

INTRODUCCION

La sociedad no ha tenido hasta el momento éxito en su búsqueda para encontrar vías para prevenir el trastorno de apego reactivo (TAR) en general, ni tampoco éxito en el desarrollo de métodos terapéuticos para cada niño individualmente. Si las primeras relaciones en la vida han sido erróneas, parece ser muy difícil remediarlo más tarde. El comportamiento aparece como una “ventana” abierta de par en par desde el nacimiento y que, paulatinamente, se va cerrando hacia, más o menos, los tres años de edad.

Mi esperanza es dar al lector una aproximación realista al problema, y trazar un amplio abanico de trayectorias prácticas y teóricas en este sugestivo campo.

Observe, por favor, la distinción en el título de trastorno de apego reactivo *severo*: el caso *no* es el niño que ha vivido acontecimientos traumáticos únicos –éstos tienen un pronóstico mucho mejor– sino que el tema concierne a los niños que han experimentado múltiples acontecimientos traumáticos, quizás hambre, y una continua carencia de cuidados y atención parental en sus primeros años.

También la estructura y la comprensión terapéutica de este libro pueden considerarse como “herramientas que proporcionan una base segura para el niño”. La seguridad emocional es una necesidad para casi todo el resto de las líneas emocionales. Si se ofrece el entorno seguro, algunos niños que, a primera vista, parecen ser “casos casi desesperados”, comenzarán a desarrollarse más rápidamente después de un año o dos. Otros, con minusvalía más genuina, también funcionarán mejor, pero necesitarán del entorno seguro durante más años.

También, es importante comprender que estos niños son niños normales, y que un entorno temprano anormal ha sido la causa de su comportamiento anormal.

En este libro se ha puesto un esfuerzo enorme para hacer comprensible y desmitificar el comportamiento de estos niños con trastorno de apego reactivo. No se puede resolver un problema a menos que se comprenda profundamente la naturaleza del mismo, y los problemas del trastorno de apego reactivo tienen una tendencia a distorsionar nuestro sentido de la proporción. Se ha utilizado numerosos ejemplos diarios –teóricos y prácticos– para ilustrar los síntomas.

Si he tenido éxito, no será difícil comprender el contenido de este libro, por cuanto el trabajo con niños con trastorno de apego reactivo en la práctica, es un reto constante a nuestras convicciones y a nuestra responsabilidad. Esta es una guía que intenta responder a algunas de las preguntas más frecuentes, que surgen entre quienes trabajan con niños y jóvenes con trastorno de apego reactivo.

- ¿Por qué hay un número creciente de niños con trastorno de apego reactivo?
- ¿Cuáles son las causas del desarrollo del trastorno de apego reactivo en el niño?
- ¿Cómo se manifiesta en el comportamiento y en la personalidad?
- ¿Cómo realizar tratamientos o terapias en los diferentes estadios del desarrollo en la infancia?
- ¿Cómo prevenir el desarrollo del trastorno de apego reactivo, o bien, cómo reducir los síntomas y las consecuencias?

- ¿Qué ocurre con las personas, grupos y organizaciones que trabajan con estos niños?
- ¿Cómo desarrollar y mantener la actitud terapéutica y la estructura del tratamiento?

Pero antes, permítanme ofrecer una introducción general al problema del trastorno de apego reactivo.

¿QUÉ ES EL APEGO?

La teoría sobre el apego reactivo y los problemas de apego comienza a ser desarrollada en 1950 por John Bowlby. Éste establece la hipótesis de que el apego temprano (0-3 años) es un cuadro de comportamiento innato en los primates y en particular en los seres humanos. La idea principal de Bowlby era que el sistema de comportamiento de apego se desarrolla con el objetivo de aumentar las posibilidades de protección y supervivencia de los niños de pecho. Esta protección está basada esencialmente en la proximidad física y en el contacto entre la madre y el bebé durante los primeros años. Si se perturba esta protección o no llega a establecerse, aparecen ciertos síntomas característicos tanto en los padres como en el bebé, tales como llorar, buscar al otro, lamentarse, etc.

El sistema, de este modo, se activa por la separación y parece estabilizarse hacia finales del primer año.

En el “Test de la Situación del Extraño”, Mary Ainsworth (1978) detectó tres modelos de reacción característicos (o estrategias de proximidad) cuando la madre abandona la habitación, y más adelante detectó un cuarto modelo. Durante este test diseñado, simple e ingenioso, la madre y el niño de 1 año son introducidos en una sala de juego, la madre deja la habitación dos veces por tres minutos durante el test, y se observan las reacciones del niño cuando la madre sale de la habitación y cuando regresa. Estos modelos observados a la edad de 1 año persisten hasta la edad adulta en el 70% de los niños, y parece que se traspasan de una generación a la otra a través del comportamiento de apego de quienes cuidan al niño.

Los cuatro tipos de apego son:

Apego seguro / autónomo

El niño reacciona cuando la madre sale de la habitación, su conducta exploratoria disminuye y se muestra claramente afectado, el regreso le alegra claramente y se acerca a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Hay una alegría íntima y mutua en el contacto entre la madre y el bebé.

Apego inseguro-evitativo

El niño aparentemente no reacciona ante la ausencia de la madre y continúa explorando e inspeccionando los juguetes. Cuando la madre regresa también dirige más su interés hacia los juguetes que hacia el niño. Los estudios demuestran que el niño en verdad, está muy estresado por la ausencia de su madre, y que este estrés persiste por más tiempo que en el niño seguro. Es como si el niño supiese que si muestra los sentimientos apropiados de la separación surge el rechazo, y por

eso controla la expresión de estos sentimientos. Se utiliza una gran cantidad de energía para suprimir las reacciones de un apego natural.

Apego inseguro-ambivalente

El niño se muestra muy preocupado por el paradero de su madre y apenas si explora los juguetes, mostrando angustia y un comportamiento de control aún antes de que la madre salga de la habitación, no retomando la actividad de juego después del regreso de su madre. El niño vacila entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. Parece querer reasegurar una proximidad de la que se siente inseguro. El sistema de apego es, entonces, hablar hiperactivado, sin abandonar la habitación para satisfacer otras necesidades.

Apego desorganizado/desorientado

El comportamiento del niño contiene elementos de uno de los modelos anteriores, pero el niño no reacciona ni a la separación ni a la reunión con ningún modelo coherente. Parece “congelado” en una posición rígida, aferrado a su madre pero sin mirarla, volviendo la cara. Este modelo parece estar relacionado más adelante con disturbios de la personalidad y otros problemas. Aproximadamente el 15% de los niños de 1 año muestran el modelo desorganizado. Algunos de estos niños (no todos), desarrollan más tarde trastorno de apego reactivo.

