



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

¿A qué se llama psicopatología del apego infantil?

Aquilino Polaino-Lorente, Rocío Meca Rodríguez de Rivera

Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

La formación de los vínculos afectivos puede considerarse una necesidad que forma parte del proyecto de desarrollo de cualquier ser humano.

La historia del hombre es muy larga. Ésta nos ha hecho evolucionar de una manera determinada, conformando nuestras necesidades básicas, como son las fisiológicas (higiene, alimentación, sueño, etc.), las de sentirse protegido de los peligros reales o imaginarios, las de explorar el entorno, jugar y establecer vínculos afectivos, etc.

Los vínculos afectivos son una necesidad que cuando no es satisfecha lleva a la persona a sufrir un «aislamiento o carencia emocional».

Desde siempre se ha considerado que el niño establece una relación especial con el pequeño grupo de personas que conviven con él y le cuidan. En la literatura tenemos numerosos ejemplos de esta consideración, especialmente en lo que se refiere a la relación con la madre.

Bowlby (1988) llegó a concluir que «el cuidado materno es tan vital para la salud mental, como las vitaminas y otros alimentos lo son para la salud física».

El apego es considerado hoy por algunos como una necesidad que está presente a lo largo de todo el ciclo vital y no sólo en la primera infancia.

En este capítulo se expondrá qué se entiende actualmente por «psicopatología del apego infantil», una cuestión ésta mal estudiada, puesto que, por el momento, apenas si se ha profundizado en ella, a pesar de que probablemente influya a la larga en la configuración de la entera sociedad. Para este fin, pasamos revista a continuación a las diversas etapas del desarrollo del apego y a algunas de las definiciones que sobre él se han dado.

Principales etapas en el estudio del apego

El estudio del apego se inició hace casi un siglo y ha continuado a través de todas las etapas del desarrollo de la psicología y de la psiquiatría. Muy sucintamente podrían destacarse las tres siguientes:

Una *primera*, que parte de la teoría psicoanalítica, en la que se subraya la importancia de la relación madre-hijo. Desde el punto de vista de las teorías del desarrollo fue Freud (1905) el primero en subrayar la importancia de esta especial relación. Dicha interacción se conceptualiza bajo el término de *relaciones de objeto*. El contenido de esta relación para los psicoanalistas es la satisfacción de las necesidades básicas del niño, principalmente la alimentación.

Pero el psicoanálisis interpretó esta relación especial como secundaria a otra más básica: las necesidades biológicas del niño, como objetos de satisfacción. El interés del niño por los adultos aparece cuando aprende que son éstos quienes le proporcionan el alimento y demás cuidados biológicos (García Madruga y Lacasa, 1992).

La relación madre-hijo, en el marco psicoanalítico, tiene una carga libidinal ambigua que integra la relación de afecto y la atracción erótica. El apego se integra en la misma dimensión que el instinto alimentario. Esa hipótesis aparece reformulada muy sintéticamente de la siguiente manera: si el niño tiene hambre y se le da de comer o se le da el chupete, se satisface esta necesidad, a la vez que encuentra satisfacciones también en los ámbitos sentimental, emocional e incluso erótico. Sin embargo, no se ha llegado a demostrar empíricamente que la interacción madre-hijo sea como se concibió en el psicoanálisis.

Tal forma de entender la relación de apego, aunque ha transcurrido ya casi un siglo, continúa estando presente en ciertos contextos profesionales, y hallamos un eco de ello, todavía hoy, en algunos países iberoamericanos.

La primera etapa se prolonga en una *segunda*, en la que este concepto está mucho más cerca de lo que hoy entendemos por apego. En esta segunda etapa encontramos estudios experimentales relevantes, principalmente los trabajos de Spitz (1945), en los que se expone una teoría acerca de la depresión anaclítica. Forman parte de esta etapa los estudios experimentales realizados por Harlow (1961) en animales, que en cierto modo replican el modelo de Spitz (1945). Hasta Bowlby (1988), no obstante, no se corrige el modelo. Bowlby (1988) y Harlow (1961) demostraron que hay determinados tipos de contacto entre la madre y el hijo que no dependen de la alimentación ni pueden entenderse como formando parte de ella.

Bowlby (1988) mantenía que el apego no estaba organizado libidinalmente, tal y como lo entendían los psicoanalistas. De esta forma, modificó la perspectiva freudiana poniendo el centro de atención en la *vinculación afectiva* que se establecía entre la madre y su hijo.

La *tercera* etapa es la que mejor explica algunos aspectos esenciales del desarrollo afectivo. En este período el número de trabajos experimentales se multiplica y la formulación teórica no deja de perfeccionarse.

En esta etapa se pueden destacar y mencionar las obras escritas, en la década de los años setenta, por Rof Carballo (1988). Muy probablemente sea lo mejor que se ha publicado en España sobre el apego, incluso aunque se compare con cualquier otra publicación actual. Rof Carballo (1988) parte del psicoanálisis pero analiza con suficiente profundidad lo que hoy llamamos *organización cerebral*, vinculándola al apego.

