



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**El apego desorganizado y su relación con diferentes patologías
infantiles**

Autora: Carmen Olaso Sáinz

Directora: Elena Gállegos de las Heras

Madrid

2019/2020

Resumen:

La calidad de las primeras experiencias relacionales vividas por el sujeto tiene un importante papel en el desarrollo de la salud mental. Así, diversos estudios señalan el poseer un apego desorganizado, estrechamente vinculado al maltrato intrafamiliar infantil, como factor de riesgo para presentar trastornos psicológicos. La realización de una extensa revisión bibliográfica ha permitido elaborar el presente trabajo cuyo objetivo principal es recoger estas evidencias y exponer las posibles consecuencias psicopatológicas más relevantes que podrían aparecer en los niños como fruto de este tipo de relaciones. Se ha confirmado la hipótesis de que el apego desorganizado guarda relación con una mayor vulnerabilidad a tener enfermedades mentales, además se ha explicado cómo este vínculo impacta tanto cerebralmente como al desarrollo de ansiedad, TEPT, depresión, trastornos somatomorfos y trastorno de la conducta disruptiva. Finalmente, se presenta un posible modo de intervenir en la prevención de psicopatología infantil basado en la teoría del apego, terapia que pretende dotar a los padres de aquellas herramientas que carecen para formar un apego seguro.

Palabras clave: Apego desorganizado, maltrato infantil intrafamiliar, psicopatología, intervención temprana.

Abstract

The quality of the first relational experiences lived by the subject has an important role in the development of mental health. Thus, various studies point out the fact of having a disorganized attachment, closely related to intra family child maltreatment, as a risk factor for psychological disorders. The present work has been made after an extensive bibliographic review, the paper's main objective is to gather this evidence and to expose the most relevant possible psychopathological consequences that could appear in children as a result of this type of relationship. The hypothesis that disorganized attachment is related to a greater vulnerability to having mental illnesses has been confirmed, in addition, it has been explained how this attachment affects the brain and to the development of anxiety, PTSD, depression, somatoform disorders and disruptive behavior disorder. Finally, a possible way to intervene in the prevention of child psychopathology based on attachment theory is presented, a therapy that aims to provide parents with the necessary tools in order to form a secure attachment.

Key words: Disorganized attachment, intra family child maltreatment, psychopathology, early intervention.

Índice de contenidos:

	Pg.
1. Introducción, Objetivos y Metodología.....	3
2. Conceptos:	
2.1. Teoría del apego.....	4
2.2. Apego desorganizado	6
2.2.1. Reflejo en la conducta de la desorganización	7
2.3. Maltrato intrafamiliar infantil	7
2.3.1. Maltrato prenatal	8
2.3.2. Maltrato infantil	9
3. Análisis consecuencias psicopatológicas:	
3.1. Consecuencias cerebrales y neurológicas	10
3.2. Ansiedad y Estrés Post traumático	11
3.3. Depresión	12
3.4. Trastornos somatomorfos	14
3.5. Trastorno de la conducta disruptiva	16
4. Discusión	17
5. Posibles soluciones	19
6. Conclusión	23
7. Bibliografía	24

1.Introducción, Objetivos y Metodología

Mi interés acerca de este tema me ha acompañado desde el inicio de la carrera y es por ello que he decidido aprovechar la oportunidad para indagar en esta cuestión que me resulta tan atractiva. Recuerdo el gran impacto que me causó una clase de Psicología evolutiva, prácticamente al comienzo del primer curso, acerca de la Teoría de Apego y su relevancia en los distintos aspectos de la vida humana. Tras cuatro años de haber estado formándome en Psicología y haber conocido multitud de hipótesis y doctrinas, sigo sintiendo afinidad y simpatía con respecto a ella.

Además, siempre le he dado mucha importancia al ámbito familiar en el mundo de la Psicología, comprendiendo la influencia que ésta tiene en el desarrollo del individuo al estar uno fuertemente vinculado emocionalmente a los miembros que la componen desde el inicio de la vida, creciendo así en ella y considerando a la familia como un factor de gran repercusión al estar ampliamente presente a lo largo de la vida. Fue en la asignatura titulada Orientación e Intervención Familiar donde consolidé esta creencia y pude profundizar un poco más en las relaciones familiares. Alguna vez le he escuchado decir a un allegado mío: “La familia muchas veces puede ser fuente de felicidad, pero otras de sufrimiento”, es una frase que me deja muy pensativa pues a veces, equivocadamente, doy por hecho que, en balance, el ambiente familiar suele ser sano.

Por otro lado, decidí enlazar las experiencias familiares y su repercusión en los niños pues siento debilidad por esta población, quizás por considerarles más vulnerables al carecer de herramientas y más necesitados de los adultos para aprender a manejar sus propias vivencias y lograr un desarrollo óptimo.

Como expresan Talarn, Sáinz y Rigat en su libro Relaciones, vivencias y psicopatología (2013), los vínculos relacionales son una de las bases sobre los que se edifican y sustentan los trastornos mentales. Teniendo especial trascendencia para el desarrollo psicológico los lazos formados en la infancia, soliendo coincidir con los padres y familiares. Iain Duncan Smith (1908) expresa: “Cuando las familias son fuertes y estables, también lo son los niños que muestran mayores niveles de bienestar y resultados más positivos.”

El objetivo principal es demostrar, a partir de la literatura empleada, la relación existente entre el apego desorganizado que el bebé establece con su supuesta figura de referencia y su posterior impacto en la vida mental de la persona, concretamente, en las etapas infantiles. Además, se estudiará la unión entre maltrato intrafamiliar infantil y el apego desorganizado. Asimismo, la relevancia de este estudio reside en evidenciar la posibilidad de abordar y prevenir la psicopatología en niños desde la reparación de estos vínculos tempranos y junto con otros posibles objetivos terapéuticos que se determinarán en cada caso concreto, sin descartar así intervenciones alternativas, pues no todos los casos guardan relación con problemas en el Apego.

La metodología del estudio actual se ha realizado a partir de una extensa revisión bibliográfica sobre la relevancia del vínculo emocional temprano que se establece entre el bebé y su figura de apego para la futura estabilidad psicológica. Con la finalidad de ahondar en dicho estudio, esta revisión ha contado con numerosos documentos cuya búsqueda se ha realizado principalmente a través de los portales Dialnet y Google Scholar, además de contar con el apoyo de varios libros, entre los que destacan Relaciones, vivencias y psicopatología, escrito por Talam, Sáinz y Rigat, y El amor maternal de Gerhardt.

2. Conceptos

2.1 Teoría del apego.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la figura de los padres es clave para fomentar, en la medida de lo posible, el bienestar psicológico en el niño. En este contexto, cabe destacar la Teoría del apego desarrollada por John Bowlby. Ésta tiene como objetivo el estudio de la primera relación afectiva que el bebé establece con su principal cuidador (figura de apego) y la huella psicológica que tendrá sobre él, no solo en su infancia si no también a lo largo de las distintas etapas de su vida, pudiendo llegar a motivar efectos tan negativos como la psicopatología, remarcando así su importancia. (Gago, 2014).

