

EL TRASTORNO DEL APEGO REACTIVO: CONCEPTO, EVALUACIÓN, RELACIÓN CON LA VIOLENCIA E INTERVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

Iván Martí González

Pedagogo COPYPCV12, psicólogo CV09178,

diplomado en Educación Primaria y maestro especialista en Audición y lenguaje.

Fecha de recepción y de aceptación: 4 de junio del 2019, 17 de diciembre del 2019

Resumen: El presente trabajo pretende difundir y enfatizar la importancia de la identificación de alumnos con Trastorno del Apego Reactivo con el fin de prevenir e intervenir desde el ámbito educativo de la forma más precoz posible, debido a la evidencia científica de su relación con la violencia, e incluso con la delincuencia. Para ello se explicitan unas bases teóricas a partir del fundador de la teoría, John Bolwy y la clasificación de M. Ainsworth y especialmente con las aportaciones de Main en lo referente al Apego Desorganizado, que en los casos más agudos es reconocido como trastorno en la clasificación internacional DSM. A tal efecto se exponen algunas de las escasas técnicas de evaluación que existen, un listado de indicadores identificables desde la escuela y se mencionan técnicas de intervención haciendo especial hincapié en el programa de Neels P. Rygaard.

Palabras clave: Teoría del Apego, DSM, Apego Desorganizado, Trastorno del Apego Reactivo, delincuencia, ámbito educativo, Psicoanálisis, Conductismo.

Resum: El present treball pretén difondre i emfatitzar la importància de la identificació d'alumnes amb Trastorn de la Inclinació Reactiva amb la finalitat de prevenir i intervenir des de l'àmbit educatiu de la forma més precoç possible, a causa de l'evidència científica de la seua relació amb la violència, i fins i tot amb la delinqüència. Per a açò s'expliciten unes bases teòriques a partir del fundador de la teoria, John Bolwy i la classificació de M. Ainsworth i especialment amb les aportacions de Main referents a la Inclinació Desorganitzada, que en els casos més aguts és reconegut com a trastorn en la classificació internacional DSM. A aquest efecte s'exposen algunes de les escasses tècniques d'avaluació que existeixen, un llistat d'indicadors identificables des de l'escola i s'esmenten tècniques d'intervenció posant l'accent principalment en el programa de Neels P. Rygaard.

Paraules clau: Teoria de la Inclinació, DSM, Inclinació Desorganitzada, Trastorn de la Inclinació Reactiva, delinqüència, àmbit educatiu, Psicoanàlisi, Conductisme.

Abstract: The current study intends to spread and emphasize how important is to identify students with Reactive Attachment Disorder with the aim of preventing and intervening it in an educational scope, since there is scientific evidence that the disorder is related to violence, and even to delinquency. Some theoretical bases from the theory founder, John Bolwy, and the classification from M. Ainsworth are exposed. The contribution from Main referred to Disorganized Attachment, which in its acutest cases is considered as disorder in the international classification DSM. is also included. To this effect, some of the scarce evaluation techniques that exist, a list of indicators able to be identified at school are provided. Moreover, some intervention techniques are mentioned, specially stressing Neels P. Rygaard programme.

Keywords: Attachment theory, DSM, Disorganized Attachment, Reactive Attachment Disorder, delinquency, educational scope, Psychoanalysis, Behaviourism

1. INTRODUCCIÓN

Existe una amplia evidencia empírica que sustenta la relación causal entre los problemas graves de apego, especialmente el de tipo Desorganizado, y la violencia infanto-juvenil. Entre otras hay que destacar (Redondo, Martín, Fernández, & López, 1988), en su artículo “Un análisis de la relación entre ambiente familiar y delincuencia juvenil” publicado on-line en abril de 2014 en la Revista de Psicología Social: “International Journal of Social Psychology”, ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre las características familiares de personas delincuentes y no delincuentes. Concretamente, los resultados del estudio señalan que:

- Para discriminar entre sujetos delincuentes y no delincuentes las variables afectivas parecen más importantes que las referidas a los aspectos normativos.
- Entre las variables afectivas serían el apego del hijo hacia los padres y el conflicto familiar, las que aparecen como especialmente relevantes para dicha discriminación, asociándose un alto nivel de apego y un bajo nivel de conflicto con no delincuencia y un bajo nivel de apego y alto nivel de conflicto con delincuencia.

(Oriol, 2013), en su tesis doctoral defendida en la “Universitat de Lleida”, en el “Departament de Psicologia y Pedagogía”, titulada “Jóvenes delincuentes tutelados: perfiles delictivos, desarrollo socioemocional y apego”, tras analizar el perfil delictivo de los jóvenes tutelados en justicia juvenil, sus experiencias de apegos pasados y presentes y sus habilidades emocionales, concluyó que la intervención en los centros enfocada al desarrollo de apegos seguros y habilidades emocionales favorece un mayor ajuste social y la prevención de conductas delictivas.

Por otra parte, (Celedón, Barón, Martínez, Cogollo, & Miranda, 2016), en su artículo “Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos” publicado en la Revista Encuentros en su volumen 14, número 1, publican una investigación donde describen los estilos de apego de 100 jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, con rasgos antisociales y psicopáticos, basando el diseño metodológico en un enfoque cuantitativo tipo descriptivo mediante dos instrumentos de medición, la “Psychopathy Checklist: YouthVersion. PCL: YV” y la “Escala de Apego Romántico y no Romántico”. Los resultados obtenidos por los autores coinciden, al igual que la base teórica revisada, en que la privación en el área afectiva desde la niñez puede ser un indicador influyente en el desarrollo de una personalidad psicopática o antisocial.

(Bowlby, 1993), situó el apego, antes que los impulsos sexuales, de poder o agresivos en el centro del desarrollo humano, ningún otro marco de investigación nos arroja más luz sobre cómo llegamos a ser quienes somos. Apoyando esta idea (Gonzalo, 2016), afirma que “si se siguieran los postulados de la teoría del apego, el mundo se transformaría radicalmente”

Los trabajos de (Bowlby, 1993), estuvieron influenciados por (Lorenz, 2011) y sus estudios con patos realizados a mitad del siglo XIX en los que constató que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre mucho más potente que el deseo natural por el alimento. Pero fue (Harlow, 1971), con sus experimentos con monos rhesus el que descubrió la necesidad de contacto de estos primates con sus cuidadores, quien le influyó más decisivamente en su elaboración de la Teoría del Apego.

