The background features an abstract graphic consisting of three overlapping circles of varying sizes, each with a dark blue center and a lighter blue outer ring. These circles are connected by thin, light blue lines that form a triangular shape. The largest circle is at the top, the smallest is in the middle, and the largest is at the bottom right.

**LA
VINCULACIÓN
AFECTIVA Y EL
CAMINO DE
LA VIDA.
APEGO,
PÉRDIDA Y
PSICOPATOLO
GÍA INFANTIL**

**XIV CONGRESO VIRTUAL
DE PSIQUIATRIA.COM**

2013

**Isabel Sánchez
Lorenzo**

LA VINCULACIÓN AFECTIVA Y EL CAMINO DE LA VIDA. APEGO, PÉRDIDA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

"No tener recuerdos de la infancia es como estar condenado a cargar permanentemente con una caja cuyo contenido desconoces. Y cuanto mayor eres, más te pesa y más te impacientas por abrirla al fin"

Jurek Becker



ÍNDICE

1. Introducción	pág 4
2. Teoría del Apego	pág 6
3. Modelos representacionales de la teoría del apego: Modelos operativos internos.....	pág 12
4. Transmisión intergeneracional del apego.....	pág 15
5. Apego, emoción y regulación emocional. Teoría de la mente y apego.....	pág 16
6. Apego múltiple.....	pág 19
7. El proceso de la vinculación, delimitación conceptual de vínculo y apego en la prevención y la psicopatología	pág 20
8. Psicoanálisis y perspectiva de la vinculación.....	pág 22
9. Perfiles evolutivos de los trastornos vinculares.....	pág 26
10. Hijos enfermos o padres enfermos? La disfunción de la parentalidad.....	pág 29
11. Duelo infantil y vínculo.....	pág 34
12. Aplicaciones de la teoría del apego a la psicoterapia.....	pág 47
13. Conclusiones.....	pág 52
14. Bibliografía	pág 53

1. INTRODUCCIÓN

En el curso de la evolución, sentimos atracción hacia determinados elementos del ambiente animado o inanimado, en especial gentes y lugares con las que nos hallamos familiarizados. Por otra parte, experimentamos rechazo por situaciones ambientales que nos proporcionan indicios naturales de peligro potencial tales como suelen ser: la soledad y lo desconocido.

Seres humanos y animales de otras especies, tienden a permanecer en un sitio familiar específico, en compañía de personas también familiares. Los individuos de una especie determinada, lejos de deambular al azar a todo lo ancho de la región a la que pueden adaptarse desde el punto de vista ecológico, por lo común, pasan su vida dentro de un sector sumamente restringido de aquella.

En un sujeto, los sistemas de activación que determinan la conducta de temor tienden a apartar al individuo de situaciones potencialmente peligrosas. De igual forma, los sistemas que determinan la conducta de apego, suelen empujarlo hacia situaciones en que potencialmente se hallará a salvo, y mantenerlo en esas condiciones.

A partir de los primeros meses de vida y durante toda la existencia del ser humano, la presencia o ausencia (física) de una figura de afecto es una variable clave que determina el que una persona se sienta o no alarmada por una situación potencialmente alarmante. A partir de esa misma edad y durante toda su vida, una segunda variable de importancia es la confianza o falta de confianza que experimenta la persona con respecto a la disponibilidad de la figura de apego (este o no presente físicamente) de responder a sus requerimientos cuando por alguna razón lo desee (Bowlby, 1985; 1998).

El apego se refiere a un vínculo específico y especial que se forma entre madre-bebé o cuidador primario-bebé y tiene varios elementos claves:

1. Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
2. Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
3. La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad.

La relación entre madre-infante o padre-infante constituye el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida. La familia tiene una función eminentemente protectora y socializadora. Dentro de ésta, el niño establecerá nexos

con el mundo exterior, haciéndose patente a través de la seguridad que se vaya solidificando según las relaciones entre los miembros de la familia. Se producen alianzas y coaliciones que en parte definen su estructura funcional. La ruptura de una alianza o coalición implica la necesaria reestructuración de la dinámica familiar (Ortigosa, 1999). Las relaciones afectivas familiares tempranas proporcionan la preparación para la comprensión y participación de los niños en relaciones familiares y extrafamiliares posteriores. Ayudan a desarrollar confianza en sí mismo, sensación de autoeficacia y valía (Trianes, 2000). Dentro de esta, la riqueza de las interacciones madre-hijo o cuidador-hijo es el predictor más consistente de la habilidad, el conocimiento y la motivación en los niños (Pino y Herruzo, 2000).