Es digno de notar que, solamente el apego seguro/autónomo lleva al niño a explorar y a entusiasmarse con el entorno la mayor parte del tiempo. Los otros tres modelos alternativos consumen tanto la atención y la energía del niño que, éste pone a un lado la exploración y el desarrollo, para cubrir la necesidad de una base segura. Como dijo el filósofo griego Arquímedes: “Dadme un lugar seguro, y moveré la Tierra”. Una primera relación segura es el punto de partida y una premisa para vivir la vida y la evolución.

Estos problemas del contacto desorganizado son el tema principal de este libro. Esta breve descripción de los modelos de apego en general, se hace tan sólo para mencionar la tradición que sustenta el concepto del trastorno de apego reactivo. Para el lector interesado en una comprensión teórica más profunda de los conceptos de la teoría del apego, es insustituible el excelente libro de Shaver y Cassidy (1999).

¿QUÉ ES EL “TRASTORNO DE APEGO REACTIVO“?

Al escribir este libro nos encontramos con un problema fundamental: se investiga intensamente el concepto de apego, pero no está claramente definido el “Trastorno de Apego Reactivo”, ni tampoco existe un acuerdo sobre el diagnóstico. Se discute mucho, y tampoco hay estudios científicos suficientes para definirlo claramente. Aumentan los estudios sobre los modelos normales de apego tanto en los niños como en las relaciones de pareja, sin embargo, los tipos de apego anormales han despertado escaso interés y hallazgos científicos. Solamente acontecimientos catastróficos importantes (como la Segunda Guerra Mundial) han producido un mayor número de niños abandonados con problemas de apego, y consecuentemente, han estimulado un período de investigación del trastorno de apego reactivo. Los estudios tienen tendencia a ocupar un lugar desigual en los períodos en los que los problemas del trastorno de apego reactivo son frecuentes en la sociedad.

Este problema de documentación deja, tanto a padres como a médicos, en un vacío: ¿qué hacer con un niño gravemente trastornado aquí y ahora? Los niños trastornados son, en efecto, muy reales y claman por una acción inmediata todos los días. Para salvar este abismo entre la teoría y la práctica, he descrito este problema a través de historias reales, y he procurado ofrecer a los cuidadores algunas actitudes y herramientas que, en cierto grado, se han demostrado valiosas en la práctica diaria. También se han incluido estudios en diferentes campos para facilitar la comprensión. El título Trastorno de Apego Reactivo *severo* se entiende para limitar el texto a los niños que han sufrido tantas privaciones y estrés en su vida temprana, que métodos más tradicionales – tales como la psicoterapia, no pueden contactarlos.

La característica común de los niños con trastorno de apego reactivo es una habilidad muy reducida para responder emocional y socialmente de una manera adecuada. Resumiendo, el trastorno de apego reactivo (TAR) cubre una serie conjunta de problemas de comportamiento que se observan frecuentemente en los niños que no han recibido suficiente atención durante los primeros años de su vida. Como veremos, el problema del trastorno de apego es complejo, pero para empezar, bastará con mencionar los criterios más importantes:

A. Comportamiento antisocial durante la infancia:

Comportamiento intimidatorio, violento y agresivo, falta de destreza para aprender de experiencias sociales (incluyendo castigos/restricciones). El niño puede presentar una intención sadista o socialmente destructiva, dañar a otros niños o animales, presentar una carencia permanente de vergüenza, culpa o remordimiento, sentimiento de culpa sólo ante una confrontación. Es típico un comportamiento de enfrentamiento / fuga / rigidez (vagabundeo, conflictos sin fin, testarudez).

B. Comportamiento de apego no selectivo:

El niño se mostrará simpático y “confiado” hacia nuevas personas y hacia personas de contacto fortuito. Es incapaz de distinguir emocionalmente entre personas familiares y no familiares, frecuentemente está pegado (como una lapa). Asimismo presenta un comportamiento afectivo inmaduro (tiene pautas de comportamiento de contacto normales para los 6-12 meses de edad). Igualmente, tiene pautas de contacto cortas y superficiales. Estos contactos indiscriminados no resultarán en una relación duradera.

El diagnóstico tiene la premisa de que la privación, la negligencia y el abuso han sido el elemento más importante de la infancia temprana, y no puede realizarse con certeza antes de que, aproximadamente, el niño cumpla los siete años.

Hay numerosas variaciones individuales de estos modelos base de apego reactivo, tales como un niño introvertido, cerrado y autodestructivo, que no es capaz de funcionar en las relaciones sociales, y en el otro extremo de la escala, un niño muy extrovertido, impulsivo / agresivo.

El problema principal es que el niño está incapacitado para desarrollar relaciones mutuas con los otros de forma cariñosa y atenta. Las competencias sociales están comprometidas y otros aspectos de la vida – tales como juegos, aprendizaje, trabajo, tener amigos, la formación de una familia o de un grupo – también se ven afectados. Las reacciones negativas de otros (conflictos y decepciones)

alterarán su desarrollo cotidiano. Por esta razón, la capacidad de aprendizaje intelectual no será puesta en uso suficientemente, y así, se desarrollan problemas secundarios tales como delincuencia y toxicomanía.

Para ciertos niños, un resentimiento y un traumatismo temprano, así como angustias importantes añaden otros problemas. A menudo los trastornos de apego están combinados con:

- Un síndrome de stress post-traumático (SEPT), estado de estrés crónico debido a un acontecimiento extremadamente traumatizante.
- Un trastorno de la atención con hiperactividad (TDAH), comportamiento extravertido y desorganizado debido a problemas nerviosos orgánicos.
- Un síndrome de autismo postinstitucional (SAPI), estado de pasividad e introversión debido a la negligencia.
- Síndrome de Tourette, el niño sufre de múltiples tics motrices y vocales durante más de un año. En algunos casos también se ha visto el uso involuntario de palabras obscenas. Tal vez acompañado de trastorno obsesivo – compulsivo y (TDAH). La dolencia está probablemente determinada genéticamente.

Sólo un examen clínico del niño en cuestión puede establecer cómo los otros problemas interfieren en el apego temprano perturbado. Lamentablemente, en muchas partes, las posibilidades de tales exámenes son escasas.

El diagnóstico del trastorno de apego reactivo y de sus antecedentes ha sido muy discutido y debatido. En particular porque los profesionales vacilan, por supuesto, en usar un diagnóstico tan grave en un estadio tan temprano de la vida, y porque se asocian a este diagnóstico métodos terapéuticos demasiado radicales (desarrollados por desesperación ante la inaccesibilidad emocional de estos niños) tales como la “holding therapy”¹ por la cual el infante es inmovilizado por un adulto durante unas horas, tratando de hacer aceptar al niño la autoridad y el amor de sus tutores o padres adoptivos. Un niño pequeño murió asfixiado como consecuencia de esta “terapia”. Por supuesto, esto hace al diagnóstico aún más controvertido.

