolerables para ellos, dando su propia

lectura de lo que su bebé vivencia. Esta lectura impuesta y alejada de la vivencia propia del bebé les impide desarrollar confianza en sus propias percepciones. Con esta forma intrusiva de responder a las necesidades del bebé, los cuidadores intentarán controlar o manejar emociones o sentimientos intensos que les causan malestar.

Bowlby (1988) nos enseña cómo un bebé cuidado por personas con estos estilos parentales organizará una estrategia evitativa para relacionarse con ellas, y por consiguiente con los demás. Este proceso se puede describir a través de la siguiente ilustración: imaginémonos a Marcos, un hermoso bebé de 7 meses que, al activar de modo natural sus conductas de apego dirigidas a obtener cuidado, protección y alivio en la proximidad con su madre, parece producir el efecto contrario, es decir, rechazo, distancia o una escasa disponibilidad emocional. Buscar a su madre para satisfacer sus necesidades y aliviar sus temores y sus afectos negativos es motivo de rechazo. Cuando Marcos solicita poco a su madre, las posibilidades de que sea rechazado por ella son menores. Por tanto, la estrategia que el niño utilizará será inhibir poco a poco su conducta de apego y la expresión de sus afectos. Paulatinamente desconectará de sus sentimientos de preocupación, de sus necesidades e incluso de su propia excitación. Esta estrategia le permitirá asegurar lo máximo de disponibilidad de su cuidadora con la mínima cuota de rechazo y de angustia posible. Respecto a esto, Crittenden (1995) señala: «La inhibición de signos afectivos tiene el efecto predecible de reducir el rechazo maternal y la rabia, así como enseñar al bebé que la expresión del afecto es contraproducente».

Podemos darnos cuenta de cómo el bebé organiza su sistema de apego para conseguir la cercanía afectiva con su cuidadora, a pesar del sufrimiento tremendo que esto le produce. Este sistema organizado de apegarse, como diría Bowlby, le permite mantener una relación funcional con los otros. Ahora bien, ¿de qué manera este bebé, como Marcos, está aprendiendo a modular sus afectos o regular sus emociones? Podríamos decir: obviándolos, negándolos o haciéndolos pasar por otros afectos o emociones. Esto le lleva a falsificar o disfrazar sus propias vivencias internas. Por supuesto, esto le produce a corto y a largo plazo un coste remarcable en su mundo afectivo, enajenándole de sí mismo y de los otros e impidiendo el desarrollo de relaciones cercanas sanas, cálidas, íntimas, empáticas, confiables. La evitación de la experiencia emocional provoca un gran riesgo para el futuro emocional del niño. Todo lo que queda relegado puede expresarse más tarde de forma inadecuada. El niño podrá difícilmente controlar su rabia, y la impaciencia e intolerancia repentinamente irrumpirán. Además, cuando el niño se halla en situaciones conflictivas o de frustración no podrá manejarlas adecuadamente, puesto que la percepción, la reflexión y otras funciones cognitivas se verán afectadas o contaminadas por esta emocionalidad herida.

Alrededor de los dos años, cuando el niño explora su entorno aprende que si se comporta «bien» y es «bueno», poco demandante y autosuficiente, será beneficioso para procurarse algo de proximidad y la mejor disposición que su cuidador o cuidadora y otros adultos pueden ofrecerle. Erikson (1984) señala que en esta fase de desarrollo el niño precisa afirmar su sentido de autonomía, explorar su mundo. Cuando las frecuentes demandas del niño provocan respuestas incontroladas de la madre –como por ejemplo

respuestas hostiles—, pueden llegar a ser formas crónicas de violencia psicológica y física. Por lo tanto, en esta fase del desarrollo que ya no ha podido ser precedida por el logro de la confianza en su primer año de vida, el niño puede acentuar su autonomía, ocultando sus necesidades y sus deseos por estar cerca del otro. Estos niños desarrollan, por tanto, una «seudoseguridad» como estrategia para protegerse del rechazo y del temor al abandono.

### *Niñez*

Según Brandon et al. (1999), en la etapa preescolar, cuando aumenta la capacidad simbólica, los niños con estilos de apego evitativo reemplazan su conducta de evitación por una inhibición psicológica. Esto se expresa a través del interés que van teniendo para ellos las actividades, las cosas, los objetos, sobre las emociones o las relaciones. Todo lo que no entra en el ámbito emocional puede ir bien, incluso a veces muy bien, porque a través de los logros físicos, académicos, etcétera, estos niños pueden mantener a sus padres interesados en ellos y, por lo tanto, pueden mostrarse cooperadores solícitos, perfeccionistas, pero sin dar espacio a la intimidad.

En un estudio longitudinal hecho con niños que a los doce años habían presentado estilos de apego evitativo, Lutkenhaus, Grossmann y Grossmann (1985) demostraron que a los tres años estos niños ya enmascaraban sus sentimientos negativos con sus cuidadores primarios y con otras interacciones sociales.

A fines de la etapa preescolar, cuando la personalidad comienza a estabilizarse e integrarse, el concepto de sí mismo ya no depende exclusivamente de la mirada de sus cuidadores primarios, sino también de la mirada de los otros y de lo que es capaz de hacer. Recordemos que según Erikson (1984) los niños adquieren un sentido de iniciativa, donde la realización de actividades logra dominar tareas específicas. Los niños con estilo de apego evitativo van a aprovechar su desarrollo evolutivo para centrarse naturalmente en las tareas y logros escolares. Así, por otro lado, podrán protegerse de la afectividad de las relaciones. Por ejemplo, estos niños o niñas pueden concentrarse en tareas o actividades que requieren poca interacción social y ser realmente exitosos. Sin embargo, en el nivel de su sociabilidad pueden manifestar dificultades de relación con sus pares, sobre todo con los adultos que les rodean.

Las observaciones de niños de 6 años con este estilo de apego sugieren una representación de los otros como no disponibles y una representación de sí mismos como fuertes, capaces de controlarlo todo y de no dejar afectarse fácilmente por las relaciones. La representación de las relaciones interpersonales es insegura por parte de los otros e invulnerable por su parte. Pareciera que estos niños están en un permanente conflicto entre un deseo de conectarse emocionalmente con los otros y, a la vez, de ser exageradamente autónomos. Aunque pueden representarse como fuertes e independientes, muchas veces sorprende los bajos niveles de autoestima obtenidos en los test o en las observaciones clínicas. Las diversas experiencias de rechazo, de un cuidado de pobre calidad y de una ausencia de sintonía emocional de su cuidador primario les han convencido de su escaso valor como personas y les ha impedido desarrollar confianza en sí mismos y en lo que los demás les pueden ofrecer. Por otro lado, al no experimentar

una «aceptación fundamental» en sus relaciones tempranas, difícilmente pueden desarrollar confianza y valía personal y una autonomía basada en el apego y no en la evitación social. Por lo tanto, lo que les queda es utilizar esta estrategia de protección para sostenerse en una especie de autosuficiencia emocional que les da la ilusión de no necesitar a otro.

En las relaciones familiares, estos niños probablemente no mostrarán abiertamente su rabia, ni entrarán fácilmente en el conflicto; más bien presentarán conductas hostiles en forma pasiva, lo que provocará mayor irritación a los padres, más rechazo y menos posibilidad de que el niño salga de su burbuja emocional. En el contexto escolar, estos niños y niñas pueden llevarse relativamente bien con toda la clase, pero son relaciones de poca intimidad. Aunque pueden llegar a entender lo que les pasa a otros compañeros, no entienden lo que pasa con ellos en el nivel emocional. En su rendimiento académico pueden no presentar mayores problemas; al contrario, pueden destacarse por sus logros, como afirmamos anteriormente. En el aula, por ejemplo, estos niños no serán participativos ni preguntarán a la profesora o al profesor; pueden pasar desapercibidos porque no provocan grandes molestias ni preocupaciones en los profesores, quizás debido al hecho de que aparentemente se desenvuelven bien en las áreas de su desarrollo.

### *Adolescencia*

A medida que el niño va creciendo y entrando en la etapa adolescente, va utilizando diferentes estrategias para rehuir todos aquellos aspectos que tengan que ver con los vínculos interpersonales, los afectos, las emociones. Fácilmente puede minimizar la importancia de estos aspectos de la vida y el contenido emocional de las relaciones presentes y pasadas. Esto se expresa en la poca emoción que manifiestan en sus conversaciones con sus pares y los demás. Como hemos dicho anteriormente, la evitación de la afectividad puede llegar a tal punto que los contenidos históricos cargados afectivamente muchas veces están excluidos de la conciencia y, sencillamente, el niño o joven no sólo evita, sino que, además, no puede acceder a ellos. Esto es un mecanismo o estrategia para protegerse y adaptarse a la vida con la menor angustia posible. Estos adolescentes presentan frecuentemente respuestas disociativas en relaciones que impliquen expresar emociones que, cuando son crónicas, pueden transformarse en trastornos disociativos.

Cabe decir también que no todos los adolescentes presentan este estilo de relación en el mismo grado; algunos de ellos pueden ser socialmente reservados, concentrados constructivamente en alguna tarea o actividad en la que son exitosos, o ser compulsivamente autodependientes, con dificultades relacionadas con su vida social. En general, a pesar de las dificultades asociadas al plano afectivo, los adolescentes no presentan grandes influencias en otras áreas de funcionamiento. Por lo tanto, pueden mantenerse con buen nivel de funcionamiento fuera del ámbito de las relaciones cercanas e íntimas. Sin embargo, las investigaciones y nuestra experiencia clínica sostienen que este estilo de apego puede llevar a que algunos adolescentes presenten importantes problemas conductuales, especialmente en situaciones de estrés, cambios en el entorno o

cambios evolutivos como la entrada en la adolescencia. La incapacidad del adolescente, por ejemplo, para pedir ser reconfortado o aliviado, o para compartir y reflexionar sobre sus experiencias, puede fácilmente llevarlo a tener comportamientos hostiles y antisociales. Ya en 1944, Bowlby afirmaba que estas incapacidades pueden ser precursoras de personalidades antisociales, lo que más tarde las investigaciones y estudios longitudinales han confirmado. Esto dependerá de la naturaleza de la relación con sus cuidadores primarios, de sus características y recursos personales, de la calidad de las experiencias relacionales y afectivas a lo largo de su infancia, pero particularmente de la calidad de las relaciones interpersonales que se le ofrezcan en su contexto de vida en el momento de la adolescencia.

Tanto en su relación con sus pares como con los adultos, estos chicos tienden a mostrarse lo más independientes posible: no demandan mucho de las relaciones y tampoco invierten tiempo en definir las y cuestionarlas. Las relaciones sociales tienen un fin o una funcionalidad (jugar, ver una película, fumar, conseguir algo, aprender algo, etcétera), pero muchas veces pueden dar la imagen de tener una relación de amistad o intimidad, aunque en realidad no siempre lo sea.

Recordemos lo que Crittenden (1992, 1995) señala al respecto: «Para estos niños, ser aprobados es ser queridos». La gente puede por tanto llegar a ser socialmente astuta respecto al comportamiento de los demás, lo que produce una respuesta «camaleónica» en las situaciones sociales. Es claro que la respuesta camaleónica o la expresión «donde calienta el sol» reflejan una manera protectora no confrontadora para relacionarse con los otros con buen grado de distancia emocional. Ya veremos más adelante cómo estos niños, en el espacio terapéutico, manifiestan indirectamente esta necesidad de reconocimiento y aprobación.

Podemos comprender también que las relaciones sociales en general pueden ser relativamente estables siempre y cuando el ambiente no se cargue de mucha cercanía afectiva y dependencia. Si fuera así, podrían volverse conflictivas o inestables por la inseguridad que la vinculación provoca. A partir de sus malas experiencias relacionales, ellos o ellas dan por sentado que si se vinculan genuinamente, sintiendo y expresando sin temor sus afectos, acabarán siendo rechazados y/o abandonados por el otro. Por ello, cuando las relaciones personales comienzan a tornarse íntimas, con cierta dependencia, los sentimientos que conllevan se manejan de forma distante, racional o fría. En algunos casos, los y las adolescentes evitan sentimientos de preocupación y angustia y desarrollan conductas y obsesiones compulsivas. Estas conductas, además, son un intento de ganar algún control personal sobre los acontecimientos o situaciones que les han generado un elevado grado de ansiedad. Las barreras que intentan imponer entre él o ella y los otros también pueden expresarse mediante su descuido en la higiene personal u optar por una apariencia que, a pesar de ser llamativa, produce reacciones de desagrado y conductas de rechazo en su entorno.

En la adolescencia, estos chicos o chicas pueden acentuar sus rasgos evitativos de relacionarse o, por el contrario, si encuentran apoyo y recursos resilientes, como por ejemplo encontrar personas que puedan ofrecerles vínculos de calidad, mejorar su modo de relacionarse.

