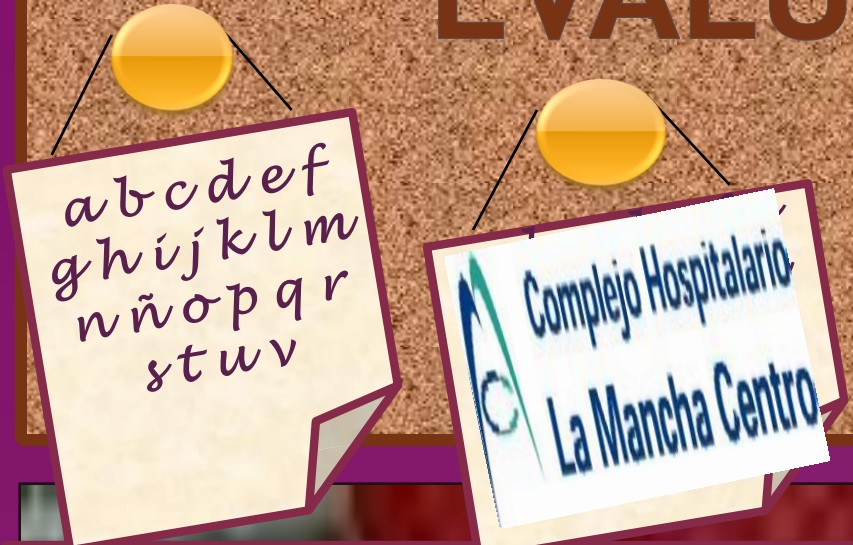


# EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE APEGO EN UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS DE ESCOLARES Y REVISIÓN TEÓRICA DE LAS RELACIONES ENTRE EXPERIENCIAS DE PRIVACIÓN MATERNA, APEGO INSEGURO Y PSICOPATOLOGÍA.



## Anamnesis

Se recogen datos que apuntan a la posible constitución de un apego inseguro por “privación materna”:

- Posible historia de separación o privación y características: parcial o completa, duración, edad del niño, causas maternas o del niño (hospitalizaciones en posible relación con apego evitativo)...
- Historia de cuidadores sustitutos y continuidad y consistencia entre los mismos.
- Otros factores de riesgo: perinatales, embarazo no deseado.
- Signos de alarma de patología vincular: Sonrisa, contacto visual, seguimiento de la mirada, agarre, alteraciones alimentarias precoces, ansiedad de separación,...
- Indicadores de presencia de respuesta sensible (incluye notar, interpretar y dar respuesta a las señales del bebé)

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

## Observación clínica durante la entrevista:

- Del lenguaje no verbal y afectivo (contacto visual, colocación,...) y, en niños más pequeños, reacciones a la separación
- Lenguaje verbal, valorando la presencia de comunicaciones disfuncionales (invalidación de las peticiones del niño, negación de las percepciones del niño,...). (Prugh y Harlow, 1963)

**Representaciones que los padres tienen de sus hijos:** Influye en la manera en que les tratan y en la calidad de su respuesta sensible) (Marrone, 2001).

**Indicadores del mundo representacional del niño (integración de sentimientos contradictorios,...)** (Klein, 1940).

**Auto-concepto del niño y la capacidad de admitir sus limitaciones** (Cassidy, 1988), **capacidad de simbolización** (Brererthon, 1979), **mentalización** (Fonagy, 2004), y **mentalización de los afectos** (Holmes, 1996).

**Mecanismos de defensa:** Los distintos patrones de apego privilegian unos sobre otros, que se pueden valorar a través de la terapia, test proyectivos (desiderativo, y dibujos de la familia, pareja y árbol-casa-persona (Siquier de Ocampo, 1974)

**Narrativa del paciente:** Se pueden valorar factores como la coherencia, elaboración, expresividad emocional, capacidad de apoyarse en el otro y disponibilidad (Horowitz 1986).