Ninguno de los dos paradigmas psicológicos dominantes después de la segunda Guerra Mundial, Psicoanálisis y Conductismo, prestó demasiada atención a los trabajos de (Bowlby, 1993), a pesar de su doble condición de psiquiatra y psicoanalista. Ni en la visión ortodoxa de Freud ni en la de sus críticos más destacados (Adler y Jung), pasando por las dos mejores especialistas en psicoanálisis infantil, Ana Freud y Melanie Klein, encajaba la nueva teoría que este autor empezaba a vislumbrar. Tampoco el emergente Conductismo (Watson publicó “El Conductismo” en 1920) que ya gozaba de suficiente

entidad como para erigirse en el primer paradigma científico de la psicología, apoyándose en los trabajos del Nobel Pavlov (Condicionamiento Clásico) y del inquieto Skinner (Condicionamiento Operante), tomó en consideración sus descubrimientos debido a la importancia que concedía a los elementos emocionales, totalmente despreciados como objeto de estudio de la emergente psicología científica de aquella época.

2. EL APEGO

(Bowlby, 1993), define el apego como "el deseo de una persona de establecer contacto con una figura que tiene carácter protector". Es decir, es un vínculo de unión afectiva que se establece entre el bebé y su cuidador principal. Existen relaciones de apego a lo largo de toda la vida (hijos - padres; nietos - abuelos; entre amigos íntimos; entre los miembros de la pareja; etc.), pero el más relevante es el primero, hijo - madre, porque influirá en gran medida, en todos los posteriores. Ello no significa, como señala (Lafuente, & Cantero, 2015), en su obra *Vinculaciones Afectivas*, que las secuelas de esta primera relación vayan a determinar necesariamente la calidad de las posteriores, existen multitud de componentes que pueden hacerlas variar, algunas de carácter interno - como la capacidad de resiliencia del propio sujeto - y otras externas, debido a la influencia de elementos protectores tales como el estilo educativo de otros miembros de la familia, presencia de hermanos, amistades íntimas, etc.

Existen tres factores que influirán de manera significativa en el tipo de apego que construye el niño: el primero de ellos hace referencia a las características del cuidador principal, su propia historia de apego, su personalidad, su autoestima, su estabilidad emocional, posibles psicopatologías, etc.; el segundo va referido a las características del niño, prematuridad, carga genética, temperamento, enfermedades, capacidades, etc.; y un tercer factor referente a las variables relacionadas con el sistema familiar, estabilidad de los miembros, recursos socioeconómicos y culturales, fallecimientos prematuros, etc.

El vínculo que el niño establece con su cuidador principal satisface dos de sus necesidades más básicas: la biológica (comida, higiene, cuidados en enfermedades, etc...) y la necesidad psicológica (seguridad, calma, protección, etc...) siendo esta última la más importante como constataron los experimentos de (Harlow, 1971), con monos Rhesus donde demostró que es el vínculo afectivo y protector entre madres y crías era mucho más importante que el alimento. Tanto los postulados de (Bowlby, 1993), como los experimentos de (Harlow, 1971) han experimentado un auténtico redescubrimiento en la psicología actual debido a su capacidad de explicación, más allá de la mera descripción, de las conductas violentas más intensas de algunos menores. Ambos autores coinciden en señalar que los efectos de la ausencia de interacciones adecuadas con el cuidador principal, más allá de la satisfacción de necesidades biológicas en los dos primeros años de vida, dejan una intensa huella muy difícil de borrar en la vida adulta, especialmente el maltrato explícito, aunque no es imposible trascenderlo, tal como se ha señalado con anterioridad.

2.1. Tipos de apego

(Schaffer, & Emerson, 1964), realizaron en Escocia un estudio observacional con sesenta bebés y sus familias durante sus dos primeros años de vida, llegando a la conclusión de que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres dependía fundamentalmente de la sensibilidad y la capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé. (Ainsworth, 1967), en el análisis de los datos que había recogido en sus observaciones, encontró una información muy rica para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del

apego. Estos datos también revelaron, al igual que en los anteriores, la importancia de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño. (Ainsworth, 1967), encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro ambivalente, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres, apego evitativo. Otra amplia investigación posterior, mucho más controlada, realizada en Baltimore (Ainsworth & Bell, 1970), confirmaron estas apreciaciones. (Ainsworth, 1970), diseñó una situación experimental, que denominó “La Situación Extraña” (Ainsworth & Bell, 1970), que le permitió examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés.

La “Situación Extraña” es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios que se realiza con niños y niñas de 12 a 20 meses de edad. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego a la que posteriormente se incorpora una persona desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación. Al poco tiempo la madre regresa y se analiza el tipo de interacción del niño, tanto ante el primer abandono como ante el reencuentro. Después vuelve a salir, esta vez acompañada de la desconocida, y dejan al niño completamente solo. A los pocos minutos regresan ambas. En todas estas situaciones se analiza nuevamente las reacciones del menor. (Ainsworth, 1970), encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. El niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración y la percepción de cualquier amenaza activaba sus conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias.

(Ainsworth, 1970), encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta peculiar situación. Estas diferencias permiten describir tres patrones conductuales que son representativos de los distintos tipos de apego:

- Apego seguro: En el experimento de la situación extraña, los bebés con este tipo de apego juegan con alegría en presencia de la madre y lloran cuando se va, pero en cuanto regresa muestran afecto y reinician sus conductas exploratorias y de juego. Estos pequeños saben y sienten que su madre les proporciona seguridad lo cual les permite explorar el entorno de forma segura porque, aunque surja algún contratiempo, situación aversiva o accidente, la mamá actuará con rapidez y diligencia, conseguirá resolver el problema y devolverle la tranquilidad. Cuando estos niños alcanzan la edad escolar, incluso de adolescentes, seguirán explorando el entorno con seguridad, mostrarán iniciativa y autoconfianza, tomarán decisiones asumiendo sin temor el riesgo de equivocarse, mantendrán relaciones sociales adecuadas, se mostrarán asertivos, ni pasivos ni agresivos, al defender sus puntos de vista, reconocerán con claridad sus propias emociones, sabrán expresarlas y desarrollarán una óptima capacidad de empatía hacia los demás. Cuando alcancen la adultez, siempre que no se hayan producido sucesos especialmente traumáticos, se mostrarán confiados en sus propias posibilidades, desarrollarán una adecuada tolerancia a la frustración, no temerán los cambios, por el contrario, podrán llegar a ser fuente de satisfacción, serán sociables y seguros de sí mismos, reconociendo sus limitaciones con naturalidad, siendo comprensivos y solidarios con los demás.
- Apego inseguro ambivalente: En el experimento de la Situación Extraña, los bebés con este tipo de apego se muestran inseguros incluso cuando la madre está presente. Están muy afligidos durante la separación y lloran desconsoladamente. Cuando la madre regresa muestran conductas de acercamiento y de enfado de forma simultánea. Esto es debido a que las interacciones de la madre están más en función de su propio estado de ánimo que de las necesidades de su hijo, este va interiorizando, poco a poco, lo impredecible que resulta la repuesta de su