### ***Manifestaciones del trastorno de apego inseguro evitativo en el espacio terapéutico***

La terapia con niños, niñas y adolescentes con estilo de apego evitativo tiene características particulares, puesto que muchas veces se trata de niños que, a pesar de haber sido víctimas de violencia física en su infancia, incluso testigos directos o indirectos de escenas traumáticas de violencia conyugal, no presentan un deterioro considerable en su desarrollo. Son niños o adolescentes que no participan regularmente en los programas terapéuticos, probablemente por el bajo porcentaje de niños con este trastorno, pero quizás también porque en general las dificultades que presentan no son tan «problemáticas» o son difíciles de manejar para los educadores o cuidadores, en comparación con las de niños con estilos de apego desorganizado.

El estilo de apego evitativo de los chicos y chicas se expresa en el proceso terapéutico a través de dos parámetros: el modo en que interacciona con la persona del terapeuta y con el trabajo terapéutico y, por otro lado, el contenido de este trabajo. Respecto al modo, en general, a estos niños y adolescentes se les hace muy difícil implicarse en un trabajo terapéutico. Presentan gran oposición y dificultad en venir a la terapia. Para ellos significa un gran esfuerzo adaptarse a una situación que amenaza, en algún sentido, la «burbuja emocional» en la que viven. Si bien es cierto que la relación terapéutica siempre genera un grado importante de ansiedad en los niños víctimas de malos tratos, para los de estilo de apego evitativo este grado de amenaza es intenso y hace difícil la relación terapéutica. Si el terapeuta hace frente a esta dificultad de manera positiva, con respeto y perseverancia, probablemente el chico o la chica aceptarán participar en la terapia. Sin embargo, una vez puesto en marcha el proceso terapéutico, los chicos pueden manifestar diferentes formas de resistencia a continuar con la terapia, expresándolo directamente al terapeuta o de forma sutil, por ejemplo con argumentos como no venir por tener que estudiar o por los deberes escolares; o bien no trayendo las tareas o ejercicios, no hablando en la sesión o simplemente oponiéndose a trabajar, mostrando una actitud de rechazo al terapeuta.

Puesto que la autosuficiencia emocional es percibida por estos chicos como una fuerza, esta percepción fácilmente suele jugarles una trampa en sus relaciones. Aunque muchos de ellos mostrarán una actitud negativa hacia el proceso terapéutico, también podemos encontrar otros que al comienzo de la terapia aparentan una buena disposición. Esto se explica por sus necesidades de aprobación, manifestadas, sobre todo, en la fase inicial de la terapia. Como decíamos anteriormente, Crittenden (1995) lo denomina «respuesta camaleónica».

*Marta, de 9 años, desde el inicio de las sesiones se muestra interesada en la sala de terapia, sobre todo con la caja de arena, y presenta una actitud terapéutica positiva: se esfuerza por hacer y responder adecuadamente; deja ver su necesidad de hacer todo lo «correcto» para agradar a la terapeuta y ser querida por ella (aunque duda de si puede lograrlo); se esfuerza en hacerlo todo bien y correctamente, estrategia aprendida en sus primeros años.*



Desde los primeros meses de vida, estos chicos son muy sensibles a las reacciones de los otros y se vuelven perspicaces para detectar en qué registro emocional se encuentran los otros y cómo pueden atinar en complacerlos. Como ya hemos dicho, los niños o niñas y adolescentes con apego evitativo intentarán mantenerse alejados de relaciones que requieran cierto grado de intimidad, por lo que la relación terapéutica puede vivirse como una amenaza. Estos chicos y chicas, a su vez, dan la sensación de que ellos se las arreglan lo suficientemente bien solos o solas, sin necesidad de ayuda, incluso muestran suficiente fuerza y seguridad en ellos mismos para afrontar sus problemas. Como terapeutas nos impresiona su seudoseguridad, la cual, a simple vista, no podemos conectar con todas las experiencias difíciles que relatan los diferentes informes sobre las historias de vida de los niños, o los contenidos de su situación actual, que se conocen a través de sus referentes y cuidadores. Por supuesto, esta impresión no dura mucho tiempo y cambia bruscamente cuando, por ejemplo, constatamos una reacción emocional que el niño o adolescente no logra entender o regular, dentro de la relación terapéutica y en sus otras relaciones sociales. Estas reacciones pueden subir de intensidad y convertirse en trastornos importantes de comportamiento con pasajes al acto, resultado de una rabia que no pueden regular ni manejar.

Respecto al contenido narrativo verbal y no verbal, a estos niños y adolescentes no se les hace nada fácil trabajar en la terapia, ya que ésta, por sí misma, exige focalizar la mirada en los acontecimientos dolorosos que el niño/a quiere evitar, sobre todo cuando es un niño herido. A menudo, explicamos a los chicos y chicas con estos estilos de apego cómo y por qué hay que ser valientes para trabajar en la terapia. Por esa razón hemos designado el lugar de trabajo con el nombre de «la sala de valientes».

En relación con el contenido verbal, por ejemplo, existe una gran dificultad al hablar sobre las personas significativas, sobre cómo y qué siente o sintió frente a determinada persona o evento difícil de su vida. El niño o adolescente con trastorno de apego evitativo simplemente minimiza, niega o distorsiona los impactos y trata de protegerse de la angustia que le provoca recordar o pensar en ello. Es frecuente, por ejemplo, que cuando se habla de los padres, ellos son idealizados o incluso pueden ser descritos críticamente. Se les reconoce sus limitaciones, pero no se manifiesta un impacto emocional; incluso puede dar la falsa impresión de que quizás algunos eventos de su vida familiar no han sido traumáticos para él o para ella. Describirán situaciones de injusticia, de violencia o malos tratos refiriéndose a los otros, los causantes de sus desgracias, pero evitarán hablar de ellos mismos, de sus sentimientos y emociones emergidos en estas situaciones.

En el caso de los adolescentes, los temas de conversación estarán relacionados con el colegio, el trabajo u otros aspectos de su vida que no estén fuera del terreno afectivo. Si se centra la conversación en estos aspectos, el punto de mira de los niños serán los otros y lo que los otros hacen o dicen, teniendo dificultad en situarse como protagonistas de la conversación.

Como ilustración de las dificultades de estos niños veamos el siguiente ejemplo:

*En el espacio terapéutico y en las primeras sesiones, Juanito, de 7 años y medio, se*

*mueve lentamente para conseguir un juguete, observando de reojo la reacción de la terapeuta, a fin de no desagradarla. Su participación en las conversaciones es mínima y restringida, con escaso y a veces ningún contacto visual y moviéndose todo el rato en la silla. Más adelante, Juanito logra centrarse en las tareas sin mucha dificultad. Sin embargo, el contenido de ellas, ya sea en el dibujo, el juego o la caja de arena, en general presenta escaso contenido emocional. Puede describir relativamente bien lo que está pasando, pero sin detallar los sentimientos o emociones de sus personajes. Podemos encontrar también la preferencia de objetos y cosas sobre personas y animales. Juanito, por ejemplo, construye al comienzo muchas veces cajas de arena con transportes y árboles, caminos y objetos de carretera, pero sin caracteres humanos ni animales que participen en sus escenas.*

Respecto a este punto, un estudio realizado por Rosenberg (1984) sobre la imaginación libre y la fantasía en el juego mostró que los niños con estilo de apego evitativo parecen actuar de una forma más bien literal, con poca imaginación. Un juego corto, empobrecido, sin mucha elaboración.

Las investigaciones de Kaplan, Main y Cassidy (1985) también nos enseñan y nos confirman que la expresión afectiva restringida en los niños con apego evitativo también es clara en sus dibujos. Por ejemplo, si les pedimos un dibujo de su familia (petición que debería hacerse con extremo cuidado a los niños víctimas de malos tratos), los chicos tenderán a hacer las figuras humanas muy similares entre ellas, con muy pocos rasgos de individualidad, los cuerpos más bien tensos y rígidos. Los rostros de estas figuras son más bien estereotipados, muchas veces con sonrisas muy enfatizadas. Da la impresión también de que, aunque es un grupo familiar, cada figura es independiente de la otra.

Respecto a las historias creadas a través de cuentos, cajas de arena, juegos, títeres, etcétera, ellas muestran la tendencia a minimizar la experiencia de afectos negativos del niño protagonista, y los adultos o cuidadores no aparecen como fuente de alivio y apoyo. El niño o la niña incluso pueden contar un evento de su vida personal cuyo contenido narrativo está cargado de injusticias y malos tratos, manifestaciones de incompetencias parentales evidentes en los personajes adultos. En un nivel cognitivo, el niño les reconoce como injustos o inadecuados, pero, como hemos dicho anteriormente, su actitud emocional, incluso física, mientras relata las historias es muy distante y rígida. Su restricción defensiva frente al relato de estos eventos dolorosos es obvia. Si le preguntamos qué siente en la historia, el niño no sabe cómo responder: se paraliza, continúa el relato o responde con pocas palabras, lo cual muestra una especie de barrera en el manejo de los contenidos en un nivel afectivo.

Esta breve ilustración nos muestra claramente estos aspectos:

*Santiago, de 12 años, en la fase intermedia del proceso terapéutico, ante la gran dificultad de poder expresar con palabras la representación construida de su propia historia de abandono y negligencia, acepta la invitación de la terapeuta de trabajar con los títeres. A través de ellos cuenta su historia, donde claramente deja*

*entrever su vivencia de abandono. Santiago es generoso en su descripción y deja clara su representación sobre sí mismo como un niño injustamente tratado, cuya responsabilidad la tienen los otros (objetivo terapéutico que aquí parece haberse logrado después de 7 meses de trabajo). Sin embargo, durante su juego, Santiago intenta mantenerse emocionalmente alejado de su relato y lo hace enmascarando su dolor con una sonrisa nerviosa que le acompaña durante toda la puesta en escena. Es muy difícil y doloroso para Santiago expresar y compartir sus sentimientos de abandono, rabia y dolor directamente o mediante el títere que le representa.*

En otro trabajo profundizaremos en las técnicas terapéuticas que deben aplicarse en estos casos. Aquí sólo mencionaremos brevemente que el fin último de la terapia con estos niños respecto a sus estilos de apego es ofrecer una experiencia relacional reparadora, inmersa en un trabajo que los ayude a pensar y a cuestionar sus estilos relacionales, no para cambiarlos sino para que sean lo menos destructivos y perniciosos posible. Uno de los principales objetivos terapéuticos será trabajar en la habilidad del niño para reconocer y comunicar sus emociones, reduciendo el sentido de amenaza, de vulnerabilidad y de peligro que experimentan cuando intentan expresarlas. Por ello insistimos en la importancia del «espacio terapéutico» (físico, temporal y relacional) para que los niños puedan sentirse a salvo y protegidos.

**Así como cuando el nivel de una represa sube y necesita ser vaciada lenta y sutilmente de forma controlada para evitar una inundación peligrosa, los terapeutas debemos ayudar a los niños y niñas con trastornos de apego evitativo a que abran las compuertas sin ser heridos, poco a poco, con grandes dosis de cariño, paciencia, persistencia y firmeza.**

Por último, es importante recalcar que los terapeutas debemos ser sumamente precavidos y cautos y no desvalorizar el mundo emocional de los chicos o chicas, y recordarnos que siempre existe, aunque sus estrategias autoprotectoras no permitan visualizarlo.

## **El apego inseguro ansioso-ambivalente**

El trastorno de apego inseguro ansioso-ambivalente se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso o valiosa, así como por una preocupación en el interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él o ella. El niño o la niña desarrollarán sentimientos de ambivalencia ante las figuras de apego debido a sus necesidades afectivas insatisfechas. Por lo tanto, la estrategia de pseudoseguridad será incrementar las conductas de apego

como un modo de mantener la proximidad de la figura de apego. Alrededor de un 20 % de la población de niños víctimas de malos tratos presenta este estilo de apego.

### ***Desarrollo del trastorno del apego inseguro ansioso-ambivalente***

#### *Niñez temprana*

Varios autores como Bowlby, Cassidy y Crittenden sostienen que los niños y niñas que desarrollan un estilo de apego inseguro ansioso-ambivalente han sido cuidados en su primera infancia por padres o cuidadores que han fallado al ofrecer una disponibilidad emocional y una implicación que consiste en satisfacer las necesidades de sus bebés. Esto nos dice que tanto las necesidades físicas como los estados emocionales pueden pasar desapercibidos durante períodos considerables. La sincronía emocional de la que nos habla D. Stern en el libro *La constelación maternal* (1997) también está ausente, o poco presente, en la relación del bebé con su cuidador o cuidadora. Podríamos hablar también de la existencia de períodos de ausencia física de la madre, pero sobre todo lo que prima es la falta de disponibilidad psicológica, que hace que los cuidados cotidianos del bebé sean incoherentes, inconsistentes e impredecibles.