La **personalidad adulta** se visualiza como producto de la interacción del individuo con figuras claves durante sus años inmaduros y, en particular, con las figuras de apego. Individuos que han crecido en un hogar adecuado, con padres afectuosos en la medida normal, y han tenido ante sí a personas que pueden brindarle apoyo, aliento y protección, y saben dónde buscar todo ello suelen tener expectativas firmes y satisfechas; por lo que, como adulto, le resulta difícil imaginar un mundo distinto. Ello le hace sentirse seguro, de que toda vez que se vea en dificultades siempre tendrá acceso a figuras dignas de confianza que vendrán en su ayuda. Enfrentará al mundo con seguridad y, cuando se vea ante una situación alarmante, podrá encararla con eficacia, o buscar ayuda para hacerlo. La experiencia familiar de los niños que se convierten en seres relativamente estables y dotados de confianza en sí mismos, no solo se caracteriza por el apoyo que les brindan los padres cuando ello es necesario, sino también por el aliento que les brindan, de modo paulatino pero oportuno, para que vayan adquiriendo una autonomía cada vez mayor. Los adultos que desconocen la posibilidad de contar con figuras que le brinden apoyo y protección de manera constante, puede llegar a no confiar en la posibilidad de que siempre puedan tener acceso a una figura de afecto que les merezca plena confianza. Ven al mundo como algo impredecible y hostil, respondiendo en consonancia: apartándose de él o riñéndole (Bowlby, 1985; 1998). Entre ambos extremos se encuentran las personas que pueden haber aprendido que una figura de apego sólo responde de manera positiva cuando se le hace objeto de mimos y halagos. Otros pueden haber aprendido durante la infancia que la respuesta deseada solo puede obtenerse si se cumplen determinadas reglas del juego. Siempre que esas reglas hayan sido modeladas y las sanciones tibias y previsible, el sujeto podrá seguir creyendo en la posibilidad de obtener apoyo cuando lo necesite. Pero cuando las reglas son estrictas y difíciles de cumplir, y en especial cuando incluyen amenazas de quitar todo el apoyo, la confianza suele desvanecerse. (1)

2. LA TEORÍA DEL APEGO

El **concepto de apego** evolucionó del Psicoanálisis, en particular de la teoría de las relaciones objetales. El primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, fue **John Bowlby**, quien intenta mezclar los conceptos provenientes de la etología, el psicoanálisis y la teoría de sistemas para explicar el lazo emocional del hijo con la madre. En 1968, Bowlby define la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve la proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. Como resultado de la interacción del bebé con el ambiente y, en especial con la principal figura de ese ambiente, es decir, la madre, se crean determinados sistemas de conducta, que son activados en las conductas de apego. El vínculo de apego da al niño la posibilidad de regular y modular sus procesos cognitivos y emocionales. Esto da al niño la confianza necesaria para explorar su entorno y desplegar su curiosidad intelectual.(2)


Los principales exponentes de la **Teoría del apego** J. Bowlby y M. Aisworth plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad. Observaciones anteriores a los estudios de Bowlby y Aisworth acerca de la importancia del vínculo afectivo fueron realizadas por Spitz, Dorothy Burlingham y Ana Freud en la década de 1940. Estos estudios mostraron que los niños bajo cuidado institucional experimentaban una serie de reacciones que pueden ser interpretadas como signos de dolor, junto con los mecanismos defensivos contra el dolor, y que ellos tenían probabilidad de sufrir trastornos de desarrollos si el cuidado institucional se prolongaba.

En el establecimiento de las conductas de apego existen importantes diferencias individuales y, por tanto, se proyectan en el conjunto del proceso de vinculación. Se desarrollan con la finalidad de mantener la proximidad a la figura de apego y tienen como función la supervivencia (protección de los individuos jóvenes frente a los depredadores), se desarrollaron y mantuvieron de acuerdo al concepto darwiniano de la “selección natural”. Bowlby distinguió entre el vínculo de apego y las conductas de apego, la presencia aislada de tales conductas no implican un vínculo.