cuidador principal por lo que incrementa sus conductas de apego, incluso cuando se siente abandonado. Esta representación mental que se construye en esos dos primeros años de vida provoca que, en la edad escolar, incluso en la adolescencia, muestran comportamientos pasivos y con miedo al abandono, tratan de llamar continuamente la atención de sus maestras. Son dependientes y pasivos, aunque a veces tienen crisis violentas contra los demás o contra sí mismos. Son celosos, tienen dificultad para mantener y disfrutar de las relaciones con los demás. Buscan continuamente la aprobación ya que tienen temor a no ser suficientemente valorados y queridos. En otras palabras, ponen en marcha todo un repertorio conductual forjado en sus primeros años de vida con el fin de conseguir la protección de su cuidador y escapar al temor al abandono que, generalmente de forma inconsciente, provocó la madre. Cuando son adultos, siempre que no surjan elementos significativos que modifiquen este modelo de representación mental, son personas inseguras y muy dependientes, tienen temor a las discusiones mostrando en estas un estilo comunicativo pasivo o agresivo. Presentan baja autoestima y sentimientos de desvalorización. Los mecanismos de defensa que ante estas emociones tan intensamente sentidas genera cada persona, pueden ser muy diferentes pero su origen es común.

- Apego inseguro evitativo: En el experimento de la Situación Extraña muestran poca o ninguna angustia cuando la madre desaparece. Aparentan no sentirse afectados por la separación, aunque, en realidad, se sienten estresados puesto que, con posterioridad a los trabajos de (Ainsworth, 1970), se ha constatado que el pulso cardíaco y los niveles de cortisol aumentan considerablemente. En el reencuentro con la madre, no la buscan, a veces hasta se alejan de ella, se muestran indiferentes. Según (Siegel, 2007), “el niño ha vivido numerosas situaciones en las que la madre no ha estado emocionalmente disponible y no ha sabido atender sus necesidades emocionales” y por eso manifiestan esa conducta. Cuando son niños y adolescentes suelen tener pocas relaciones sociales, están más interesados en objetos materiales o incluso culturales que en las personas, actualmente se podría hipotetizar que hacen un uso excesivo de las redes sociales. Se muestran perfeccionistas, analíticos, obsesivos, huraños, autosuficientes y arrogantes. En general no tienen conductas agresivas en la escuela ni en el instituto, aunque pueden presentar estallidos de rabia puntual y de hostilidad contenida. De adultos son personas frías, introvertidas, distantes, autosuficientes, reacias al compromiso emocional, poco sociables y solitarias ya que no sienten la necesidad de tener amigos. Son narcisistas y no suelen pedir ayuda cuando tienen problemas.

Los tres tipos de apego descritos inicialmente por (Ainsworth, 1967), han sido los considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego, de hecho, dos de las pruebas para su evaluación en personas adultas, el CAMIR y el IPPA, solo tienen en consideración estos tres grupos. Sin embargo, algunos años después (Main, & Solomon, 1986), tras analizar 200 grabaciones de la Situación Extraña, propusieron la existencia de un cuarto tipo que denominaron Inseguro Desorganizado y que inicialmente fueron considerados como inclasificables: Este grupo de niños, al reunirse con su madre tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, pueden mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre, o se aproximan a ella con una expresión monótona y triste. La mayoría de ellos comunican su desorientación con una expresión de ofuscación. Algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados. Cuando fueron bebés no pudieron generar una interiorización clara de la figura de apego o no disfrutaron de la permanencia suficiente y estable por sufrir un maltrato severo o abandono de forma prolongada, que le permitiera desarrollar adecuadamente sus funciones mentales. En la mayor parte de los casos son niños que sufrieron maltratos físicos y psicológicos explícitos.

Según (Siegel 2007), “los padres o cuidadores se caracterizan por ser fuente de terror para estos niños. Su conducta es amedrentadora o de cambios bruscos independientemente de la conducta de su hijo. Tales conductas temerosas y amenazantes de los progenitores son interiorizadas desorganizadamente por el bebé”. Muchos de estos padres padecen alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales, etc. Se han dado casos extremadamente duros de violaciones a niñas de muy corta edad. Presentan recelo y temor ante la figura de apego, conductas contradictorias en presencia de la madre: aproximación, resistencia, evitación, presencia de estereotipias, balanceo, expresiones rígidas. Para (Hesse & Main, 1999), “el niño experimenta un miedo sin solución” y, por lo tanto, la única opción que tiene para sobrevivir es la disociación: apartarse de sí mismo, distanciarse de sus procesos mentales, desconectarse de su cuerpo, de sus emociones y pensamientos. Como dice (Gonzalo, 2016), es la única defensa posible. Cuando son niños y adolescentes muestran estallidos de cólera, son hostiles, agresivos, no prevén el peligro, tienen ansiedad muy elevada, presentan inestabilidad emocional y social, se muestran desconcertantes, muy infantiles, tienen un comportamiento superficial con los desconocidos, rechazan el contacto físico, culpan a los demás de sus conductas violentas, cuentan mentiras, realizan robos, son crueles con los animales. Este tipo de apego en la base de muchos trastornos como algunos tipos de TDA-H combinado, trastornos negativistas desafiantes, trastornos explosivos intermitentes y trastornos de conducta, siguiendo la clasificación del DSM-5. Cuando son adultos las características de la adolescencia se agudizan, tienen tendencia a sufrir trastornos mentales como el trastorno límite de la personalidad o el trastorno antisocial. En casos extremos también puede encontrarse en la base de la personalidad psicopática.