Bowlby afirma que este fuerte lazo afectivo es innato, pues tiene como función no solo la satisfacción biológica de sus necesidades sino la búsqueda de contacto y seguridad en la figura de apego ante situaciones concebidas por el bebé como peligrosas. El infante, por tanto, a parte

de depender físicamente de su progenitor también lo hace emocional, cognitiva y socialmente. (Klykylo & Kay, 2012).

Winnicott (1956, citado en Talam, Sáinz y Rigat, 2013) conceptualiza el término “preocupación maternal primaria” haciendo referencia a la motivación presente en la madre para atender correctamente a su hijo y así forjar el vínculo. Por otro lado, en 1969, Mary Ainsworth señala que más allá de dicha motivación, los aspectos de sensibilidad (que supone percibir la necesidad, interpretarla y responder a ella de manera adecuada), cooperación con el infante, disponibilidad psicológica y física, así como la aceptación son los que marcarán la diferencia entre los cuatro diferentes tipos de apego. Además de estos elementos, influye también en la vinculación el temperamento que presenta el bebé (fácil, difícil y lento) que a la vez podrá ser modificado mediante el apego.

Alrededor del año es cuando se comienzan a construir los Modelos Operativos Internos (MOI), representaciones subjetivas y activas, conscientes e inconscientes que tiene la persona acerca del yo (soy aceptado o no), el otro (cómo responden a mis necesidades) y las relaciones de ambos con la finalidad de adaptación. Serán las interacciones en las que el niño participa de forma reiterada con sus figuras de referencia las que den forma a estas visiones y expectativas. Estas representaciones se mantendrán más o menos estables a lo largo de la vida y se generalizarán al resto de relaciones. (Stern, 1985; Bowlby 1973, 1988; Marrone, 2001, citados por Rozenel, 2006).

Figura 1. Modelo de clasificación del apego de Bartholomew.

	(+) ----- Percepción del Self ----- (-) (-) ----- Ansiedad ----- (+)	
(-) ---- Percepción de los demás ---- (+) (+) ---- Evitación ---- (-)	Seguro Intimidad y confianza básica	Preocupado Sentimiento de inadecuación personal, búsqueda de aprobación y valoración, confianza ciega.
	Evitativo Escepticismo sobre las relaciones, deseo de invulnerabilidad, falta de empatía y desconfianza distante.	Temeroso Miedo al rechazo, contacto impersonal. Desconfianza temerosa

Nota. Extraído de “Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas”, de Camps-Pons, Castillo–Garayoa & Cifre, 2014. *Clinica y Salud*, p. 68.

2.2. Apego desorganizado

Hay que tener presente que en el presente estudio se está evaluando el apego inseguro como un factor de riesgo para la salud mental, significando así que no es ni determinante ni exclusivo, pues también ejercen peso diferentes aspectos como pueden ser los rasgos de personalidad, causas biológicas o situaciones vividas, entre otros ejemplos. (Klykylo & Kay, 2012).

Partiendo de la base de la Teoría de apego de Bowlby y apoyándonos en diferentes investigaciones que la relacionan con trastornos mentales, nos centraremos exclusivamente en aquel que se vincula con una mayor propensión a la psicopatología grave: el apego desorganizado. (Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffmann, 2011)

Este término fue establecido por Main y Solomon en el año 1990. Explica aquel tipo de apego que se establece en los hijos cuyos progenitores son incapaces de proporcionar a su hijo unas condiciones psicológicas sanas. El patrón relacional sobre el que se relacionan padres e hijos consiste en que estos primeros llevaban a cabo conductas contradictorias y terroríficas generando así miedo en sus descendientes. Este es el punto diferencial con respecto a los otros dos tipos de apego inseguro (evitativo y ansioso) pues en este caso la “figura de apego”, aunque realmente nunca llega a establecerse como tal, cuya finalidad es proporcionar seguridad al bebé atemorizado, es la misma que genera este estado de terror y estrés en él a través del maltrato en todas sus formas. Pese a que el maltrato es la primera fuente de apego desorganizado, las investigaciones también fundamentan que se puede deber a la pérdida temprana de la figura de apego, aunque este hecho sólo ocurre en el 15% de los casos. (Lyons- Ruth & Jacovitz, 2008; Talarn, Sáinz & Rigat, 2016)

Este estilo de vinculación emocional temprana, que representa aproximadamente entre un 5 y un 15% de los casos, en función de las investigaciones (Oliva, 2004), parece tener relación, entre otras causas, con una transmisión intergeneracional, es decir, los propios padres de estos niños fueron víctimas de abusos, negligencias y demás formas de maltratos; y con padres que

padecen enfermedades mentales graves carentes de las competencias necesarias para cuidar bien a sus hijos. (Main & Hesse, 1990, citado por Lecannelier et al, 2011).

2.2.1 Reflejo en la conducta de la desorganización

Como consecuencia el bebé presenta una serie de conductas dispares y contradictorias entre sí, como podría ser aproximarse al cuidador con expresiones de miedo, al encontrarse en un estado paradójico del que no puede salir, pues no es capaz de hallar la respuesta de cómo comportarse con sus cuidadores para obtener el equilibrio. Las estrategias de las que haría uso el bebé no están bien definidas al no tener unas expectativas claras de cómo reaccionarán sus figuras de apego, estando así el bebé en un estado de desasosiego que se traducirá además en una mayor dificultad futura para enfrentarse a situaciones que provoquen malestar (Chamorro, 2012).

Sin embargo, estos comportamientos tienden a cambiar con el objetivo de reorganizar las conductas de apego desorganizado anteriormente explicadas, hay investigaciones que indican que esta variación tiene lugar hacia los 3 o 4 años y que a los 6 años de edad aproximadamente un 84% presentan conductas controladoras. Se justifica este comportamiento indicando que surge con la intención de dominar el comportamiento dañino de los padres, así podrá ser tipo controlador agresivo, utilizando la violencia y la rebeldía, o de tipo cuidador, donde se produce una inversión de roles adquiriendo el niño así responsabilidades parentales. Este último patrón está mayormente relacionado con progenitores “indefensos-temerosos” más propios de traumas por pérdidas tempranas o psicopatologías. (Lyons-Ruth & Spielman, 2004, Lyons- Ruth & Jacovitz, 2008;)

2.3 Maltrato intrafamiliar infantil

La OMS define el maltrato infantil como: “Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

El maltrato infantil intrafamiliar supone la exposición continuada a una tensión permanente en el ambiente, lo que conlleva a alteraciones negativas en el desarrollo neurológico de la persona que, en función del periodo en el que tenga lugar, puede llegar a afectar seriamente a su funcionamiento tanto físico como psicológico de manera irreversible, suponiendo así un impedimento para el desarrollo esperable del niño. Aunque, es necesario recordar que no es un factor determinante. (Mesa y Moya-Albiol, 2011).

La literatura identifica dos tipos en función del momento en el que se lleven a cabo: maltrato prenatal y postnatal, en función de cuándo suceda se podrán ejecutar distintos estilos de maltrato según la indebida conducta ejecutada. El maltrato prenatal, aunque quizás es menos visible, provoca serios perjuicios en el feto.