“Siempre que un niño pequeño que ha tenido oportunidad de desarrollar un vínculo de afecto hacia la figura materna se ve separado de ella contra su voluntad, da muestras de zozobra; y si por añadidura, se lo coloca en un ambiente extraño y se lo pone al cuidado de una serie de figuras extrañas, esa sensación de zozobra suele tornarse intensa. El modo en el que el chiquillo se comporta sigue una secuencia característica. Al principio protesta vigorosamente y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles. Luego parece desesperar de la posibilidad de recuperarla pero, no obstante, sigue procurando y vigila su posible entorno. Posteriormente parece perder el interés por la madre y nace en él un desapego emocional. Sin embargo, siempre que el periodo de separación no sea demasiado prolongado, ese desapego no se prolonga indefinidamente. Más tarde o más temprano el reencuentro con la madre causa el resurgimiento del apego” (J. Bowlby, La separación afectiva”) (3)

TEORÍA DEL APEGO

J. Bowlby



FASES DE REACCIÓN DE SEPARACIÓN

- **“PROTESTA-IRA”:**
angustia de separación, reacción a la amenaza de pérdida/llanto búsqueda del progenitor.
- **“DESESPERANZA”:**
duelo, reacción a la pérdida real/inmovilidad
- **“DESAPEGO”:**
Defensa del YO: reanuda actividades-la presencia de figura de apego no hace emitir respuesta.

Figura 1. Fases de reacción a la separación

La continuidad de la obra de Bowlby no vino de la mano del psicoanálisis sino de la psicología evolutiva. **Mary Ainsworth** trabajó con Bowlby nueve años, entre 1945 y 1954. Desarrolló un instrumento de observación denominado **Test de la situación ante el extraño**, que le permitió avanzar en estudio de conductas de apego al examinar el equilibrio

entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Se trata de una situación de observación (de unos 20 minutos de duración) en la cual el niño es colocado en un “ambiente extraño” (si bien, no excesivamente), una pequeña sala provista de un par de sillas y una tercera en el extremo más alejado, con juguetes. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña.

Tal y como esperaba, Aisworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobretodo, cuando salía la madre. A partir, de estos datos, quedaba claro que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias.

La respecto al carácter universal de la respuesta de los niños pequeños a la separación de su madre y, por tanto, estableció la hipótesis de que “los indicios naturales del peligro” (ambiente extraño, presencia de un desconocido, ausencia de la madre) provocarían el llanto del bebé (protesta), y una recuperación rápida de su interés por los juguetes (conducta exploratoria) al regreso de la madre. Sin embargo, los resultados obtenidos en su estudio (realizado por primera vez en Baltimore, con un grupo de 23 niños de un año) la confrontaron con algunas sorpresas.

- Mientras que la mayoría (50%) de niños se comportó como se esperaban **(SEGUROS)**: Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Las madres se comportaban como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.
- El 30% mostraron muy poco o ningún malestar al ser dejados solos en el entorno desconocido, y además ignoraron o evitaron a la madre al volver ésta **(INSEGURO EVITATIVO)**. Se comportaban curiosamente como niños más mayores que ya habían alcanzado la etapa de desapego como respuesta a

separaciones prolongadas. Aisworth interpretó la respuesta de estos niños, llamados evitativos, como expresión de la represión de las manifestaciones de ansiedad y enfado. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. En la observación en el hogar las madres de estos niños se mostraban relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos. La interpretación global de Aisworth en este caso era que cuando estos niños entraban en la *situación del extraño* comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella.

- El 20% de los niños restantes mantenían una angustia intensa que les impedía las conductas de exploración o juego incluso en presencia de la madre (**AMBIVALENTE/RESISTENTES**). Parecían preocupados con sus madres durante toda la prueba, o mismo en su presencia que en su ausencia, y no encontraban en su regreso ningún consuelo para su enfado o su angustia. No se calman con facilidad, tienden a llorar de forma desconsolada y no retoman actividad de exploración. Estos niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la *Situación del extraño*. Lo pasaban mal cuando ésta salía de la habitación, y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase.