**Patrón de relaciones interpersonales establecido.**

### APEGO INSEGURO/ EVITATIVO

En ambos casos se ha producido una privación materna que ha conducido a la desconfianza en la disponibilidad del cuidador, por lo que el niño mantiene poco activados los patrones de apego, mostrando poca ansiedad durante la separación y claro desinterés durante el reencuentro. Se observa un estilo de crianza claramente intrusivo en F y crítico y poco empático en L, con ausencia de la figura paterna en ambos. En cuanto a la narrativa del paciente, éste da poca información sobre su historia o aportan detalles sobre situaciones difíciles sin entrar en contacto con las emociones, sin correspondencia entre memoria semántica y episódica. Hacen descripciones negativas de sí mismos pero son reacios a admitir sus limitaciones. Utilizan defensas de autoprotección contra las emociones penosas porque no pueden tolerar su propio sentimiento de vulnerabilidad, como: aislamiento afectivo, formación reactiva, intelectualización e identificación proyectiva. En las relaciones interpersonales afirman su propia independencia de los vínculos afectivos y organiza sus defensas para no buscar apoyo, empatía ni intimidad, tendiendo a intelectualizarlas. Los resultados en la clínica son consistentes con estudios previos, que hablan de una mayor prevalencia en el apego evitativo de patología introyectiva y psicósomática, así como de dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia (Weinfield 1999), y síntomas disociativos entre los 17 y los 19 años (Ogawa 1997), así como estilos de personalidad narcisistas o esquizoides (Blatt).

### APEGO INSEGURO/AMBIVALENTE

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

### APEGO DESORGANIZADO

Se ha establecido un sistema de “maternidad promiscua” (Cabaleiro, 1993), en el que intervienen distintas personas con baja continuidad y consistencia entre ellos con intervención intermitente y poco diferenciada de la figura principal, que tiene grandes dificultades para dar una respuesta sensible a las demandas de atención y cuidado del niño, sobre las que hace atribuciones negativas. La discontinuidad entre actitudes sobreprotectores y las punitivas poco previsibles originan una interacción asustado-asustador, un dilema entre la extrema dependencia y el terror a la proximidad a los padres, (el caso de D). Esta ausencia de respuesta empática del self-objeto dificulta la formación de los límites entre el self y el otro, y el desarrollo del self corporal del niño (Mahler, 1975). No se modera la grandiosidad infantil (Kohut, 1971). Todo esto lleva aparejado una difusión de la identidad, por la imposibilidad de integrar aspectos contradictorios (Klein, 1940), y la construcción de un “falso self” similar a las categorizaciones de las personalidades narcisistas. Hay una dificultad para simbolizar y mentalizar, y una desregulación de los afectos. En el discurso las representaciones y los estados mentales están fragmentados o escindidos, y se pierde el curso del pensamiento (caso de D). Se utilizan mecanismos de defensa primitivos: disociación, escisión, split masivo (temor a la destrucción), megalomanías, proyección... Usan a los otros como objetos inanimados para tranquilizarse. Este apego se ha relacionado con patología grave como el trastorno de personalidad límite (Kernberg), síntomas disociativos (Ogawa 1997), conductas contradictorias y estereotipias, trastornos internalizantes (Hankin 2001) y patología psicótica (Dozier 1990, Borelli 2009; psicosis y apego inseguro: Agid 1999, Berry 2007, y Wicks 2005). Son características las alteraciones del lenguaje (Slade).

## INTRODUCCIÓN

La evaluación del tipo de apego en la franja de edad de 6 a 12 años supone un reto en la actualidad. En los inicios de la investigación sobre el campo de la teoría del apego, se diseñó la situación extraña como forma de evaluar en niños pequeños el apego. En los últimos años distintos grupos de trabajo se han esforzado en crear instrumentos válidos de evaluación del apego, particularmente en adolescentes y adultos (*RSQ (Relationship Questionnaire)*, la *Entrevista de Apego Adulto* de Main y la *Childhood Attachment Interview de Fonagy* para escolares).