2.3.1 Maltrato prenatal

Estos abusos sufridos por el bebé nonato no solamente son responsabilidad de la madre, que estará atentando contra la integridad de su hijo a través del abuso de drogas o la falta de cuidados propios durante el embarazo, de forma consciente o inconsciente a raíz de su enfermedad mental, como podría ser la depresión. Sino que también se debe considerar que diferentes figuras cercanas a la madre juegan un papel en esta circunstancia. En este punto, se indica que la misma madre puede estar siendo víctima algún tipo de maltrato asumiendo las consecuencias que ello conlleva, como es una mayor probabilidad de padecer depresión, estados de ansiedad, problemas relacionados con la salud física, así como el uso de alcohol y demás drogas. Estos desequilibrios en la madre parecen apuntar a que no están exentos de influir en el desarrollo del feto. (Velasco, 2008 citado por Rincón, Marín y Calle, 2018).

Es importante recordar que el lazo emocional entre cuidador y bebé comienza a establecerse desde el inicio de la gestación, y no a partir del nacimiento de este; podremos hablar así de un apego prenatal. El tipo de apego prenatal se evalúa a partir de las representaciones que la madre comienza a crear sobre su hijo, así como la interiorización de los cambios en su identidad que implican el hecho de estar embarazada (Grimalt & Heresi, 2012). La relación que establezca en este periodo la madre con su hijo es de especial relevancia pues existen investigaciones que apuntan a que se puede hablar de una correlación entre el vínculo que la madre establece con su

feto y el vínculo que se forjará entre ambos durante los primeros meses de vida del niño, siendo notoria esta relación en un 75% de casos aproximadamente. (Fonagy, Steele & Steele, 1991)

2.3.2 Maltrato infantil

Por otro lado, centrándonos en las formas de maltrato infantil, a pesar de que existen diferentes clasificaciones elaboradas por expertos, entre las que destaca el Sistema de Clasificación Jerárquico pues es el más usado, parto del Sistema de Clasificación del Maltrato (SMM), al considerarlo una fuente de mayor información al abarcar más factores. En el SMM junto a la identificación del subtipo de maltrato, se evalúa también su gravedad, la frecuencia, el momento del desarrollo del infante en el que acontece, así como la identidad del abusador (Muela, 2008). En la siguiente tabla se presenta el resumen del Sistema de Clasificación de Maltrato Infantil Modificado (Tomado de English, Bangdiwala & Runyan, 2005), en el que se desglosan los subtipos de una manera más explícita.

Tabla 2. Resumen del Sistema de Clasificación de Maltrato Infantil Modificado.

Tipo de maltrato	Subtipos
Maltrato físico	Maltrato físico en cabeza, torso, nalgas, miembros, conducta violenta, ahogamiento, quemaduras, sacudidas, etc.
Abuso sexual	Exposición, explotación, penetración, etc.
Negligencia	- No cubrir necesidades de alimentación, higiene, vestimenta, cobijo - Falta de supervisión, cuidado sustituto, etc.
Maltrato emocional	Se contemplan 27 subtipos: -seguridad física y psicológica: 10 subtipos -aceptación y autoestima: 8 subtipos -autonomía propia de la edad: 4 subtipos -limitaciones: 5 subtipos
Maltrato moral/legal y educativo	Exposición a actividades ilegales o antisociales. Empleo o venta de drogas. Fomento de absentismo escolar

Nota. Extraído de “The dimensions of maltreatment: Introduction”, de English, Bangdiwala & Runyan, 2005, *Child Abuse & Neglect*, 29 (5), p. 450.

3. Consecuencias psicológicas derivadas del apego desorganizado

3.1. Consecuencias cerebrales y neurológicas

El cerebro del bebé recién nacido es aún muy inmaduro y está preparado para desarrollarse acorde a las vivencias a las que es expuesto, con el objetivo de poder adaptarse a su entorno. Los cerebros de los niños recién nacidos se caracterizan por ser altamente plásticos, moldeables, debido a su elevada capacidad de aprendizaje, de absorción, al presentar un gran número de neuronas (materia gris), que a su vez carecen de conexión entre ellas. (Gerhardt, 2016; Campos, 2010).

La plasticidad de la infancia coincide con un periodo sensible. Este periodo es fundamental para el desarrollo de algunas estructuras y funciones nuevas, el cual depende en gran medida del ambiente, siendo así vulnerable a él (Sadurní & Rostán, 2004) . La genética no es exclusiva por lo que el bebé necesita estimulación, que, si es abundante y de calidad logrará el correcto desarrollo, si no hay estimulación suficiente habrá una disminución neuronal (Torras, 2010). En esta etapa vital aumenta la mielinización de los axones (que permiten una comunicación más rápida), el número de dendritas y se establecen infinidad de conexiones neuronales consolidando los primeros aprendizajes. Así, se puede afirmar que las primeras experiencias son cruciales pues asientan las bases de diferentes ámbitos sobre las que se establecerá un aprendizaje continuado y de mayor complejidad durante toda la vida. Es por ello, que muchas de las deficiencias o trastornos que tienen lugar en la infancia, si no son tratadas adecuadamente pueden alargarse hasta la edad adulta. (Sadurní & Rostán, 2004; Campos, 2010; Saad, 2011).

Se debe tener presente que la etapa infantil desempeña un papel fundamental en la vida de cualquier persona, es a lo largo de estos años donde se produce el mayor desarrollo intelectual y emocional, pues el niño pasa de no poseer conocimiento alguno a poder adquirir comportamientos funcionales y adaptativos a las circunstancias que le rodean. Campos (2010) apunta “Las relaciones interpersonales son el eje central del desarrollo infantil, ya que los niños y niñas aprenden de los adultos habilidades emocionales, sociales, cognitivas y se adaptan al entorno”. En este contexto, los padres tienen un papel imprescindible para que el niño llegue a alcanzar estas aptitudes, pues desde el inicio son sus principales educadores y modelos. Del

mismo modo, Campos señala que la existencia de factores ambientales negativos como el estrés, el maltrato y la tristeza, entre otros, afectan perjudicialmente a la madurez cerebral.

3.2. Ansiedad y Trastorno de estrés post-traumático

El niño que ha sido víctima del maltrato infantil por parte de los progenitores es especialmente vulnerable a la aparición de un Trastorno de Estrés Postraumático. No todos los menores que han sufrido alguna experiencia traumática desarrollan el TEPT pues consiguen adaptarse a las circunstancias, la revisión del tema llevada a cabo por Arellano et al, y apoyado en varios estudios (Carrion, Weems y Rayy Reiss, 2002; Cook-Cottone, 2004; Evans y Oehler-Stinnett, 2006), señala que el porcentaje oscila entre un 30-40% de los niños. A la hora de encontrar un porqué a este porcentaje, apuntan a que uno de los mayores factores de riesgo para que los niños desarrollen este trastorno, y guardando conexión con la psicología relacional, son la ausencia de una relación cálida y sana del menor con sus padres, su falta de disponibilidad y cuidados en estos momentos delicados, la no involucración y deseo de ayudar a reparar el sufrimiento de su hijo. Está claro que, como sucede en el estudio actual de maltrato infantil intrafamiliar, si las propias figuras de apego son los maltratadores sus actitudes coincidirán con las expuestas recientemente (Arellano et al, 2009).