Aisworth comprobó que la modalidad de apego observada en el niño sometido al test de situación al extraño se relacionaba con una modalidad específica de interacción con el niño por parte de sus cuidadores en todas las situaciones, empezando por su madre en el hogar. Es decir que las respuestas de apego del niño eran sistemas de conducta (modelos operativos) que se activan frente a sistemas de conducta de sus madres.(4)

Se ha comprobado que la separación prolongada de una persona de apego o la inexistencia de ella, da lugar a problemas graves en el desarrollo del bebé con dificultades o franca incapacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales de forma prolongada y significativa en etapas posteriores del desarrollo humano. (5)

ESTILO DE APEGO	CONDUCTA INFANTIL	CONDUCTA CUIDADOR
Inseguro Evitador TIPO A	Distanciamiento, evita al cuidador. Indiferente. No ansiedad de separación.	Rechazo, rigidez. Postura de indiferencia. Evita el contacto, sobretodo bajo estrés
Seguro TIPO B	Respuesta positiva frente al cuidador. Tranquilo y afectivo con la madre. Ansiedad de separación.	Disponibilidad, receptividad. Afectividad positiva (alegre, calmada)
Ambivalente TIPO C	Conductas de protesta. Aferrado y/o enojado en el contacto con el cuidador. Busca el contacto. Ansiedad de separación.	Insensibilidad, intrusividad (cuidador ansioso, tenso y exagerado); inconsistencia. Sobreprotección.
Desorganizador (TIPO D) (Main y Salomon, 1986)	Seguridad hacia la figura de apego, pero no se generaliza dicha conducta a todos los contextos. No manejan la angustia de separación. Conducta impredecible en relación al acercamiento/evitación de la madre.	Conducta inconsistente e inesperada. Desorganización mental grave (madres deprimidas, maltratadoras...)
Mixto A/C (Crittenden, 1985)	Niños con abuso y/o negligencia	

Figura 2. Estilos de apego

Es importante observar que la experiencia de pérdida no se ha relacionado con las necesidades de alimento, calor o incluso contacto. Sin embargo dos factores se describen con una especial significación para establecer la ruptura de las conductas de apego y hacen

referencia a determinadas características de los dos polos de la diada: el temperamento del lactante y las características personales de la figura materna. Peral & cols. Han elaborado un esquema (fig 3) de la evolución de la intensidad del vínculo y del apego infantil durante los 36 primeros meses de vida, en la parte inferior señalan los aspectos de la maduración neuropsicológica y psicomotora y en la parte superior aparecen contenidos vinculares diferenciados. En este esquema se observa que la mayor intensidad de apego se sitúa entre los 6-9 meses de edad, a partir de esa fecha la intensidad disminuye. Señalamos un contenido evolutivo fundamental: en esta etapa existe una convergencia general de todas las tendencias teóricas de la psicopatología, al señalar que en el periodo comprendido entre los 8-18 meses de edad se articula la ansiedad de separación con la ansiedad ante el extraño o segundo organizador de Spitz. Es decir: el primer esbozo de elaborar los procesos de separación. (6)

