



DESORGANIZACIÓN DEL APEGO Y EL TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (TTD) DISRUPTION OF ATTACHMENT AND TRAUMATIC DISORDER OF DEVELOPMENT

Carmen Gayá Ballester.

Profesora Unidad Educación. Universidad La Florida. C/Rei en Jaume I, nº2. 46470
Catarroja (Valencia). Tfno. (+34) 961220380. cgaya@florida-uni.es

Rosa J. Molero Mañes

Dra. Psicología. Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universitat de València. Av. Blaco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. Tel. 638739786. rosa.molero@uv.es

M^a Dolores Gil Llario

Dra Psicología. Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València. Av. Blaco Ibáñez, 21.
46010 Valencia. Tel. 653870808. dolores.gil@uv.es

Fecha de recepción: 18 de Marzo de 2014

Fecha de admisión: 30 de Marzo de 2014

ABSTRACT

Quality development of family members depends on the quality of relationships they have established. From this developmental perspective the early parent-child interactions are a central aspect of Bowlby's attachment theory. Mary Ainsworth allows us to establish a classification of attachment behaviors and Main and Solomon bring us under the name of disorganized attachment more complex and disturbing profiles of relations between parents and children. These relationships should be asymmetric and have a unique sense. In this paper we show the contributions related to disorganized attachment, its relationship to personality development and the need to collect diagnostic criteria when traumatic experiences are repeated, cumulative and occurred long before the recognition of symptoms.

Key words: attachment, disorganized attachment, dissociation, traumatic development

RESUMEN

La calidad del desarrollo de los miembros de la familia depende de la calidad de las relaciones que han establecido. Desde esta perspectiva evolutiva, las interacciones tempranas padres-hijos van a constituir un aspecto central y básico de la teoría del apego de Bowlby. Mary Ainsworth nos permite establecer una clasificación de las conductas de apego y son Main y Solomon quienes nos aportan bajo la denominación de apego desorganizado los perfiles más complejos y perturbadores de las relaciones entre padres e hijos, relaciones que deben ser asimétricas y tienen un único sentido. En este trabajo ponemos de manifiesto las aportaciones relacionadas con el



apego desorganizado su relación con el desarrollo de la personalidad y la necesidad de recoger criterios diagnósticos cuando las experiencias traumáticas son repetidas y acumulativas y tuvieron lugar muchos tiempo antes del reconocimiento de los síntomas.

Palabras clave: apego, desorganización del apego, disociación, desarrollo traumático.

INTRODUCCIÓN

Freud fue el primero en destacar la importancia de las experiencias infantiles tempranas para el desarrollo emocional de las personas adultas. La explicación a esta conclusión estaba basada fundamentalmente en que el establecimiento de lazos afectivos, el aprendizaje del amor, dependen de la sensación de bienestar que proporcionan la alimentación y cuidados de la madre, explicación mantenida por las diferentes escuelas psicoanalíticas y adoptada por la psicología conductista, después de haber sido debidamente traducida en términos de condicionamiento (Soto y Moreno, 1994).

Esta explicación queda hoy en entredicho por una serie de datos y descubrimientos científicos. Por un lado, Harry Harlow, psicólogo y primatólogo, demuestra (experimento conocido con crías de mono y la reproducción de una mona adulta en felpa y otra en alambre) que la génesis del amor y la seguridad no estaba, pues, en la alimentación, sino en el contacto corporal y el confort que el mismo contacto proporcionaba. La conclusión a la que llegó este autor, de que el aislamiento llevaba a producir jóvenes y adultos incapacitados para mantener vínculos afectivos adecuados con sus congéneres, fue decisivo para explicar lo que sucedía con los niños criados en orfanatos (Harlow, 1959, Harlow y Harlow, 1962, 1966). Por otro lado, un número creciente de pediatras y psiquiatras habían comenzado a resaltar la existencia de un síndrome, el hospitalismo, provocado por el aislamiento de los niños internados por enfermedad. También, las sucesivas guerras habían promovido la creación de numerosos orfanatos: todos los niños que en ellos se encontraban, aún estando bien alimentados y con todas sus necesidades físicas satisfechas, podían terminar mostrando graves signos de perturbaciones mentales. Paradójicamente tenían de todo, pero carecían del afecto materno.