Es importante resaltar que nadie establece un tipo de apego totalmente seguro o totalmente inseguro y que todas las personas tienen en mayor o menor proporción características de los cuatro tipos, es muy difícil encontrar un único tipo en una misma persona.

Pueden darse, de hecho, es muy habitual, construir tipos de apego diferentes con a la madre y con el padre, pero, en cualquier caso, el más influyente es el que se genera en la relación con el cuidador principal durante los dos primeros años de vida. Remarcar de nuevo, como bien dice (Lafuente, & Cantero, 2015), que “El apego temprano influye, pero no determina al menos como único factor, la personalidad adulta”

En cuanto a su prevalencia los datos varían considerablemente de unas investigaciones a otras, podemos hablar de que el 60% de los niños muestran un apego seguro mientras que el 40% muestran un apego inseguro según (Shemmings & Shemmings, 2014), y basándonos en los estudios de (Van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), la prevalencia muestra que el 62% muestran un apego seguro, el 15% un apego inseguro evitativo, el 9% un apego inseguro ambivalente y el 14% un apego inseguro desorganizado. No obstante, estos porcentajes deben ser interpretados con cierta relatividad dada la escasez de trabajos rigurosos que los repliquen.

3. EL TRASTORNO DEL APEGO REACTIVO

Es un tipo de trastorno caracterizado por formas inapropiadas y trastornadas de relación social en la mayoría de los contextos. Puede manifestarse en la forma de una persistente incapacidad para iniciar o responder a la mayoría de las interacciones sociales de una manera apropiada, conocida como forma «inhibida», o manifestarse como una sociabilidad indiscriminada, como es el caso de una excesiva confianza con extraños y que es denominada forma «desinhibida»

El término se utilizaba tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud utilizada por los médicos, como en el Manual diagnóstico y estadístico de

los trastornos mentales (DSM-V5 de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, utilizada por psicólogos y pedagogos. A continuación, se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5

Tabla 1. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
Trastorno de apego reactivo 313.89 (F94.1)

A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:

1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:

1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
2. Afecto positivo limitado.
3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicable que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p.ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).

E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.

F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.

G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si: Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual: El trastorno de apego reactivo se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Fuente: DSM-5

El trastorno del apego reactivo (TAR) surge del fracaso para formar un apego seguro con los cuidadores primarios en los primeros meses de vida. Tal situación puede, a su vez, ser consecuencia de graves experiencias de negligencia, abuso y separación abrupta de los cuidadores generalmente entre los seis meses y los tres años, o por la falta de respuesta, por parte del cuidador, a los esfuerzos comunicativos del niño. Los niños que manifiestan un trastorno del apego reactivo tienen modelos internos de las relaciones sumamente trastornados, son incapaces de aprender de las experiencias sociales, incluyendo el castigo, lo que les conduce a problemas posteriores de convivencia en principio, violencia después y de conductas antisociales y destructivas, en ocasiones sádicas con personas o animales, carecen de remordimiento, etc. todo ello suele desembocar en reiterados ingresos en centros de reeducación de menores y, posteriormente, de cárcel.

(Gonzalo, 2016), asegura que durante mucho tiempo mantuvo dudas sobre si el TAR y el Apego Desorganizado eran lo mismo o mantenían algún tipo de diferencia conceptual. El TAR es una categoría diagnóstica del DSM, mientras que el Apego Desorganizado es un tipo de apego descubierto por (Main, & Solomon, 1986), proceden de ámbitos científicos diferentes pero las semejanzas en la realidad son obvias. Este autor, al igual que (Lafuente & Cantero, 2015), concluye que en el Apego Desorganizado hay presencia de vínculo, existe una maltratadora como figura de apego mientras que en el TAR no existe la figura de esa cuidadora principal, sería el caso de los niños institucionalizados en orfanatos. No obstante, el propio (Gonzalo, 2016), asegura que en la práctica son muy difíciles de distinguir puesto que las problemáticas que presentan son prácticamente las mismas. Después de analizar las diferencias entre el DSM-IV y el DSM-5, se puede llegar a conclusiones ligeramente diferentes a las manifestadas por estos reconocidos expertos.

Tal como se observa en la figura 1 en DSM-IV la categoría F94 se llamaba “Trastorno de la vinculación de la infancia o la niñez”, terminología que todavía se puede encontrar en numerosos artículos científicos sobre el tema, y la dividía en dos tipos “Inhibido” y “Desinhibido”, en cambio en DSM-5 estos dos grupos, siendo catalogados con las mismas referencias “F94.1” y “F94.2” son considerados dos categorías diagnósticas diferentes. Por tanto, el tipo de apego que descubrió (Main & Solomon, 1986), está conceptualizado en DSM-5 como TAR siendo inexistentes las diferencias entre ambos.

DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • F94.X Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez • F94.1 Tipo inhibido • F94.2 Tipo desinhibido
DSM-V	<ul style="list-style-type: none"> • F94.1 Trastorno del Apego Reactivo • F94.2 Trastorno de la relación social desinhibida

Figura 1. Elaboración propia

¿Cuál es el otro tipo de Desorganizado que DSM-5 denomina “Trastorno de relación social desinhibida”? Su origen es similar al “desorganizado-inhibido” pero la forma de reaccionar del menor es muy diferente. Estos chicos y chicas se muestran simpáticos, confiados, tienen el mismo trato con personas conocidas y desconocidas, las relaciones con sus iguales son amplias pero muy superficiales, presen-

tando conductas propias de niños más pequeños, suelen ser encantadores, zalameros, pero también muestran, al igual que los inhibidos, una habilidad muy reducida para responder emocional y socialmente de forma adecuada. A veces son líderes en sus clases, pero porque infunden mucho respeto, incluso miedo, a sus compañeros

Las características de este tipo de Apego Desorganizado-Desinhibido cuadran a la perfección con el “F94.2 Trastorno de relación social desinhibida” del DSM-5, tal como puede comprobarse a continuación.

Tabla 2. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
Trastorno de relación social desinhibida (F94.1)

A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:

1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p.ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).

E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Fuente: DSM-5

Respecto a la prevalencia del Desorganizado en sus dos tipos, no se tienen datos en nuestro país. El trabajo más completo localizado se realizó en Dinamarca con 211 niños, encontrando una tasa de 0,9% a la edad de 18 meses.