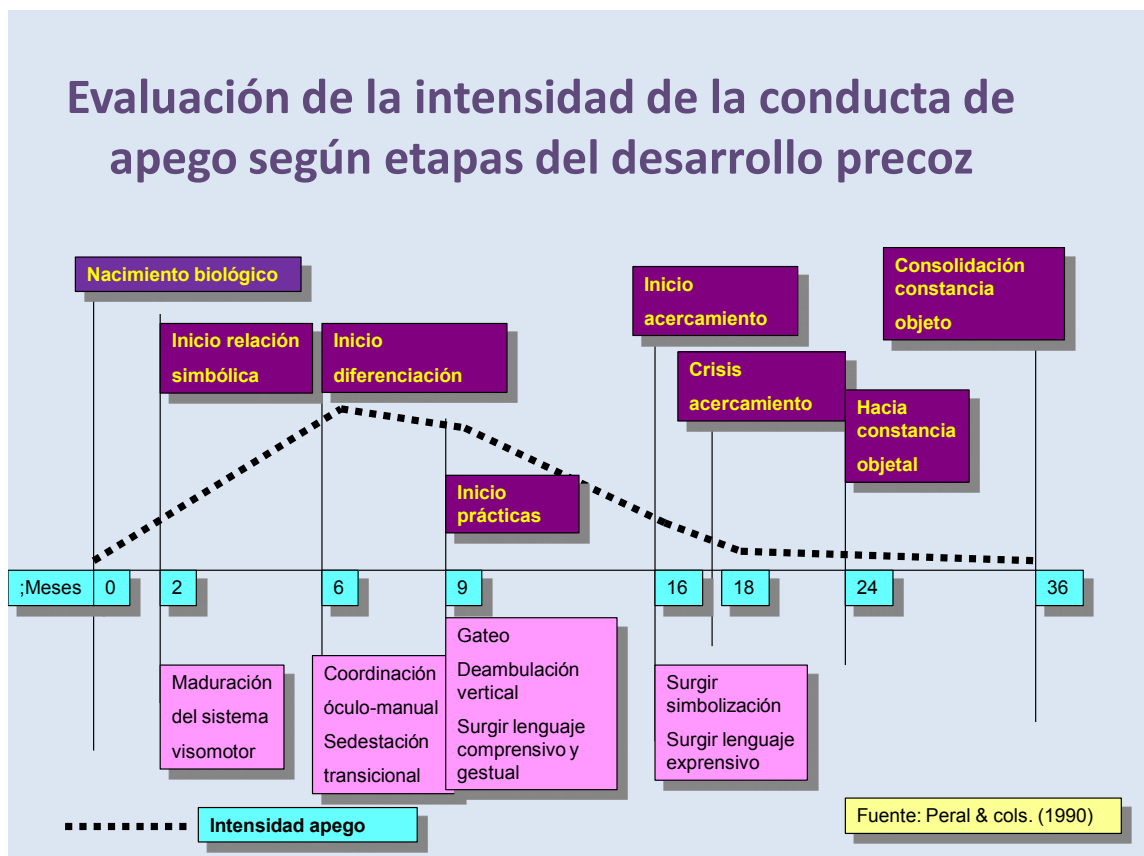


Figura 3. Evaluación de la intensidad de apego según etapas del desarrollo precoz

3. MODELOS REPRESENTACIONALES DE LA TEORÍA DEL APEGO: MODELOS OPERATIVOS INTERNOS.

Para Bowlby (1993) la teoría del apego es una forma de conceptualizar los fuertes lazos afectivos que se desarrollan en la experiencia de interacción con personas que son emocionalmente importantes. Y brinda una explicación desde la perspectiva interpersonal, de

situaciones intrapsicológicas tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que afectan la calidad de la adaptación social, así como la formación de modelos mentales (modelos operativos internos) que contienen la concepción de sí mismo y de las demás personas. Los **modelos operativos internos** que un niño construye a partir del vínculo afectivo que establece de sus padres (o con otras personas significativas en su vida afectiva) y de sus formas de comunicarse y comportarse con él, junto con el modelo complementario de sí mismo en la interacción de cada uno de ellos, se establecen firmemente como estructuras cognitivas influyentes, las cuales forman esquemas que integran afecto y cognición. Estos modelos mentales hacen posible la organización de la experiencia subjetiva e intersubjetiva, así como la actividad cognitiva.

Cuando un niño está asustado y pide ayuda, su madre puede tomarlo en brazos y decirle en tono tranquilizados: *¿Tienes miedo de estar solo? No te preocupes, mamá no te va a dejar solo.* Otro niño en circunstancias similares puede tener una experiencia diferente. La madre quitándose de encima le dice con tono agresivo y crítico *¡Pareces un gato asustado! ¡No ves que nadie te va a hacer nada!* Este niño no solo construirá una representación interna de su madre como no aceptadora de su pedido de ayuda, sino que puede empezar a verse a sí mismo como un *gato asustado* (Crittenden, 1992)

Los modelos operativos de uno mismo y de los otros se forman durante acontecimientos relevantes con respecto al apego y reflejan el resultado que han tenido las comunicaciones de demanda de cuidados por parte del individuo. Estos modelos no dependen solamente de acontecimientos ocurridos en presencia de la figura de apego. También pueden incluir, por ejemplo, el resultado de los esfuerzos del sujeto cuando trata de reunirse con el otro en su ausencia o las respuestas emocionales cuando trata de adaptarse a la separación.

Estos modelos comienzan a formarse en los primeros meses de vida, sin embargo continúan siendo interpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. La importancia de los primeros modelos reside en que muy posiblemente determinan la forma en la que el niño experimenta el mundo después y por tanto, pueden influir en la construcción de otros modelos posteriores.