Alarmada la Organización Mundial de la Salud encargó a John Bowlby (1951) que elaborara un informe sobre cuidados maternos y salud mental, terminando por confirmar tanto los resultados expresados anteriormente como en general que cualquier tipo de separación de estos niños de sus madres, eran considerados siempre nefastos. Las conclusiones eran obvias. Tal y como indican Soto y Moreno (1994), la crítica más importante a estos estudios realizados sobre deprivación materna subraya que, en realidad, estos niños carecían de cualquier tipo de afecto. De la misma manera que le ocurre a los sujetos estudiados por Harlow, los efectos nefastos del aislamiento se producen cuando la deprivación social es completa.

A estas alturas de la investigación, quizá pueda decirse que Freud había dado en el blanco al señalar la importancia futura que tienen las relaciones tempranas, aunque había errado al destacar el papel de la alimentación en la formación de los afectos. Justamente la revisión actual de los postulados freudianos cuenta con las aportaciones de los trabajos de los etólogos y, especialmente, los hallazgos que Lorenz consiguió sobre la impronta o troquelado de las aves (Soto y Moreno, 1994).

La teoría del apego, surge pues, basada en una concepción evolucionista, formulada de manera exhaustiva por Bowlby en *El apego y la pérdida* (1969, 1973, 1980), obra de gran complejidad que, publicada en tres volúmenes, ha sido y es profusamente seguida, estudiada, matizada y ampliada por diversos e importantes autores.

El abordaje de esta teoría, se basa en la importancia de las experiencias con los cuidadores durante la primera infancia, la niñez y adolescencia de los menores, como determinantes principales de la conducta del individuo y su sistema organizativo, aunque esta visión monótrica hoy se muestra más enriquecida por las aportaciones que desde su planteamiento han realizado diferentes autores e, incluso, otros como Rothbaum, Rosen, Ujie y Uchida (2002) explican las importantes similitudes y complementariedades entre la teoría de sistemas familiar y la teoría del apego, aportando una interacción y ampliación en las concepciones.

La naturaleza del apego se advierte como esencialmente afectiva y de carácter no innato, parece que se sustenta sobre bases genéticamente determinadas, se desarrolla a partir de interacciones con las personas del entorno inmediato, básicamente en la infancia y adolescente, y se va a mantener, relativamente, estable a lo largo de la vida.



A tenor de aportaciones de diferentes autores, se matizan las diferencias existentes entre vínculo afectivo del apego, definida como un tipo de relación que persiste a las fluctuaciones transitorias de las conductas interactivas, y conductas de apego, conductas (por ejemplo búsqueda de proximidad) que fluctúan en función de los cambios en el contexto social del niño (Ainsworth, en Cantón y Cortés, 2000).

Para Bowlby (1969), decir que un niño está apegado a..., o que tiene apego a alguien, significa que está dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con una figura concreta y a hacerlo en determinadas situaciones, sobre todo cuando está asustado, cansado o enfermo. La disposición para tener este tipo de conducta es un atributo del niño, que cambia muy despacio con el tiempo y que no está afectado por la situación del momento. Por el contrario, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diferentes formas de conducta que un niño suele poner en marcha para alcanzar y/o mantener la proximidad deseada. En cualquier momento, cualquier manifestación de tal conducta puede estar presente o ausente y la citada presencia o ausencia depende, fundamentalmente, de las condiciones de ese momento.

La contribución de Ainsworth es fundamental y su aportación a la teoría del apego consiste en haber convertido en identificables y mesurables las diferencias individuales en los comportamientos del apego. Gracias a una serie de estudios sobre la sensibilidad materna a las señales de los niños y a la creación de un procedimiento estandarizado de laboratorio conocida como la Strange Situation Procedure, el paradigma de la teoría del apego se ha vuelto utilizable también en las investigaciones empíricas.

Respecto a la teoría de Bowlby, la de Ainsworth observa una novedad que tiene que ver con las situaciones generadoras de tensión. En la primera formulación, se dice que el sistema de apego se activa por el miedo desencadenado por indicios de peligros objetivos, en la segunda se formula que no solo en esos se activará sino también de los subjetivos, es decir, de toda una serie de estímulos sean de naturaleza exógena o endógena que el niño sienta que amenazan su sentido de seguridad. Los comportamientos de apego serán sensibles a algunas variables contextuales (por ejemplo: la familiaridad de la situación) también por el nivel de desarrollo del niño y por su estado de bienestar físico y emocional.