En alguna ocasión este trastorno puede presentar comorbilidad con la discapacidad intelectual, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de conducta.

4. BASES NEUROLÓGICAS QUE SUSTENTAN LA RELACIÓN CAUSAL DEL APEGO CON LA CONVIVENCIA Y VIOLENCIA

Si el adulto proporciona caricias, alimento, y afecto se producen bajos niveles de cortisol, si el adulto no atiende adecuadamente y/o maltrata, se producen en el niño altos niveles cortisol. Si el maltrato es muy intenso o muy duradero (meses o años) de tanto activar este circuito y las conductas que conlleva, estas redes quedan conectadas y tenderán a activarse cuando un estímulo que guarde relación con lo vivido las reestimule, pudiendo llegar a convertirse en rasgo de la persona. Además, suelen darse respuestas de lucha y/o huida ya que la memoria emocional, puede olvidar los hechos, pero no las emociones que los generaron. (Siegel, 2007) (Gonzalo, 2016)

Según (Barudy, 2009), la ausencia de contactos físicos, de ternura y cuidados parentales adecuados, así como la sobreexcitación por experiencias traumáticas altera la organización de las zonas prefrontales, cuyo período sensible para su organización se sitúa entre 10 y 18 meses y las consecuencias que se generan son:

- Alteración de las capacidades de pensar, reflexionar, hacer proyectos y verbalizar la experiencia.
- Trastornos de la modulación emocional.
- Trastornos en las relaciones afectivas y sociales.
- Dificultades para manejar las frustraciones.
- Tendencia a pasar al acto directamente, generalmente mediante la agresión.

A continuación, se destacan algunas de las conclusiones experimentalmente evidenciadas:

- Los axones neuronales de los niños maltratados o abandonados son de menor grosor, además, las conexiones neuronales entre algunas áreas del cerebro presentan anomalías” (Cozolino, 2010).
- “El apego seguro no solo proporciona la seguridad psicológica que necesitamos para explorar el mundo, sino que, además, modela la estructura y función del cerebro” (Benito, 2013).
- “El desarrollo adecuado de nuestro sistema nervioso no solo depende de los genes, sino de la calidad de las relaciones sociales que establezcamos con los demás” (Siegel, 2007).

5. INDICADORES DEL TRASTORNO DEL APEGO EN LA EDAD ESCOLAR

(Levy, & Orlans, 1998), realizaron una lista de 34 indicadores propios de trastornos del apego, a continuación, se muestran una adaptación de los mismos propios de la edad escolar.

Indicadores del trastorno del apego observados en edad escolar

- Reaccionan frecuentemente con conductas de enfrentamiento o fuga sin que se pueda precisar los desencadenantes, además, las crisis pueden desaparecer súbitamente, generalmente dirigiendo su atención hacia otro tema de su interés.
- No muestran afectividad hacia los demás, ni con los iguales ni con los adultos, aunque algunos de ellos en ocasiones tratan de manipular al adulto en beneficio propio.
- No parecen distinguir bien unos adultos de los otros, no recuerdan sus nombres ni las emociones compartidas con ellos, aunque algunos tratan a los desconocidos como “viejos amigos” y pueden ser encantadores.
- No tienen claro si sus pensamientos o emociones provienen de ellos mismos o del entorno.
- No distinguen bien las situaciones graves de las que no lo son: p.ej. su reacción emocional puede ser la misma al derramar la leche de la taza encima de la mesa como al clavar un lápiz en el ojo de su compañero.
- Pocas veces dicen estar tristes, enfadados, aburridos, etc.
- Buscan la satisfacción inmediata de sus impulsos, presentan baja tolerancia a la frustración.
- Funcionan mejor si están con un adulto que en grupo con sus iguales.
- Pueden sentirse perturbados si deben elegir por sí mismos al tomar una decisión.
- En ocasiones la expresión de su mirada es como vacía o muy triste.
- En los casos más graves no es que necesiten el afecto del adulto, lo que necesitan es sentir la necesidad de afecto.
- Algunos de ellos ya tienen una idea vaga sobre sus problemas, han recibido muchos castigos y sermones, pero nunca ha habido un adulto que les explique por qué se comportan de forma tan disruptiva.
- Lo pasan mal, quieren cambiar, quieren ser como los demás, pero no saben cómo hacerlo.

6. ¿CÓMO DIAGNOSTICAR EL TAR Y EL TRSD?

Existe poca documentación sistemática sobre la epidemiología de estos trastornos, no está bien establecido su curso y suele ser complicado su diagnóstico. Asimismo, hay una falta de claridad sobre la presentación de los trastornos del apego más allá de los cinco años de edad. Y también, existen dudas para diferenciar claramente, como ya se ha señalado, entre un apego inseguro desorganizado y el trastorno del apego reactivo. De acuerdo a la Academia Estadounidense de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AACAP), los niños que muestran signos del trastorno del apego reactivo precisan una amplia evaluación psicopedagógica y un plan terapéutico muy personalizado.

Tales valoraciones requieren evidencias directamente obtenidas por medio de observaciones del niño interactuando con su cuidador primario y del análisis de su historial (si está disponible) de sus patrones de comportamiento con esos cuidadores. Son necesarias también observaciones del niño con adultos desconocidos y un historial completo de sus ambientes de cuidado, incluyendo pediatras, profesores, psicólogos, pedagogos o asistentes sociales.

6.1. Pruebas diagnósticas

Algunas de las pruebas diagnósticas utilizadas para niños son:

A partir de 2 años:

Variaciones de la técnica de situación extraña de Mary Ainsworth intentando simular

- Interacciones naturales entre el cuidador y el niño en presencia de juguetes
- Separaciones breves del cuidador y encuentros breves con extraños
- Episodios de reunión con el cuidador

De 3 a 7 años:

El procedimiento de historias incompletas de apego para determinar si el apego es seguro, ambivalente, evitativo o desorganizado

- Historia del zumo derramado
- Historia de la herida en la rodilla
- Historia del monstruo en la habitación
- Historia de la separación
- Historia del reencuentro de los niños con los padres

Según la AACAP, no se ha determinado con claridad si los trastornos del apego pueden ser diagnosticados de manera fiable en adolescentes y adultos, especialmente los desorganizados, dado que con el paso del tiempo las conductas pueden variar sustancialmente y enmascarar el diagnóstico. No obstante, existe un catálogo de pruebas que lo pretenden.