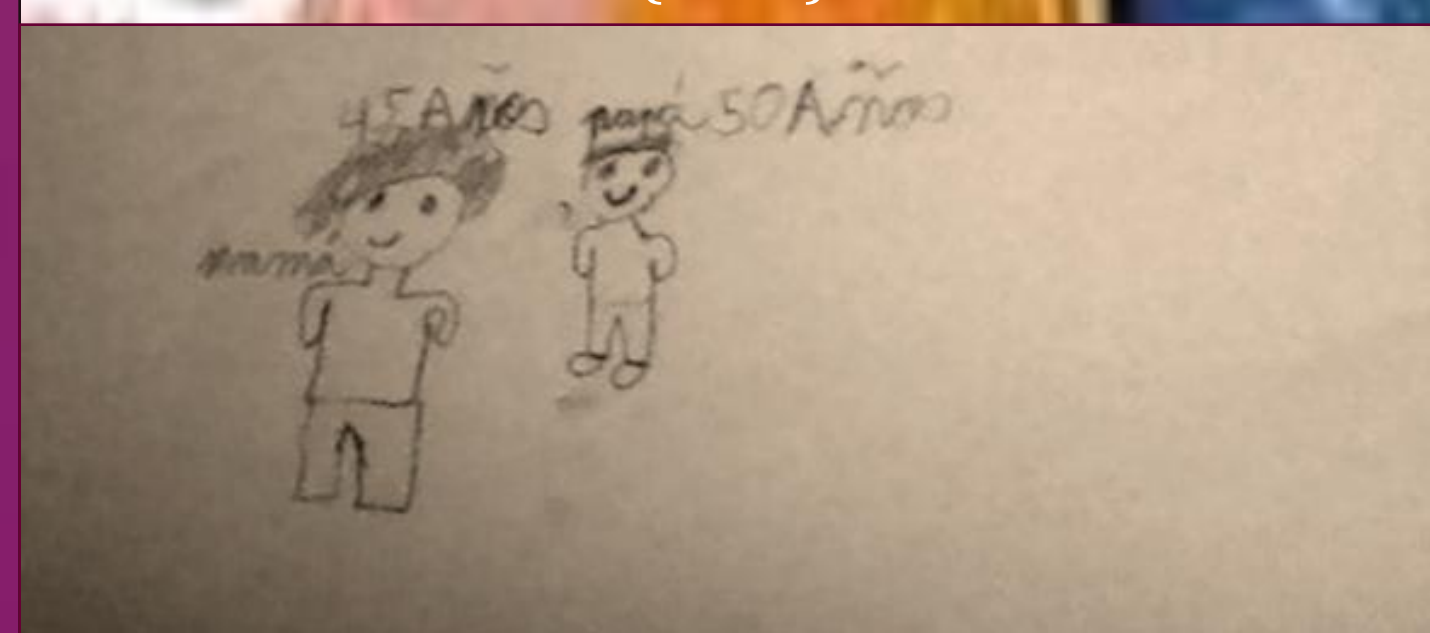
En el presente trabajo se propone una aproximación a los patrones de apego de niños en edad escolar desde la clínica, realizando un análisis de los hallazgos de la anamnesis y la observación clínica del paciente: narrativa del niño y de sus padres (representaciones que los padres tienen de sus hijos...), capacidad de mentalización y simbolización del paciente, mecanismos de defensa movilizados, capacidad de regulación de afectos, patrón de relaciones interpersonales o autoestima.

La propuesta se ejemplifica a través de varios casos clínicos, todos ellos con un patrón de apego inseguro y con una historia personal de experiencias de privación materna en los dos primeros años de vida, cruciales para el desarrollo social y emocional del ser humano.