De acuerdo con Mary Ainsworth, representante e inspiradora de la teoría de la seguridad sobre el desarrollo de la personalidad, se entiende que haya que partir de que los niños pequeños necesitan desarrollar una dependencia segura con sus padres antes de introducirse en situaciones no familiares. Será esta misma autora junto a sus colaboradores, los que aporten uno de los conceptos claves para la seguridad, la *sensibilidad materna* hacia las señales del niño y que definen como una percepción consistente de los mensajes del bebé, una interpretación precisa y una respuesta contingente y apropiada (Ainsworth et al. 1978).

La calidad del apego, según se recoge, va a estar directamente relacionada con el tipo de respuestas que proporciona el cuidador principal, de tal manera que, como se ha señalado, la sensibilidad materna y la calidad del apego serán ingredientes esenciales para que un niño evolucione adecuadamente, sea socialmente competente y desarrolle un estilo de apego seguro.

Ese lazo afectivo o vínculo que hemos ido definiendo como apego, puede tener un signo positivo o negativo, la existencia de vínculo no debe presuponer la bonanza del mismo. De tal manera que la literatura basada en investigaciones empíricas, la mayoría de ellas encabezadas por Ainsworth, han llegado a formular una clasificación diferenciadora. Así, Ainsworth y Witting (1969) distinguen, en base a sus investigaciones, cuatro tipos de patrones de calidad del apego: de evitación, seguro, ambivalente / resistente / coercitivo y desorganizado / desorientado que pueden presentarse en estado puro, aunque lo más frecuente es que se simultaneen. Más tarde se conceptualizó (Main y Solomon, 1986,1990) el apego desorganizado/desorientado (D).

LA DESORGANIZACIÓN DEL APEGO

La desorganización del apego está caracterizado por el derrumbe de las estrategias de atención y comportamiento durante la SSP (Strange Situation Procedure): el niño muestra conductas contradictorias o incoherentes, simultáneamente o en una rápida secuencia, cuando su sistema de apego, activado por la separación, guía sus respuestas hasta el retorno del cuidador principal (caregiver).



A partir de datos recogidos con el Adult Attachment Interview (AAI) ha sido posible demostrar que la desorganización del apego (DA) en el niño correlaciona fuertemente con la presencia de pérdidas o traumas no resueltas en la memoria del caregiver (Main, Hesse, 1990). Y aún más fuerte es la correlación entre la DA en el niño y los estados mentales del caregiver caracterizados por la hostilidad y la impotencia o bien por la fuerte tendencia a abdicar de las funciones de cuidado.

Existen dos vías que conducen a los mismos resultados, la DA, pasando una a través del maltrato explícito del niño o comportamientos violentos intrafamiliares, y otra a través del contagio emocional del miedo impotente, es importante clínicamente porque puede explicar los casos (aunque relativamente raros) en los que una patología disociativa o un desarrollo similar al clásico desarrollo traumático expresado en el Trastorno Traumático del Desarrollo no aparecen asociados a evidentes maltratos (Hesse et al. 2003; Hughes, 2006).

El miedo y la hostilidad expresadas (a menudo inconscientemente) por el caregiver activarán en el niño el sistema de defensa y una emoción de miedo parecida a la que se tendría delante de un depredador. El miedo no es desorganizador por sí mismo, es más conduce a menudo hacia tres tipos de respuesta bien organizadas: fuga/ataque (sistema de defensa), búsqueda de acercamiento de protección y confort (sistema de apego), o bien sumisión (sistema de competencia). El miedo se vuelve desorganizado cuando no encuentra solución en ninguna de las respuestas organizadas, por ejemplo, porque una entrando en contacto con la otra se obstaculizan recíprocamente.

Cada persona desarrolla, desde la primera infancia, un estilo personal de búsqueda de cuidado y confort, en función de las diferentes respuestas obtenidas por el niño por quien habitualmente lo cuida. La base motivacional de la desorganización del apego consiste en la activación paradójica o conflictiva de los sistemas de defensa y de apego.