Este libro está escrito para dar al lector una visión equilibrada del problema, así como varios métodos que son razonables y prácticos. Mientras tanto espero que la ciencia nos aporte informaciones y métodos de tratamiento más eficaces.

Pero, ¿cómo surge el trastorno del apego reactivo en general? Describiré mi punto de vista personal del problema. Tiene que ser conciente de que esta introducción es mi punto de vista personal sobre los problemas actuales de apego en la sociedad, y no un análisis científicamente basado.

EL APEGO AFECTIVO TEMPRANO: UN RETO MUNDIAL

Nos ha llevado dos millones de años el clarificar y refinar la relación temprana madre-niño pequeño... y apenas 15 años en destruirla.

¹ Terapia del abrazo forzado, en algunos países se conoce con el nombre de “terapia sostenida”

Después de la Segunda Guerra Mundial, con una aceleración hacia 1960, comenzamos con la más grande experimentación social que se haya nunca emprendido en el mundo occidental: madres de niños en edad preescolar y de bebés salieron a trabajar fuera de sus hogares, alejadas de sus niños. Esto no sólo cambió nuestra cultura: creencias religiosas, estructuras familiares, tradiciones, hábitos alimenticios, número de niños en la familia, ingresos familiares, sino que también transformó la relación madre-hijo, llevándola a una forma completamente nueva de apego. Las condiciones de aprendizaje para desarrollarse como seres humanos desde la más tierna infancia sufrió un giro de 180°. Hoy somos, probablemente, la única especie de mamíferos donde la madre y el bebé no permanecen juntos inseparables hasta por lo menos los dos o tres primeros años de vida. Pregunte a los gorilas o a las ballenas azules, y ellos sacudirán la cabeza atónitos.

En mi país, Dinamarca, tomó tan sólo quince años (1960-1975) para que las mujeres saliesen fuera de casa para pasar la jornada en las fábricas y en las oficinas. Los grandes estabilizadores de la sociedad –la cultura de la clase obrera y la cultura de la vida rural– desaparecieron en prácticamente una noche. Como pivote cultural la familia sufrió un estallido y se convirtió en un conjunto de personas que se encontraban entre diversas actividades. Como consecuencia, el número de nacimientos en el hogar y no en el hospital o en la clínica, descendió de 85% en 1955 a menos de 1% en 1975. El primer contacto físico del bebé ya no era más una decisión autónoma del juicio de los progenitores, sino una decisión de equipo, con los padres como espectadores, a veces detrás de un cristal.

A decir verdad, las decisiones de los equipos no son siempre sabias, y hoy muchos adultos sufren las consecuencias de esta separación temprana. Y sus madres la sufren también. La separación temprana forzada no sólo perturba a los infantes sino también a los padres. Las madres que son físicamente separadas de sus niños recién nacidos, aún por lapsos muy cortos de tiempo, frecuentemente experimentan sentimientos duraderos, intensos e irracionales de culpabilidad, o una tendencia a sentirse alejadas y apartadas de su bebé, y se sienten incompetentes e inseguras para interpretar sus señales y necesidades, así como para saber cómo actuar con respecto a él. Evidentemente, esto crea con frecuencia entre la madre y el niño un círculo recíproco de incompreensión y de necesidades insatisfechas. Sin mencionar la situación donde un padre, excluido de la experiencia del nacimiento y del contacto físico con el bebé, ha de comenzar a desarrollar un lazo afectivo con el bebé que llega del hospital largo tiempo después del nacimiento, privado de la posibilidad de vinculación física con su hijo.

Un segundo resultado de los cambios en los modelos de trabajo son las modificaciones surgidas cinco años más tarde (paralelamente al momento en que la mujer abandona el hogar para ir a trabajar). Es la explosión de los divorcios, creando un nuevo rol en la familia danesa: la madre sola, desprotegida y agotada. De todas formas este desarrollo provoca el desmoronamiento de un buen número de familias, además del estilo de vida excitantemente renovado y la reorientación adecuada que ello implica. La riqueza material producida por las familias donde ambos progenitores trabajan empobrece la tasa de reproducción: hoy la población europea representa el 25% de la población global, en 20 años no representará más que el 17%.

Y finalmente (si aún está conmigo), los abuelos desaparecen de la vecindad del hogar, llevándose consigo todos sus irritantes conocimientos tradicionales de cómo arreglárselas con ocho niños, con los nacimientos constantes, con las enfermedades infantiles y con la buena cocina, dejando detrás de sí a sus desconcertados vástagos, para que se conviertan en padres como buenamente puedan. Consultores, revistas sobre bebés y otros sustitutos los reemplazan, en parte.

Los padres medios de hoy en día son relativamente mayores a la llegada del primer hijo. No tuvieron nunca la responsabilidad de cuidar hermanos ni hermanas, muy tempranamente en su vida encontraron un sinnúmero de nuevas figuras, no vieron mucho a sus padres ni a sus abuelos, y cuando sostienen a su primogénito en sus brazos, no saben qué hacer, excepto ¡ser tremendamente ambiciosos consigo mismos y con sus propios hijos!

Los problemas del desarrollo de la personalidad del niño se han modificado. La personalidad neurótica (emocionalmente sana, pero bloqueada en los conflictos de los 3-5 años entre la autorrealización y un superego estricto) también desaparecieron con los cambios de la estructura familiar y sus códigos morales, y fue reemplazada por el niño inteligente, mimado, emocionalmente confuso, sin unos pocos pero sólidos modelos de identificación, inclinado a seguir sus propias ideas e indiferente a la autoridad. Más tarde, se convertirá en un ludomaniático, narcisista, corriendo seis horas diarias, o completamente exhausto por la ambición exagerada y las ilusiones de la eterna juventud.

Las teorías de la psicología infantil se han ido lentamente adaptando a estos cambios. En realidad nuestra filosofía terapéutica, nuestros métodos (tales como terapias de juego y de conversación) y las ideas generales sobre las necesidades de la infancia, están aún esencialmente relacionadas a problemas de neurosis que raramente aparecen en la práctica diaria. Y lamentablemente, estos métodos, según mi experiencia, son antiterapéuticos cuando están dirigidos al pequeño número de niños con trastorno de apego reactivo severo. Insistimos en el hecho de que los niños deberían tomar sus propias decisiones e iniciativas sociales y trabajar en diferentes grupos a lo largo de la jornada. Si esto es un desafío para la mayoría de niños que cuentan con el apoyo de sus padres, es mucho más difícil para los niños que no cuentan con la seguridad de una base familiar.