En la actualidad, el acento se pone más en la interacción entre el niño y las figuras de apego que en describir aisladamente las conductas del niño.

Concepto de apego

Bowlby (1988), un autor especialmente relevante en la tercera etapa, de la que ya hemos hablado, define el apego como sigue: «una forma de comportamiento que resulta en el niño como consecuencia de tener y mantener una proximidad con la otra persona, con la que se identifica claramente y de la mejor manera posible».

En esta definición parece oportuno hacer una reflexión acerca de una cuestión en la que casi nadie repara al abordar el tema del apego. Nos referimos, claro está, a que el niño se identifica con la persona con la que se relaciona. De aquí que el apego deba entenderse como algo autoconstitutivo de su forma de ser.

Evidentemente no debemos caer en el determinismo, hasta el punto que al observar a una persona muy amable, muy distante o muy fría, sostengamos que esas peculiares características dependen de su relación de apego. Obviamente, hay otras muchas variables que también influyen en el comportamiento de la persona (temperamento, desarrollo intelectual, uso de la libertad personal, educación, etc.) y que no debieran desatenderse a la hora de explicar estos comportamientos.

¿Hay alguna relación entre el temperamento y el apego? En cierto modo sí. En función del temperamento y del tipo de apego que se establezca se determinarán ciertas características de tipo fenotípico. El temperamento infantil se puede evaluar hoy desde la edad temprana y es una peculiaridad estable y consistente de la persona humana, puesto que en cierto modo es consecuencia efectorial del sistema nervioso central y del endocrino.

Por eso, si tenemos la pretensión de ser rigurosos, debiéramos rechazar la posición determinista que nos llevaría a afirmar que si una persona no saluda a nadie, es muy fría o tiene un comportamiento hosco es a causa de haber tenido un apego difícil. La persona humana es de una complejidad tal que no puede atribuirse su comportamiento a un sólo factor.

Establezcamos, por tanto, que el apego es un proceso autoconstitutivo de la persona. Ilustramos lo que se acaba de afirmar con un ejemplo. Es fácil que en una persona universitaria estén ya asentados los sabores que prefiere. Habrá personas a las que les guste la paella; otras preferirán determinado tipo de frutas; algunas, en cambio, optarán por la mermelada como objeto alimentario de su interés. Cuando una de ellas frecuenta un restaurante y pide una paella es posible que haga un comentario como este: «está buena, pero el arroz está demasiado blando...; el que hacía mi madre estaba mucho más rico». También este comentario puede tener relación con el apego. La preferencia por un determinado sabor hace relación a los aprendizajes tempranos, aunque posteriormente se configure como algo muy personal. Lo que demuestra que el apego es algo autoconstitutivo. De aquí que podamos vislumbrar lo remoto y fundante de las experiencias de apego.

Lo que a cada uno le gusta y cómo le gusta tiene mucho que ver con el estilo culinario que tuviera su madre, con los alimentos que comió de pequeño, con los refuerzos que le suministraron y acompañaron a la ingesta de esos alimentos; en definitiva, con el estilo biográfico característico de su familia de origen. Sólo que, más tarde, ese estilo se ha incorporado tanto a la forma de ser personal, que casi resulta imposible no observarlo como algo original y propio aunque no lo sea del todo.

Esto significa que, de alguna manera, ha existido una mediación —interacción padres-hijos—, por cuya virtud se han asumido esos gustos, sabores y formas de comportamiento que acaban por configurar luego nuestra forma de ser. De la interacción entre la persona y el ambiente, del niño y la madre emergió un proceso nuevo que contribuyó a configurar al niño como el ser que ahora es.

Pero esto no puede explicar la totalidad del comportamiento humano porque son muy numerosas otras variables que también se concitan e intervienen en ese proceso. Hay muchos hechos, qué duda cabe, que modulados luego por el desarrollo, por las variables culturales, por los mapas cognitivos personales nos ayudan a configurarnos como quienes somos.

Así, por ejemplo, si en una familia hay la costumbre de saludarse todas las mañanas y decirse «buenos días, ¿has descansado?», o de despedirse todas las noches dándose un beso, parece lógico inferir que tales comportamientos sean incorporados por el niño y asumidos por él de un modo muy personal y característico.

Cada persona establece sus relaciones con otras a partir de los modelos que ha interiorizado desde pequeño y que son, luego, autoconstitutivos de ella. Aunque tal estilo tenga la densidad de una variable biológica, no obstante, puede tener tanta robustez y consistencia como ella, y configurar un bien determinado hábito comportamental.

De aquí, que muchos acontecimientos que nos acaecen durante las etapas tempranas de la vida sean autoconfiguradores de nuestro peculiar estilo de vida personal en el futuro. Por eso, ese estilo de vida personal puede entenderse como autoconstitutivo porque ha cristalizado y se ha consolidado gracias a la interacción afectiva que se sostuvo con la figura materna o paterna, o con ambos padres en su conjunto.