En la DA, el caregiver representa para el niño de forma simultánea, fuente de peligro y de protección, es por ello que el miedo del niño no puede encontrar solución ni en el comportamiento de alejamiento ni en el de acercamiento y por esta razón el comportamiento se desorganiza. El Modelo Operativo Interno Desorganizado está intrínsecamente disociado (compartimentalizado) respecto a sus contenidos representativos:

De sí mismo (representado al mismo tiempo como necesitado de cuidado, receptor de cuidado y amenazado) y Del otro (representado simultáneamente como dispuesto a ofrecer cuidados, incapaz de ofrecer cuidado, violento, asustado e impotente)

La situación relacional que conduce a la DA puede ser considerada como un trauma relacional precoz (Shore 2003, 2009). Como en los traumas, en la DA el funcionamiento motivacional de base conjuga de forma conflictiva motivaciones de defensa y de apego. La disociación o desintegración de las funciones mentales que típicamente acompañan las respuestas patológicas a los traumas está presente también en la DA, tanto en la dimensión de la compartimentalización como en la de la alienación (detachment).

Observaciones teórico-clínicas (Liotti, 2004) y una importante investigación longitudinal (Ogawa et al. 1997) sostienen esta hipótesis, induciendo a considerar la DA en los primeros dos años de vida como un factor de riesgo, activo en todo el arco vital, para el desarrollo de patologías relacionadas con trauma y disociación.

Siguiendo la recopilación de Cantón y Cortés (2000) el apego tipo D (desorganizado), se ha relacionado con la reacción al estrés y diferentes formas de maltrato infantil, físico o emocional, dentro del sistema familiar. Estos menores parecen tener menos capacidad para afrontar el estrés de la separación al carecer de una estrategia consistente que les permita afrontar las emociones negativas.

Las conductas características por parte de las figuras de apego en este patrón son en primer lugar, conductas abusivas y rechazo extremo que van a provocar en el niño, lejos de la huida, debido a su gran necesidad de protección, la preferencia de su proximidad por el miedo que le supondría el hecho de no tener una figura de apego y el paso a un segundo plano del miedo al maltrato. En segundo lugar, la indiferencia extrema, ausentes de la relación, que provoca terror en el niño al estar frente a una figura de apego que no responde a ninguna señal.

Es la desorganización del apego, más que la inseguridad, lo que va a permitir predecir el desarrollo posterior de problemas externos de conducta, especialmente de comportamiento agresivo. Problemas de conducta junto a estrategia desorganizada (tipo D) parece ser que predice la sintomatología disociativa posterior.



LA ORGANIZACIÓN DEL APEGO DESORGANIZADO

Algunos resultados de investigaciones sugieren que la DA precoz tenga entre sus consecuencias, en el curso del sucesivo desarrollo de la personalidad, características dificultades en las relaciones interpersonales (Moss et al. 2006), una deficitaria capacidad para regular las emociones de estrés (Shore, 2003) y un importante obstáculo para el desarrollo o para el ejercicio de la capacidad metacognitiva y de mentalización (Bateman, Fonagy, 2004), además de la citada tendencia a actuar en traumas sucesivos con la disociación (Liotti, 2004,2007,2011; Ogawa et al. 1997).

Se evidencia una influencia específica de la DA precoz sobre los equilibrios motivacionales e interpersonales sucesivos. El desarrollo, alrededor de los tres años de edad, de las estrategias de control (controladoras). La gran mayoría (al menos el 80%) de los niños que durante el segundo año de vida se valoraban como apegos desorganizados con la SSP, entre el 3º y el 6º año de edad muestra hacia el caregiver un típico comportamiento *organizado*, aunque insólito y a la larga disfuncional. Este comportamiento organizado es llamado “controlante” porque tiende a mantener coercitivamente la atención del caregiver a través de estrategias punitivas (de crítica, de amenazas competitivas y de oposición) o bien “cuidador” (apego invertido).