Hoy, el 80% de los pequeños entre 6 meses y 3 años pasan la mayor parte de las horas de vigilia en una guardería o en un jardín de infantes. Estas cifras son, más o menos, aplicables a todos los países industrializados. En 1948, en Dinamarca, los costes por niño constituían el 25% de los ingresos medios familiares. En la actualidad los niños se han vuelto mucho más costosos, un problema y también un lujo – es por lo que tenemos tan pocos y tan tarde en la vida. Hoy el niño, desde muy temprana edad, tiene que reconocer un número, más o menos, previsible de adultos y de otros niños que, frecuentemente, se intercambian como en un calidoscopio durante toda la jornada. Una cualidad importante del apego seguro / autónomo es la accesibilidad, y desearía saber cómo muchos infantes pueden vivenciar esta accesibilidad en las relaciones con sus cuidadores profesionales.

La ciencia nos dice que un recién nacido, con un poco de suerte, puede relacionarse a 4 ó 5 personas hasta los 3 años para convertirse en un adulto sano y normal. Las guarderías son muy útiles para completar los esfuerzos paternos (probablemente porque son familiares), pero ¿quién se inquieta por los niños más pequeños que pasan una larga jornada en una institución con otros niños pequeños y muy pocos profesionales? El estudio de las guarderías realizado por la NICHD² (2003) ha demostrado que las guarderías son un buen medio de ocupación para los niños; sin embargo, se observa una tendencia en los niños menores de 2 años que pasan numerosas horas en una guardería a desarrollar problemas de comportamiento. Si bien estos estudios no son lo suficientemente detallados para señalar las causas exactas, lo que obliga a plantearse la cuestión de cuánto puede soportar un niño pequeño una separación. Además, en los viejos países socialistas, en los que el estado proveía de cuidados gratuitos a los pequeños durante el tiempo que la madre trabajaba, se

² Instituto Nacional para la salud infantil y el desarrollo humano (USA)

encuentran ahora ante un nuevo problema: mucho de los padres que no pueden pagar por cuidados cualificados para sus pequeños, se ven obligados a tener cada uno dos o tres actividades para sobrevivir.

El cuidado profesional de los niños pequeños durante las horas en que los padres trabajan es uno de los productos más caros de la sociedad actual. Los precios aumentan porque los cuidados de los niños no pueden ser ni racionalizados ni informatizados como tantas otras funciones en la sociedad: están basados en el contacto personal.

Por supuesto, yo no quiero evocar “los viejos tiempos” en lo que concierne a los cuidados de los niños – posiblemente nunca antes en el mundo occidental han tenido los niños mejores condiciones, ni nunca ha sido la mortalidad infantil más baja. Hoy nuestra sociedad está basada en la total participación de la mujer en la vida profesional, por lo que debe ser un deber de la sociedad apoyar a la familia y en particular a la madre durante los primeros años de vida de sus pequeños: un permiso de maternidad prolongado, necesario para asegurar un buen desarrollo en los cuidados de cada bebé/recién nacido cuando sus padres trabajan, e igualmente aportar facilidades para la formación y reciclaje gratuito de la madre, desde el momento en que retorna a su trabajo, después de su permiso. Es un precio poco elevado para la sociedad si se tiene en cuenta que el trabajo de la mujer contribuye al crecimiento económico. Esto es aún más necesario en aquellos países donde la industrialización se está desarrollando muy rápidamente, y donde las madres trabajan muchísimas horas y están muy mal pagadas.

¿Cuántos niños pierden la posibilidad de gozar de un afecto seguro, teniendo en cuenta los súbitos cambios en las premisas para una vinculación temprana? Utilizando una vez más Dinamarca como ejemplo, tenemos un sistema por el cual todas las madres después de dar a luz reciben varias visitas de una enfermera del distrito local para la salud hasta que el niño tiene los 3 años de edad. Estas enfermeras constataron (1992) que en general el 80% de los pequeños se sentían psíquicamente seguros y evolucionaban bien, y se adaptaban a los numerosos contactos tempranos porque tenían una relación estable y relativamente armoniosa con sus padres. Así que, para la sociedad en general, aún no hemos alcanzado el nivel de alarma. Pero, y esto es suficientemente grave, presentan síntomas menores de carencias, tales como una mala nutrición (obesidad, delgadez, carencias vitamínicas), y signos de sentimientos demasiado inseguros, para poder pasar su tiempo aprendiendo en lo que ellos pudiesen percibir como un entorno seguro. Han experimentado demasiados divorcios, instituciones, cambios de personas como para que su vida sea una experiencia feliz. A pesar de que los costos escolares se han elevado – todo es pagado por el estado – la tercera parte de los niños que dejan la escuela se describen a sí mismos como perdidos dentro del sistema, y generalmente tienen una autoestima pobre. De 1985 a 1999, las clases especiales en las escuelas para niños con problemas socio-emocionales se han incrementado en un 300%, según la oficina estatal de estadísticas, mientras que el número de otras clases especiales se ha mantenido estable (Amtsraadsforeningen 2000).

El 5% de los niños daneses muestran signos evidentes de importantes carencias, una grave deficiencia de su capacidad para entrar en contacto con otros, sufren las secuelas psicológicas de la violencia, de abusos sexuales, de una mala nutrición, etc. Estos niños crecen prácticamente siempre sufriendo de diversos trastornos graves de la personalidad o de psicosis.

Hemos asimilado y mejorado nuestro ajuste a estos cambios en los modelos de educación de los niños, pero no lo suficientemente rápido. Esta ruptura de vínculos, probablemente, no sólo se deba a

la naturaleza de estos cambios (los niños de algunas culturas antiguas han crecido con éxito en grupo), sino a la velocidad del cambio que ha impedido la adaptación progresiva a las nuevas condiciones de vida.

Permítame dar un ejemplo del antropólogo inglés Turnbull (1987): convivió con la tribu Ik en la meseta de Uganda y se encontró con un pueblo que se robaban los unos a los otros, que ignoraban a la vejez y a la infancia, que aparentemente consideraban el fraude y la mentira como una forma de arte. Y encontró solamente una niña que presentaba signos de afecto y hacía tentativas de acercamiento hacia sus padres, pero éstos lo consideraban como algo completamente anormal. Finalmente la niña murió y sus padres arrojaron su cuerpo a los animales. En general, los niños de tres años crecían en grupo sin modelos, y a partir de los 2 años hurtaban la comida para sobrevivir. Y bien, me diréis, esto es algo lejano a nosotros, pero Turnbull quiso saber por qué esta cultura presentaba estas normas antisociales. Entonces, estudió su historia y se encontró con que tan sólo 40 años antes ésta era la tribu más importante de cazadores y recolectores, la más amable y la más social de la selva. En el transcurso de una noche, el gobierno les privó de su territorio de caza, y no tuvieron tiempo para adaptarse al nuevo medio ambiente de la meseta, y como consecuencia la cultura en su totalidad se degradó.