Cassidy y Berlin (1994) describen a estas madres de la siguiente manera: «Su compromiso e interés permanece poco fiable e impredecible. Las madres inconsistentes están algunas veces cómodas, otras veces enfadadas y algunas veces son ineficientes con sus hijos». Imaginémonos, en este caso, la gran incertidumbre de un bebé de 10 meses o más al no saber cuándo y cómo vendrá su madre a atenderle, cuidarle o a responder a su demanda cuando la respuesta de la madre es cambiante e impredecible, tanto en su intensidad como en su contenido emocional. Esto le crea una falta de sentido a lo que está pasando, y también de control sobre su entorno extremadamente importante, que le repercutirá de modo significativo más adelante, puesto que para el bebé no existe ninguna relación directa o conexión secuencial entre lo que él o ella hace y la respuesta de su madre. Este estilo de cuidado generará en el bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. Por lo tanto, la manera de salir de estos dominios emocionales, nefastos para su desarrollo y cargados de angustia, será aumentar sus conductas de apego, es decir, insistir en sus demandas, sus llamadas de atención y cuidado tales como llorar, gritar o jalear, hacer demandas constantes y pegarse a su madre. Persistir en su petición parece provocar una reacción del otro en última instancia tardía, lo que le dará la ilusión de lograr un sentido de seguridad y de alivio de su angustia. Esto nos hace pensar que si bien es cierto que la característica principal del estilo de cuidado parental de niños clasificados como ansioso-ambivalentes es la negligencia, tanto física como emocional, la estrategia de persistencia de la demanda del niño hacia los padres los conduce fácilmente a la intolerancia, la exasperación y finalmente a la agresión verbal y/o física.

Podemos observar, entonces, cómo a través de las conductas de apego activadas un niño organiza una manera o un estilo de interactuar y de estar con su figura de apego para conseguir una proximidad poco consistente pero de algún modo presente. También

puede ocurrir que niños de padres severamente negligentes y con pocas destrezas parentales manifiesten una dependencia pasiva, depresiva, que disminuye la intensidad de su demanda, por lo que los cuidadores responden menos. Cuando eso ocurre, la angustia del niño es extrema y puede enmascarse, por ejemplo, bajo enfermedades psicosomáticas o cuadros depresivos y generar perturbación y angustia en la madre.

Sabemos que si no hay conexión secuencial entre dos elementos tampoco habrá predecibilidad y menos aún control de la situación, con lo que ésta se tornará amenazante. Es lo que pasa con estos niños: no logran obtener la suficiente confianza para sentirse relajados y fuera de peligro cuando la madre está lejos, por lo que aumenta su angustia y su necesidad imperiosa de estar cerca de su figura de apego. Pero tampoco cuando la madre está cerca es suficiente, el niño o la niña pedirán más y más. Lamentablemente, esta incoherencia entre lo que el bebé hace y la respuesta de la madre influirá negativamente en el desarrollo de los procesos cognitivos, sobre todo en los aspectos relacionados con el terreno social y afectivo. Crittenden (1997) señala: «Un hecho clave de esta estrategia [de incrementar la conducta de apego] es que si los cuidadores son inconsistentes, los niños son incapaces de hacer predicciones. Esto significa que son incapaces de organizar su conducta sobre la base de predecir mentalmente la respuesta de su cuidador. En otras palabras, la cognición les falla».

Estos niños no pueden preguntarse y tampoco pueden pensar flexiblemente sobre la mejor manera de conseguir algo del otro ni cómo ni cuándo ni cuánto. La conducta de apego está activada al máximo la mayor parte del tiempo y deja poco espacio para pensar y deducir qué sería lo mejor en determinadas situaciones. Detrás de esta conducta, por supuesto, está presente ese dolor inmenso de no sentirse suficientemente amado, agradable para el otro. Estos sentimientos mellan la autoestima, el autoconcepto y también la visión del mundo. Estas experiencias les programan, de alguna manera, para dar por sentado que nadie podrá interesarse realmente por ellos ni mucho menos llegar a quererles. Por tanto, sus estilos relacionales van a girar en torno a este supuesto, y todo lo que el otro haga o no haga en la relación será medido desde allí. Las distorsiones cognitivas, las interpretaciones o lecturas erróneas de lo que ha ocurrido en la relación estarán muy presentes ahora y en el futuro.

Brandon et al. (1999) nos señalan que la vivencia de tener necesidades y deseos no satisfechos, junto con la vivencia de rabia, resentimiento y ansiedad que ello le provoca, hace que estos dos elementos, al estar generalmente unidos, se mezclen y se confundan. Así, el niño tiene dificultades para discriminar entre unos y otros. Retomaremos este aspecto más adelante.

Las investigaciones realizadas también nos demuestran que alrededor de los dos años, cuando el desarrollo motor y del lenguaje le permiten explorar y conocer mejor su entorno, los niños con estilo de apego inseguro ambivalente presentan muchísima ansiedad al tener la oportunidad de mostrar conductas exploratorias y de curiosidad. Por supuesto, si se invierte el máximo de energía para mantener la figura de apego tan próxima como sea posible, habrá un mínimo deseo y necesidad de explorar el entorno. A diferencia de los niños con estilo de apego evitativo, aquí se prefiere la intimidad o, más bien, la fusión relacional sobre la autonomía. Por otro lado, muchas de las madres se

sentirán incómodas ante los intentos de independencia y autonomía que haga el niño, lo que puede ser percibido como un mensaje de rechazo y de no reconocimiento hacia ellas. Recordemos que la dinámica de las familias negligentes y con falta de destrezas parentales se caracteriza por un ambiente frecuentemente caótico, con poca estructura y jerarquía entre los subsistemas familiares, con carencias afectivas importantes en los adultos y, por ende, en los niños, con demandas constantes de cariño y amenazas de dejar de dar afecto y cuidado entre uno y otro miembro familiar. No nos extrañará tampoco encontrar en estas familias a hijas adolescentes o jóvenes con hijos que intenten ejercer su parentalidad cuando aún no han logrado diferenciarse de su propia madre. La parentalidad, en estos casos, se hace difícil y exasperante, sobre todo cuando su propia madre toma el rol de madre con su nieta y deja al margen o descalifica a su propia hija en su rol de madre.

En esta etapa evolutiva del niño o niña, la inconsistencia de la madre también es percibida a través del lenguaje que el niño va comprendiendo mejor.

Ilustremos esto con el siguiente ejemplo:

*Pablo, de 3 años, después de despertar de una siesta, se levanta llorando y pidiendo los brazos de su madre. Ana, su madre, le dice que se ponga a jugar con su prima, mayor que él, mientras ella sale de compras. Ana regresa por la noche para darle de comer y acostarlo. Pablo, por supuesto, tan pronto sale la madre, llora desconsoladamente, y aunque su prima intenta entretenerlo con la televisión, Pablo está emocionalmente secuestrado y muy angustiado. Varias horas más tarde, cuando regresa su madre, él se pega a su cuerpo sollozando ansiosamente y recriminándole su demora. La madre le grita y se exaspera intentando controlarle. Pablo insiste y aumenta la intensidad de su demanda hasta que la madre acaba enfadándose y perdiendo el control de la situación. Pablo termina en su habitación, llorando, hasta quedar exhausto y dormido. Este tipo de experiencias que se repiten una y otra vez en la cotidianidad de Pablo (inconsistencias, promesas incumplidas, falta de empatía y de respuestas mediadas por un lenguaje que explique, argumente lo que ha ocurrido y que además «semantice» la vivencia del niño), provocan en niños como él un sentimiento profundo de ambivalencia con la figura de apego, ya sea como «pegajoso», conducta que al generar rechazo en la madre se refuerza como un círculo vicioso inagotable que confirma la representación que el niño tiene sobre el otro como desinteresado y poco disponible. Otras veces puede ser agresivo, lo cual, también, genera rechazo y amenazas de abandono. Esto último aumentará más la angustia, la soledad, la rabia y el deseo insaciable de sentirse aliviado y amado por su madre.*

En este ejemplo también podemos observar que la experiencia relacional temprana no le permite aprender a identificar y a reconocer sus sentimientos de miedo, rabia, impotencia, etcétera, ni a entender la conducta incoherente de su madre, porque, como mencionábamos antes, todo se encuentra mezclado. El tipo de respuesta que Ana da a su

hijo también impide que aprenda a manejar y a regular las emociones que le permitan salir de su estado angustiante, puesto que ella no puede ofrecerle un registro emocional que le permita apoyarse y aliviarse. La madre tampoco puede hacer de puente para que el niño pase de un dominio emocional cargado de angustia a un dominio emocionalmente positivo, reconfortante y calmo. También podemos observar cómo la ausencia de palabras que expliquen, ordenen y den sentido de algún modo a la experiencia hará que más adelante las situaciones parecidas le reactiven esos sentimientos de desamparo, de pérdida, de inseguridad. Tanta ansiedad le será difícil de regular. Frente a esto, el niño o la niña intentarán solucionar con su conducta y no mediante la palabra, el pensamiento y la reflexión. La angustia de sentirse abandonados afectivamente «otra vez» no dará espacio a los procesos cognitivos.

### *Niñez*

A medida que el niño crece, el mundo social que debe afrontar se hace más amplio. En nuestra cultura, se logra tras la entrada en el jardín de infancia o en la guardería. Los trabajos de Crittenden y Brandon et al. (1999) sostienen que a partir de los 3 o 4 años los niños comienzan a desarrollar «estrategias coercitivas» que les permitirán obtener algún dominio sobre su mundo social, tales como: conductas agresivas, de enfado, amenazas, etcétera, que provoquen una respuesta o una llamada de atención y, por otro lado, conductas de indefensión y desamparo para provocar cuidado y protección; ambas permitirán mantener al otro activamente involucrado el máximo tiempo posible.

- a) *La estrategia coercitiva-agresiva*: mediante ella los niños reclaman, demandan constantemente, se enfadan, amenazan, culpabilizan, etcétera, provocando en los cuidadores gran ansiedad y sensación de incompetencia o ineficacia, de injusticia y de no ser suficientemente queridos. Algunas madres responderán agresivamente a sus hijos hasta presentar conductas verbales y/o físicas abusivas, como son las amenazas de abandono, el aislamiento o el castigo físico.
- b) *La estrategia coercitiva-indefensa*: los niños en vez de reclamar, agredir y/o presentar una conducta que termina siendo incontrolable para la madre, van más bien a inhibir sus sentimientos de rabia y a presentar comportamientos de dependencia excesiva «pegándose» a los otros o mostrando conductas «encantadoras», incluso con desconocidos. En otros casos se presentarán como víctimas y darán lástima y compasión a los adultos.

Muchas de las madres de estos niños esperan satisfacer sus propias necesidades afectivas y de apego a través de la cercanía e intimidad que les ofrece la maternidad. Cuando esto no les resulta, la maternidad se vuelve una tarea estresante y desesperanzadora, disminuyendo así su habilidad para responder y ofrecer cuidados y apoyo a sus hijos. La inseguridad y sensación de ineficacia frente a su hijo que demanda puede paralizar a la madre o cuidadora, que entonces se vuelve sumamente negligente. Generalmente la vida familiar de estos niños gira en torno a ellos y su madre; el padre queda fuera de esta

relación. La relación entre éste y el niño es mínima a excepción de aquellos padres que abusan sexualmente de sus hijos; en estos casos, según señala Crittenden (1992), se trataría de una «ansiedad incansable» de atención e intimidad, algo que también confirmamos en nuestra práctica clínica. En este ambiente familiar no hay espacio ni tiempo para satisfacer las necesidades del niño y, como anteriormente decíamos, si éste utiliza la estrategia de indefensión –pasividad y ausencia de rabia–, ésta no motivará a la madre a responder, por lo que se cronifican las conductas de dependencia y se refuerzan las representaciones de sí mismo como no «amado», indefenso y solo, y la de los otros como inaccesibles, insensibles, no fiables.

En el contexto escolar, el rendimiento del aprendizaje de estos niños será pobre y de bajos niveles de concentración. Pueden distraerse fácilmente, moviéndose de un lugar a otro. Al contrario de los niños con estilo de apego evitativo, éstos hacen demandas constantes de atención al profesor, por ejemplo, ya sea porque dicen no entender lo que se les explica o porque no saben cómo hacer sus tareas solos, demostrando así mucha indefensión y dificultad para trabajar independientemente, o presentan problemas conductuales en los que el profesor debe intervenir. Ya hemos dicho que la energía de estos niños se concentra en el terreno afectivo, por ello les queda poco para invertir en las tareas cognitivas, tareas de logro, de exploración, de curiosear y conocer, el juego constructivo, en general, para el aprendizaje en sí. Encontraremos a menudo niños con fracasos escolares, bajo rendimiento escolar, trastornos del aprendizaje, trastornos de déficit de atención y trastornos de hiperactividad.