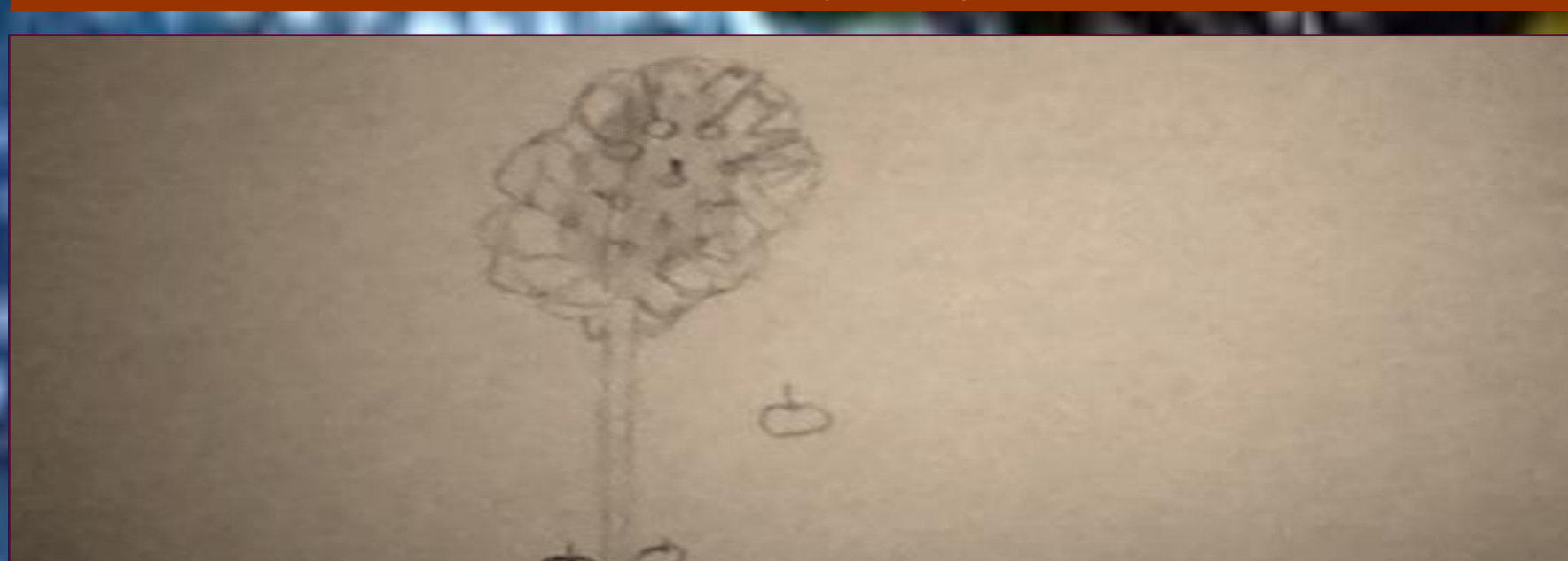
Dado que a través de transacciones repetidas con las figuras de apego los niños conforman modelos operativos internos que incluyen representaciones mentales cognitivas sobre el comportamiento del self y del otro, y que organizan el desarrollo de la personalidad y la regulación de los afectos y se repiten en las subsecuentes relaciones interpersonales, los niños con una base insegura parecen ser más vulnerables al estrés y al desarrollo de patología a lo largo del tiempo.