Otra situación: las tribus esquimales durante miles de años se adaptaron a la vida en pequeñas comunidades de caza a lo largo de la costa. Contaban con una rica tradición para el cuidado de los niños y la educación... Entre ellos, cada año por primavera, toda la tribu entera hacía una excursión de tres días a la montaña, donde los niños nacidos ese invierno aprendían a caminar y cada tentativa era celebrada por todos los miembros de la tribu. Alrededor de 1960, el gobierno danés, les “persuadió” de desplazarse todos en conjunto a una nueva ciudad recientemente construida. Quince años más tarde, la siguiente generación sufría de un enorme porcentaje de jóvenes mal adaptados, alcoholizados, psicóticos, y presentaban trastornos de identidad y con una tasa de suicidios que subía vertiginosamente. Aún hoy el suicidio es frecuente entre los jóvenes groenlandeses. Del mismo destino participan los indígenas de América.

El colapso del comunismo y de la sociedad en general en Rusia, Rumania y otros países, ha producido una cosecha de niños abandonados, sobreviviendo en bandas en las calles, y de niños adoptados frustrados por la experiencia de numerosos padres adoptivos que han esperado que el amor sane todas sus heridas y que, como consecuencia, se han herido a sí mismos. Yo recuerdo que en 1988, en el descanso de un almuerzo de trabajo, uno de los miembros del equipo propuso: “Construyamos una nueva sección para los niños rumanos adoptados” – lamentablemente esta visión apocalíptica se mostró bastante acertada. Horksborgen (2004) ha realizado estudios extensivos de los niños venidos del extranjero y adoptados en los Países Bajos, en particular un estudio de 74 niños rumanos adoptados, después de un seguimiento y de baterías de test, estima que la mitad de los niños sufren de trastorno de apego reactivo severo.

En el otro extremo de la escala de cambio / tradición, observamos que la sociedad que ha abandonado el desarrollo por la estabilidad y una red social segura, como los Amish de América del Norte, tienen un estilo de vida estable y no tienen prácticamente trastornos de apego evidentes, ni los miembros presentan otras graves perturbaciones de la personalidad. Aún aquellos psicópatas que según las leyes de la estadística deberían estar presentes, parecen estar encapsulados por las tradiciones y los códigos sociales sólidos de la vida cotidiana.

Estos ejemplos ilustran la idea de que ninguno de los cambios rápidos en una sociedad deben rebasar la capacidad de adaptación de las familias e individuos, y en algunos casos derivará, en la generación siguiente, en algunos síntomas físicos fácilmente reconocibles y en trastornos de la personalidad. El foso entre los que se adaptan - gracias a los cuidados de padres estables - y de aquellos que no se adaptan, es ancho.

¿QUÉ ACONTECE CUANDO LOS PEQUEÑOS CRECEN?

Las estadísticas demuestran que 15 ó 20 años después de los cambios radicales acaecidos como consecuencia de la incorporación de las madres danesas al mercado laboral, es decir, cuando los infantes expuestos a contactos aleatorios tempranos con otras personas distintas a sus padres han crecido, se aceleraron intensamente los siguientes problemas entre los jóvenes:

- *Trastornos de la personalidad (personalidad antisocial, estados límites)*
- *Trastornos graves de identidad, sentimiento de inferioridad y falta de ganas de vivir.*
- *Estados depresivos y tentativas de suicidio (Dinamarca, a pesar de una importante generalización de la sanidad y de los servicios sociales, tiene una de las tasas más altas de suicidio en el mundo, especialmente entre las chicas jóvenes).*
- *Automutilación, comportamiento retraído o agresivo, estereotipado y fútil.*
- *Problemas de toxicomanía.*
- *Alteración de los niveles de actividad (hiper e hipoactividad).*
- *Trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia).*
- *Enfermedades autoinmunes (como cierto tipo de erupciones, reumatismo y asma).*

Estos síntomas han sido siempre parte de la crisis de la pubertad, pero ahora son más y más los jóvenes que cruzan esta línea, y alcanzan un estado habitual de disfunción y tienen una terrible necesidad de tratamiento.

Los problemas de la juventud mencionados tienen un punto común sorprendente: ¡son idénticos a las reacciones de los bebés separados muy tempranamente de sus madres!

¿Sería posible que aquellos que han presentado síntomas ligeros siendo bebés repitan estos síntomas más intensamente en la próxima crisis, la pubertad? ¿Y que, es posible que esta crisis, en lugar de enfocarse hacia una transformación a la edad adulta, lleve a un desequilibrio de tipo dominó y a una regresión posterior? Yo lo creo así – esta es, por supuesto, mi interpretación de lo que sucede cuando cambiamos nuestras pautas culturales de apego temprano tan radicalmente y en un período corto de tiempo.

Ahora pasaré de las condiciones de educación generales de los niños pequeños a un ángulo individual: ¿qué es característico para el cuidador y para el niño con trastorno de apego reactivo?

NO ES SOLAMENTE SU PROBLEMA – ES TAMBIÉN EL NUESTRO

Me gustaría que el lector preocupado, que es responsable de un niño con trastorno de apego reactivo, recordase que no está completamente solo y que no es totalmente responsable, sino que es solamente una pequeña faceta de un problema general de la sociedad que no debería permanecer escondido y en privado. Y digo esto porque mi práctica de supervisión me ha mostrado que quienes

trabajan con estos niños (especialmente padres adoptivos/ familias suplentes que no tienen conocimientos previos sobre el trastorno de apego reactivo) tienden a atormentarse a sí mismos con reproches, ilusiones agotadoras de milagros, y sentimientos de cólera, de desesperación y de incompetencia. En otras palabras: caen en la misma dinámica emocional que el niño que cuidan, y como consecuencia es poco lo que pueden ayudar.

Es extremadamente importante para ofrecer un tratamiento eficiente que vea los aspectos generales de la vinculación, y que limite sus esfuerzos a algo factible y sin detrimento de su propia salud. Si no, se agotará y fácilmente abandonará el entorno estable, de largo plazo, tranquilo y pragmático que es tan importante para el funcionamiento óptimo de estos niños. El niño sufriría así un nuevo rechazo y una nueva separación.

NUESTROS CONCEPTOS BÁSICOS INCONSCIENTES SOBRE LOS NIÑOS Y LA INFANCIA

En la terapia con niños que sufren de trastorno de apego reactivo el obstáculo más grande es el terapeuta. El niño estará inmediatamente de acuerdo en este punto, y el terapeuta lo experimentará. Nuestros métodos habituales carecen de éxito y esta introducción es para poner el énfasis en que el éxito nace del fracaso.