A partir de 8 años:

Entrevista de apego infantil de Fonagy y otros (2008).

Para adolescentes:

Inventario de apego con padres y pares (IPPA) Pardo (2006).

Para adultos

Cuestionario de apego adulto. Cantero y melero (2008)
Entrevista de apego adulto (AAI) Main
CAMIR de Pierreumbert et al.

7. CÓMO INTERVENIR PSICOPEDAGÓGICAMENTE

Según (Kierkegaard, 2012) “No se puede ayudar a una persona a menos que se haga un esfuerzo para comprender cómo la otra persona ve el mundo”. Es por ello que se hace necesario pasar del “qué hacer con el alumno con conductas violentas sin saber qué le pasa”, al “qué hacer por el alumno con conductas violentas sabiendo qué le pasa” y para ello el análisis de sus primeras experiencias de vida y el tipo de apego que en su día construyó son elementos fundamentales...

El objetivo de la intervención psicopedagógica debe de ser que el niño consiga deshacer el modelo de apego inseguro del pasado y consiga construir uno nuevo sobre bases seguras que le permita explorar el entorno de las personas y de las cosas con seguridad. Para comenzar, lo que se puede y se debe cambiar no es la conducta violenta del alumno, sino la mirada del maestro hacia ese alumno. La actitud es tan importante como la técnica, pero las dos son necesarias.

A continuación, se presenta un resumen de algunas de las técnicas para trabajar la rehabilitación de niños con esta sintomatología, son cuatro métodos encaminados a intervenir en la relación padres – hijos.

7.1. Método de Susan McDonough.

En este método se graba en vídeo los distintos tipos de interacción y tiene una duración entre 10 y 20 minutos. A través de una serie de preguntas se intenta facilitar la discusión con los padres sobre las interacciones positivas y negativas. Se utiliza para mejorar las interacciones y el vínculo entre ambos. Es una técnica bastante eficaz en padres de alto riesgo

7.2. Método Watch, Wait and Wonder de Cohen.

En este método se analizan las interacciones iniciadas por el niño, discutiéndose posteriormente con los padres y el terapeuta lo que ellos han observado y cuál ha sido su experiencia emocional. Tiene una duración entre 20 y 30 minutos de juego con la madre o sustituto durante los cuales se instruye a la madre para que se siente en el suelo con el niño y siga las demandas que él le haga. Es importante que la madre no inicie nunca la interacción. En la posterior entrevista con el especialista deben manifestar sus sentimientos y las dificultades experimentadas durante la sesión.

La técnica ha sido utilizada para incrementar el vínculo y mejorar el funcionamiento del niño en otras áreas.

7.3. Método de Diane Benoit.

Esta técnica se utiliza en niños diagnosticados de apego desorganizado, siendo sus objetivos la reducción de conductas específicas en los padres, tales como agresividad y enfrentamientos, desorientación y aislamiento. Intenta incrementar la sensibilidad y empatía de los padres. Consta de unas 5-7 sesiones en donde se analizan las grabaciones en vídeo realizadas normalmente en la casa. A lo largo del programa los padres reciben información sobre cuidados y características de desarrollo del niño.

7.4. Método de psicoterapia niño-padre.

Este último método suele utilizarse cuando se presume una duración larga e intensiva. Se dedican 90 minutos en cada sesión, una vez por semana y durante un año. La intervención se focaliza en las relaciones emocionales experimentadas tanto por el niño como por la madre. Se analizan, también, los antecedentes traumáticos de la madre.

8. MODELO PARA DESARROLLAR LA CONCIENCIA SOCIAL SEGÚN N.P. RYGAARD DESDE LA ESCUELA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En el trato con niños con trastorno de apego desorganizado severo se presenta a continuación el modelo de N.P. Rygaard (2006) para desarrollar la conciencia social desde el ámbito escolar.

El método consta de siete fases:

En la primera fase, se debe reparar en las pautas de comportamiento anormales. Para ello se utiliza el primer mes en clase para observar los problemas específicos de comportamiento de cada niño y cómo entran en relación o evitan hacerlo con los educadores. Se debe anotar cualquier comportamiento que según la experiencia no sea normal: cualquier cosa que el niño haga (como gritar o ser violento con los otros) o la forma en que lo hace.

En la segunda fase se debe orientar la acción hacia los esquemas, ya que el niño que tiene trastorno de apego desorganizado tiene muy escasa conciencia de sí mismo, de sus esquemas de comportamiento y de su impacto en el entorno. Los niños más privados de contacto no tendrán ninguna conciencia de sí mismos, y los menos cuidados se sentirán tan inseguros que buscarán constantemente una confirmación externa a su existencia, reclamando constantemente la atención. Al final de la jornada, los niños deben estudiarse en un espejo y ver y comentar sesiones cortas de video tomadas durante el día. El profesional debe ayudar simplemente a reconocer lo que el niño hace por rutina, no se debe alabar ni recriminar el comportamiento, se debe proporcionar un feedback neutro cuando se observa el comportamiento.

En la tercera fase, se trabaja en reconocer modelos de comportamiento ya que nadie enseñó al niño a comportarse, nadie le enseñó qué debía hacer. Un niño puede aprender a manejar todos los problemas que tiene (escaparse, pelearse, no ser capaz de escuchar, mirar una cosa todo el tiempo, discutir lo que el profesor dice, agredir a otros, sentirse sin valor, desconfiar, llamar la atención para que la profesora le vea, tener crisis de rabia sin razón, detestar a otros niños...). No tiene por qué sentir cariño si no puede (es posible que sea desapegado), pero sí debe aprender a comportarse bien con el profesor y en clase. Los problemas del niño se deben a una falta temprana de apego, responde del modo que sabe hacerlo. Se termina esta fase cuando el niño reconoce y dice algo de sus propios esquemas de comportamiento y proclama “yo hago esto y lo otro”. No hay que olvidar que el niño con trastorno del apego no es consciente de sí mismo ni del impacto que produce en el ambiente. El objetivo es que el niño se dé cuenta de ese impacto.

En la cuarta fase se deben ejercitar variaciones en el comportamiento. El objetivo de la fase IV es utilizar las variaciones como un medio de controlar su propio comportamiento. En el momento en el que el niño puede utilizar una variación en un esquema, este ya no será un acto impulsivo. Se les demuestra que es posible hacer cualquier cosa de una manera diferente.