Es por ello que el estrés crónico que ha padecido el niño unido a la carencia de un correcto desarrollo emocional y la falta de herramientas para autorregularse, tendrán repercusiones psicológicas y cerebrales dando lugar al TEPT. En primer lugar, estas disfunciones se observan en la amígdala (estructura encargada de reaccionar al miedo) pues es hiperactiva, lo que supone una reacción más intensa ante situaciones clasificadas como amenazantes o novedosas. Además, se vincula con una sobre estimulación del sistema nervioso simpático, debido a la desregulación de los niveles de adrenalina y noradrenalina, relacionado con la hipervigilancia y las respuestas de huida o lucha (Southwick, Paige, Morgan, Bremner, Krystal & Charney, 1999 citado en Coelho & Costa, 2010). También, sufre variaciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) cuya hipersensibilidad de los receptores de cortisol supone una casi total ausencia de cortisol (hipoadrenia), hormona encargada de hacer frente al estrés y recuperar la homeostasis, contraria a facilitar el equilibrio psicológico. Otros especialistas dan una explicación diferente

ante la situación de hipoadrenia, así, Gerhardt (2016) plantea este fenómeno como un mecanismo de defensa a través del cual la persona logra disociarse del ambiente generador de estrés. Otros investigadores achacan este estado a una autorregulación inadecuada del organismo con los objetivos de evitar las consecuencias negativas físicas y compensar a las estructuras cerebrales tras un periodo de hipercortisolismo. (Coelho y Costa, 2010; Edwards, Heyman & Swidan, 2011; Talarn, Sáinz & Rigat, 2013; Gerhardt, 2016).

El estrés crónico está vinculado a otros impactos de índole negativa en los sistemas neuroquímicos, en especial si este se da en la infancia cuando todavía no se han desarrollado por completo. Afecta así a los niveles de los neurotransmisores dopamina y GABA que aumentarían mientras que disminuirían los de la serotonina, muy relacionado con el trastorno depresivo (Teicher et al, 2002, 2003). Sus efectos dañinos también se presentan en estructuras cerebrales, fundamentalmente en el hipocampo (relacionado con alteraciones en la memoria, por tanto de los recuerdos bibliográficos), cuerpo caloso, corteza orbitofrontal (determinante para la toma de decisiones) y en el cerebelo; así como en demás estructuras anatómicas relacionadas con la salud física. (Mesa y Moya-Albiol, 2011).

En este sentido, el menor maltratado con TEPT cumple el requisito A del DSM-IV al haber experimentado situaciones que involucrasen “una muerte real o amenaza de muerte, lesiones serias o amenaza a la integridad física propia o de otros” frente a las que respondió con un “intenso miedo, impotencia o terror”.

3.3. Depresión

Gerhardt señala, apoyándose en diferentes investigaciones como las de Andreasen (2001) y Duman y cols (1997), que no hay conclusiones claras de que la depresión esté sujeta a cuestiones genéticas, y que aún si fuera de este modo, dichos genes (implicados en el déficit de la serotonina y epinefrina) necesitan de otros factores externos para expresarse. Lo que sí concluye es que en este estado mental confluyen tanto aspectos biológicos, como podrían ser los neurotransmisores, como psicológicos. Además, vincula estos aspectos psicológicos,

identificados como factores que intervienen en el desarrollo de la psicopatología, con la calidad de las vivencias entre el niño y sus principales cuidadores.

Un factor de riesgo que recalca es la representación negativa propia que uno tiene y que ha establecido como modelo funcional interno a raíz de mensajes dañinos y desvalorizantes que ha recibido en sus primeras experiencias; relacionando éstas experiencias con un apego desorganizado al no responder los padres a las necesidades psicológicas y emocionales del niño y provocándoles así angustia y miedo. Es en este ambiente negativo donde se ha criado la persona depresiva y del que ha introyectado esa creencia de “debilidad” que le impide verse capaz de superar el malestar sentido y recobrar el equilibrio emocional. A lo largo de la vida todos vivimos momentos que nos dañan la autoestima, pero estas personas que de base carecen de una imagen positiva, su autoestima se irá perjudicando potencialmente (Gerhardt, 2016).

Shore explica que, además de haber recibido ataques y carecer por ello de una buena autoestima, tampoco concibe la posibilidad de que dicho malestar desaparezca pues no ha vivido ciclos de “ruptura-reparación” en los que la situación negativa es reparada, pues sus cuidadores no lograron devolver al niño a una situación de bienestar frente a su necesidad, ni, por lo tanto, dotarle de las herramientas para regular y acabar con el estrés; es por ello, que en vez de enfrentarse al acontecimiento con las técnicas adecuadas lo hacen a través de la ira o de la huida, que corresponden con estrategias poco maduras. (Lewis, 2000)

Al hilo de lo anterior, también se puede hablar de indefensión aprendida, término referido a la creencia que tiene el niño o el adulto de carecer de las capacidades necesarias para tomar control sobre los sucesos de su vida. Ferrándiz (1996, citado por Gerhardt, 2016) explica que de este pensamiento emanan consecuencias cognitivas (distorsiones cognitivas), motivacionales así como emocionales, como por ejemplo, la ansiedad (por lo tanto, aumento de cortisol y sus efectos negativos) o la depresión. Ligado a esto último, Seligman (2005) relaciona la depresión a la indefensión aprendida (citado por Díaz- Aguado et al., 2004).

Por otro lado, y haciendo referencia a cuestiones más biológicas, las experiencias a las que el niño es sometido dan forma a su cerebro. Como se ha expresado previamente, el estrés crónico, que conlleva altos niveles de cortisol, es un gran factor de riesgo que desencadena la depresión.

Es sabido que los periodos de estrés aumentan si se se carece de herramientas para regularlo y la persona se vive en un estado de desesperación por ello mismo.

Además, investigaciones han demostrado la existencia de una alteración en lo que refiere a la actividad de ambos hemisferios de las personas depresivas, explican esta variación como un rasgo estable de la persona, lo que significa que no solo ocurre únicamente durante el transcurso de la enfermedad. Al contrario que la mayoría de la población, este grupo presenta un mayor número de conexiones y una mayor actividad neural en el hemisferio derecho del cerebro que en el izquierdo. A éste primero se le atribuye el procesamiento de emociones negativas y una actitud menos social, en cambio, la actividad del izquierdo está relacionada con emociones positivas y una actitud de proximidad social (Davidson & Henriques, 1990).