Ha de ser paciente consigo mismo cuando se sienta frustrado (del latín *frustare*: engañar, defraudar, decepcionar, etc.), y prepararse para reorganizar su actitud emocional, cognitiva e ideológica.

Cuando hablamos de las formas más graves del trastorno de apego reactivo, las que conducen a la psicopatía en la edad adulta, habitualmente visualizamos una persona muy inteligente, hábil, fraudulenta en Wall Street, o a un matón fanfarrón y musculoso dispuesto a agredirle cuando usted le pide fuego.

Lo que nosotros no hacemos es asociar este tipo de visiones con algo así como la “inocencia” en la infancia. Nuestras ideas generales sobre la infancia contienen una experiencia personal inconsciente de amor y de cuidados. Los adultos psicópatas, sin embargo, comienzan su vida en cualquier parte, y ni el amor ni la atención son los ingredientes habituales de este inicio. A veces alguien se lo ofrece, y a veces el niño no está preparado para recibir este regalo, debido a deficiencias innatas. El mito de la madre y el niño es parte indisoluble de nuestra estructura religiosa, moral y afectiva. Como terapeutas, frecuentemente, no llegamos a comprender la negación de esta estructura. ¿Cómo comprender a un niño, para quienes los recuerdos de su primera infancia son, por ejemplo, el ser quemado con un cigarrillo o el ser habitualmente golpeado por un adulto hostil, o el haber vivido su primer año de vida solo en una incubadora, o el ser totalmente ignorado? ¿Y si usted pudiese imaginarlo, cómo habría de reaccionar este pequeño ante un contacto íntimo más adelante en la vida?

Especialmente, cuando trabajamos con niños pequeños, tenemos cierta tendencia a pensar que nuestro trabajo es el de proveer al niño del amor y de los cuidados de los que ha sido privado anteriormente, como una suerte de compensación tardía.

Pero desde la más temprana edad (según mi experiencia, entre 1 a 3 años) esta intención puede ser *a veces* una aventura sin esperanza. Cuando trabajan con niños pequeños, muchos trabajadores sociales y terapeutas están también motivados por una ligera megalomanía y creen que todo el mundo puede sanar, volverse cariñoso y digno de confianza por el toque mágico de su varita terapéutica. Y numerosas úlceras gástricas han tenido su origen en esta noción profundamente

enraizada, como consecuencia de nuestras propias experiencias positivas de antes de los 3 años. “Si el amor no ha sido suficiente, ahora tenemos que dar más” parece ser la idea subyacente. Pero quizás no sea el amor la primera cuestión a tener en cuenta.

¿Cuáles son los elementos que constituyen la capacidad de amar y de sentir un afecto mutuo?

Hagamos un experimento filosófico:

Imaginemos un recién nacido que tiene dificultad para organizar sus sensaciones (sonidos, imágenes, olores, contactos, cambios de equilibrio, etc.). Si su desarrollo sensorial es reducido no podrá crear los conceptos para aprovechar el sentido subyacente de todos los contactos sanos: el mensaje de que alguien le ama y se preocupa por él. Muchos de los niños que más tarde presentan trastorno de apego reactivo sufren de deficiencias sensoriales o de deficiencias de integración sensorial en su más temprana edad. Imagínese también que este bebé tiene una madre que no lo ama o que lo ama poco, y que además es incapaz de establecer contactos frecuentes y de manera adecuada con el bebé para darle los cuidados y los contactos físicos regulares. Si lo hace, no es capaz de comprender las señales del bebé y lo sobrestimulará o los estímulos serán deficientes. A menudo confía el bebé a personas fortuitas, los vecinos u otros, que el bebé no conoce. También puede imaginar un bebé en un orfanato que pasa toda la jornada en su cuna, sin otro contacto humano que 5 ó 10 minutos diarios. Imagine el padre a) ausente, o b) violento, o peligroso para el niño de una u otra forma, o c) constantemente reemplazado por nuevos “padres”.

¿Será este niño capaz, más adelante en su vida, de sentir apego por alguien o de establecer relaciones significativas?

Esta es en otros términos la hipótesis de este libro: el ser capaz de amar y de sentir afecto hacia otros depende muy estrechamente de los contactos físicos (y por ende emocionales) que usted haya tenido (y haya sido capaz de experimentar) tempranamente en su vida. El niño con trastorno de apego reactivo ha tenido tan pocos contactos o no ha sido capaz de vivenciar los mismos, a tal punto que no es capaz de formar relaciones mutuas durables. Esto explica, probablemente, por qué la psicoterapia normal (que está siempre basada en la relación emocional entre el cliente y el terapeuta) frecuentemente falla con estos clientes.

Los principiantes, que valientemente intentan probar a ver si él o ella pueden “penetrar” en las emociones del niño pierden inevitablemente mucho tiempo útil. El precio de la derrota es, esperémoslo, un poco más de paciencia (y de humildad con nosotros mismos), una actitud más profesional, y la comprensión sorprendente de que no todo el mundo siente, actúa y vive como lo hacemos nosotros. La terapia con los niños con trastorno de apego reactivo es raramente una cuestión de besar a la rana que se transforma de esta manera en un príncipe valiente. Es una cuestión de reconocer el hecho de que una privación temprana puede ralentizar y aún a veces detener el desarrollo psicológico y social del niño. Sin embargo, un niño detenido en las fases tempranas de su desarrollo puede progresar, más o menos, en función del ambiente terapéutico que lo rodee. Esta transformación es el resultado del desarrollo de lo que ya está, y no es el producto de un esfuerzo ilusorio de modelar la realidad, conforme a nuestra propia escala y expectativas.

Cuando se trabaja con niños, es generalmente evidente que crecen según sus propias pautas, a pesar de nuestros esfuerzos por cambiarlas o predestinarlas. Cuando se trabaja con niños que presentan trastorno de apego reactivo, se muestra dolorosa y claramente que el niño sólo crece cuando el terapeuta es capaz de reconocer su naturaleza fundamental y de ayudar a esta naturaleza a salir lentamente de la inmadurez. Cualquiera que espere de un niño con trastorno de apego reactivo su

reconocimiento o la conformación de su ego personal con un cambio rápido, se convertirá rápidamente en la víctima de su cliente, y éste, a su vez, será nuevamente víctima de sus propias limitaciones.