Resulta muy acertado, en nuestra opinión, que Bowlby (1988) haya matizado esa relación indicando que «el apego desplegado por un bebé a su madre es un fenómeno primario seleccionado en el curso de la evolución y no un fenómeno secundario resultado de la necesidad de satisfacción, como los psicoanalistas y Freud mantenían».

Lo que parece ser una aclaración por parte de Bowlby (1988) es muy pertinente, porque la persona humana es, por definición, un ser que necesita de la relación, que necesita de los demás para llegar a ser quien es. El ser humano es el único animal que sabe reír, llorar, mirar al otro, decir que no, etc. Y todas esas conductas son respuestas que se consideran innatas, que están virtualmente en cada niño recién nacido.

La vida del hombre necesita de la relación con los demás. Todos tenemos más necesidad de ser comprendidos que de comer. Acaso por eso nos frustra y nos enfurezca mucho más no disponer de relaciones interpersonales, no gozar de la amistad, que estar en ayunas un día entero. Llegados a este punto, parece conveniente preguntarse, ¿por qué el hombre es un ser relacional? ¿Por qué esa relación es una necesidad, algo propio y exclusivo de la persona? Probablemente, porque ninguna persona puede llegar a ser *ella misma* si no es abriéndose a la relación con los demás.

La persona no es reductible a la pura emocionalidad. No se puede ser tan reduccionista que se limite el apego a sólo su dimensión emocional.

Hay estudios experimentales, y algunos de ellos muy rigurosos, que nos muestran qué pautas hay que seguir para implantar el lenguaje, el ritmo de la voz, el timbre, el tono, en un niño. Y todo ello se considera también como formando parte del apego y, por tanto, como autoconstitutivo de la persona.

Un niño, por ejemplo, cuya madre entona bien no tendrá el mismo nivel de expresión y de adquisición del lenguaje que un niño cuya madre no tiene ninguna capacidad para la entonación. El que la madre articule más o menos palabras en el lenguaje coloquial condiciona también la futura competencia lingüística de su hijo.

De aquí que Loutre (1972) postule que «existe una tendencia primaria, no aprendida, a buscar la relación con el otro. Esta necesidad se expresa mediante diversos patrones innatos de comportamiento».

El niño dispone, desde que es pequeño, de reflejos biológicos que le permiten llevar a cabo ciertas conductas espontáneas, como succionar, tomar objetos, etc. Lo mismo sucede respecto del llanto, la sonrisa, el seguimiento de objetos, etc. Todas ellas son conductas innatas.

Un hecho paradójico, a este respecto, es que apenas dispongamos de estudios sobre la relación del niño con su padre; por contra, son muchos los libros que se han publicado respecto del apego niño-madre.

El niño necesita tanto del apego con la figura materna como con la paterna. Lo que sucede, probablemente, es que en nuestra cultura están mal modalizados los roles paterno y materno, de manera que se atribuye al padre la función de delegador en la madre (en todo lo que afecta al tema de la «educación»), mientras que a él se atribuye el papel de padre proveedor, porque es el responsable de conseguir los recursos económicos necesarios para el hogar. Este hecho, venturosamente, está cambiando en la actualidad.

Sin embargo, el hecho de que haya cambiado la sociedad en lo que se refiere a los roles de trabajo, no significa que hayan cambiado también y en el mismo sentido los roles domésticos. Esto quiere decir que a pesar de haber cambiado lo que hacía imposible que el padre tratara más a su hijo y tuviera más apego con él, no ha logrado cambiar sin embargo el comportamiento diario del padre. Un padre debiera aprender a revolcarse con su hijo de un año por el suelo, a pesar de mancharse el pantalón. Lo que resulta improcedente es que haya que esperar a que el niño tenga cinco años para que el padre comience a inte-

ractuar con su hijo, pues si esto sucede, se habrá perdido un tiempo de relación, especialmente relevante y valioso, que es imposible de recuperar.

Tal y como lo entiende uno de nosotros, el apego es «la vinculación afectiva, estable y consistente, que se establece entre un niño y sus cuidadores como resultado de la interacción entre ambos» (Vargas Aldecoa y Polaino-Lorente, 1996). Adviértase que esta vinculación es promovida no sólo por el repertorio de conductas innatas, con las que el niño viene al nacer, sino también por la sensibilidad y actuación de los cuidadores.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre el apego centran la importancia de la relación en la figura del niño (cómo reacciona a los estímulos, cómo toma la iniciativa o el turno en la relación, etc.). Por contra, se ha descuidado el estudio de qué es lo que hacen las personas con el niño, cómo se relacionan con él, cómo establecen esa interacción. En nuestra opinión, el foco de atención hay que ponerlo en los dos extremos de la relación de manera simultánea: el niño y las figuras paterna y materna.