Lo interesante de esta cuestión es que Gerhardt (2016), atribuye la posibilidad de esta diferencia a que en los primeros años de vida, donde, como se ha explicado anteriormente, las experiencias construyen el cerebro, el bebé recibió poca estimulación positiva para poder afianzar estas conexiones. Además, las situaciones de estrés incontrolado parecen tener un efecto negativo en el hemisferio derecho del cerebro. Es en estos momentos de angustia (que pueden ser causado por sentirse rechazado, abusos) cuando el cortisol activa el lado derecho del córtex prefrontal, en vez de el lado izquierdo que podría ayudar a reducir la negatividad de la situación, logrando una mejor afrontación (Sullivan y Gratton, 2002). Si estas ocurren en un periodo sensible del desarrollo, pueden establecer más conexiones y dar lugar a una mayor actividad en dicho lado del cerebro de manera estable. La exposición al malestar continuamente también influye dañinamente al sistema de liberación de oxitocina, hormona encargada de la creación de vínculos afectivos, así como al de la dopamina, neurotransmisor implicado en la sensación de bienestar y alegría. (Gerhardt, 2016).

3.4. Trastornos somatomorfos

Se caracterizan por presentar respuestas psicósomáticas, entendidas como la presencia de una enfermedad o molestia física cuya causa parece ser psicológica al no hallar explicaciones biológicas, los síntomas forman parte de lo que el DSM denomina como Trastornos

Somatomorfos, normalmente los casos infantiles se clasifican como Trastorno somatoforme no especificado (Pedreira, Palanca, Sardinero y Martín, 2001).

Estas respuestas son comunes en los niños que presentan malestar psíquico pero que carecen de la capacidad de interpretar y comprender sus emociones, teniendo así una falta de autoconsciencia emocional; unido a esto, otro factor que da cabida a la somatización tiene lugar durante la etapa de los 0 a los 6 años pues no hay un completo desarrollo lingüístico por lo que no pueden expresar sus emociones, pero este hecho no explicaría la somatización desde un punto de vista relacional sino biológico. A pesar de que esta situación es propia en niños pequeños, aproximadamente hacia los cuatro años de edad lograrán superarla si han recibido una buena educación en la que los progenitores se han encargado de cubrir las necesidades emocionales y sociales de tal forma que su hijo logre reconocer tanto los estados internos propios como los ajenos y pueda expresarlos. En el caso de apego desorganizado que estamos tratando, existe un alto riesgo de que estos cuidados no se hayan llevado a cabo, y que tenga como consecuencia la presencia de alexitimia en el menor. La alexitimia es descrita como un déficit cognitivo-emocional en el reconocimiento y expresión de las emociones así como una reducción de la fantasía, a pesar de esto, el DSM no se refiere a ella como un trastorno. Desde una visión psicoanalítica, acabarían expresando sus emociones gracias a su conversión en señales corporales, guardando así los conceptos de alexitimia y psicopatización una estrecha relación. (Ara, 2012; Talam, Sáinz y Rigat, 2016; Gallardo, 2018). Emociones esenciales para recuperar la homeostasis, se rompe la comunicación interna perdiendo así flexibilidad y capacidad de adaptación. (Gerhardt, 2016).

A continuación se expone la tabla creada por Pedreira y Menéndez, en el año 1981, donde se indican los síntomas somáticos más representativos en la infancia.

Tabla 3. Cuadros clínicos de psicopatología en infancia (J.L. Pedreira & F. Menéndez, 1981)

Respiración	-Espasmo sollozo -Asma
Alimentación	-Caprichos alimenticios -Anorexia y bulimia -Obesidad

	-Abdominalgia -Ulcus
Excreción	-Enuresis -Estreñimiento -Encopresis -Megacolon
Neurológico	-Algias -Migrañas -Insomnio -E. Gilles de la Tourette
Endocrinología	- Retraso psicógeno crecimiento -Diabetes
Dermatología	-Alopecias -Psoriasis -Tricotilomanías -Dermatitis -Pruritos

Nota. Extraído de “Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia”, Pedreira, J.L., Palanca, I., Sardinero, E. & Martín, L., 2002, *Psiquiatría.com*. 6(1). Recuperado de <https://psiquiatria.com/psicosomatica/>

3.5. Trastornos de la conducta disruptiva

Tal y como señalan Causadias y Coffino (2014) no son escasas las investigaciones que indican una asociación entre la presencia de conductas disruptivas en los niños con el apego desorganizado. Así mismo, refieren que ya en el inicio del desarrollo de la Teoría del Apego, Bowlby analizó el impacto que este tipo de vinculación temprana tendría en la futura aparición de este tipo de conductas.

Dentro de este espectro, se profundizará en aquellos dos tipos de conductas disruptivas más destacables en los niños que se caracterizan por presentar un nivel de rebeldía inadaptado. Por un lado, el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD), mientras que el primero se caracteriza por la desobediencia y el desafío a las figuras de autoridad, el segundo

viola los derechos del prójimo o las normas sociales. (Peña–Olvera, P. & Palacios–Cruz, L., 2011).

Algunos factores etiológicos que parecen tener una gran probabilidad de explicar estas conductas agresivas en el niño son los asociados con las relaciones familiares tempranas, alejándose así de las explicaciones biológicas. Saad y cols (2011), apuntan que entre un 35-46% de los hijos de progenitores con trastornos antisociales van a presentar este tipo de conductas, además resaltan que haber experimentado violencia familiar fomenta estas conductas debido al aprendizaje vicario. Además, la falta de una buena socialización carente del establecimiento de límites, de educar la impulsividad y la regulación emocional, o, en el polo opuesto, la extremada dureza, el sentimiento de ser rechazado y no recibir afecto también conllevan un aumento de ira y frustración. Como expresó Erskine (2016) “Cuando estas necesidades relacionales no se ven satisfechas durante un largo periodo de tiempo, una de las consecuencias es la violencia, otra es la depresión”. Además, parece que un porcentaje de estas conductas también se dan al tiempo que otros trastornos emocionales, por ejemplo, si el niño sufre depresión o ansiedad. (Saad, Belfort, Camarena, Chamorro y Martínez, 2011).

4. Discusión

Uno de los objetivos del actual trabajo es profundizar en el apego desorganizado infantil y su vinculación con el maltrato infantil. Además, se pretende analizar las consecuencias psicológicas más destacables que podría llegar a sufrir la persona en las etapas de la infancia y de la niñez al presentar un apego desorganizado como factor de riesgo. Ambos objetivos han sido planteados partiendo de la Teoría de Apego propuesta en primera instancia por Bowlby y con la intención de abordar un tema tan importante en la sociedad y cuya prevalencia va en aumento.

Se ha ahondado en el concepto de apego desorganizado, indicando su prevalencia y conductas así como etiología. Dentro de este último apartado se han expuesto los precursores que dan lugar a este tipo de vinculación temprana que son la pérdida temprana de la figura de apego y el maltrato infantil. Pese a que diferentes documentos dan cabida a más factores aparte de los dos referidos, en el actual trabajo estos otros factores propuestos se agrupan bajo el mismo

denominador común: maltrato infantil. Los demás precursores planteados han sido principalmente:

- Progenitores atemorizados y traumatizados por pérdidas prematuras no superadas
- Conflictos maritales crónicos
- Depresión y otras enfermedades psiquiátricas

Estos otros factores han sido presentados como diferentes al maltrato infantil obviando la posibilidad de que éstos den cabida a conductas propias del maltrato. Sin embargo, tras múltiples lecturas en las que se explica claramente cómo es la relación de los cuidadores portadores de dichas características con sus hijos, se ha considerado en el documento actual que las tres circunstancias anteriormente descritas tienen altas probabilidades de llevar a cabo comportamientos dañinos para la integridad física o psíquica del niño, y por tanto se considera que forman parte de los posibles causas del maltrato infantil.