## CONCLUSIONES

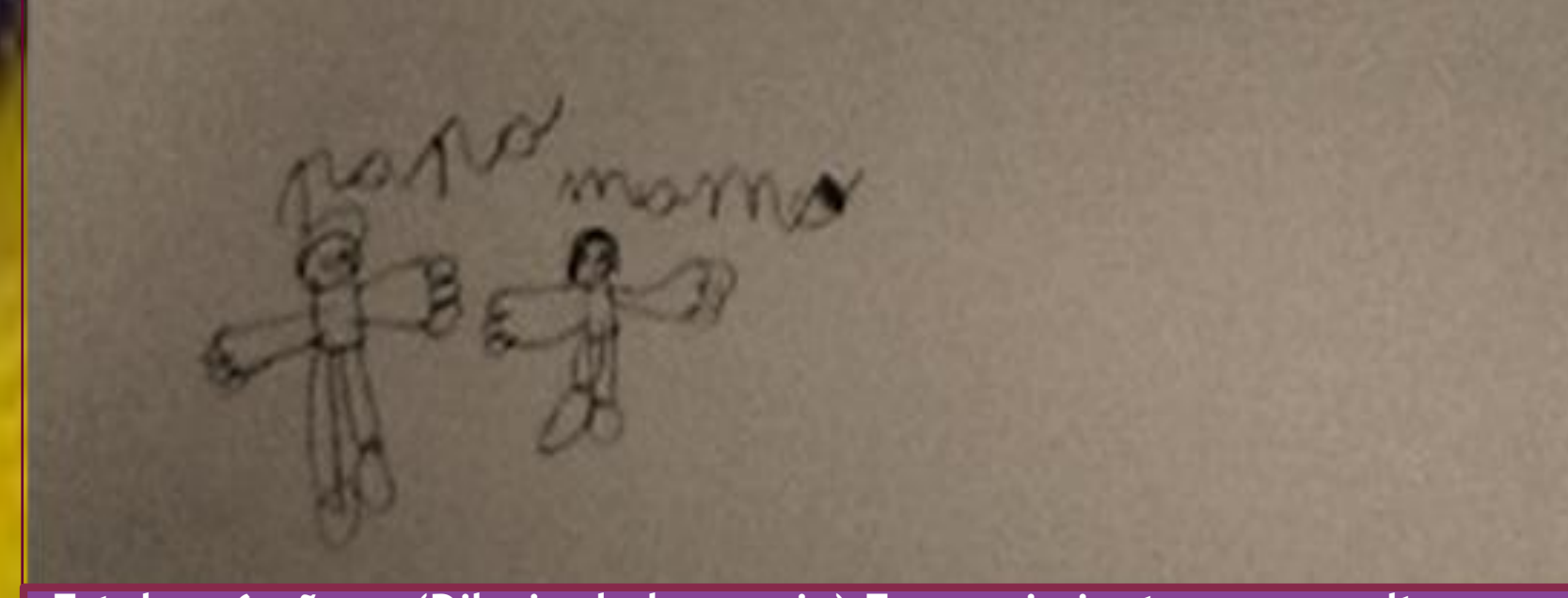
La psicopatología se entiende como resultado de una combinación sucesiva de predisposiciones genética, biológica, ambiental... La inseguridad en el apego conlleva ansiedades que requieren el uso de mecanismos defensivos cuyo uso persistente puede modelar la patología del carácter. La serie de casos revisada de escolares entre 6 y 12 años responden a los patrones de apego evitativo, ambivalente y desorganizado, que se han valorado a través de un análisis clínico descriptivo, basado en la literatura existente al respecto. En todos los casos descritos se observa un fondo depresivo (Cabaleiro 1993). Es interesante señalar, además, la influencia de la depresión materna en la constitución de un apego inseguro (Lyons Ruth 1990).



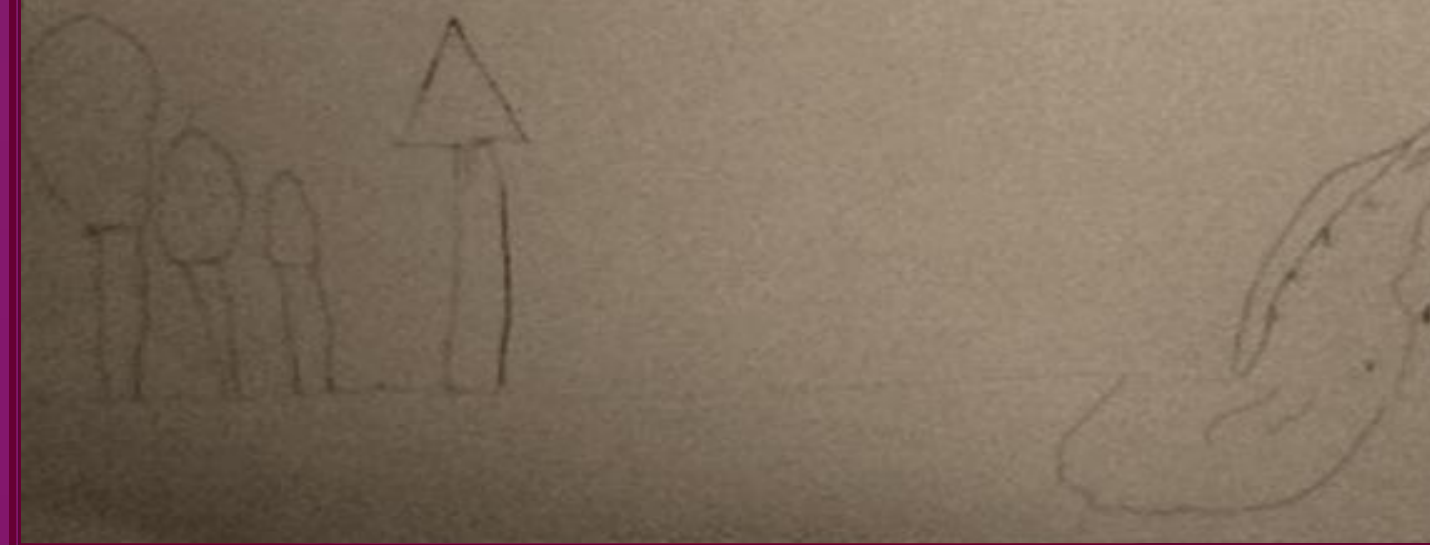
Lian, 9 años.; (Dibujo de la pareja) En seguimiento en consultas, diagnosticado de episodio depresivo moderado, con síntomas somáticos en forma de gastralgias.