De lo contrario, ¿dónde poner el acento causal de esa interacción? La causa ha de ponerse, desde luego, en el niño, porque muchas de sus conductas son innatas y, aunque estuviera ausente la persona con quien interacciona, de algún otro modo las emitiría, aunque, se verían frustradas por no alcanzar su meta, es decir, la otra persona a la que naturalmente están orientadas.

Pero el acento causal hay que ponerlo, inevitablemente, también en los padres. Esa relación se trenza, articula y vertebra con la comparecencia de dos extremos: el niño y sus padres. Magnificar la importancia o desatender a cualquiera de ellos no es algo, por eso, que resulte indiferente, sino que tiene unas consecuencias muy concretas y penosas. Lo que hace cada extremo es fundar y vertebrar esa relación.

El apego es una relación en donde tienen que estar presentes los dos elementos que entran en su composición. En algunas circunstancias, uno de ellos será el que tenga más responsabilidad en la génesis de la interacción; en otros casos, en cambio, será el otro elemento el que suscite la conducta de interacción. En cualquier caso, ambos son necesarios. Por tanto, no es correcto centrar la relación sólo en el niño o sólo en la figura materna o paterna.

Se han venido empleando diversos conceptos para referirse a las *relaciones de apego*. Así, por ejemplo, las *relaciones de objeto* (el término empleado por los psicoanalistas); el *imprinting* (concepto usado por los etólogos de habla alemana); el *attachment* (que debiera traducirse como «vínculo», es el concepto empleado por los autores del área anglosajona); el *troquelaje*, (que manifiesta la plasticidad de la conducta infantil y la acción decisiva, de «troquel», de la interacción); la *urdimbre afectiva* (que designa el conjunto de «hilos» que se colocan en el telar para formar esa delicada «tela» de la afectividad del niño); el *apego*; o simplemente *vinculación*; las cuatro últimas de uso indistinto para los autores de habla castellana.

En la literatura contemporánea han sido empleados otros términos muy diversos para designar el apego. Veamos a continuación algunos de los más relevantes y frecuentes:

Por *relación de apego* se entiende la interacción entre padres e hijos, centrándose especialmente en lo que se refiere a la provisión de cuidados, satisfacción de necesidades básicas y disponibilidad emocional.

Con el término *comportamiento de apego* se subrayan y destacan ciertas conductas infantiles como la sonrisa, el llanto, las vocalizaciones, el comportamiento de aproximación al cuidador, el contacto ocular, etc. Como puede observarse, la relación se centra aquí sólo en uno de los miembros de la interacción: el niño.

Se habla de *vínculo de apego* para referirnos a los sentimientos afiliativos entre padres e hijos, en función de una relación estructurada y cerrada. Estructurada porque se da entre dos personas (padre/madre-hijo) y cerrada porque cuando se está interaccionando no existe en la práctica otra relación que lo que está teniendo lugar en ese momento. La vinculación es algo que traduce muy bien lo que es el apego y va más allá del apego, por cuanto que es algo que compromete a la persona y que condiciona la misma relación.

Con el término *sistema de apego* se expresa un significado mucho más amplio. Consiste en la articulación y autoconstitución de la relación entre el niño y la figura de apego, con la que el niño busca su proximidad, por constituir una fuente motivadora externa e interna de satisfacción de las necesidades básicas. Esa articulación tiene lugar cuando se tiende un puente entre dos realidades separadas, los padres y el niño que, sin embargo, recíprocamente se necesitan y gracias a la cual el niño comienza a autoconstituirse como persona.

Uno de los sentimientos básicos que de forma necesaria han de ser satisfechos en las primeras etapas de la vida es *el sentimiento de sentirse seguro*.

El niño busca las figuras de apego porque con ellas se siente seguro. La ausencia o pérdida de las figuras de apego es percibida por el niño como algo amenazante. Cuando los niños están en un lugar desconocido o, simplemente, fuera del hogar, y pierden el contacto con sus padres, abandonan su natural conducta de exploración e inician una búsqueda ansiosa de seguridad. Su necesidad de seguridad y atrevimiento se mudan, entonces, en inseguridad, angustia y paralización.

Un niño que comienza a gatear no conoce todavía su casa. Acaso pueda disponer de ciertas representaciones visuales, porque su madre le ha llevado en brazos, pero cuando por primera vez él comienza a gatear y mira al pasillo, es lógico que experimente una cierta inseguridad y que, ante lo desconocido, preso de ese sentimiento, no avance, aunque tenga afán de saber qué hay más allá y desee llegar al otro extremo del pasillo.

Aquí, tan contraproducente es la inseguridad como el exceso de seguridad, pues ambas pueden generar una cierta patología de la relación.

¿De dónde le viene la inseguridad a tantas personas? Buena parte de esa inseguridad no está causada por el trastorno del apego, aunque éste podría explicar algunos de estos problemas. ¿Es una propiedad positiva o negativa de la persona ser insegura? ¿Mejora la inseguridad los propios recursos o los empobrece? ¿Algunos de esos sentimientos de inseguridad pueden tener su

fundamento en una inseguridad básica, primordial, a la que jamás se atendió? ¿No se deberá quizá a que, como tal inseguridad, no fue satisfecha, ni consolidada, ni autoconstituida a través del apego que debería haberse establecido en las edades tempranas?