Tal y como exponen diferentes estudios, los progenitores atemorizados y traumáticos pueden desconectarse de la situación sin prestar atención al deseo de aproximación de sus hijos, entrar en trance, permanecer durante largos periodos de tiempo mirando a un punto fijo, presentar estados atemorizados frente a la angustia o necesidades de sus hijos pues son indefensos así como mostrar huidas o rechazo de los pequeños. Estando así, por tanto, muy relacionado con el maltrato emocional o incluso con la negligencia. Por otro lado, el hecho de que el niño esté constantemente presentado actitudes agresivas por parte de la figuras referenciales puede distorsionar la visión que el niño tiene de ellos clasificándolos de personas “terroríficas”, aunque no hay consenso sobre si este es un factor de riesgo para el apego desorganizado. En la misma línea, son muchos los estudios que vinculan la psicopatología parental con carencias afectivas y demás cuidados en sus pequeños, explicando este hecho al estado de inaccesibilidad e incapacidad que presentan en algunos aspectos para cubrir sus necesidades y asegurar su bienestar (Lyons-Ruth & Spielman, 2004; Van IJzendoorn, Schuengel, Bakermans-kranenburg, 1999; Talaran, Sáinz y Rigat, 2013; Gerhardt, 2016).

Tras haber expuesto el concepto de maltrato infantil y sus diferentes dimensiones, se ha llevado a cabo un riguroso análisis de este maltrato como factor de riesgo para la desadaptación psicológica de los niños, englobando el ámbito emocional, relacional, conductual y cognitivo del niño. El estudio se ha basado en múltiples investigaciones que apoyan la hipótesis inicial de Bowlby de que en función del tipo de apego la persona portaría unas consecuencias psicológicas u otras, vinculando de tal forma el apego desorganizado con una psicopatología posterior. De entre los múltiples impactos dañinos encontrados, este informe se ha centrado en los trastornos internalizantes y externalizantes más característicos de la vida infantil. Por ello, en relación a los trastornos emocionales, se expone de una manera detallada el papel que juega el apego desorganizado en la depresión y los trastornos de ansiedad pues son los que más correlación tienen (Weich, Patterson, Shaw & Stewart-Brown, 2009). Además, las respuestas psicósomáticas y los problemas de conducta son típicos en estas etapas del desarrollo. Mientras que los efectos perjudiciales que supone a nivel neurológico reflejan muy bien el porqué el niño es tan vulnerable y por qué la infancia debería estar siempre protegida.

Los resultados y estudios más importantes en los que nos hemos basado, nos permiten inferir que hay una clara relación entre el maltrato infantil y el apego desorganizado infantil así como la vulnerabilidad a la que son expuestos los niños con dicho apego a padecer alteraciones psicológicas fruto de las inapropiadas relaciones que tuvieron con sus padres.

5. Posibles soluciones

En primer lugar, y como es natural, para poder intervenir psicológicamente con díadas cuidador-niño marcadas por el maltrato infantil, será necesaria su detección. Si bien esta detección puede ser muy compleja puesto que son los mismos progenitores los que perpetran el daño en sus hijos, es indispensable que los círculos cercanos a la familia, y en especial, los centros educativos presten atención a los signos que pueda mostrar el niño como posibles indicadores de algún tipo de abuso o negligencia, es importante tener presente que estas señales son posibles consecuencias del maltrato pero no tienen por qué deberse exclusivamente al maltrato intrafamiliar. Algunos ejemplos son: moratones, heridas o lesiones en el cuerpo en

relación a violencia física; daños en los genitales o comportamientos sexuales que podrían indicar abuso sexual; falta de cuidados haciendo referencia a abandono; temor, ansiedad, agresividad, retraimiento o sociabilidad indiscriminada como resultado de maltrato emocional y psicológico (Herrera-Basto, 1999).

El principal foco de actuación, ya que se han identificado correlaciones entre esta población y su vulnerabilidad para llevar a cabo conductas que podrían desencadenar apego desorganizado, es principalmente en: los padres que tienen traumas relacionales tempranos, es decir, apego desorganizado, pues tiene un potencial carácter de transmisión intergeneracional, aquellos que padecen alguna psicopatología (que a su mismo tiempo parece estar relacionado con un estilo inseguro de apego) o cuya situación es de riesgo de exclusión social. (Ramsauer et al, 2014; Pitillas, Berastegui & Halty, 2016; Galán, 2010)

Dada la limitada extensión del presente trabajo expondré brevemente una sola forma de intervención: la terapia centrada en el apego. El fin de esta terapia es mejorar el vínculo afectivo entre el cuidador el niño, con el objetivo de transformar dicho apego inseguro a uno seguro en el que se ofrezcan los necesarios cuidados físicos, emocionales, cognitivos y sociales, favoreciendo así el correcto desarrollo del niño (Ramsauer, B. et al, 2014). En este punto, hay que tener en consideración que la intervención ha de darse siempre y cuando la justicia y la ética lo permitan, pese a este posible impedimento, en numerosas ocasiones la literatura aboga por reparar el apego, aspirando a evitar tanto los perjuicios del maltrato como de los posibles efectos negativos que repercutirían sobre el infante al ser separado de su familia nuclear o incluso institucionalizado, pudiendo ser potencialmente “maltratado institucionalmente”, término empleado por Talarn, Sáinz y Rigat (2013). (Fuster, García, & Musitu, 1988).

La elección de dicho tratamiento se ha debido a mi simpatía por el modo de abordar la situación, porque emplea un enfoque multidisciplinar (terapia sistémica, psicodinámica, cognitivo-conductual y psicoeducativa) basado en las fortalezas. Además, he decidido centrarme en este tipo de terapia pues es preventiva, lleva a cabo una intervención temprana trabajando el momento en el que el apego se está afianzando, dirigiéndose a padres con bebés o niños

pequeños que están atravesando periodos sensibles, favoreciendo así el desarrollo infantil (Crittenden & Dallos, s.f.; Pitillas, 2018). Cuanto antes se intervenga, mejores resultados se obtendrán y de una vida más saludable podrá gozar la familia. Unido a estos argumentos, presenta buenos resultados, por citar algunos casos: implementando el modelo Circle of Security el porcentaje de apego desorganizado descendió más de un 50% (antes de ser atendidos un 60% presentaban este tipo de vínculo afectivo y tras el tratamiento este era tan solo del 25%), del mismo modo, el programa Primera Alianza ha mostrado ser efectivo (Hoffman, Marvin, Cooper & Powell, 2006; Pitillas, 2018).

Los principales aspectos en los que se centran este tipo de terapias son el fomento de la sensibilidad, mentalización, representaciones parentales y apoyo social. Además, emplean el video-feedback como herramienta ya que les permite observar las interacciones, y sus microsucesos, con un mayor detenimiento y objetividad para después trabajar sobre ellas, recurren a intervenciones grupales con diferente frecuencia en función del modelo y son de breve duración. (Gómez, Muñoz & Santelices, 2008; Pitillas, 2018).