A nivel social, tanto en el contexto escolar como extraescolar, tendrán dificultades para ser aceptados por el grupo de pares: la búsqueda constante de aprobación, la rivalidad con otros compañeros, las conductas impulsivas frente a conflictos relacionales no se lo permiten. Impera constantemente una gran preocupación por sentirse aceptados y reconocidos por los demás, entrando rápidamente en conflictos que tienen que ver con celos, posesión, deseos de exclusividad, etcétera.

Por ejemplo:

*Brenda, una niña de 8 años que llega al centro de acogida de urgencia, es recibida por María, que será desde ahora su educadora referente. Ella ya tiene otras dos niñas a su cargo, una pequeña de 3 y otra de 11 años. Brenda dice a la de 11 apenas la conoce: «Ahora tengo algo que te pertenece: mi tutora, María». Así comienza una relación que con el tiempo se vuelve importante pero conflictiva y de gran ambivalencia para Brenda.*

Estos niños también se sienten atraídos por participar o conformar pandillas. La pandilla está ahí presente, pero también aquí mostrarán conductas inmaduras, con dificultad de poner límites entre ellos y los otros, pues la fusión da la ilusión de sentirse más seguros y fuertes. En general, en su grupo de pares tenderán a agredir o a verse como víctimas.

Veamos el siguiente ejemplo:



*Retsi es hija de una familia de 8 hermanos, nacidos casi uno detrás de otro, con padres que se casaron siendo adolescentes sin preparación y con muchas carencias afectivas. Ambos padres tienen historias de malos tratos en sus familias respectivas. Además, cuentan con una escasa red y apoyo social. Retsi no solamente ha sido víctima de negligencia física y afectiva, sino también de abuso físico y sexual por parte de su padre. Cuando tiene 4 años, ingresa con sus hermanos en un centro de acogida. Ella presenta muchos trastornos emocionales como pesadillas, miedos, dependencia excesiva y muchas manifestaciones de sufrimiento que ya conocemos. Su autoestima es muy pobre en todas las áreas. Pero veamos cómo va utilizando estrategias que le permiten aliviar la angustia del abandono y de no ser suficientemente querida. En ese entonces, las personas que la conocen desde su ingreso en el centro la describen como la más tierna de los hermanos, y le dan el sobrenombre de «osita de felpa» por estar siempre apegada a alguien, sobre todo a sus referentes. Siempre demanda atención constante de los mayores y provoca sentimientos de indefensión y desamparo. Muchas veces ha sido el foco de atención de los demás niños, que la molestan y se burlan todo el tiempo de ella. Ha tenido dificultades importantes para realizar sus deberes escolares sin intervención de su referente. En torno a los 9 años cambia su estrategia a una más activa. Continúa haciendo las demandas de atención y de cariño, pero en vez de mostrar directamente su indefensión, reclama y agrade a los mayores. Si éstos no le dan lo que ella pide, comienza a agredir verbalmente con explosiones de llanto incontrolados. Por otro lado, los niños más pequeños del centro comienzan a quejarse por las amenazas y los mandoneos que impone a los demás. Sus relaciones con sus pares y con sus hermanos han sido conflictivas y difíciles.*

### *Adolescencia*

Las investigaciones y la práctica clínica nos permiten sostener que los niños con estilo de apego ansioso-ambivalente van a continuar utilizando estrategias coercitivas que harán de las relaciones interpersonales algo doloroso de manejar. Estos adolescentes tienen mucha dificultad para saber cómo mantener una relación y disfrutar de la vida a partir de ella, porque todo se concentra en definirla. La relación con sus pares se torna negativa, con sentimientos de inseguridad, rabia y frustración y con un alto nivel de angustia. Las conductas agresivas y de frustración pueden llegar a ser altamente disruptivas, con mucha impulsividad y dificultad de controlarse. Los cambios de ánimo propios de la adolescencia se viven intensamente en ellos, y hacen que el contenido emocional pase de un extremo a otro: se puede percibir a un amigo como «super», maravilloso, y después insoportablemente odioso y cruel. En realidad, a estos chicos y chicas les invade el miedo de ser abandonados, un miedo presente en sus relaciones significativas.

*Retsi ya tiene 12 años e inicia un trabajo psicoterapéutico. Manifiesta una dependencia excesiva con su educadora referente; aparecen los celos, la necesidad de exclusividad total para ella. La posesión de su educadora y la gran ilusión*

*obsesiva de que le satisfará sus necesidades afectivas caracterizan esta relación que se vuelve lo más importante para esta chica. Aunque siempre ha tenido dificultad para regular sus emociones, ahora se le hace extremadamente difícil, lo que la lleva a explotar agresivamente frente a las frustraciones y caer en un llanto incontrolado, difícil de detener. Se queja de que su tutora no tiene tiempo para ella y se resiste a hacer los deberes sin su compañía. Sus fines de semana son emocionalmente agónicos. Tanto las conversaciones como la respuesta de empatía, comprensiva, de su referente no son suficientes para que Retsi salga de estos secuestros emocionales. La palabra y la autorreflexión están prácticamente ausentes. Adolescentes como Retsi no pueden equilibrar la balanza de dar y recibir en las relaciones ni tomar conciencia de su responsabilidad frente a ellas porque todo lo que (le) ocurra siempre dependerá del otro. Esto, en parte, manifiesta que las habilidades cognitivas para pensar, reflexionar, cuestionar lo que (le) sucede en las relaciones, conversar y negociar las diferencias están melladas por su emocionalidad traumatizada.*

Si no tenemos claridad ni comprendemos cómo el trastorno del apego influye en la vida de niños como Retsi, nos será difícil comprender, en el marco psicoterapéutico, cómo se sitúa y cómo regula sus relaciones interpersonales, su conducta y sus discursos, que dejan ver su «necesidad sin fondo» de ser cuidada y mimada, los conflictos con sus pares, los chantajes y manipulaciones afectivas, el miedo de terminar la terapia o la relación terapéutica, así como sus dificultades para tener logros académicos.

### ***Manifestaciones del trastorno de apego inseguro ansioso-ambivalente en el espacio psicoterapéutico***

Respecto al modo en que los niños y niñas interaccionan con la persona del terapeuta y con el trabajo terapéutico, observamos que, al contrario de los niños que presentan apego evitativo, donde la implicación en el proceso terapéutico es mínima, los chicos con estilos de apego ansiosoambivalente se implicarán sin muchas dificultades. Al contrario, la terapia, y sobre todo la relación terapéutica, se convertirá en algo muy importante para ellos, aunque haya angustia, miedos y dificultades. Los niños y niñas más pequeños, incluso mayorcitos, si vienen acompañados de sus cuidadores o educadores referentes pueden oponerse a entrar solos a la sala, pero mostrarán gran ansiedad al comienzo. En general, la mayoría de los niños suelen mostrarse al principio de la terapia muy inhibidos y con mucho miedo de ser desaprobados y criticados.

*Solange, de 12 años, por ejemplo, en la primera sesión acompañada de su tutora no puede articular palabra alguna, con la cabeza gacha y muy ansiosa, mientras su referente habla tanto de sus recursos como de sus dificultades. Recién pasados unos meses de sesiones semanales, ella explica a su terapeuta lo ocurrido en este primer encuentro: «No me gustó que mi tutora hablara sobre mí porque pensaba que te enfadarías conmigo y no te agradaría».*

Generalmente, en la fase inicial de la terapia se mostrarán ansiosos y extremadamente alertas a las respuestas y reacciones del terapeuta; algunos incluso pueden mostrar conductas «encantadoras», sobre todo los más pequeños, expresadas mediante caricias, abrazos y mensajes como «eres la mejor psicóloga del mundo, te quiero mucho», y otros que dejan ver sus carencias afectivas. Algunos niños, desde muy temprano, comienzan a utilizar estrategias más coercitivas.

*Marla, de 9 años, al salir de su primera sesión, mira uno de los dibujos pegados en la pared y lo observa. Al darse cuenta de que lo ha firmado Inés, una chica a la que conoce, le dice a su terapeuta: «Seguro que tú quieres mucho a Inés. Claro, ya estás acostumbrada a ella».*

A menudo estos niños se muestran preocupados por lo que pasará en la siguiente sesión, si el o la terapeuta cumplirán con lo prometido, como por ejemplo esperarle la semana siguiente. Algunos rápidamente querrán adueñarse del espacio terapéutico dejando huellas o recuerdos de su existencia. También este espacio les dará la oportunidad de utilizar sus estrategias coercitivas cuando algo no sea de su agrado. Durante el transcurso de la terapia, probablemente pedirán ser acogidos o adoptados por el o la terapeuta, o serán extremadamente sensibles a los cambios o suspensiones de las sesiones aunque se hallan señalado con anticipación. La experiencia clínica también nos enseña que con frecuencia los niños y adolescentes intentarán triangular con el terapeuta en contra de sus referentes o cuidadores, es decir, intentarán obtener el apoyo del terapeuta en momentos de conflicto. Aunque no es exclusivo de los niños con este estilo de apego, esta dinámica es más frecuente y evidente en ellos.

En general, el proceso terapéutico es un proceso largo y complejo con estos niños. Primero, es difícil que se perciban como víctimas de malos tratos, que es el objetivo fundamental de la terapia. Luego es un desafío ayudarles a que se vean como sobrevivientes que deben utilizar sus habilidades, sus recursos personales y el apoyo social para responsabilizarse de sus vidas (Barudy, J., 1998). Al vivenciarse como víctimas pueden demostrar a su terapeuta que no sólo han sido víctimas, sino que siguen siéndolo en cualquier circunstancia, además de que presentan dificultades en el momento de pensar sobre la responsabilidad en el presente y en sus relaciones interpersonales. Las distorsiones cognitivas, su selectividad en focalizar lo negativo del otro, sus exigencias y reclamos provocarán en los demás agotamiento y desagrado, y confirmarán otra vez el sentimiento de abandono y de poca valía personal.

**Nuestro quehacer terapéutico será ofrecer a los niños y niñas herramientas y técnicas que les ayuden a conectarse y comprender sus emociones y sentimientos, a auto-observarse, a pensarse, a revisar sus distorsiones cognitivas y entonces releer o redefinir sus relaciones interpersonales**

La relación terapéutica con estos niños y adolescentes brinda una rica oportunidad al terapeuta para ejercer su paciencia y perseverancia, trabajar sobre su modo de relacionarse y estar con el otro de manera creativa. Esto sería insuficiente si no brindáramos la posibilidad de una experiencia relacional reparadora al ofrecerles una vinculación segura, estructurada, confiable y afectiva, que podrá permitirles mejorar su estilo de relación y su modo de estar en el mundo.

No está de más decir que con frecuencia estos niños despiertan sentimientos de gran compasión, tristeza y ternura en los terapeutas, al mismo tiempo que deseos de ofrecer cuidados maternos para suplir las carencias afectivas, con el riesgo de dejar o de olvidar los objetivos terapéuticos. Para evitar este fallo, siempre debemos tener esto presente, no para evitar estos sentimientos y deseos que son legítimos, sino para regularlos y proteger la relación terapéutica y la terapia de nuestras propias necesidades.

Respecto al contenido narrativo, verbal o no, que traen los niños, podemos «observar» rápidamente a través de sus juegos, sus dibujos, cajas de arena, cuentos, títeres y narraciones, los contenidos cargados de afectividad y de sentimientos, emociones, deseos y necesidades, que traslucen el sufrimiento de no sentirse lo suficientemente amados.

El abandono, el temor al abandono, la pérdida, la soledad, la tristeza, la falta de valía personal, la visión de un mundo injusto, etcétera, son contenidos recurrentes en los trabajos realizados por los niños y niñas con este tipo de apego en la terapia. Los test proyectivos nos ayudan mucho en el descubrimiento de su mundo afectivo, confirmandonos lo que ya «observamos» en sus estilos relacionales, sus comportamientos y todos los aspectos de su vida en relación con su trastorno de apego. Los temas de conversación que traerán a la terapia estarán focalizados en su relación con los otros, mucho más que en cualquier otro aspecto de su vida. Si trabajamos con el diario de vida o con el cuaderno de creaciones literarias donde los niños hacen sus redacciones libres o con títulos propuestos por la terapeuta (poemas, cuentos o historias), podremos «observar» que la afectividad o su carencia siempre están presentes.