Tipos de apego y trastornos del apego

La necesidad de experimentar seguridad puede ser afectada también por ciertas creencias pesimistas sobre el apego, que hacen que el niño tenga poca confianza en la realidad de sus relaciones interpersonales. La ausencia de habilidad para experimentar seguridad en las relaciones de apego constituye un importante factor en algunos trastornos psiquiátricos.

Ainsworth (1970) diseñó una situación para explorar y demostrar experimentalmente lo postulado por Bowlby (1988) acerca de lo que sucedía, de una forma natural, durante el primer año de vida: el procedimiento de la «situación extraña». Este procedimiento consiste en un conjunto de situaciones experimentales a través de las cuales se evalúa el comportamiento durante el encuentro y la separación entre la madre y su hijo (Silverman, 1992).

Mediante este procedimiento se explora cómo los niños organizan sus sistemas de apego y sus diversos comportamientos en distintas situaciones, para evaluar el tipo de apego que el niño establece con su madre.

Los niños evaluados como *seguros*, durante su exposición a la situación extraña, se apoyan en su madre como una referencia o base segura para la exploración. En la relación diádica, estos niños manifestaban un afecto más positivo y entusiasta, exploraban más el entorno, mostraban más competencia en el desempeño de las tareas escolares y su pensamiento era más flexible y abierto (Aber y Slade, 1987). Durante la separación, en cambio, manifestaban un cierto grado de angustia, menos conductas de exploración del entorno, y restablecían el contacto con sus madres de forma positiva.

Los niños evaluados como *inseguros* (evitativo, resistente/ambivalente, y desorganizado/desorientado) presentaban otras características diferenciales.

Los niños *evitativos* tendían a mostrar un comportamiento hostil y agresivo. La agresividad expresada/manifestada indirectamente a la madre se hacía por vías más sutiles (atacando objetos, rompiéndolos, etc.). Durante la separación, tendían a no protestar cuando se marchaba la madre. Eran niños que al fin habían aprendido a suprimir sus manifestaciones externas de angustia, para no elicitarse así un nuevo rechazo.

Los niños *resistentes* lloraban mucho durante la separación y exteriorizaban sentimientos ambivalentes hacia sus cuidadores (Zeanah, Mammen y Lieberman, 1993).

Los niños *ambivalentes* lloraban más bien cuando se separaban de la madre y también durante la reunión y, en sus conductas de apego, mostraban frecuentes e intensas expresiones de angustia, cólera y miedo (Silverman, 1992).

Los niños *desorganizados* parecían aturdidos y sus posturas revelaban depresión, confusión o aprensión. Cuando se aproximaban a sus figuras de apego,

apenas si realizaban algún contacto ocular. De ordinario, los padres de estos niños eran padres con conflictos y problemas no resueltos. Más concretamente, se comprobó que los niños de madres deprimidas, maltratantes o alcohólicas tenían tendencias a mostrar las conductas ambivalentes propias de este grupo de niños (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum y Botein, 1990; Lyons-Ruth, 1991).

Aunque estas tipologías del apego no pueden considerarse por sí mismas como específicas y concretas entidades psicopatológicas, no obstante, como actualmente se ha demostrado, un apego inseguro en la infancia predice, al parecer, ciertos problemas de comportamiento (falta de control, conflictos y problemas con los padres, baja autoestima, problemas en la relación con los iguales, etc.; Goldberg, 1991).

Por consiguiente, se puede afirmar que los niños apegados de forma insegura se configuran como una posible población de riesgo, puesto que este factor contribuye al desarrollo de ciertos trastornos, con independencia o no de que se generen otros posibles trastornos del apego.

Sroufe (1988) postuló que el apego inseguro manifestado en el contexto de la «situación extraña» no evidencia la existencia de psicopatología alguna, aunque sí de un relativo riesgo en lo que se refiere al desarrollo vital de la persona.

El tipo de apego, probablemente más cercano a la psicopatología es el que se configura como desorganizado/desorientado. Los niños con este tipo de apego integran la población de más alto riesgo (Demulder y Radke-Yarrow, 1991).

Cabe plantearse la cuestión de si los *apegos inseguros* pueden inscribirse también en el ámbito de los trastornos del apego. Entre ellos hay indudablemente casos de mala adaptación, que manifiestan la presunción de una relativa psicopatología, expresada a través del comportamiento de apego inseguro. Es posible que los comportamientos *evitativo* y *resistente*, al menos en sus grados extremos, representen casos de alteraciones del apego, pero esto todavía no ha sido comprobado empíricamente.

Los trastornos del apego representan alteraciones en el sentimiento de seguridad pero de una forma más profunda que lo que se refleja en el apego inseguro. Por el momento, hemos de admitir que el apego inseguro no debiera considerarse como sinónimo del trastorno del apego.