Este modo de intervención se ajustaría al planteamiento que expresa Pitillas (2008): “No se puede dar aquello de lo que no se tiene”, pues pretende dotar a los padres de seguridad y apoyo, satisfacer las necesidades no resueltas y enseñar habilidades para que, de esta manera, ellos puedan traspasar estos recursos a sus hijos.

En primer lugar, se hace referencia a la mentalización. Las interacciones cuidador-niño muchas veces fracasan debido a la ausencia de una correcta mentalización en los padres, que pueden surgir por falta de aprendizaje o a modo de defensa. Puede ser que no se tenga en cuenta la experiencia subjetiva del niño o que ésta se distorsione (basada en inferencias), incluso que el progenitor tenga dificultades en detectar sus propias vivencias internas. Un aspecto relevante para lograr la mentalización es la contención, así el terapeuta realiza procesos de contención con el paciente, para que tenga una mejor comprensión y regulación de lo que ocurre a internamente, para después trasladarlo a las experiencias ajenas. Por lo tanto, el fin es guiar al paciente para que logre detectar y aceptar los estados internos subjetivos, tanto propios como ajenos,

regularlos, así como entender de qué forma se están comunicando. (Bain, Frost y Esterhuizen, 2012 en Pitillas 2018).

En segundo lugar, se debe fomentar la sensibilidad en los padres pues es la capacidad que permite comprender, gracias a la mentalización, que la interacción entre bebé-padre no está siendo tolerada correctamente por el niño, habiendo así una ruptura de la sincronización y siendo capaz de modificar la interacción. Es la reparación de esa sincronía lo que hace que el niño identifique como seguro al progenitor que le cuida. Para ello es necesario señalar, mediante la observación, en qué momento se produce esa ruptura para después poder responder a ella adecuadamente, logrando el equilibrio y alejándose de respuestas automáticas y defensivas consecuentes de una mala interpretación (Ainsworth, Blehlar, Waters y Wall, 1978 citado en Santelices et al., 2015; Tronick y Cohn, 1989 citado en Pitillas, 2018).

Por otro lado, las intervenciones centradas en reparar el apego abordan los modelos operativos internos para ajustar las representaciones mentales que los padres tienen sobre ellos mismos y sobre sus hijos, en la mayoría de los casos, son miradas negativas influyendo de manera destructiva en la relación cuidador-niño. Con el fin de alcanzar esta reconstrucción más realista y positiva, algunas de las técnicas que se ponen en marcha son la indicación al padre sobre aquellas situaciones en las que las interacciones han sido positivas evitando así que sean eclipsadas por las negativas y el reforzamiento de aquellas respuestas adecuadas pero apenas empleadas para que las tenga más presente.

Por último, las terapias fomentan el apoyo social como mediador para reducir los comportamientos desadaptativos. Además, pese a que no todas las intervenciones lo proponen, varias ven necesario ofrecer al paciente, una figura de apego transicional, es decir, una persona que le pueda ofrecer la seguridad y los cuidados que su figura de apego no puede ante los sucesos vividos por el paciente como amenazantes, proporcionándole así, por ejemplo, una regulación afectiva, apoyo y exploración.

6. Conclusiones

La realización de una extensa revisión bibliográfica ha permitido abordar la importancia del apego en los diferentes aspectos del desarrollo vital, explorar el maltrato infantil ejercido por los principales cuidadores como causa de un estilo de apego desorganizado, y, por otro lado, señalar la correlación existente entre este tipo de vínculo y la vulnerabilidad al desarrollo de alguna psicopatología, hallazgo que permite confirmar la hipótesis principal de este trabajo: el apego desorganizado como factor de riesgo en la aparición de trastornos mentales infantiles. Tras haber identificado este vínculo como potencial desencadenante de psicopatología infantil, se ha profundizado en la intervención psicológica centrada en la reparación de ese primer vínculo emocional.

Los padres son los responsables de promover la adaptativa evolución del niño en el ámbito físico, cognitivo, emocional y social a través del cuidado, del apoyo y de las herramientas enseñadas, pilares que sustentarán su posterior desarrollo. Las investigaciones han permitido identificar los efectos que podrían generar los comportamientos desorganizados de las figuras de referencia sobre los niños, los más destacables son:

- Alteraciones estructurales y neurológicas cuyas consecuencias tienen un impacto global en el niño. Serían la disminución neuronal, la creación de conexiones neuronales que consoliden funcionamientos desadaptativos o la reducción/aumento de los niveles de neurotransmisores, entre otros.
- La incapacidad de autorregularse emocionalmente y reducir los niveles de estrés, guardando relación con la ansiedad y TEPT.
- Baja autoestima, indefensión aprendida y falta de competencias para afrontar un daño y repararlo, hechos vinculados con la depresión.
- La incapacidad en el niño para mentalizar y expresarse emocional, factores relacionados con el trastorno somatomorfo no especificado.
- Comportamiento hostil y desafiante así como la ausencia de respeto por las normas o derechos lo que podría acarrear trastornos de la conducta disruptiva.

Para tener una perspectiva global del asunto y poder abordar el problema de la mejor manera, hay que tener constancia de los déficits de los propios cuidadores, comprendiendo que carecen de las herramientas necesarias para lograr la estabilidad, y que existe una alta probabilidad de que esos padres “maltratadores” hayan sufrido traumas relacionales tempranos dado el carácter intergeneracional que tiene el apego. Teniendo esto presente se actúa desde aquí, de esta manera, las intervenciones psicológicas basadas en el apego intentan dotar a los padres con las capacidades requeridas: sensibilidad, mentalización, representaciones mentales adecuadas y apoyo, para que sus hijos forjen un apego seguro. La intención terapéutica es, siempre y cuando los principios éticos lo permitan, establecer una relación saludable entre el cuidador y el niño, evitando por consiguiente su separación ya que podría provocar consecuencias negativas.

La principal limitación que he encontrado en el trabajo actual ha sido su escasa profundización a la hora de desarrollar un tema tan amplio, hecho que se ha debido tanto al insuficiente espacio permitido para abordarlo, como a la imposibilidad de estudiarlo por completo en un periodo de tiempo tan corto. A pesar de que se han tenido que reducir los contenidos, considero que se ha podido plasmar la esencia de la cuestión, reflejando la importancia que tienen las relaciones en el bienestar del niño. Unido a esto, se ha podido mostrar un interesante y útil campo de trabajo que aboga por la intervención temprana para reparar los vínculos afectivos primarios y poder prevenir, en cierta medida, la psicopatología. Sobre todo, es un trabajo que intenta dar visibilidad a la relevancia de la familia y que defiende al grupo más vulnerable de la sociedad, los niños. Aún así, sería interesante continuar estudiando las maneras de detectar el maltrato infantil, de fomentar cursos para personas maltratadas y buscar alternativas para que los padres tengan una mayor accesibilidad a recibir educación sobre la crianza infantil.

7. Bibliografía

Ainsworth, M. D. S. (1969). Maternal sensitivity scales. Recuperado de <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content>

Ara, M. (2012). El vínculo de apego humano y sus consecuencias para el psiquismo humano. *Intercanvis*, 29, 7-17.