## **El apego inseguro desorganizado**

Como hemos visto, los niños con estilos de apego inseguro, tanto evitativo como ansioso-ambivalente, organizan su forma de comportarse con el fin de obtener una vivencia de cercanía con su figura de apego, inhibiéndose o reactivándose. Pero los niños con estilos de apego inseguro desorganizado, como la palabra lo indica, tienen experiencias relacionales tempranas tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse en responder de una forma regular y característica en su relación con sus cuidadores. Sus estrategias defensivas colapsan.

Main y Solomon (1990) fueron los primeros en reconocer y caracterizar este cuarto estilo de apego (grupo D) en niños con estilos inclasificables en la prueba de la situación extraña y que no correspondían a ninguna de las clasificaciones de apego

tradicionalmente conocidas, como las propuestas por M. Ainsworth (1978). A saber: evitativo, seguro y ansioso-ambivalente. De acuerdo con varios autores (Carlson, Cichetti, Barnett y Braunwald, 1989; Crittenden, 1985; Egeland y Sroufe, 1981; Lyons-Ruth, Connell, Zohl y Stahl, 1987), este estilo de apego es de alto riesgo para los niños y las niñas de los grupos de apegos inseguros estudiados. Este estilo se genera en ambientes familiares con padres o cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente incompetentes y patológicas como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas y/o pérdidas múltiples no elaboradas en su propia infancia. Experiencias que no pudieron ser elaboradas, pues estos padres, cuando niños, no recibieron protección ni ayuda. Alrededor de un 75 u 80 % de la población de niños maltratados presenta estilos de apego desorganizado.

## ***Desarrollo del trastorno de apego inseguro desorganizado***

### *Primera infancia*

Según las investigaciones de la última década, este estilo de apego o trastorno de apego lo presentan niños y niñas cuyas madres o padres han sufrido sin haber elaborado pérdidas de personas significativas y, a la vez, han vivido procesos traumáticos severos como haber sido víctimas de malos tratos físicos graves, negligencias graves y abusos sexuales. Los niños que presentan este estilo de apego son hijos de padres con incompetencias parentales severas y crónicas, con frecuencia irrecuperables. Muchos de estos padres presentan una patología psiquiátrica crónica, o son alcohólicos o toxicómanos. Lo más probable es que lo que caracterize la vida psíquica de los bebés con padres cuyo estilo parental es violento, desconcertante, temible e impredecible, sea una vivencia de terror, impotencia y falta absoluta de control sobre lo que ocurre. Según Solomon y George (1999), la vivencia de estos niños ante estos padres es «atemorizante». En estos casos, cuando el bebé intenta acercarse y buscar respuestas de su figura de apego para satisfacer sus necesidades físicas y afectivas, provocará ansiedad en ésta. Por el contrario, si se aleja, también la figura de apego se sentirá provocada, y canalizará su ansiedad mediante comportamientos hostiles y de rechazo. Por lo tanto, el resultado será la vivencia repetida de angustia, miedo y desesperanza. La figura de apego se convierte entonces en una paradoja vital, imposible de resolver para el niño. Él o ella, de quienes depende totalmente y de quienes espera su fuente de seguridad, son fuente de su temor. Para este pequeño, la relación con la figura de apego es un callejón sin salida y tarde o temprano responderá con rechazo, hostilidad o intrusión, y no habrá nada que el niño pueda hacer para disminuir su ansiedad, ganar cercanía afectiva para comprender lo que pasa o sentirse más seguro y protegido.

Estos modelos relacionales donde los padres son severamente insensibles y terriblemente violentos conducen, a la larga, a que los niños se representen como indignos y malos y que perciban a los otros como inaccesibles, peligrosos y abusadores. Su mundo interpersonal estará impregnado de un miedo crónico intenso. Como afirman

Solomon y George (1999), se trata de padres y madres que rechazan las conductas de apego de sus hijos, y muchas veces utilizan amenazas indirectas o directas de abandonarlo o de enviarlo a otro lugar. En otros casos, los niños con este estilo de apego han vivido separaciones repetidas y han pasado de un cuidador a otro. El niño, desde su nacimiento, pasa de una casa a otra, de una familia a otra, o de su familia a una residencia y, en adelante, a otras residencias. Las consecuencias de este proceso se denominan «síndrome del peloteo» (Barudy, J. y Dantagnan, M., 1999). Este síndrome está en relación directa con el trastorno de apego desorganizado. Los cambios continuos y abruptos en el contexto de vida que sufre un niño desgastan sus capacidades de vincularse, de confiar y de creer en él mismo y en los otros.

Lyons-Ruth y Block (1996) afirman que mientras más severa es la historia de violencia y de abuso de los padres, más hostil es la relación con sus hijos. Como decíamos anteriormente, estos niños son hijos o hijas de padres que han vivido también procesos traumáticos y pérdidas no elaboradas en su infancia. Estas experiencias, además, impregnan sus prácticas parentales de miedos intensos y angustias, que se transforman en rechazo, violencia física o abuso sexual. Estos padres son vivenciados por sus hijos como pavorosos, temibles e imprevisibles. Main (1995) explica que esta sensación crónica de pavor no permite que los niños identifiquen la fuente de alarma, es decir, no pueden discriminar de dónde o quién provoca ese estado, al extremo de llegar a pensarse como productores de su propio pavor. A partir de esto, los niños pueden desarrollar diversas fobias y miedos inexplicables e incomprensibles, incluso para los profesionales.

Por otro lado, si relacionamos este trastorno de apego con la memoria, veremos que los procesos traumáticos se almacenan en la memoria «implícita» y no en la memoria «narrativa». Esto es lo que diferentes autores denominan «las memorias traumáticas». El contenido de dichas memorias se caracteriza por sensaciones y afectos intensos, fragmentados, a menudo con escaso o ningún contenido verbal (Van der Kolk, 2001). Por lo tanto, estas experiencias tempranas y traumáticas de dolor, pérdida y abuso acumuladas en su memoria hacen que tengan expectativas negativas del presente y dejen poco espacio para disfrutar de experiencias positivas y gratificantes. Por eso, como no entienden lo que les pasa en estas situaciones tampoco pueden explicarlo mediante la palabra, se resienten y pueden llegar a ser agresivos con quienes intentan ayudarles. Los niños maltratados constantemente están invadidos en el presente por estas memorias traumáticas que mellan su percepción, sus sensaciones, su cuerpo, sus conductas, sus emociones.

Los contenidos de la memoria traumática pueden manifestarse en forma de diversos trastornos como el estrés postraumático o los trastornos disociativos y de la memoria y la atención. Los niños y adolescentes presentarán estos trastornos sin poder entender sus causas.

### *Niñez*

Alrededor de los dos años, después de haber intentado encontrar una estrategia conductual que le sirva para paliar sus miedos, angustias y ansiedades en relación con su

figura de apego, el niño o la niña utilizarán sus recursos para adaptarse de la mejor forma a estas situaciones. Algunas veces mostrarán una inhibición profunda y tratarán de «hacerse invisibles», como «que no están». También presentarán estallidos de cólera y hostilidad o comportamientos demandantes. Estas estrategias son una forma de adaptarse a la situación, y su contenido dependerá, en gran parte, de los estilos parentales que presenten sus cuidadores. Éstos pueden ser hostiles y físicamente abusivos, negligentes, psicológicamente violentos o una combinación de ellos (Le Doux, 1998). Sin embargo, lo que prima en los comportamientos de un niño con apego desorganizado es el intento desesperado de tener cierto control sobre el ambiente, particularmente sobre la relación con sus cuidadores. Esta necesidad de control se manifiesta a través de comportamientos violentos, pero también de cuidado y complacencia hacia los otros a fin de no perderlos, estilos poco comprensibles para el observador poco informado.

En situaciones más graves es doloroso constatar que a algunos de estos niños no les queda otra cosa que optar por autoestimularse con balanceos, dándose contra la cabeza o haciendo movimientos estereotipados para calmar su dolor psíquico. Las conductas de exploración típicas en esta etapa también se caracterizan por ser desorganizadas o incoherentes, sin continuidad en el tiempo ni en el espacio. Estos niños comienzan a descubrir un sentido de libertad y autonomía gracias a sus capacidades de desplazarse sin depender de los demás. Lo mismo sucede con el desarrollo de su capacidad de comunicarse. Sin embargo, estos logros generarán un temor y una ansiedad difícil de manejar, pues no tienen el apoyo afectivo mínimo y necesario. Estos niños pueden paralizarse y disminuir enormemente su motivación para curiosear, explorar y conocer su entorno. Por el contrario, pueden ser bruscos e impulsivos o no darse cuenta de las consecuencias de sus comportamientos. Estos niños no pueden percibir su entorno de manera realista, como prever el peligro en situaciones que niños bien tratados con la misma edad sí podrían hacer.

La percepción que los niños construyen de los otros y de sus relaciones también es procesada selectivamente. Los niños bloquean la información que les resulta insoportable. Para evitar mayor sufrimiento, filtran las experiencias y recuerdos con relación a sus padres, se aferran y amplifican las buenas y gratificantes y esconden en los rincones de su memoria las malas y las dolorosas. La idealización de los padres, por tanto, les permitirá mantenerlos cerca y salvaguardar su imagen. Estos procesos toman relevancia cuando los niños o niñas son separados de sus padres tras una medida de protección (Cyrulnik, B., 2003). En estos momentos, manifestarán sus deseos de volver a casa y culpabilizarán a quienes intenten protegerles de los malos tratos. Este fenómeno se utiliza algunas veces como argumento por los responsables de las medidas de protección sin la formación necesaria para defender una reintegración del niño a su familia.

Otro aspecto interesante es que, debido a la falta de confianza, de cuidados, de protección y coherencia en las respuestas provistas por la madre o cuidadora, el niño no puede ver a éstas como fuente de seguridad y alivio. Si vamos a un parque y observamos que cuando un niño de alrededor de dos años juega y le ocurre cualquier percance como caerse, hacerse daño o entrarle arena en los ojos, probablemente recurrirá, llorando, a su

madre o cuidador. Los niños con estilo de apego desorganizado quizás se queden llorando solos o dando vueltas por el parque sin saber cómo buscar ayuda.

Alrededor de los 4 o 5 años, el desarrollo evolutivo les permite elaborar estrategias un poco más organizadas. Esta pseudoorganización dependerá del carácter prevalente de las relaciones con sus cuidadores, como hemos mencionado antes. En el caso de malos tratos severos, el estilo de apego desorganizado puede manifestarse con comportamientos característicos propios de otro estilo de apego o con una mezcla de varios: el evitativo, el ansioso-ambivalente o incluso el seguro.

Diferentes investigadores han señalado que alrededor de los 5 años los niños con apego desorganizado utilizan estrategias que buscan controlar a los padres. Éstas van desde conductas castigadoras o vengativas a protectoras y de cuidado inadecuadas a su edad (Cassidy y Marvin, 1992; Main y Cassidy, 1988). Esto explica por qué madres o padres se quejan y sufren por la conducta dominante de su hija, que apenas tiene 6 años. También puede ocurrir que una madre con comportamientos abusadores, al no considerarse la responsable del daño de su hija, hable de los comportamientos parentificados de ella y se enorgullezca de su «madurez».

En el contexto escolar, los niños que sufren un apego desorganizado tendrán muchas dificultades para respetar las estructuras de un aula de clases. Socialmente, son chicos que presentan trastornos importantes del comportamiento, son conocidos y terminan estigmatizados como problemáticos, alteradores de la paz social reinante en la clase, o como los matones o agresores que protagonizan las peleas dentro y fuera del aula. Sus reacciones frente a la autoridad termina por ser insoportable a la vista del profesor cuanto más grandes son los niños: faltan al respeto, intentan probar los límites establecidos o simplemente agreden y amenazan verbal o físicamente. Puede ocurrir también que, como condicionante de género, sobre todo las niñas, presenten conductas antisociales no violentas como robos, mentiras, trampas, manipulaciones. Las chicas y chicos con apego desorganizado también pueden presentar comportamientos de excesiva inhibición, aislamiento y rechazo de ser considerados parte del grupo. Cualquiera de los dos extremos, notorios, no pasa fácilmente desapercibido por los profesores.