La palabra “terapia” viene del griego *theraps* que significa “servidor”, y el terapeuta profesional provee de un ambiente que sirva para el desarrollo del niño. Como dijo el filósofo Kierkegaard, usted no puede ayudar a otra persona a menos que haga un esfuerzo para comprender cómo la otra persona ve el mundo. Y un niño con trastorno de apego reactivo puede muy bien verle a usted como un enemigo inocente, fácil de engañar con la mentira más simple, que trabaja mucho en lugar de dejar trabajar a los otros, que está limitado por el temor, la conciencia, el amor, y otros sentimientos inferiores que perturban la satisfacción inmediata. El o ella no le perciben aún como una persona, sino simplemente como un juguete o un utensilio, y justamente por placer, desarma o hace experimentos graciosos con sus preciosas emociones: *Un niño de 12 años entra en la oficina del equipo terapéutico y dice: “Acabo de matar a Tomás” Nosotros volamos afuera para salvar a Tomás, que está tranquilo y feliz pintando una cerca. Regresamos y el niño nos dice “Yo no le he hecho nada, solamente quería ver cómo reaccionabais vosotros...”*

La reacción inicial más frecuente ante tales artimañas es de disgusto, rabia, recelo y una actitud irreflexiva por parte del terapeuta. En pocas palabras, una actitud de regresión temporal, suscitada por un sentimiento de ser amenazado en lo más profundo del ser. Este sentimiento proviene, en parte de la realidad (si usted molesta constantemente al psicópata con exigencias terapéuticas de respuesta emocional, éste puede responder a su deseo quitándose de encima con una crisis de rabia). La otra amenaza más difusa, proviene de la constatación de que cuando el cliente lo provoca, hay en usted un cierto fondo de inhumanidad, y que su identidad profesional o paterno-maternal pueden verse desafiadas durante el transcurso de este proceso.

A cambio de las ilusiones perdidas de omnipotencia terapéutica y su consecuente desesperanza, nosotros debemos, a través de la experiencia, tener el sentimiento de vivir más cerca de la realidad y además ser capaces de plantearnos preguntas más interesantes y más fructuosas. Tales como: cómo ser responsable de otra persona (y de este modo de usted mismo), cómo establecer un ambiente que permita al niño con trastorno de apego reactivo funcionar de una forma razonablemente tranquila y estable, y cómo ayudar a una persona disminuída, a reconocer la naturaleza de su incapacidad en lugar de intentar borrarla.

MIS PROPIOS CONCEPTOS

Hace tiempo trabajé en un albergue infantil para niños con trastorno de apego reactivo, lo que evidentemente alteró mi punto de vista más de una vez. Por ejemplo, cuando un niño escaló al tejado helado de una casa de tres pisos en pleno invierno y en estado de desesperación amenazó con saltar. Y sollozando gritaba que su vida era inútil, que había perdido a su madre, que los miembros del equipo eran fríos, y que lo que él quería era morir. Después de cierta vacilación yo escalé valientemente, para descubrir a medio camino que él había preparado esta escena para entretenerse y para entretener a una veintena de pequeños compañeros en tierra. De antemano, ¡había apostado con los otros niños que él podría atraerme hacia el tejado! Después de esto, el pequeño apostador recogió el dinero de los otros sin emoción alguna, mientras que yo me retiré a mi despacho, asombrado de la naturaleza del trastorno de apego reactivo, y planteándome cómo supervisar a los miembros del equipo obsesionados por los aspectos de control paranoicos.

Otra vez, entonces daba un paseo con una pequeña de seis años, de cabellos rubios y ojos azules, y ésta me informo con entusiasmo: “¡Yo puedo lograr que la nueva profesora cambie de color!”. Yo le pedí que lo hiciera. Nos sentamos juntos con la profesora y la pequeña me señala y dice: “¡Este hombre repugnante acaba de meter sus manos en mis braguitas!”. La nueva profesora se sonroja y va enrojeciendo a medida que digiere la información. La pequeña sonrío feliz, luego la mira directamente a la cara y le dice: “¡Yo sé lo que tú le has hecho ayer a Tommy, puedo contárselo todo a todos los mayores!”. La mujer, mientras tanto, va palideciendo más y más, en efecto ella había olvidado de recoger al pequeño en la parada del autobús, y se había sentido muy avergonzada para contárselo a los otros miembros del equipo. La pequeña continúa así, y después de unos instantes se vuelve hacia mí y me dice triunfalmente con un entusiasmo inocente: “¡Lo ves, yo puedo hacerla cambiar de color en cualquier momento!”. Yo le dije a la pequeña que dejase de jugar con la pobre mujer, y que era mucho mejor jugar con la bicicleta, mientras que yo intentaba reconfortar a la profesora. Esta pequeña niña de seis años no podía aún establecer la diferencia entre una persona y una cosa. Para ella un miembro del equipo no era más que una especie de robot perfeccionado. Una semana más tarde, la misma niña dejó en mis manos un pequeño conejillo muerto, al que había cortado en cuatro con un par de tijeras, y sin emoción alguna me dice: “Ya no funciona y sangra todo el tiempo, ¿podrías repararlo?”. Vaya con la infancia feliz...

REALISMO: ESTA ES UNA MINUSVALIA COMO CUALQUIER OTRA

Lo que nos queda de este trabajo es la impresión de niños verdaderamente minusválidos, que sufren de una profunda inmadurez social y afectiva, lindando con la ceguera. Imagínese a sí mismo sin la facultad de la inhibición. Todos los sentimientos, caprichos y tendencias serán entonces amplificadas en un rizo sin fin al borde del caos. Quizás usted tenga la idea de que Nueva York es un lugar agradable, y que en un abrir y cerrar de ojos se encontrase dentro de un autobús en dirección a Nueva York (si su atención no se distrae con cualquier otra cosa en el camino hacia la estación de autobuses). O que cualquier observación inocente le irritase de tal forma, que rápidamente usted entrase en un ataque de ira acelerado. O que, el profesor tiene una voz monótona, y después de dos minutos usted se quedase dormido. Un niño con trastorno de apego reactivo es minusválido en el sentido de que carece o tiene una capacidad pequeña de inhibir o modificar una sensación o un impulso, una vez que el mismo se ha puesto en marcha. No puede contener o estabilizar su energía emocional durante un largo tiempo. La consecuencia de este déficit es que, en este niño, el sentido del tiempo, del espacio, de las proporciones o de objetivos, solamente existen en un nivel muy bajo y naturalmente no al nivel esperado por los educadores.

Frente a esta dicotomía entre la habilidad y la demanda, el niño en general se adapta construyendo un muro de defensa hábilmente formado por esquemas de comportamiento imitados, diseñado para construir un puente sobre el foso. En ciertos casos, la defensa no es solamente una parte de la personalidad, es la personalidad misma. El niño aprende a imitar no importa qué rol, modelos de comportamiento o emociones sin ninguna experiencia interna que le corresponda. Está obsesionado por el control de un mundo que percibe como hostil, de la misma forma que el duque de Gloucester de Shakespeare (que termina su carrera como rey y como un asesino en serie, no muy diferente de muchos dirigentes actuales).