¿Cuándo puede establecerse que el comportamiento de apego de un niño es indicativo de que está alterado el apego? ¿Cuándo puede considerarse como un importante factor de riesgo? La tarea de los clínicos es aquí esencial. Son ellos los que han de distinguir entre trastornos del apego en sí mismo considerados, y trastornos en los que el apego inseguro es apenas un elemento que puede contribuir o no al desarrollo del comportamiento alterado (Zeanah, Mammen y Liberman, 1993). En cualquier caso, los trastornos del apego son siempre apegos inseguros (o ausencia de apegos), especialmente si se desarrollan de una manera exagerada.

¿A qué se llama trastornos del apego infantil?

Toda relación entre personas puede llegar a deteriorarse. En la persona humana todo puede alterarse, de forma previsible o no. De aquí que parezca oportuno plantearse algunas cuestiones respecto del apego infantil.

Comencemos por la primera: los trastornos del apego, ¿se dan *en la persona o entre las personas*? Si optamos por pensar que se dan en las personas, habría que concluir que lo que está alterado son los comportamientos del niño o de la madre, y ello muy probablemente como consecuencia de un trastorno psicopatológico que precede al trastorno del apego. En los estudios del apego trastornado, generalmente se ha puesto el énfasis casi siempre en uno de los extremos de la relación: en la madre o en el niño. Por contra, lo que aquí se defiende es que lo realmente patológico es la vinculación existente entre ellos, independientemente de cuáles sean los posibles trastornos de cada uno de los miembros que forman parte de esa relación. Hasta ahora el diagnóstico parece que no ha puesto nunca el debido énfasis en la relación, sino tan sólo en las personas. Pero es posible que el trastorno, al menos desde el punto de vista clínico, asiente principalmente en la misma relación.

De otra parte, la literatura científica centra su interés casi exclusivamente en el estudio de la patología del apego, tanto en las consecuencias como en los efectos que se producen en el niño, con independencia de que el apego sea o no adecuado.

La larga tradición científica y médica, expresada en las recientes nosologías (DSM-IV, 1995; ICD-10, 1992) ha ubicado los trastornos del apego en las personas. En la nosología actual no parece contemplarse la posibilidad de que los trastornos del apego sean por naturaleza relacionales; es decir, que además de manifestarse en las personas, se susciten, originen y vertebren entre personas.

El paradigma científico que defiende esta visión es actualmente más discutible. Si consideramos que el trastorno del apego se da *entre* personas, podremos encontrar o no comportamientos de apego trastornados, pero lo que de verdad importa es si además de manifestarse *en* las personas, son elicitados sobre todo sólo en el contexto de la relación del niño con el cuidador, lo que manifestaría que la misma vinculación está alterada y por ello la relación *entre* las personas. Si reflexionamos sobre lo que acabamos de señalar, es posible establecer que pueden darse trastornos del apego entre personas, con independencia o no de que dicho trastorno se manifieste o no en el plano comportamental personal.

Una segunda cuestión, parecida a la anterior, es la pregunta que indaga acerca de si el trastorno del apego es *personal* o *relacional*. Si el trastorno del apego radica en que la madre no dedica al niño toda la atención que debe (trastorno personal), entonces lo que habría que hacer es tratar de ayudar a la madre. Pero esto parece que en las actuales pautas de crianza infantil no se tiene en cuenta.

En ambos casos, el «iter» de esa relación distorsionada y, en ocasiones patológica, es el siguiente: primero aparecen los problemas personales; en segun-

do lugar, se manifiesta la patología en la relación y, por último, como lo relacional reobra en lo personal, acaba por manifestarse en cada una de las personas en que se articula la relación.

Ahora bien, si no fuera un trastorno personal y coincidiéramos en que tal vez fuera relacional —por no existir ninguna manifestación comportamental en el niño ni en la madre—, ¿de qué serviría intervenir en la madre o en el niño? ¿Sabríamos, además, cómo hacerlo? Supongamos que el problema no consiste en que la madre no se apegue bien al niño, sino en que, como dice la gente joven, no hay «química» entre la madre y el niño. En ese caso —una vez excluida toda patología personal en el niño y en la madre—, habría que concluir que es la interacción entre ellos lo que está alterado. De aquí que, entonces, haya que intervenir a través de estrategias preventivas y no terapéuticas. Por último, respondamos a otra pregunta:

¿Dónde situar el locus *del apego*? ¿Es *inter o intrapersonal*? Podemos partir de la idea de que no hay relación si no hay dos personas que se relacionan (madre-hijo, profesor-alumno, etc.). En esa interacción entran en juego muchas variables: el temperamento del niño, la sensibilidad y responsividad materna, los modos en que se expresa el afecto, los modelos de representación de la madre y del niño, etc. (Izard, Haynes, Chisholm y Baak, 1991).