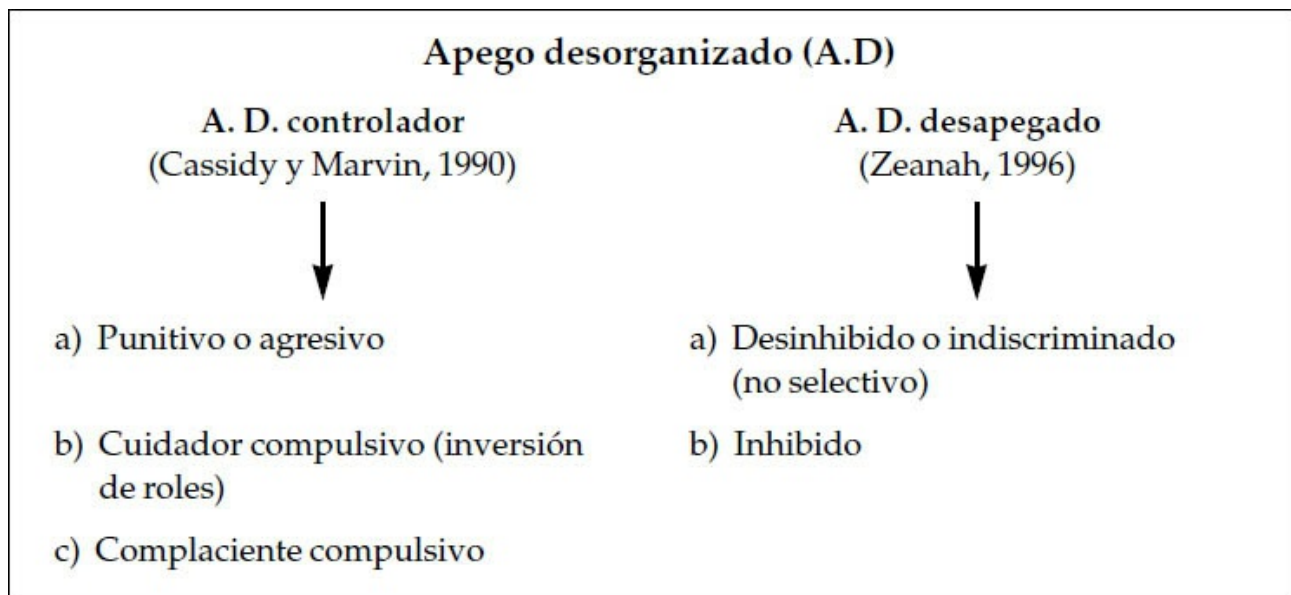
Con respecto al rendimiento académico, sus dificultades para concentrarse los llevan a conseguir pocos logros académicos y al fracaso escolar. El proceso de un aprendizaje exitoso requiere poner en marcha varias funciones cognitivas, tales como la memoria, la percepción, la atención, el pensamiento y la reflexión. Estas funciones o capacidades han sido afectadas como consecuencia de los traumas vividos. Por lo tanto, desarrollar estas tareas cognitivas de forma satisfactoria es un gran desafío para un niño con apego desorganizado. A su vez, la mayoría de estos niños y niñas se encuentra uno o más niveles por debajo del promedio de la clase. El aprendizaje en sí mismo se convierte en una tarea sumamente fastidiosa e inalcanzable, sobre todo si sus compañeros son buenos estudiantes. Desde muy temprano estos niños han comenzado a perder el placer o el gusto por conocer y descubrir su entorno. La información que logran obtener es confusa, incoherente y generadora de dolor. ¿Qué sentido tendría para este niño o niña aprender algo en el colegio mientras crece en un entorno caótico? El niño o niña con apego desorganizado difícilmente logra mantener y desarrollar su funcionamiento cognitivo al



margen de su historia de dolor y caos. El cúmulo de experiencias traumáticas en sus primeros años provocará muchas veces daños irreversibles en este área del desarrollo (Barahal, Waterman y Martin, 1981; Pearce y Pezzot-Pearce, 1997). Tanto el trastorno de déficit de atención como el trastorno de hiperactividad están presentes en estos niños, pues lo que subyace es un estado de marcada hipervigilancia. La cronicidad de situaciones traumáticas lleva a que el cerebro crea que los próximos eventos serán también traumáticos. De aquí la necesidad de estar en constante alerta (Van der Kolk, 2001).

Sabemos que los estilos de cuidados parentales abusivos y violentos son sumamente complejos, y todavía es difícil para los investigadores conceptualizarlos y clasificarlos claramente, lo mismo que con los comportamientos característicos que se presentan en los diferentes estilos de apego. A menudo, éstos se confunden y traslapan. Sin embargo, aquí utilizaremos los criterios de clasificación más conocidos, planteados por autores como Crittenden (1992), Zeanah (1996), Cassidy y Marvin (1990), Main y Solomon (1990) y Lyons-Ruth (1996).

Existen dos grandes grupos de apego desorganizado y, dentro de éstos, subclasificaciones o subgrupos:



Como podemos observar, dentro del estilo de apego desorganizado se pueden desgranar varios tipos que, como ya hemos dicho, no siempre son fáciles de distinguir uno de otro. Desde un punto de vista práctico, lo más importante es poder llegar a reconocer e identificar los comportamientos de los niños dentro de la categoría de apego desorganizado y, posteriormente, dentro de uno de los dos grandes grupos: controlador o desapegado. A nivel teórico, describiremos cada uno de estos tipos basándonos en las investigaciones de Zeanah (1996) y Cassidy y Marvin (1990).

### ***Modelos de apego desorganizado–controlador***

Se pueden observar tres estilos de comportamiento que caracterizan este modelo:

- a) punitivo agresivo
- b) cuidador compulsivo
- c) complaciente compulsivo

Para Crittenden (1995), estos tres subgrupos pueden ser considerados variantes dentro de los estilos de tipo evitativo, porque ellos, aunque representan intentos de mantener el acceso al otro significativo, lo hacen, pero sin intimididad. Esta autora también ha argumentado que dichos estilos controladores, presentes en el período preescolar y escolar, conforman una estrategia, conductualmente organizada pero mal adaptada, con el fin de lograr y mantener el acceso a las figuras de apego. Aquéllos pueden ser planteados hipotéticamente como una estrategia compensatoria para enfrentar las conductas amenazantes del cuidador. A través de ellas el niño intenta defenderse de las agresiones intrafamiliares o hacer frente a deficiencias parentales importantes (Crittenden, 1992; Solomon y George, 1999; Main y Cassidy, 1988). Cabe señalar que estas estrategias compensatorias conductualmente organizadas se mantienen desorganizadas en la representación mental del niño, teñidas de miedo, confusión, caos e inhibición (George y Solomon, 1996).

a) *El apego desorganizado agresivo o punitivo*

A los niños con este estilo de apego los vemos con bastante frecuencia quienes trabajamos con niños maltratados. Como hemos señalado, es característico que no pueden «sincronizar» sus comportamientos con las respuestas de sus cuidadores a sus demandas de cuidados, apoyo o protección, ya que a ellas responden con violencia, abuso, negligencia y abandonos constantes y repetidos. El miedo y la impotencia los inundan, y su grado de temor y de rabia es tan intenso que lo canalizan agrediendo y haciendo daño a los otros. A estos niños no les queda otra medida que tomar el control de la situación, de sí mismos y de los otros mediante la cólera y el abuso. No confían ni esperan confiar en nadie y, como afirman Keck y Kupecky (1995) cuando se refieren a estos niños: «El único modo que aprenden para actuar recíprocamente con otros está basado en la agresión y la violencia». Las respuestas punitivas o controladoras son la forma en que se relacionan con sus padres para adaptarse a la situación, lo que más adelante se extiende con otros adultos o cuidadores. Por tanto, lo que caracteriza este estilo es el control de la relación mediante conductas que castigan, avergüenzan y agreden. Frente a los malos tratos, el niño o la niña responderán de todas las formas defensivas que les sean posibles: comportamientos de apegos contradictorios, confusos, mezclados con conductas de irritación, evitación y rechazo, conductas coercitivas y de retirada. Las conductas agresivas pueden ir directamente a sus cuidadores, a otros y a ellos mismos.

Cuando revisamos la literatura sobre los niños con este estilo de apego, encontramos varios comportamientos típicos en diferentes grados en ellos:

- Comportamiento superficial con desconocidos.

- Propensión a actuar con grandiosidad y hacer reclamaciones extravagantes.
- Agitación.
- Rechazo de contacto físico o contacto inadecuado e invasor.
- Estallidos de cólera, rabia y violencia.
- Comportamientos oposicionistas, agresivos con sus pares y niños más pequeños.
- Culpabilizan a los que quieren ayudarle.
- Poco contacto visual.
- Pobre sentido del humor.
- Conductas coactivas.
- Mentiras.
- Robos.
- Relaciones con pares pobres.
- Falta de conciencia, empatía y sensibilidad moral.
- Crueldad hacia los animales.
- Negligencia y/o agresión hacia sí mismo, autolesiones, etcétera.
- Trastornos sexuales y alimenticios.

*Jimmy tiene 7 años, y es el segundo de tres hermanos. Es un niño más bien expansivo, activo y muy nervioso. Jimmy ha nacido y crecido en un ambiente de violencia y caos familiar; ha recibido malos tratos físicos, constantes, de su madre, quien tiene una larga historia de toxicomanía. A los 6 años Jimmy es ingresado junto a su hermano mayor en un centro de acogida. La sintomatología presente en ese momento hace que un psiquiatra le diagnostique un cuadro «pre-psicótico». Durante los primeros 6 meses en el centro, Jimmy presenta graves problemas de comportamientos y los educadores tienen gran dificultad para poder ayudarle en el control de los estallidos de rabia y los comportamientos agresivos. En este contexto, Jimmy entra en nuestro programa de psicoterapia. Presenta enuresis secundaria, encopresis diurna esporádica, escasa modulación emocional, conductas destructivas hacia las personas y el entorno, propensión a accidentes y trastorno del sueño. Aunque prefiere relacionarse mayormente con su educadora referente, su modo de vincularse con ella es agresivo. En los momentos de visita con su madre, Jimmy se muestra muy ansioso frente a la idea de verla, pero una vez que está con ella no sabe qué hacer; se vuelve inquieto y se mantiene alejado durante la mayor parte del tiempo de la visita. Por un lado, en las entrevistas con las profesionales del caso, la madre insiste en que Jimmy es un niño trastornado y que nadie puede con él. Dice que «si no fuera así todos estaríamos juntos y bien». Por otro lado, su hermano mayor, con quien Jimmy está siempre en conflicto, le ha hecho saber explícitamente que su mal comportamiento ha provocado el ingreso en el centro, el sufrimiento de su madre y de todos. Además, no puede explicarse por qué su hermano está con su madre y él no.*

b) *Apego desorganizado cuidador compulsivo o con inversión de roles*

Es muy frecuente ver a hijos «parentificados» o «conyugalizados» en familias con padres que presentan incompetencias parentales severas y crónicas (Barudy, 1998). Estos niños o niñas no sólo desempeñan tareas y responsabilidades hogareñas, sino que se hacen cargo del cuidado de sus padres. Seguramente, la única manera de sentirse competentes y con algo de control y de estar en cercanía con sus padres es tratando de satisfacerlos. En vez de solicitar cuidado de los padres, lo ofrecen evitando sentirse indefensos. Se muestran extremadamente solícitos hacia sus padres o cuidadores. Esto vale también en el caso de niños o niñas complacientes compulsivos. Muestran una mezcla de conductas de evitación, inhibición de sus afectos negativos y conductas exageradamente afectuosas hacia sus cuidadores. Este estilo de apego se desarrolla como una respuesta a la insuficiencia de cuidados parentales, por ejemplo en el caso de madres víctimas de violencia conyugal, con muchas carencias, depresivas o pasivas-dependientes.

*Éste es el caso de Gema, la segunda de un grupo de 5 hermanos, víctima de malos tratos de ambos padres: un padre extremadamente violento y abusivo y una madre extremadamente pasiva y no protectora. Se trata de una familia con escasa red social, con carencias socioeconómicas extremas y niños no escolarizados. Gema tiene 8 años cuando es ingresada junto a sus hermanos en un centro de acogida de urgencia. Su hermana mayor, víctima de abusos sexuales por parte de su padre, presenta un caso típico de una relación conyugal forzada y abusiva. La dinámica familiar y los recursos propios de Gema se ajustan para que adopte un rol de cuidadora y protectora de su madre desde pequeña. Por lo que Gema y sus hermanos relatan, ella se convierte en enfermera y madre de su madre a lo largo de su infancia. Al salir de casa, continúa con este rol y es ahora la madre de sus hermanos.*

Este estilo de apego, como el estilo complaciente compulsivo, podemos relacionarlo con el concepto de «alienación sacrificial» de Barudy (1998) cuando hace referencia a que la niña sexualmente abusada silencia el abuso de su padre, sacrifica su persona y se aliena de las emociones con el fin de proteger al agresor y a la familia. Otros conceptos interesantes al respecto son «el otro dirigido» de Briere (1992), que hace referencia a la conducta hipervigilante del niño hacia su cuidador –madre o padre– para «protegerle» de no cometer más abusos. Con esto, el desarrollo de su identidad se ve seriamente comprometido. Y, por último, el concepto de la «exclusión defensiva» de McKrone (1994): para prevenirse del dolor, la rabia e impotencia producidos por la incompetencia parental de sus cuidadores, el niño tiende a idealizarlos y de ese modo salvaguardarlos de su propia rabia.