Aunque los investigadores del desarrollo partidarios de la teoría del apego subrayan la importancia de las experiencias más tempranas en la formación y organización de los modelos operativos internos (por ejemplo, a través del amplio uso de la *situación extraña*), Bowlby (comunicación personal) dijo que, en su opinión, todos los modelos operativos construidos

durante largos años de inmadurez (infancia, niñez y adolescencia) son relevantes desde el punto de vista clínico.

Los modelos operativos no son estructuras estáticas, son muy estables pero pueden cambiar y ser activados o desactivados en cualquier situación particular. Un modelo operativo de algo que se experimentó en el pasado puede no encajar con la percepción de la realidad actual y es posible que sea modificado para tener en cuenta la nueva percepción. De lo contrario, la realidad actual podría ser percibida con distorsiones. Por ejemplo, un niño puede formar un modelo operativo de la casa en la que vive a la edad de siete años. Si a continuación no ve esa casa durante veinte años y luego regresa a ella, puede descubrir que la casa parece más pequeña de cómo la imaginaba; como consecuencia, puede actualizar su modelo operativo de la casa.

Desde la niñez a la adultez comprendemos el mundo mediante modelos operativos constantemente cambiantes. Todos nosotros interpretamos la información existente a nuestra manera, seleccionándola y procesándola para obtener nuestra particular visión del mundo, nuestra *realidad personal*. Los modelos nos permiten organizar de cierta manera el mundo que conocemos, imaginar nuevas aportaciones y posibilidades, imaginar cómo serían las cosas en circunstancias diferentes y predecir posibles consecuencias de la acción a tomar.

No podemos abordar ninguna situación ni ningún hecho como si fuéramos observadores totalmente imparciales, libres del aprendizaje del pasado. Siempre somos observadores sesgados y el problema consiste en ver si es posible estar sesgado solo hasta un punto operativo y si nuestros sesgos son susceptibles de ser modificados por la experiencia.

Bowlby dijo que un individuo que se encuentre bajo el predominio de modelos operativos positivos probablemente no sufrirá de ansiedad crónica ni subyacente. Este individuo tendrá probablemente un sentimiento de confianza en los otros y un sentimiento de seguridad en sí mismo. No obstante, esta persona también tendrá mejores habilidades para manejarse con la ansiedad en la vida diaria. Por tanto el concepto seguridad en el apego no solo se refiere a la confianza básica en otros sino que también se refiere a la percepción que el individuo tiene sobre sus propios recursos y de su propia efectividad, y también se refiere a sus recursos reales. (5)

4. TRANSMISIÓN GENERACIONAL DEL APEGO

La transmisión intergeneracional de la seguridad en el apego ha sido cuestionada e investigada en varios estudios. El hecho de que los padres seguros tengan hijos con apego seguro, los padres preocupados niños con apego inseguro-ambivalente, y los padres rechazados niños de apego inseguro-evitativo, ha sido probado en varias investigaciones (Benoit y Parker, 1994; Fonagy, Steele y Steele, en Oliva, s/a). Se ha encontrado que la capacidad predictiva que las representaciones maternas tienen sobre el tipo de apego que

establecen sus hijos es de alrededor del 80%. Estos datos ponen el acento en la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos. Los investigadores explican este fenómeno a partir de los **modelos internos activos** que son transmitidos a los hijos; que fueron construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente. Este último aspecto es muy importante, ya que lo importante no es el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con sus figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias. Es decir, no es tan determinante el tipo de apego que tuvo con los padres propios sino la reelaboración consciente e inconsciente que luego, durante la vida y el cumplimiento del rol de padres se haga de aquella experiencia.

El hecho de que exista la transmisión generacional del apego no debe llevarnos a pensar que siempre es una copia exacta del apego materno. Si bien los modelos representacionales del tipo de apego parecen tener mucha estabilidad, algunos acontecimientos en la vida de los padres, pueden provocar su cambio.

La **resiliencia** es la capacidad del ser humano de enfrentar y sobreponerse a situaciones adversas – situaciones de alto riesgo (pérdidas, daño recibido, pobreza extrema, maltrato, circunstancias excesivamente estresantes, etc.) y generar en el proceso un aprendizaje, e inclusive una transformación. Supone una alta capacidad de adaptación a las demandas estresantes del entorno y genera la flexibilidad para cambiar y reorganizar la vida, después de haber recibidos altos impactos negativos.