Es difícil llegar a establecer cuál es el lugar donde se asienta el apego. El «locus» no cabe establecerlo, desde luego, en la piel del niño, sino en la interacción, en la relación en sí misma considerada, que se establece entre la madre y el hijo.

Es muy posible que desde la inicial y originaria *patología intrapersonal* se dé alcance a la *patología interpersonal*. Es decir, que sea gravemente afectada o deteriorada (por inexistente) la relación de apego y que, a través de la mediación significada por la relación de apego, se incrementen los trastornos patológicos padecidos por cada uno de ellos. Esa es la secuencia más frecuentemente seguida en la patología de la vinculación.

Podría ocurrir también que inicialmente no hubiera una patología intrapersonal, sino que sólo estuviera alterada la relación de apego, sin que todavía hubiera generado consecuencias morbosas en el comportamiento de la madre y/o del hijo. En ese caso habría que concluir que estamos en el contexto de la *patología interpersonal*, donde reside precisamente el «locus» del trastorno en el que tanto han de importar las estrategias preventivas por las que se decida optar.

En un trastorno de la vinculación como éste, si modificamos la conducta de la persona pero no el modo en que establece su relación, no conseguiremos nada. Así, por ejemplo, es muy difícil modificar la relación entre dos personas, cuando la percepción de una de ellas respecto de la otra es distorsionada, sesgada, estereotipada. Y eso, porque continuará observando al otro bajo su percepción distorsionada que, además de no ser real, está teñida por la subjetividad, que profundamente la altera. Lo primero que habría que modificar en este caso concreto es la percepción, a cuyo través la realidad se muestra de forma desnaturalizada. Lógicamente, hay que asumir que el modo de obser-

var a la otra persona influye y condiciona el tipo de relación que con ella establecemos.

¿Dónde asentar, pues, el centro de la atención para el estudio de la relación? ¿Es éste un asunto que sólo se centra en la persona? ¿No se ubicará de forma simultánea en los dos, en la persona y en la relación? Este último enfoque, sin duda alguna, parece más abierto y ambicioso, aunque desde luego mucho más difícil de abordar. Pero lo que nos parece es que es ésta la vía desde la que hay que abordar el estudio del apego, si de verdad pretendemos establecer una psicopatología del apego que sea rigurosa.

Y una vez establecida la psicopatología de la vinculación, ¿cómo dilucidar dónde se encuentran sus causas? Esta cuestión no es fácil de responder, porque las causas suelen ser muy diversas.

En ocasiones esos trastornos pueden tener una *causa materna o paterna*, es decir, el trastorno asienta en la madre o en el padre. En ese caso, ¿cómo se refleja el problema del padre o de la madre en el apego? Dependerá, en buena parte, del tipo de problema que tengan el padre o la madre. Una madre no se apega a su hijo de igual modo si padece de esquizofrenia o de depresión. La naturaleza del trastorno del apego variará mucho de uno a otro caso.

Por contra, ¿se apega un niño igual a su madre cuando sufre un trastorno afectivo que cuando es autista? Resulta cuando menos extraño que apenas si dispongamos de alguna información acerca de la patología del apego, en función de qué trastorno padezca uno de los padres, ambos o el hijo. Nuestra propuesta es que hay que estudiar los dos elementos de la relación, tanto desde la perspectiva de la psicopatología, como desde el punto de vista de las pautas de una crianza normal.

La causa puede asentar también en el niño, ya que las diversas patologías infantiles condicionan también —y mucho!— la calidad y la intensidad de la relación niño-madre. Pero es ésta otra cuestión que apenas si se ha estudiado.

Por último, la causa podría atribuirse asimismo al *tipo de vinculación*, ya que hay estilos y modos diferentes de vinculación, en función de la variabilidad del contexto, donde ésta tiene lugar. De aquí que, ante la ausencia de patología en el niño y en los padres, convenga emplear el análisis observacional de la relación a través de un registro continuado, de manera que, posteriormente, pueda acometerse el análisis categorial del registro y realizar un tratamiento estadístico de los datos que permita identificar qué tipo de apego se da entre ellos.

En algunos casos es posible que la causa del trastorno del apego asiente en *variables contextuales*, que nunca son indiferentes a la relación, ya que el comportamiento del niño y de sus padres es adaptativo y alcanza su significado en un contexto determinado. Es posible que en este tipo de análisis se nos escapen también muchas otras variables que no son contextuales y que acaso puedan determinar la causa de que esa relación de apego esté alterada. En cualquier caso, el empleo de ese tipo de registros evitará, si no todos, muchos errores y confusiones sobre la psicopatología del apego y, sobre todo, contribuirá a potenciar, a hacer más eficaces y ajustadas, las estrategias que empleamos para su modificación.