### *c) El estilo de apego desorganizado complaciente compulsivo*

Más que cuidar y proteger a los adultos o a sus cuidadores, los niños y niñas con este estilo de apego muestran una necesidad exagerada por complacer a los cuidadores y otros

adultos, sacrificando sus propias necesidades afectivas con el mismo objetivo que los niños cuidadores compulsivos. Son niños que muestran un alto grado de ansiedad y miedo frente a sus cuidadores. Generalmente, estos niños que ejercen este rol adaptativo de «complacientes» son hijos, y sobre todo hijas, de padres con prácticas abusivas y violentas que despiertan una tensión permanente en el hogar. Estas niñas manifiestan miedo y una marcada hipervigilancia hacia sus cuidadores.

*Es el caso de Maritza, de 10 años, la hermana mayor de Gema, hija predilecta de su padre, quien ha abusado sexualmente de ella desde que era una niña. Maritza, víctima de este proceso de relación conyugal forzada, existe para el padre. Sus necesidades afectivas parecen no encontrar satisfacción complaciéndole, lo cual incluye, de algún modo, también a su madre, cómplice directa de la situación abusiva. Su estilo de apego nos permitirá reconocer que paradójicamente el sacrificio de sus propios deseos y necesidades ha sido su única estrategia para sobrevivir a este horror.*

### ***Estilos de apego desorganizado desapegado***

Estos estilos de apego surgen debido a la ausencia de relaciones afectivas duraderas y continuas en el tiempo. Esto corresponde a la experiencia de niños que han sido víctimas del «síndrome del peloteo». Los continuos y repetidos traslados de un lugar a otro no les han permitido formar relaciones de apego selectivas, por lo que fallan al utilizar una figura de apego como base segura cuando el ambiente es amenazante o peligroso. Las relaciones son superficiales con todos y todas, y no hacen gran diferencia en su trato con ninguna persona. No acuden como lo harían otros niños a buscar ayuda o a refugiarse en otra persona que les brinde alivio, aunque sea momentáneo. También es posible encontrar niños con padres con graves dolencias psiquiátricas que sólo pueden ofrecer a sus hijos vinculaciones caóticas y extrañas donde los niños tienen gran dificultad para construir una identidad propia.

Recordemos la importancia que tiene cómo el niño ha desarrollado sus tareas evolutivas en el segundo año de vida. La carencia de relaciones cálidas cercanas y continuas durante los dos primeros años de vida priva al cerebro de experiencias sociales y emocionales durante una fase importante de reorganización neuronal. Por consiguiente, la interacción neuronal del cerebro se ve afectada desfavorablemente. En los casos de negligencia afectiva severa, o de hijos que han crecido con padres con trastornos psiquiátricos graves, este daño neurológico puede ser tan importante que las funciones cognitivas fallan cuando se trata de reconocer y manejar estímulos sociales y afectivos.

Los niños con este estilo de apego «desapegado» parecen haber agotado o anulado sus habilidades y capacidades para vincularse y construir relaciones constructivas. Para estos niños y niñas, por sus experiencias tempranas, no hay nada placentero en las relaciones ni en el entorno por lo que se repliegan sobre sí mismos.

Estos niños pueden presentarse socialmente inhibidos o desinhibidos:

a) *Niños con estilos de apego desapegado o indiscriminado inhibido*

Se trata de niños pasivos e hipervigilantes en relación con sus padres o con otros adultos. Muestran poco interés por la relación, el juego y la exploración, y son poco afectuosos en su presencia. Estos niños parecen no tener interés en el placer espontáneo de la interacción social, se repliegan sobre sí mismos la mayor parte del tiempo. Son comunes los balanceos rítmicos cuando son pequeños, aunque pueden manifestarse en otros momentos de su desarrollo. Por ejemplo, cuando se vuelven a enfrentar con situaciones estresantes que les sobrepasan. Estos niños también pueden manifestar comportamientos autísticos, los cuales muchas veces plantean diagnósticos erróneos. Éstos son nefastos para el niño o la niña porque los estigmatizan y los privan de tratamientos eficaces que logren rescatar sus habilidades para vincularse de forma más constructiva y placentera.

*Rafael, 10 años, muy delgado, sólo mira de reojo. Su postura corporal es siempre la de un niño encorvado que se balancea continuamente, haciéndonos recordar a los niños víctimas de hospitalismo. Hijo único de una madre con una patología psiquiátrica diagnosticada como trastorno paranoico y un padre con déficit intelectual que también presenta comportamientos de balanceos, sobre todo cuando se le dirige la palabra. La pareja ha establecido una frontera impermeable alrededor del núcleo familiar, manteniendo alejados a los miembros de sus familias de origen, además de tener una escasa red social. Ambos reciben una pensión de invalidez. Rafael presenta fracaso escolar repetido, entre otras razones por haber asistido a más de nueve colegios diferentes. En el momento en que los profesores de un colegio comenzaban a interesarse por la vida familiar de Rafael para explicar sus trastornos de aprendizaje y de comportamientos, los padres retiraban al niño del colegio y lo inscribían al año siguiente en otro. De esta manera, Rafael creció sin poder vincularse de forma sana y continua con nadie sino con sus padres, cuya vinculación no le ha permitido desarrollar una identidad ni satisfacer sus múltiples necesidades. En el centro de acogida, Rafael, a sus 10 años, se muestra inhibido, rehuye mirar a las personas, comunica verbalmente poco, y si lo hace es sobre todo para reclamar por qué no está en su casa. No tolera ningún contacto físico. No soporta bañarse y se refugia en conductas obsesivas a la hora de comer, de ir a la cama, etcétera. Sus pares lo encuentran raro porque nunca juega ni se ríe. Presenta movimientos estereotipados en las manos cuando está muy ansioso, y estallidos de rabia incontrolados.*

b) *Niños con estilo de apego indiscriminado desinhibido*

Este estilo es frecuente en niños a los que les ha tocado vivir desde muy temprana edad en una o varias instituciones de acogida. Lo que los caracteriza es que manifiestan un afecto confuso y poco criterio frente a los extraños. La persona que visita, por ejemplo, un centro de acogida por primera vez y que desconoce el mundo del niño maltratado y los trastornos de apego, nos comentará lo tierno y amoroso que ha sido un niño o una niña que intempestivamente se acerca y le abraza apenas entra.

En el área social, las relaciones con sus pares son pobres y escasas, pues son rechazados por sus compañeros de edad similar. Las relaciones con los adultos son de poco valor e importancia para ellos, a no ser que se establezcan con un fin funcional. Frente a la partida de un adulto (educadores, padres acogedores, profesores), responden sin mayores problemas o sin signos de angustia. Según Lieberman y Pawl (1988), estos niños muestran daño en su desarrollo en tres áreas: relaciones interpersonales, control de impulsos y regulación de la agresión. A estos niños, a largo plazo, se les va haciendo difícil establecer relaciones emocionalmente significativas. A medida que crecen, la cólera, los comportamientos destructivos y la ausencia de empatía les llevan a presentar conflictos interpersonales dentro y fuera de su lugar de vida. Si las relaciones se tornan cercanas para ellos, aumenta su ansiedad e intentan manejarlas a través de conductas de «control», exigencia o miedo. También la experiencia nos enseña que gran parte de estos niños se adaptan mejor a contextos bien estructurados, donde los límites y las reglas son claros. Esto explica, por ejemplo, que cuando son acogidos en una institución aumentan sus dificultades al acabar el año escolar, sobre todo si no hay una agenda previamente organizada con horarios y actividades que los orienten sobre lo que pasará en su día a día en vacaciones.

Zeanah (1996) describe también un subgrupo dentro del estilo de apego desorganizado. Lo llama «apego desorganizado con autorriesgo», e incluye a niños imprudentes o propensos a los accidentes. Estos comportamientos, que pueden observarse ya desde muy pequeños, se explican por la inaccesibilidad o inadecuación de la respuesta de la madre. Por lo tanto, los niños no pueden usarla como base segura cuando exploran el ambiente, y entonces se muestran insensibles al peligro. No perciben el peligro, ni la angustia y el dolor físico que les causa.

### ***Adolescencia y apegos desorganizados***

Las tareas propias de la adolescencia y los cambios que provocan en la vida de un niño son desafíos gigantescos cuando se trata de chicos que han vivido un estrés y un trauma crónico como consecuencia de malos tratos familiares e institucionales en su infancia. Los malos tratos y los abruptos y múltiples cambios de cuidadores y de contextos de vida, sobrellevados por una personalidad profundamente herida, hacen surgir el dolor de los múltiples traumas en una fase de la vida sumamente vulnerable.

Si no brindamos experiencias alternativas que modifiquen su modo de verse y ver a los otros –por lo tanto su modo de estar en el mundo–, estos adolescentes que se preparan para ser y parecer adultos reafirmarán su percepción de ser indignos de ser amados y apreciados. Al mismo tiempo, reforzarán su imagen de ser poderosamente malos y peligrosos. Si conviven –o más bien «sobreviven»– como mejor lo permiten sus estrategias en contextos que reaccionan represivamente y que no responden para ayudarles a calmar su dolor enmascarado por sus agresiones, desarrollarán relaciones interpersonales superficiales, cortas y conflictivas, o duraderas pero destructivas. Sus comportamientos de apego se balancean entre el acercamiento desconfiado y la retirada impulsiva con gran intensidad.

Muchas de las características identificadas en los estilos de apego desorganizado en la niñez continúan afianzándose en la adolescencia y en la edad adulta. Por ejemplo, el estilo agresivo en los adolescentes se manifiesta porque el modo de interactuar es básicamente antisocial, agresivo y violento con el fin de controlar las relaciones.

*Mario, 14 años, víctima de malos intrafamiliares e institucionales. Desde muy pequeño ha tenido que ser tratado por varios psiquiatras y psicólogos, pero los diversos tratamientos y los esfuerzos de muchos no han podido concretarse para ofrecerle un contexto que ofrezca experiencias reparadoras y gratificantes que le permitan re-aprender otra forma de vincularse que no sea a través de la violencia. Sus visitas con la familia de origen son irregulares. Mario no tiene ninguna vinculación afectiva presente en la que pueda apoyarse para hacer frente a su vida en un centro de acogida. Está actualmente medicado por su psiquiatra. Mario ha sido expulsado del colegio varias veces, y sus referentes no saben qué instancia educativa puede hacerse cargo de él con sus trastornos de comportamiento. Presenta conductas provocadoras hacia sus maestros y en clase consigue rápidamente la fama de «matón» entre sus compañeros. Las mentiras y manipulaciones que hace con los adultos para conseguir lo que se propone le juegan una mala pasada. Lo que está preocupando actualmente a sus referentes es que el grupo de amigos que comienza a frecuentar Mario tiene antecedentes policiales por robos y agresiones.*

Probablemente, por los condicionantes de género, este estilo lo vemos más en varones que en mujeres. Es estilo cuidador compulsivo con inversión de roles, particularmente de las jóvenes que entran en relaciones de dependencia con alguien que tampoco puede ofrecerles una experiencia afectiva reparadora y constructiva. Por ejemplo, encontraremos una chica pareja de un chico drogadicto, al cual espera ayudar y proteger. El modelo complaciente compulsivo se desarrollará también de la misma forma, buscando y manteniendo relaciones afectivas codependientes con compañeros que exigen, controlan o abusan. En estos dos últimos modelos, los jóvenes no tienen oportunidades de satisfacer sus necesidades de apego. Estos estilos los vemos más en las chicas que en los chicos, por los condicionantes de género. Sin embargo, también en ellos podemos encontrar este estilo de apego.