En la quinta fase, se utiliza la clase como “laboratorio de comportamientos alternativos”, en lugar de prohibir o interrumpir los comportamientos negativos, los ejercicios están previstos para desarrollar modelos más maduros a partir de los originales (los anteriores, de bebé). Se hace un laboratorio, donde el niño puede dar sugerencias para añadir calidad al comportamiento que le dará más oportunidades de aceptación y de alcanzar sus objetivos. Para empezar, se explica a los niños que el bebé sabio siempre quiere algo cuando se pone a gritar, a golpear o a llorar: puede tener hambre o quiere llamar la atención sobre él. Esto es con lo que se trabaja ahora: cómo obtener lo que se quiere. Se le dice “Si lo haces bien, puedes obtener lo que deseas. Si no, la gente te rechazará o te castigará”. Se debe mostrar cómo comportarse adecuadamente para obtener lo que se quiere, por ejemplo, los niños se sitúan en círculo y eligen un comportamiento familiar habitualmente inaceptable que pueden trabajar para me-

jorar. Un niño lo realiza; luego el maestro organiza un breve debate de grupo y se presentan cuestiones tales como: “¿Qué más podemos hacer aquí? ¿Se puede hacer de otra forma? ¿Qué me proponéis?”. Después de cada sugerencia, el comportamiento se reinterpreta con la nueva modificación. “¿Qué te parecería a ti si alguien te hiciera lo mismo?; ¿si alguien te hablara de esta forma?” El profesional decide si un modelo llevará al resultado deseado o no. Se puede utilizar una escala de actuación de uno a diez y dar pequeños premios si se alcanza un determinado número de puntos.

En la fase seis se utiliza el laboratorio en la vida global de la clase, se elige cualquiera de los nuevos comportamientos perfeccionados y convertidos en reglas de vida en clase, fuera de las sesiones. Se escogen solo unos pocos y se explican en qué situaciones tienen que utilizarse.

Por último, en la séptima fase, se enseña a los otros lo que se hace en clase. Ésta recibe a otros niños o profesores, y se les explica todo lo que han aprendido y cómo van desapareciendo los problemas de violencia y convivencia.

9. CONCLUSIONES

Durante demasiados años la teoría del apego de John Bolwy ha estado infravalorada y limitada a unas escasas líneas en algunos manuales generalistas, sin embargo, en los centros de protección de menores - antiguos reformatorios- se ha venido produciendo auténticos desfiles de jóvenes terriblemente dañados en lo más profundo de sus procesos cognitivos y con graves minusvalías emocionales que no fueron detectadas ni tratadas en sus momentos más críticos. Niños mal diagnosticados como TDA-H o Negativistas Desafiantes, explicaciones superficiales y erróneas de los profesionales de la psicología y la pedagogía, atribución de responsabilidades a la familia como único elemento etiológico sin alcanzar a comprender que también ellas fueron víctimas de pasados turbulentos, inexistencia de metodologías pedagógicas específicas y eficaces, etc., están siendo errores habituales que deben ser corregidos, desde planteamientos científicos, por el bien de los niños y niñas que lo sufren, de sus compañeros y sus familias, y de la propia sociedad. Sociedad que detrae considerables cantidades de fondos para intentar corregir tardíamente lo que no fue capaz de prevenir y resolver en el momento adecuado. El fracaso con estos niños no solo está siendo pedagógico, también psicológico y social, cada adolescente que entra en un centro de menores es un fracaso de toda la sociedad. La clave fundamental de este situación ha sido, y sigue siendo, la falta de comprensión de su peculiar forma de pensar y sentir, si no disponemos de un instrumento teórico explicativo de calidad, no será posible realizar acciones pedagógicas eficaces. El desempolvamiento de la teoría del apego y su crucial importancia en la conformación de la personalidad, está siendo fundamental para acercarnos a comprender lo que nos resultaba incomprensible, saber que cuando un niño con TAR sale corriendo del aula, después de haber lanzado al suelo todo lo que ha encontrado a su paso, sin que nadie pueda identificar un antecedente conductual, es una respuesta al pánico que siente en esos instantes, es el primer paso para conseguir realizar la acción pedagógica adecuada. La falta de comprensión sobre el origen de la violencia de estos niños pone de manifiesto otro de los fracasos del conductismo, no se pueden comprender esas situaciones si nos limitamos a un mero análisis funcional de las conductas violentas porque el desencadenante de esa intensa disruptividad no está en provocaciones externas inmediatas e identificables, sino en unas funciones cerebrales fuertemente dañadas que han generado, ya no pensamientos concretos derivados del miedo, sino emociones de auténtico terror, sin que ni el propio sujeto pueda asociar a situaciones concretas de su pasado. No sabe por qué corre ni por qué rompe todo lo que encuentra a su paso, no recuerda nada concreto que le haga estallar en una crisis conductual tan intensa, pero el miedo se apodera de él y se defiende corriendo hacia ningún lugar. La huella de ese pasado dramático no fue grabada en su hemisferio izquierdo y por lo tanto no puede ni recordar ni explicar nada, fue en su

hemisferio derecho donde quedó la marca indeleble del daño, y ahora corre con la vana esperanza de que no le alcance la bofetada, el palo, el látigo, el violador... la evidencia más clara de lo que estamos diciendo es que esa carrera desahogada siempre termina de la misma forma: refugiándose debajo de una mesa o tras la primera puerta que encuentra abierta, aunque sea el cuarto de las escobas y allí se arrulla en posición fetal o con el consolador balanceo de todo su cuerpo. El adulto es hostil, todos los adultos son hostiles, no es una idea, no es un producto de la razón, es un sentimiento forjado con el hierro candente de experiencias violentas en sus primeros años de vida, y en demasiadas ocasiones, por ignorancia, se le confirma: “otra vez escondido ahí dentro, sal inmediatamente y vuelve a clase. Si continuas así se lo tendré que decir al director y te volverán a expulsar”.