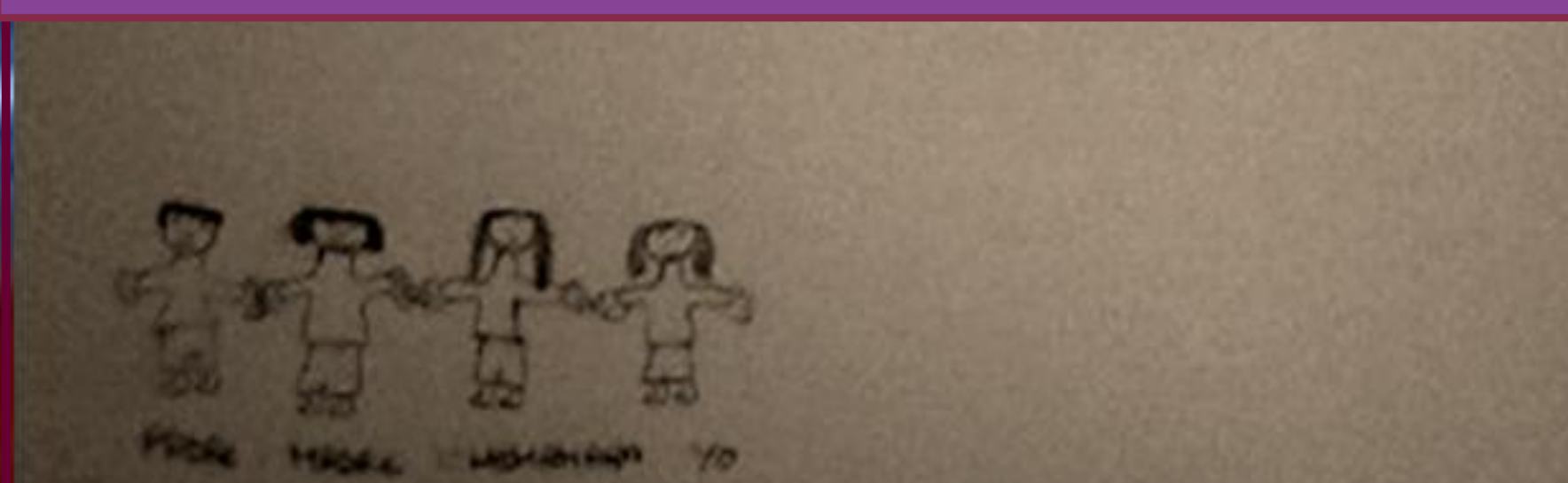
Olga, 11 años.; (Dibujo del árbol) En seguimiento en consultas, diagnosticado de reacción depresiva reactiva a situación de victimización escolar.