En la estrategia controlante punitiva, ya en el curso del 3er año de vida, niños cuyo apego precoz había sido valorado como desorganizado en el primer y segundo año, tratan de organizar los comportamientos relacionales con el caregiver mediante actitudes hostiles, coercitivamente dominantes o sutilmente humillantes. El niño puede desarrollar estrategias controlantes punitivas por el efecto de influencias relacionales diversas, pero todas referibles a la activación del sistema de competición (dominación-sumisión) en contextos donde hubiera sido más oportuno la regulación de la conducta por parte del sistema de apego en el niño, y del sistema de cuidado en el caregiver. La habitual expresión de agresividad dominante en el niño que desarrolla una estrategia controlante punitiva podría abrir la puerta de los trastornos externalizantes de la infancia, donde las emociones expresadas con vehemencia aparecen e incluso podría aparecer el trastorno opositivo del desarrollo (Moos et al. 2004).

En la estrategia controlante de cuidado, el niño muestra conductas abiertamente consoladoras y protectoras en el trato del progenitor vulnerable y claramente sufridor por traumas o pérdidas no resueltas. Puede suceder incluso que un niño abusado consuele al progenitor que le pide perdón después de haberlo maltratado. Se produce así, una indebida e paradójica inversión de los roles del apego: el sistema de cuidado se activa en el niño (en vez del de apego) durante las interacciones con el progenitor, quien activa el de apego. Es fácil imaginar como las actitudes consoladoras dirigidas al caregiver del niño controlante-cuidador pueden ser particularmente apreciadas y reforzadas no solo en el contexto familiar, sino también por personas diferentes (amigos, maestros...), conmovidos al observar tanta afectuosa delicadeza de sentimientos en un niño así pequeño. Además, los niños con estrategias controladoras-cuidadoras aparecen a menudo particularmente obedientes y responsables y no infrecuentemente tienen buenos resultados académicos. El sentido de responsabilidad y la obediencia sumisa de los niños con estrategias controladoras-cuidadoras se explica por la activación del sistema de competitividad (junto al de cuidado) en la relación con el caregiver. Las estrategias controladoras-cuidadoras podrían estar en el origen de los trastornos internalizantes del niño (Moss et al. 2004). En los trastornos internalizantes, ansia, depresión y sentido hipertrófico de responsabilidad, se manifiestan a menudo en la forma de una general inhibición vital o de enfermedades psicósomáticas, más raramente con evidentes síntomas de ansiedad y depresión. Trastornos del Eje I y trastornos de personalidad del adulto caracterizados por una particular tendencia a la escrupulosidad, rigidez y ansiedad social podrían encontrar a veces origen en esta particular forma de desarrollo, que es legítimo llamar traumático si se considera la DA un trauma relacional precoz (Liotti,2011).

TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO

La DA en los primeros dos años de vida, puede ser considerado tanto un factor de riesgo de respuestas patológicas a traumas siguientes, como un trauma relacional precoz que aparece como el primero de los traumas acumulativos capaces de conducir al desarrollo del Trastorno Traumático del Desarrollo.

Es importante tener claro los conceptos relativos a trauma psicológico, evento traumático y desarrollo traumático, así pues diremos que:



el trauma psicológico aunque tenga un carácter de objetiva gravedad está siempre definido en relación a la capacidad del sujeto para soportar las consecuencias. Podríamos definir trauma psicológico como un evento emotivamente no sostenible por quien lo padece.

el evento traumático está referido a un suceso estresante, del que el sujeto no se puede sustraer y que supera la capacidad de resistencia del individuo (van der Kolk, 1996).

La expresión desarrollo traumático se refiere en cambio a condiciones estables de amenaza abrumadora del que no es posible evadirse, repitiéndose con efectos acumulativos, por un largo periodo del desarrollo personal. El desarrollo traumático es el ejemplo más frecuente e importante del trauma complejo.

Los resultados patológicos de traumas repetidos y acumulativos en la infancia, esto es, los posibles resultados psicopatológicos de una historia de desarrollo que se verifica en contextos en los que los eventos traumáticos tienden a ocurrir recibirán el nombre para algunos autores, de "Desarrollo Traumático" (trauma relacional precoz) y se enmarca en las investigaciones sobre la desorganización del apego.