No hemos tratado los temas, también importantes, de esos niños huidizos, que parecen no necesitar a nadie, que aparentan una exagerada independencia, arrogantes e insensibles (apego evitativo), ni el de aquellos otros que continuamente buscan la aprobación de su maestra y de sus iguales, que hacen regalos con la obsesiva intención de tener el afecto del otro a cualquier precio, incapaces de discrepar y de desarrollar criterios propios por miedo a provocar alejamiento (apego ambivalente); nos hemos centrado en los desorganizados, principalmente el inhibido, porque son ellos los que tienen mayor riesgo de exclusión social, son ellos los que manifiestan desde sus primeros años de escolaridad, unas conductas desadaptadas muy intensas que generan miedo en sus iguales y rechazo en sus familias, a veces también en sus maestros, por el riesgo que puede suponer para la integridad física de sus iguales. Frente a todo ello una gran mayoría de profesionales, especialmente de abnegadas maestras y maestros, mediante ensayo y error van buscando fórmulas para intentar frenar tales embestidas, las consultas a los orientadores no suelen serles útiles, porque todavía son mayoría los que desconocen los motivos que llevan a estos chicos a esos actos violentos, y ellos deben estar trabajando día tras día con este alumno tan difícil y con 24 más. Es por ello que hemos pretendido con el presente trabajo resaltar la importancia que tiene la difusión entre los profesionales de la educación (maestros, profesores, pedagogos, etc...) la teoría del apego y sus consecuencias. Desde la comprensión es más fácil la intervención.

Otro aspecto que necesita de estudio exhaustivo es el de la evaluación y diagnóstico precoz de los tipos de apego mencionados, las pruebas existentes tienen un carácter exclusivamente proyectivo, con el riesgo interpretativo que ello conlleva, y están diseñadas desde ámbitos sajones, muy alejados de nuestra realidad. Sería el paso previo a la elaboración de programas de intervención multidisciplinarios que permitieran mejorar no solo las conductas de estos niños y niñas, sino sus deterioradas representaciones mentales y, sobre todo, optimizar su desarrollo emocional y social.

Pero no se puede caer en planteamientos exclusivamente academicistas, todo lo dicho no serviría de nada si no se desarrollara todo un catálogo de estrategias y técnicas de intervención que permitieran a estos chicos y chicas sanar sus heridas. No es tarea fácil, en Dinamarca y Alemania existen centros específicos para este tipo de alumnado, pero desde una visión inclusiva, desde una visión de escuela en la que todos y todas deben tener su lugar y recibir la atención pedagógica más acorde con sus necesidades, debe ser la escuela de su barrio, la escuela de su pueblo, el lugar más adecuado, no es cuestión de crearles otros muros en colegios diferentes, bastantes barreras internas tienen como para que la sociedad les añada otras tan duras o más que las suyas propias, no nos quejemos de su posterior exclusión social, ellos han vivido y siguen viviendo en la exclusión, en el desamparo y rechazo que entre todos los hemos generado. Pero para darles respuestas educativas eficaces es necesario el conocimiento técnico, una actitud de análisis y de investigación en la acción permanente. Debe ser el entusiasmo y las ganas de ofrecer las mejoras educativas más eficaces de todos los que nos dedicamos a la enseñanza, cada cual desde su lugar: universidad, orientadores, inspectores, directores, maestras, etc. quienes vaya-

mos, con el esfuerzo diario, acercándonos a ese objetivo mágico: darle a cada niño y niña aquello que necesita. Y en este territorio conocer en profundidad la teoría del apego de John Bolwy, es fundamental porque estamos convencidos, como dice nuestro admirado José Luis Gonzalo Marrodán, de que “*si se siguieran los postulados de la teoría del apego, el mundo se transformaría radicalmente*”.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. (1967). *Infancia en Uganda*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Ainsworth, M., Bell, S. (1970). *Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña*. Lecturas de psicología del niño, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.
- Barudy, J. (2009). *Los buenos tratos a la infancia* (1st ed.). Barcelona: Gedisa Editorial.
- Benito, R. (2013) *Cerebro resiliente*. Power point presentado en las I Conversaciones de Apego y Resiliencia. San Sebastián: Documento no publicado.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo* (1st ed.). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Celedón, J., Barón, B., Martínez, P., Cogollo, M., & Miranda, M. (2016). *Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos*. Revista Encuentros, 14(1). <http://dx.doi.org/10.15665/re.v14i1.675>
- Cozolino, L. (2010). *Neuroscience of psychotherapy. Healing the social brain*. (2nd ed.) New York: W.W. Norton & Company.
- Gonzalo, J. (2009). *Guía para el apoyo educativo de niños con trastornos de apego* (1st ed.). [Montevideo]: Libros en red.
- Gonzalo, J. (2016). *Vincúlate* (1st ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Harlow, H. (1971). *Learning to love* (1st ed.). San Francisco: Albion Publishing Company.
- Hesse, E., & Main, M. (1999). *Second generation effects of unresolved trauma in normal treating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior*. Psychoanalytic Inquiry, 19(4), 481-540. <http://dx.doi.org/10.1080/07351699909534265>
- Kierkegaard, S., & Rivero, D. (2012). *El concepto de la angustia* (1st ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Lafuente, M., & Cantero, M. (2015). *Vinculaciones afectivas* (1st ed.). Madrid: Larousse - Ediciones Pirámide.
- Leahey, T. (2013). *Historia de la psicología* (1st ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Levy, T., & Orlans, M. (1998). *Attachment, trauma, and healing* (1st ed.). New York.
- Lorenz, K. (2011). *Fundamentos de la etología* (1st ed.). Barcelona: Paidós.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) *Discovery of a new, insecure-disorganized / disoriented attachment pattern*. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective Development in Infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex,
- Oriol, X. (2013). *Jóvenes delincuentes tutelados: perfiles delictivos, desarrollo socioemocional y apego*. Universitat de Lleida.
- Redondo, L., Martín, A., Fernández, J., & López, J. (1988). *Un análisis de la relación entre ambiente familiar y delincuencia juvenil*. Revista De Psicología Social, 3(2), 165-180. <http://dx.doi.org/10.1080/02134748.1988.10821582>
- Rygaard, N. P. *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Gedisa. Barcelona 2008.

-
- Schaffer, H., & Emerson, P. (1964). *The Development of Social Attachments in Infancy*. Monographs of The Society For Research In Child Development, 29(3), 1. <http://dx.doi.org/10.2307/1165727>
- Shemmings, D. & Shemmings, Y. (2014) *Assessing disorganized attachment behaviour in children: an evidence-based model for understanding and supporting families*. Child and Family Social Work, 20 (2). pp. 252-253.
- Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- VanIjzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. Development and Psychopathology, 11(2), 225-250. <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579499002035>