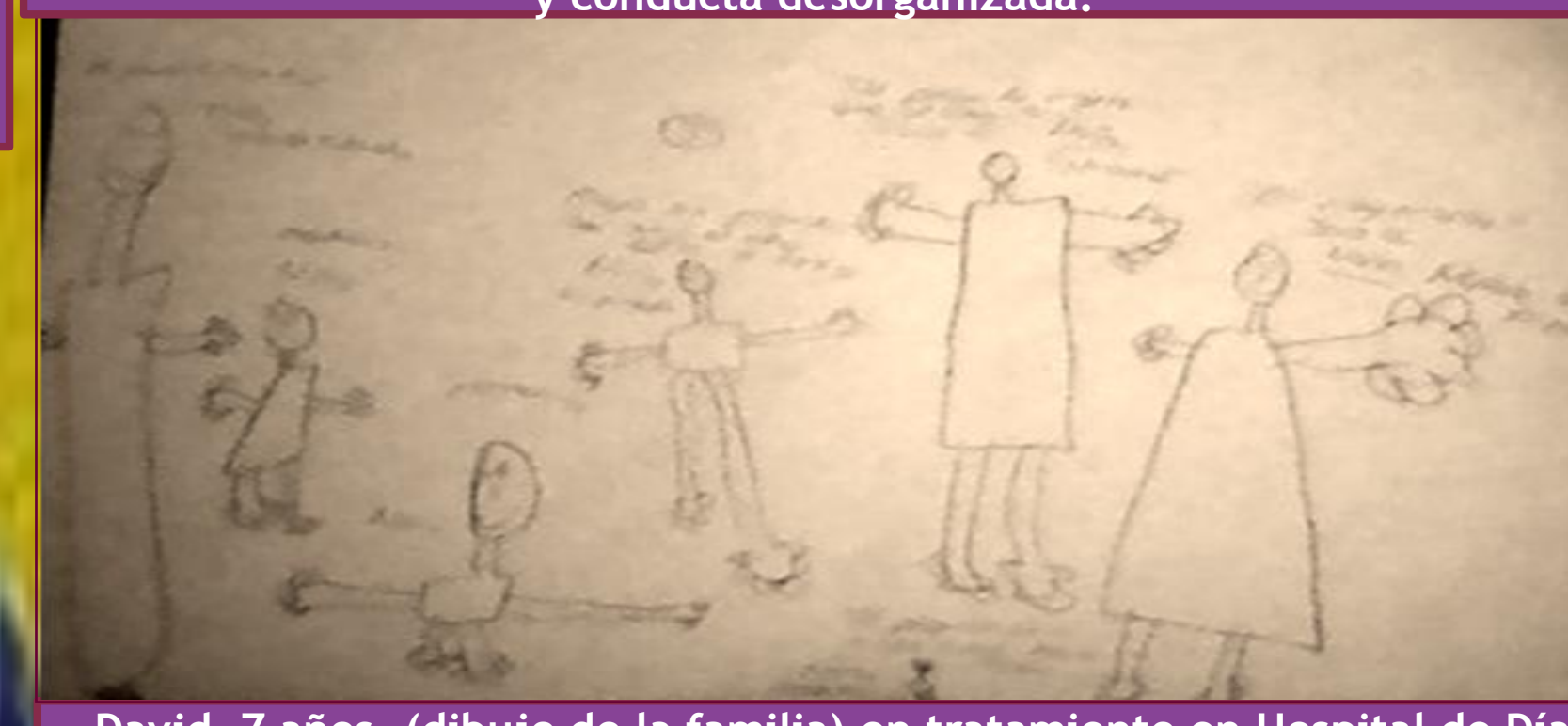
Esteban 6 años.; (Dibujo de la pareja) En seguimiento en consultas, por encopresis retentiva primaria y alteraciones en la regulación de afectos y conducta desorganizada.



Francisco, 11 años.; (Dibujo libre) En seguimiento en consultas, diagnosticado de reacción mixta ansioso depresiva reactiva a patología médica. En Eje III: hipotiroidismo, ginecomastia idiopática.



Beatriz 12 años; (Dibujo de la familia) En tratamiento en consultas, diagnosticada de Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos



David 7 años, (dibujo de la familia) en tratamiento en Hospital de Día, diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista

Sonia Villero Luque\*, Fabiola Rincón de los Santos\*, María Dolores Ortega García\*, Carlamarina Rodríguez Pereira\*\*, Ana Belén Martínez Sánchez\*.

\*Complejo Hospitalario la Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real); \*\*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, \*\*\* Servicio de Salud Mental de la Gerencia de Área de Puertollano.