No obstante conviene mencionar las 4 categorías diagnósticas propuestas para identificar el trastorno nuclear que sigue a un desarrollo traumático:

- 1.- DTS (Developmental trauma disorder, van der Kolk, 2005). *Trastorno Traumático del Desarrollo.*
- 2.- DPTSc (complex post-traumatic stress disorder, Herman, 1992) *Trastorno Post-Traumático de Estrés Complejo.*
- 3.- DSENO (disorder of extreme stress not otherwise specified, Pelcovitz et al. 1997). *Trastorno de Estrés Extremo no Especificado.*
- 4.- DPTP (post-traumatic personality disorder, Classen et al. 2006) *Trastorno Post-Traumático de la Personalidad.*

La ausencia de una entidad nosográfica bien delimitada que permita identificar el síndrome del desarrollo consecuente con relaciones en las que al cuidado se le sobrepone el maltrato y traumas acumulativos hace que el DSM no incluya consideraciones al respecto. Mientras los clínicos que trabajan con adultos pueden atender sin una particular urgencia este tema, aquellos que trabajan con menores cuyo desarrollo se da en ambientes traumáticos necesitarían con urgencia el disponer de instrumentos diagnósticos adecuados. Falta la posibilidad de recurrir a diagnósticos de trastornos de personalidad en la edad evolutiva. Por este motivo los psiquiatras y psicólogos clínicos del Child Traumatic Stress Network (CTSN) estadounidense (una red de profesionales y centros de asistencia del trauma infantil) han retomado, con algunas modificaciones, los criterios diagnósticos del DPTSc atribuyéndole el nombre de Trastorno Traumático del Desarrollo (DTS van der Kolk, 2005) y generando los criterios diagnósticos que se expresan seguidamente.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO TRAUMÁTICO DEL DESARROLLO (van der Kolk, 2005)	
<i>Grupo A: Exposiciones a violencia interpersonal y grave negligencia del cuidado</i>	
<i>Grupo B: Desregulación emocional y de las funciones fisiológicas</i>	
B1	Inhabilidad para modular y tolerar estados emocionales negativos
B2	Trastornos de la regulación de las funciones corporales de base como trastornos del sueño, de la alimentación, hiperreactividad a los estímulos sensoriales
B3	Estados disociativos, disociaciones somatoformes.
B4	Marcada alexitimia intensa como dificultad para reconocer, describir y comunicar sensaciones corporales, estados emocionales, deseos y necesidades.
<i>Grupo C: Trastornos comportamentales y cognitivos</i>	
C1	Incapacidad para percibir y evitar o defenderse de amenazas o alarma excesiva por estímulos amenazantes, ambientales o relacionales.
C2	Alteraciones de la capacidad de protegerse y exposiciones a situaciones de riesgo.
C3	Trastornos comportamentales derivados de maniobras autoestimulantes (masturbación crónica, estereotipias motoras, automutilaciones, abuso de sustancias)
C4	Comportamientos automutilantes reactivos o habituales.
C5	Dificultades para planificarse, iniciar o completar una tarea, concentrarse en una tarea, organizarse para obtener beneficios.
<i>Grupo D: Trastornos de la percepción del yo y de las relaciones interpersonales</i>	
D1	Trastornos de las relaciones de apego (dificultad de separación, temor a la reunificación)
D2	Sentimientos de aversión hacia sí mismo, sentido de no poder ser ayudado, convicción de falta de valor, incapacidad, estar equivocado o ser defectuoso.
D3	Sentimiento de desconfianza hacia sí mismo y hacia los otros con actitud hipercrítica o de rechazo hacia las personas más cercanas.
D4	Comportamientos agresivos (verbales y físicos) también hacia el cuidador.
D5	Comportamientos inapropiados de acercamiento y confianza hacia extraños también con comportamientos sexuales inapropiados.
D6	Dificultad o incapacidad para regular el contacto empático (participación excesiva o desvinculación en las situaciones sociales)
<i>Grupo E: Sintomatología del DPTS</i>	
<i>Grupo F: Dificultad en el funcionamiento global familiar, social, escolar, comportamiento.</i>	

CONCLUSIÓN

Sabemos que ayudar a reparar el daño hecho por sólo unos pocos meses de negligencia, puede tomar muchos años de arduo trabajo (Perry, 1999), que los niños necesitan experiencias de apego positivas para poder desarrollar la regulación del afecto (Shore, 2003) y como dice Siegel (2005) esencialmente el cerebro del niño necesita «sentirse sentido» por quien cuida de él. Los niños no pueden abordar sus traumas, salvo que tengan un entorno seguro en casa, salvo que tengan el apoyo emocional del cuidador/a.