*Éste es el caso de Jony, adolescente de 17 años, hijo de padres alcohólicos, hermano mayor de dos hermanos. Jony nació con síndrome alcohólico fetal, y a los tres años fue retirado de su casa y puesto en un centro de acogida de urgencia durante 6 meses. Luego pasó a un centro de acogimiento residencial por un año y medio. Quienes intervienen en el caso deciden que vuelva a casa puesto que los problemas de alcoholismo aparentemente han disminuido. Sin embargo, Jony sigue viviendo malos tratos severos de parte de su madre. Su padre muere de cirrosis en su casa y el niño presencia su muerte. A partir de aquí, Jony es víctima de*



*negligencia severa y violencia física de parte de su madre, por lo que se decide volver a ingresarlo en un centro de urgencia. Ya con 6 años y medio se intenta integrar a Jony en una familia acogedora. Desde aquí en adelante hasta cuando Jony cumple 16 años pasará por 5 familias distintas, y si contamos bien, ya son 10 cambios de residencia. Jony tiene grandes dificultades en el área cognitiva: asiste a un colegio para chicos con dificultades de aprendizaje y se esfuerza por aprender. Sin embargo, sus múltiples traumas le permiten avanzar sólo hasta un nivel de aprendizaje. En lo social y afectivo, Jony se las arregla para entrar en contacto con la gente de forma amable y amistosa, pero sus relaciones son muy superficiales e inestables. Cuando logra relacionarse más profundamente con amigos o adultos, incluso cuando se esfuerza por establecer una relación de noviazgo, entra en una relación de dependencia tal que se deja manipular. Así es como ha conocido los porros, los robos, etcétera. No es la agresión lo que le caracteriza, aunque presenta estallidos de cólera en momentos de angustia y estrés, sino el desvalimiento frente a una relación afectiva nociva para él. Presenta mucha dificultad ante las frustraciones y no puede regular sus emociones frente a eventos que le causan dolor. Hasta los 17 años, Jony es considerado por los médicos y varios psiquiatras como un joven esquizofrénico y es tratado como tal. De los cuatro que lo trataron, nadie consideró su historia de vida, y mucho menos la existencia de este trastorno de apego.*

En estos jovencitos y jovencitas politraumatizados, con historias de pérdidas afectivas importantes, con experiencias de malos tratos severos en su infancia que no han podido comprender, elaborar ni manejar, los traumas están «contaminando» sus relaciones actuales, dejando poco espacio para «rehacer» su modo de estar en el mundo. Posteriormente, como padres, en sus prácticas parentales activarán sus traumas no resueltos y probablemente intentarán fallidamente curar sus heridas afectivas abusando, maltratando, descuidando o abandonando a sus hijos.

La descripción de las carreras morales de los niños maltratados física y sexualmente nos brinda mayor claridad sobre el proceso en el que se desarrollan los trastornos conductuales, afectivos y de personalidad que estas víctimas presentan (Barudy, 1998). Muchos de estos jóvenes acaban presentado trastornos depresivos crónicos, comportamientos sociopáticos y trastornos límites de la personalidad. En este sentido, investigadores clínicos como Fonagy (1995) nos enseñan cómo y por qué el apego desorganizado se relaciona, por ejemplo, con los trastornos de la personalidad borderline.

Los estudios longitudinales de bebés clasificados con estilos de apego desorganizado han encontrado un riesgo elevado de desarrollar comportamientos agresivos, desórdenes mentales, trastornos del comportamiento en la escuela y otras psicopatologías (Greenberg et al., 1991; Solomon et al., 1999; Main, 1996).

### ***Manifestaciones del trastorno de apego inseguro desorganizado en el espacio terapéutico***

Desgraciadamente, cuando hablamos de niñas y niños víctimas de malos tratos por padres con incompetencias parentales severas y crónicas, estamos refiriéndonos, en su mayoría, a niños con estilos de apego desorganizado. A fin de reconocer estos estilos, es importante no descuidar en nuestra valoración del niño o adolescente aspectos tales como la historia personal y familiar, los estilos de cuidados parentales recibidos, la historia de sus vinculaciones, los informes antiguos y actuales de sus referentes, cuidadores o profesores. Por último, su actitud y aptitud en el espacio terapéutico.

Antes de conocer a este chico o chica, ya habremos constatado en los informes que hayamos recopilado la existencia de una historia personal cargada de sufrimiento y de múltiples experiencias traumáticas: hijo o hija de padres con incompetencias parentales severas, la mayoría de las veces acompañada de una permanencia prolongada en un ambiente familiar de extrema violencia. Además, estos niños tienen una historia de separaciones y rupturas familiares e institucionales múltiples, así como una historia escolar en la que hayaremos un largo listado de los colegios adonde el chico o la chica han asistido. Los informes recientes, realizados por sus referentes y profesores, describen muchos de los comportamientos típicos de este estilo de apego. Nos ha sido de mucha utilidad, por ejemplo, utilizar instrumentos como el listado de síntomas del trastorno de apego de Levy y Orlans (1998) para validar la existencia de un trastorno de apego mediante las observaciones de los educadores o cuidadores actuales de un determinado chico o chica.

Respecto a la relación terapéutica con estos niños con apego desorganizado, lo que más llama la atención es su urgencia por controlar la relación, de forma implícita o explícita. Recordemos que muchas veces estos niños suelen percibirse como fuertes y poderosos, pero también como peligrosos y malos. Se encargarán de convencer al terapeuta de que esto es así. Desde su punto de vista, la relación terapéutica les complicará más la vida, sobre todo por lo que exige esta relación. En otros casos, nos llamará la atención el modo extraño en que algunos se relacionan con los elementos de la sala y con el o la terapeuta.

Estos niños, dependiendo de su estilo de apego desorganizado específico, muestran oposición o rechazo a concurrir a la terapia, y pueden intentar agredir al terapeuta, además de mostrarse «seductores» o encantadores en un momento y hostiles en otro. Pueden pasar de un entusiasmo total y remarcable a un rechazo tácito a la terapia. Pueden entrar en la sala y dirigirse a uno de los rincones haciendo caso omiso de la presencia del terapeuta, mostrarse provocadores, inhibidos o extremadamente pasivos y tímidos. Algunas de estas maneras de interactuar pueden coexistir claramente en el transcurso de una sesión o en el transcurso de la terapia.

En general, la psicoterapia con niños que sufren un trastorno de apego desorganizado, controlador o desapegado, resulta ser una tarea ardua y lenta para el o la terapeuta y los otros profesionales en torno al caso, y se requerirán grandes dosis de cariño, compromiso y paciencia para hacer un trabajo lo más eficaz y coherente posible. Este esfuerzo se duplica cuando se trata de niños mayores o adolescentes. Respecto a esto, Barudy (2002) afirma lo siguiente: «Cuando se trata de preadolescentes y adolescentes, ello representa un gran desafío para los educadores y terapeutas que intentan ayudarles. De

hecho, este tipo de apego dificulta mucho la construcción de un lazo de confianza mínima por parte de los adolescentes con respecto a los adultos. Además, los comportamientos agresivos, disruptivos y provocadores de éstos agotan las fuerzas personales de los profesionales y los recursos de los equipos». Esto explica que, a pesar del tiempo que transcurre en un trabajo conjunto entre adolescentes y terapeutas, puede que estos últimos experimenten la sensación de un vacío de vínculo en la relación terapéutica. Por ello, la constancia de los terapeutas es fundamental y necesaria para que los adolescentes perseveren en mejorar sus relaciones y su modo de vivir.

Aunque el objetivo de este artículo no es ofrecer técnicas o intervenciones para tratar los trastornos de apego, sino más bien comprenderlos y reconocer su tipología, no podemos dejar de resaltar aquí la gran importancia que tiene ofrecer al niño con estilo de apego desorganizado una vinculación afectiva y estructurante donde exista un compromiso genuino con él. Esta vinculación debe ser ofrecida en el marco de un proceso de psicoterapia rigurosamente estructurado. Por ejemplo, se debe respetar escrupulosamente la hora de comenzar y terminar las sesiones, la sala de terapia y sus diferentes componentes, así como el contenido de cada sesión, que también ha de ser preparado con anterioridad. El respeto de los límites y las reglas son elementos fundamentales en la terapia de estos niños y adolescentes. El carácter previsible de la sala, del trabajo a desarrollar y de su duración, así como la actitud directiva del terapeuta, brindarán al niño víctima de malos tratos un sentido de seguridad y de control que minimice su sentido de vulnerabilidad frente a un adulto a solas (visto por el niño como potencialmente peligroso). A fin de ayudar a contrarrestar el carácter imprevisible y desorganizado del mundo interpersonal del niño o adolescente, estos elementos se convierten en condición indispensable de la psicoterapia. Esto, dentro de un marco de trabajo coordinado en equipo con los otros profesionales y referentes, ya sean educadores o padres acogedores, que estén en contacto con el chico o la chica.

En relación con el contenido narrativo verbal y no verbal nos referimos aquí a las actividades y tareas realizadas por el niño en la terapia, a todo aquello que nos aporta mediante sus comportamientos, sus discursos y sus metáforas. Si bien encontraremos también aquí una amplia variedad de respuestas, éstas tienen, en su mayoría, denominadores comunes. Por ejemplo: sus historias son generalmente pobres, caóticas o catastróficas, sin orden secuencial, lógica o un fin a seguir, lo mismo que sus expresiones gráficas, sus dibujos o sus creaciones artísticas, tanto en el procedimiento como en el contenido. Muchos de sus dibujos, por ejemplo, no pasan desapercibidos por su apariencia grotesca; o más bien lo hacen por el contenido de violencia que se expresa. Frente a las situaciones difíciles o a los problemas representados por ellos mismos o planteados por el o la terapeuta, los niños acaban con soluciones inadecuadas o violentas, catastróficas o sin solución. También es común observar juegos repetitivos, estereotipados, desorganizados, sin fin ni lógica que los conduzca.

*Veamos el ejemplo de Jimmy, a quien hemos hecho referencia al describir el trastorno de apego desorganizado de tipo agresivo. Jimmy está convencido de que es malo, se comporta como malo y ha convencido a sus pares y a algunos adultos que lo es.*

*Jimmy hace de la caja de arena su herramienta de trabajo por elección. Desde su inicio en la terapia trabaja varias semanas montando escenas con personas, personajes como Superman, monstruos, brujas, animales salvajes y objetos bélicos. Estas figuras, a pesar de lo que representan, se ubican en la caja sin ningún orden y sin otro fin que no sea el destruirse o matarse. Son escenas absolutamente caóticas; ni siquiera se podrían distinguir personajes buenos y malos, porque todos están envueltos en esa lucha destructiva. Después de varias semanas, a medida que transcurren las sesiones, Jimmy pasa del caos a escenarios algo más organizados, elige personajes que desempeñan roles o tareas y comienza a diferenciar dentro de este mundo actos buenos de actos malos. Personas buenas, que rescatan y salvan, o personas que hacen daño. En sus escenas, las personas malas son severamente castigadas. Dice, por ejemplo: «Te irás mil años a la cárcel sin comida, sin agua, sin nada».*

Es interesante observar cómo los niños como Jimmy nos ayudan con «sus trabajos», y no por las palabras, a conocerlos y a percibirlos como niños profundamente heridos, cuya percepción de sí mismos resulta de la vivencia crónica de experiencias de vida sumamente violentas y caóticas. También puede ocurrir que las historias proyectivas o las representaciones a través del juego u otras herramientas terapéuticas como los cómics, los títeres, los dibujos, etcétera, representen historias idealizadas donde todo parece maravilloso, con la exclusión del dolor y de los sentimientos negativos vivenciados, tal como lo hacen los niños con estilo de apego evitativo. Además, tampoco es extraño encontrarnos con historias o juegos con personajes sobrenaturales, seres o monstruos omnipotentes, animales o personajes inexistentes con los poderes para destruir, cambiar o salvar. En estos casos, la amenaza de ser destruidos o quedarse solos ha sido tan impensable y sobrenatural que para contrarrestarla estos niños crean en su imaginario personajes humanos con grandes poderes para protegerles y cuidarles.

Como ya dijimos al comienzo, en nuestro programa de psicoterapia la gran mayoría de los niños presentan alguno de estos trastornos de apego. Constatamos que si bien es cierto que la cuota básica de sufrimiento en los niños y niñas se produce por malos tratos intrafamiliares, los malos tratos intra e interinstitucionales, muchas veces, agregan el resto. Sabemos que a pesar de los esfuerzos continuos de los profesionales para ofrecer recursos de calidad para estos niños, niñas y adolescentes, los sistemas de protección presentan carencias enormes. Dentro del espacio psicoterapéutico es importante tener esto en cuenta, particularmente cuando se trata de niños con estilos de apego desorganizado. La experiencia clínica nos demuestra que es imprescindible que nuestro trabajo, como psicoterapeutas de niños y adolescentes víctimas de malos tratos, se desarrolle paralelamente con un trabajo coordinado con la red de profesionales que garantice y promueva los buenos tratos en el contexto vital del niño.

Para terminar, nos parece importante recalcar que cuando los terapeutas trabajamos con niños víctimas de malos tratos debemos hacer un esfuerzo por comprender y dar un sentido a los comportamientos del niño, la niña o adolescente, dentro y fuera del espacio psicoterapéutico, a la luz de las aportaciones que tantos autores y autoras nos brindan

sobre el apego. Sólo así podremos ofrecer una metodología coherente con el sufrimiento de los niños.

**Es imprescindible ser constantes, coherentes y perseverantes cuando comenzamos a trabajar con un niño, o para decirlo de mejor forma, cuando comenzamos a vincularnos con él o con ella.**