SOBRE LA TERMINOLOGÍA

La noción de trastorno de apego reactivo implica en el niño una suerte (no obstante negativa) de decepción o deformación de la noción de apego. En los casos más severos de trastorno de apego reactivo, el niño carece por completo del mismo. Permítame darle un ejemplo, la pequeña niña mencionada anteriormente. Ella tenía padres normales, pero el parto fue muy difícil y problemático, y aún más, nació con una deficiencia en la piel que le impedía absorber el oxígeno. Por lo que fue colocada en una incubadora, en la que permaneció 12 meses. Eso fue en los años 70, y el personal no sabía entonces hasta que punto son importantes los contactos humanos para el recién nacido. Por lo que, consecuentemente, la pequeña no recibió prácticamente ningún contacto durante su permanencia en la misma. Los antiguos modelos de incubadora emitían un ligero ruido hacia el exterior, pero en el interior de algunos modelos llegaban a alcanzar los 110 db. Usted puede hacerse a la idea de lo que esto representa ubicándose detrás de un Jumbo Jet que está calentando sus motores.

¿Podrá esta niña considerar que la gente es diferente de todas las otras cosas que la rodean? ¿Amará o detestará a alguien? (su comportamiento no lo indica así). ¿Experimentará emociones sentimentales cuando escuche un ventilador? Este ejemplo de carencia total no es tan exótico como podría pensar. Considere por ejemplo los niños que yo he visto en orfanatos rumanos en condiciones similares. Después de dejar la incubadora, la niña fue intensamente estimulada por sus padres, y si esto no hubiese ocurrido así, ella se habría convertido probablemente en una psicópata más que en una niña con trastorno de apego reactivo. Al menos tiene una capacidad estructural intelectual de 6 años.

Por supuesto, hay diferentes grados de trastorno de apego. El niño que carece por completo de apego, el niño con apego paradójico, que ama y odia intensamente al mismo tiempo, y el niño apegado de modo inseguro, que sufre con una estima muy baja de sí mismo y que se siente terriblemente solo y abandonado. Los últimos casos están solamente al límite de un diagnóstico de trastorno de apego reactivo.

Desde el punto de vista de la sociedad, el niño con trastorno de apego reactivo se comporta de una manera verdaderamente antisocial. Desde el punto de vista del psicólogo clínico, como yo, la personalidad no se desarrolla jamás hasta el punto de poder llegar a diferenciar lo que es social de lo que no lo es. En los casos más graves son “pre-sociales” más que conscientemente antisociales. Sería más exacto decir que estos niños tienen “una personalidad pre-social” (ausencia de comprensión social).

Sienten la dificultad de comprender la complejidad de un grupo, aún el más pequeño, y al controlar su propia energía se sienten tan desvalidos como un bebé sentado sobre una motocicleta. Alcanza un nivel de madurez para ser consciente (y de este modo parte) de un sistema social. Con una inteligencia normal y una personalidad inmadura, la solución para entrar en contacto es, frecuentemente, elaborar una pseudo apariencia social: el cliente puede adoptar no importa qué rol social o comportamiento al azar.

Hay muchas buenas razones para tratar de descubrir la naturaleza de los clientes con trastorno de apego reactivo. Una razón es que nos hablan de las enfermedades de la sociedad en general; otra es que, nuestros estudios constituyen una infinita fuente de comprensión de las condiciones y límites del desarrollo del apego sano durante toda la vida.

En el texto se utiliza frecuentemente la palabra “madre”, pero esto es en realidad una abreviatura. En muchas familias, el padre, los abuelos y otras personas estables como padres adoptivos o el personal de la guardería, contribuyen de manera eficaz para que la madre establezca un cuadro de vinculación afectiva sana con el bebé. “Madre” en este texto hace referencia a una función y no necesariamente a una característica biológica. Es “la persona principal responsable del cuidado del niño durante los dos primeros años de su vida, a la que puede vincularse afectivamente, frecuentemente en combinación con los modelos secundarios”. Generalmente se cree que un bebé puede satisfactoriamente vincularse a 4 ó 5 personas estables, por ejemplo, la madre, el padre, un educador-a, una hermana o un hermano y toda una constelación de grupo, con tal de que atienda a un comportamiento “maternal”. La función maternal es realmente “un pequeño sistema social, coherente y atento, que aprecia al niño”.

CONTENIDO: ¿QUÉ ES LO QUE PUEDE APORTARLE ESTE LIBRO?

Si tiene una necesidad urgente de saber qué hacer con un niño, vaya directamente a la parte II, pero por favor lea la parte I. A la larga, una comprensión teórica más profunda, le otorgará resistencia, versatilidad e independencia en su trabajo.

La PARTE I se refiere a la TEORÍA, las CAUSAS y los SÍNTOMAS: ¿Cuál es la teoría fundamental que tiene que conocer para leer este libro? ¿Qué es lo que puede romper la relación entre el niño y el ambiente que le rodea? ¿Qué es contacto, no solamente en el sentido psicológico del término, sino también durante las etapas físicas desde el embrión hasta el nacimiento? El texto sigue la cronología del desarrollo del niño. Se tienen en cuenta los datos de la genética, de la embriología, de la neurología y de la pediatría para describir las causas y los síntomas.

Además, esta PARTE I comprende algunas *listas de síntomas del trastorno de apego reactivo* en diferentes edades. Estas son listas de riesgo de desarrollo, no son un manual de diagnóstico, sino una especie de guía para usted y para ayudarlo a decidir si es necesario requerir una ayuda profesional.

La PARTE II describe el TRATAMIENTO en los diferentes estadios del desarrollo. En las fases tempranas (por ejemplo, durante el embarazo) el tratamiento puede ser evitar que la madre beba, y en etapas posteriores puede ser ayudar al niño a construir y estabilizar sus funciones sensoriales, y aún más tarde gestionar el entorno social. Un niño transformará su organización interna muchas veces durante el embarazo y la infancia, y para cada estado interno el tratamiento también se transforma. Los métodos apropiados en una edad pueden ser inútiles o peligrosos en otra.

Para cada etapa del desarrollo del niño, usted encontrará los OBJETIVOS, los MÉTODOS y los OBSTÁCULOS para facilitar su propia planificación y práctica.

La PARTE III sugiere las RECOMENDACIONES PARA ORGANIZAR EL AMBIENTE TERAPÉUTICO. Se discuten las estructuras emocionales, físicas y sociales para inspirar la planificación de los lineamientos terapéuticos. Se describe el desarrollo personal y los problemas que pueden surgir en quienes trabajan con niños con trastorno de apego reactivo, así como las tareas más frecuentes del supervisor. A nivel de grupo, se sugiere un desarrollo en equipo y la conducción necesaria para sostenerlo.