Pero para generar un plan de tratamiento adecuado y acorde a las necesidades de los menores con este trastorno, es imperativa la descripción de criterios diagnósticos. Algunos investigadores ya nos están mostrando el



camino, pero es necesaria una entidad nosológica que señale el camino preciso para desarrollar una adecuada intervención psicoterapéutica.

Siguiendo a Liotti (2011), y en la línea las tareas principales de la relación terapéutica en el tratamiento del desarrollo traumático serían:

1.- Constituir una experiencia relacional correctiva sobre MOI (Modelos Operativos Internos) de AD y sobre las estrategias controlantes: regulación de las dinámicas motivacionales y evitación de la activación del apego desorganizado. La estrategia utilizada se propone evitar la activación del sistema de apego en la relación terapéutica sustituyéndola por el sistema motivacional interpersonal cooperativo (base de la alianza psicoterapéutica).

2.- Regular y modificar/curar la fobia del apego, la estrategia utilizada se propone curar la fobia del apego, así pues, corregir el MOI desorganizado en la dirección del apego seguro.

3.- Aumentar las capacidades de autocuidado y de conductas de riesgo.

4.- Promover la regulación de las emociones.

5.- Constituir el diálogo para la comparación de convicciones rígidas y desadaptativas y de las creencias patógenas.

6.- Crear una base segura para la exploración compartida de las memorias traumáticas.

7.- Premiar el ejercicio de las funciones metacognitivas.

BIBLIOGRAFÍA

Ainsworth, Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S. y Wittig, B.A. (1969): *Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in strange situation* (pp. 111-136), en B. M. Foss (eds.), *Determinants of infant behavior*, Londres, Methuen.

Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con el paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bowlby, J. (1951): *Cuidados maternos y salud mental*. Buenos Aires: Humanitas, 1982.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol.1: Attachment*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós 1993).

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol.2: Separation*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós 1993).

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol.3: Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books. (Trad. Cast.: *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós 1993).

Cantón, J. y Cortés, M. R. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza Editorial

Harlow, H. (1959). *El amor en las crías de los monos*. *Psicobiología evolutiva*. Barcelona: Fontanella, 1976.

Harlow, H. y Harlow, M.K. (1962). *La privación social en los monos*. *Psicología Evolutiva*. Barcelona: Fontanella, 1976.

Harlow, H. y Harlow, M.K. (1966). *Aprendiendo a Amar en J. Delval (comp.) Lecturas de psicología del niño, vol. 1*. Madrid: Alianza, 1978.

Hesse, E.; Main, M.; Abrams, K. y Yrifkin, A. (2003). *Unresolved states regarding loss or abuse can have "second generation" effects. Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents*. En Solomon, M.F.; Siegel, D.J. *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain*. New York: Norton, 57-106.

Hughes, J. (2006). *Violence and health: The challenges of how we talk, about, conceptualize, and address violence*. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 30,4,27-30.

Liotti, G. (2004). *Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.



- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. En Gilbert, O. y Leahy, R.L. *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. London: Routledges, 143-161.
- Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensioes dissociativa*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years*, pp. 121-160. Chicago: University of Chicago Press.
- Moss, E.; Cyr, C. y Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family context and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Development and Psychopathology*, 40, 519-532.
- Ogawa, J.R.; Sroufe, L.A.; Weinfield, N.S.; Carlson, E.A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical samples. *Development Psychopathology*, 9, 855-879
- Rothbaum, F.; Rosen, K.; Ujiiie, T. y Uchida, N. (2002). Family Systems Theory, Attachment Theory, and Culture. *Family Process*, vol. 4, n° 3 pp. 328-350.
- Shore, A.N. (2003) *Affect Disregulation and the Disorders of the Self*. Norton, New York
- Siegel, D.J. y Hartzell, M. (2005). *Errori da non ripere. Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Soto, P. y Moreno, A. (1994). Las representaciones de la maternidad y la teoría del apego. *Infancia y sociedad*, 27/28, pp. 350-368.
- Van der Kolk, B.A. (2005). *Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo: verso una diagnosi razionale per I bambini cronicamente traumatizzati*. In Caretti, V.; Capraro, G. *Trauma e Psicopatologia*. Astrolabio, Roma 2009, 81-93.