Cuando no se procede así, es decir, cuando no se estudian los trastornos de la relación —focalizados y centralizados en la relación, «qua talis»—, entonces, hay mucho riesgo de desnaturalizar este ámbito novel y todavía por inaugurar que hemos dado en llamar *psicopatología del apego*. Y ello porque, lógicamente, la atención del clínico se pondrá, una vez más, en los trastornos comportamentales y/o estructurales que se manifiesten o puedan manifestarse en el niño y sus padres.

Pero proceder así entraña muchas posibilidades de error y cierta ineficacia. Error, porque se atenderá exclusivamente a los trastornos de las personas que articulan esa relación, lo que conlleva lo siguiente: (1) identificarlas cuando ya es tarde, puesto que es posible que sean efecto y no causa de los trastornos de la relación, una vez que estos se han perpetrado; y (2) axiomatizar la hipótesis que, precisamente, se trataba de probar, puesto que de no atenderse como se debiera a los trastornos del apego, una vez que éstos se han generado, podrían causar —por su cronicidad— ciertas perturbaciones en el hijo o en los padres. En un caso así, entonces es más fácil de sostener que, en apariencia, son los trastornos personales de unas y otras personas los que causan y dan origen a la psicopatología del apego, conclusión completamente errada.

Por último, afirmar que, desde el punto de vista de la intervención o se estudia la psicopatología del apego en sí misma considerada —en lo que tiene de perturbación de una relación—, o muy probablemente jamás se acometa como debieran los oportunos procedimientos diagnósticos para identificarla, de la misma forma que tampoco se diseñarán los pertinentes programas preventivos que pudieran evitar aquellas perturbaciones.

Es posible que por no situar el problema bajo el foco apropiado, se retrase el progreso científico y con él —y esto importa más—, no se atienda suficientemente el sufrimiento de padres e hijos y el moldeamiento erróneo de las conductas de estos últimos, de no sabemos qué lamentables consecuencias para el futuro de sus vidas.

Confiemos a ese futuro, precisamente, la función de verificar o falsar cuanto aquí afirmamos al filo de estas reflexiones.

Bibliografía

- ABER, J.-L.; SLADE, A. (1987). *Attachment theory and research: a framework for clinical interventions*. Nueva York: Erlbaum.
- AMERICAN PSYCHIATRYC ASSOCIATION (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th Edition. Washington D.C.: APA.
- AINSWORTH, M. D. S. (1970). «Attachment, exploration and separation: illustres by behavior of one years-olds in a strange situation». En: *Child Development*, 41, p. 49-67.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. Nueva York: Basic Books.
- DEMULDER, E. K.; RADKE-YARROW, M. (1991). «Attachment in effectively ill and well mothers: concurrent behavioral correlates». En: *Development and Psychopathology*, 3, p. 227-242.
- FREUD, S. (1905). *Complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 3. London: University Press.

- GARCÍA MADRUGA, J-A.; LACASA, P. (1992). *Psicología evolutiva*. Madrid: UNED.
- GOLDBERG, S. (1991). «Recent developments in attachment theory and research». En: *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, pp. 393-400.
- HARLOW, H-F. (1961). *Determinants of infant behavior*. Londres: B.M Foss (ed.).
- IZARD, C.E.; HAYNES, O.M.; CHISHOLM, G.; BAAK, K. (1991). «Emotional determinants of infant-mother attachment». En: *Child Development*, nº 62, pp. 906-917.
- LOUTRE, N. (1972). «El retraso de origen afectivo». En: *Bulletin de Psychologie*, XXVI, pp. 660-668.
- LYONS-RUTH, K. (1991). «Rapprochement or approachment: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research an early attachment relationships». En: *Psychoanalytic Psychology*, 8, (1), pp. 1-23.
- LYONS-RUTH, H.; CONNELL, D.B.; GRUNEBAUM, H.U.; BOTEIN, S. (1990). «Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment». En: *Child Development*, 61, (85), pp. 85-98.
- ROF CARBALLO, J. (1988). *Violencia y ternura*. Madrid. Espasa-Calpe.
- SILVERMAN, D-K. (1992). «Attachment research. An approach to a developmental relational perspectives». En: *Relational Perspectives in Psychoanalysis*, pp. 195-216. Nueva York: The Analytic Press.
- SPLITZ, R.A. (1945). «Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood». En: *The psychoanalytic study of the child*, pp. 53-74. Nueva York: International Universities Press.
- SROUFE, L.A. (1988). «The role of infant-caregiver attachment in development». En: *Clinical Implications of Attachment*, pp. 18-38. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- VARGAS ALDECOA, T.; POLAINO-LORENTE, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Madrid: Pirámide.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *The ICD-10. Clasificación of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Génova: WHO.
- ZEANAH, C-H. (1996). *Beyond insecurity: a reconceptualization of attachment disorders of infancy*. Washington.
- ZEANAH, C-H.; EMDE, R-N. (1997). «Attachment disorders in infants and young children». En: *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Plackweell.
- ZEANAH, C-H.; MAMMEN, O-K.; LIEBERMAN, A. (1993). *Disorders of attachment*, pp. 332-349. Nueva York: Plenum Press.