- Arellano, M., Bridges, A., Hernandez, M., Ruggiero, K., Vásquez, D., Acierno, R. & Danielson, C. (2009). Trastorno por estrés postraumático en niños: una revisión. *Behavioral Psychology*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/>
- Campos, A.L. (2010). *Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación*. Estados Unidos: Cerebrum.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J.A & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25, 67-74.
- Causadias, J.M. & Coffino, B (2014). El apego, la conducta antisocial y el encarcelamiento: Una perspectiva del desarrollo. En Torres, B., Causadias, J.M. & Posada, G. (Ed.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp 405- 418). Psimática.
- Chamorro, L.A. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatr. (Asunción)*, 39 (3), pp.199-206.
- Comer, R. J. & Comer, G (2010). Disorders of childhood and adolescence. En Comer, R.J. & Comer, G. (Ed.) *Fundamentals of Abnormal psychology* (pp 239-258). USA. Recuperado en bcs.worthpublishers.com
- Coelho, L.A. & Costa, J. M (2010) Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de psicología*, 26 (1), 1-10.
- Crittenden, P. M. & Dallos, R. (s.f.). Un enfoque al tratamiento desde el apego: El Tratamiento Integrativo DMM. Recuperado de <https://www.patcrittenden.com/include/>
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R., Martín,G., Alvarez-Monteserín, M.A., Paramio, E., Rincón, C. & Sardinero, F. (2004). Indefensión aprendida, escasa calidad de vida adolescencia y dificultades en la educación familiar. En *Intervención a través de la familia para prevenir la violencia y la exclusión* (pp 123-145). Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Edwards. L, Heyman, A., & Swidan, S. (2011). Hypocortisolism: An evidence-based Review. *Integrative medicine*, 10 (4), 26-33.
- English, D. J., Bangdiwala, S. I., & Runyan, D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: Introduction. *Child Abuse & Neglect*, 29 (5), 441-460.
- Erskine, R. (2016). *Presencia Terapéutica y Patronos Relacionales*. Londres: Ediciones Karnac.

- Fonagy, P., Steele, H., Steele, L (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62 (5), 891-905.
- Fuster, E.G., García, F. & Musitu, G. (1988). Maltrato Infantil: Un Modelo de Intervención desde la Perspectiva Sistémica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4 ,73-82.
- Gago, J. (2014). Teoría del Apego. El Vínculo. *Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar*. Recuperado de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads>
- Galán, A. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30 (4), 581-595.
- Gallardo, R. (2018) Teoría de la mente y alexitimia: autoconciencia emocional y el rostro del otro en una muestra de pacientes oncológicos y grupo de contraste. *Psicología desde el caribe. Universidad del Norte*, 35 (2), 116- 130.
- Gerhardt, S. (2016). *El amor maternal: la influencia del afecto en el cerebro y las emociones en el bebé*. Barcelona: Eleftheria.
- Gómez, E., Muñoz, M. & Santelices, M.P. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 26 (2), 241-251.
- Grimalt, L. & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Rev Chil Pediatr*, 83 (3), 239-246.
- Henriques, J. & Davidson, R. (1990). Regional brain electrical asymmetries discriminate between previously depressed and healthy control subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 22–31.
- Herrera-Basto, E. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/spm/1999.v41n5/420-425/pt/>
- Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Klykylo, W. M., & Kay, J. (2012). *Clinical child psychiatry*. USA: John Wiley & Sons.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental PARTE II. La Teoría del Apego*. Santiago de Chile: LOM.

- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. & Hoffmann, M (2011). Apego y Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica*, 29 (1), 107-116.
- Lejarraga, H (2015). La ventana epigenética; un periodo crítico de importancia central en el crecimiento, la salud del niño y la biología humana. *Revista Medicina Infantil*, 22 (3), 226-230.
- Lewis, J. M (2000). Repairing the Bond in Important Relationships: A Dynamic for Personality Maturation. *Am J Psychiatry*, 157, 1375–1378.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 666–697). USA: The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health J.*, 25(4), 318–335
- Lozano, L. & Lozano, L.M, (2017). Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Padres y maestros*, (372), pp 56-63. DOI: pym.i372.y2017.009
- Mesa-Gresa, P. & Moya-Albiol, L. (2011). Neurología del maltrato infantil: “El ciclo de la violencia”. *Revista de neurología*, 52 (8), 489-503.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24 (1), 77-87.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1); 65- 81
- Pedreira, J.L., Palanca, I., Sardinero, E. & Martín, L. (2002). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Psiquiatría.com*. 6(1). Recuperado de <https://psiquiatria.com>
- Peña–Olvera, P. & Palacios–Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34 (5), 421-427.
- Pitillas, C. (2018). Trabajar con los padres para proteger al niño: algunos elementos comunes de las intervenciones terapéuticas centradas en el vínculo. *Aperturas psicoanalíticas* (57). Recuperado de: <http://www.aperturas.org>.
- Pitillas, C., Halty, A. & Berástegui, S. (2016). Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza. *Clinica Contemporánea*, 7 (2), 137-146

- Saad, E., Belfort, E., Camarena, E., Chamorro, R. & Martínez, G. (2011). *Salud mental infantojuvenil: prioridad de la humanidad*. Ediciones científicas APAL.
- Sadurní, M. & Rostan, C (2004). La importancia de las emociones en los períodos sensibles del desarrollo. *Infancia y aprendizaje*, 27 (1), 105-114.
- Santelices, M.P., Farkas, C., Montoya, M. F., Galleguillos, F., Claudia Carvacho, C., Fernández, A., ... & Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas*, 14. DOI:10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue1-fulltext-441
- Solís, G., Solís, J L., Díaz, T. (2001). Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. *Trastornos adictivos* 3 (4), 256-262.
- Sullivan, R.M. & Gratton, A (2002). Prefrontal cortical regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal function in the rat and implications for psychopathology: side matters. *Psychoneuroendocrinology*, 27 (1), 99-114.
- Talaran, A., Sáinz, F. & Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C. & Navalta, C. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*, 25 ,397-426.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C. & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 27, 33-44.
- Torras, E. (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 49, 153-171.
- Ramsauer, B., Lotzin, A, Mühlhan, C., Romer, G., Nolte, T, Fonagy, P & Powell, B (2014). A randomized controlled trial comparing Circle of Security Intervention and treatment as usual as interventions to increase attachment security in infants of mentally ill mothers: Study Protocol. *BMC Psychiatry*, 14, 1-11.
- Rincón, I., Marín, K., & Calle, D. (2018). Incidencia del maltrato prenatal en el desarrollo infantil: una revisión bibliográfica. *Revista Tempus psicológico*, 3 (1), 208- 229.
- Rozenel, V. (2006). Los modelos Operativos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Apertura psicoanalíticas: Revista Internacional del psicoanálisis en internet* (23). Recuperado en <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000404&a=Los-Modelos-Operativos-Internos-IWM-dentro-de-la-teoria-del-apego>

Van IJzendoorn, M., Schuengel, M., Bakermans-kranenburg, C. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11 , 225–249.

Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry*, 194(5), 392- 398.