Ahora, resiliencia no se trata de la capacidad de sufrir y aguantar como un estoico. Más que la capacidad de enfrentar y resistir maltratos, heridas, etc., la resiliencia es la capacidad de recuperar el desarrollo que se tenía antes del golpe y permite superar el trauma y reconstruir su vida. El desarrollo de la capacidad de resiliencia depende fundamentalmente de la seguridad de apego en los años de infancia y adolescencia. (7)

5. APEGO, EMOCIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL. TEORÍA DE LA MENTE Y APEGO.

El apego juega un rol muy importante en lo que se refiere a la regulación emocional. Esta regulación dependiendo del apego, puede ser flexible o rígida. **Fonagy y cols (1997)** proponen que la seguridad en el apego permite y facilita la capacidad auto-reflexiva y la mentalización asegura la comprensión intuitiva de las motivaciones del otro y su predicción. A partir de experiencias repetidas con sus figuras de apego, los niños desarrollan expectativas en cuanto a

la naturaleza de las interacciones. Esto protegería contra los trastornos de conducta en la medida que el adolescente es capaz de intuir los sentimientos del otro, generando relaciones empáticas (**TEORÍA DE LA MENTE**)

El ser humano es social por naturaleza. La Teoría de la mente se define como la habilidad psíquica que poseemos para representar en nuestra mente los estados mentales de otros (pensamientos, deseos, creencias, intenciones, conocimientos) y mediante esta representación psíquica poder explicar y predecir su conducta. La empatía, por otro lado, es descrita como la capacidad de inferir y compartir las experiencias emocionales del otro. Tanto la mentalización como la empatía resultan indispensables para el ser humano en su proceso de adaptación al grupo social y cualquier falla en estos procesos se traduce en síntomas y en sufrimiento.

La regulación de las emociones (Brenner, 1997) es junto a la vinculación afectiva uno de los aspectos fundamentales para comprender la psicopatología de los niños de 0 a 3 años y para entender la relación que existe entre estas dos áreas y la presentación posterior de cuadros depresivos y comportamentales.

El medio familiar resulta importante en el desarrollo de la teoría de la mente. Los padres que hablan a sus hijos sobre los estados emocionales de otros y los hermanos mayores pueden estimular en los niños los procesos de adquisición de la teoría de la mente. Por el contrario, un medio ambiente familiar con privación emocional o comportamientos abusivos impide el desarrollo de habilidades cognitivas de la teoría de la mente y producir un funcionamiento cabilante o abstraído con franca inhibición funcional, como mecanismo de defensa frente a las agresiones del medio. (8)

Estilos de apego y estrategias de regulación emocional

Los estilos de apego se asocian a ciertas emociones y, además, se relacionan con la expresión de éstas y su regulación; de este modo, las estrategias utilizadas para expresar y regular emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego (Kobak & Sreedy, 1988; Lecannelier, 2002^a; Valdés, 2002).

Para Sroufe (2000a), el apego es concebido como la regulación diádica de la emoción; pronostica que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego

seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones en el niño. Señala que niños con apego seguro expresan directamente sus emociones, exhiben notable curiosidad, gusto por la exploración y expresividad afectiva; en situaciones de afecto intenso permanecen organizados, manifiestan esfuerzos por modular la excitación, presentan flexibilidad en lo emocional adecuando la expresión de impulsos y emocionalidad al contexto. Además, acuden eficazmente a otros cuando sus propias capacidades fallan. Por el contrario, el sujeto con historias de apego ansioso tienden a experimentar dificultades para manejar los desafíos emocionales de las relaciones con sus iguales. En el apego seguro se presentan mayor cantidad de emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad; en el estilo evitativo predominan emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza y, en el estilo ambivalente, resaltan emociones como preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad.

Un apego desorganizado a los 12-18 meses predice de forma significativa un problema de conducta de forma significativa, aunque de forma débil. Es el apego desorganizado el que origina el mayor problema de regulación emocional y el que muestra una mayor asociación con los problemas psicológicos (Shaw y Vondra, 1995). Se ha demostrado que los niños con un trastorno negativista desafiante presentan de forma significativa un apego inseguro tanto a la figura materna como paterna. Sin embargo el hecho de que un porcentaje importante de niños con trastornos de conducta presenten un apego seguro, nos indican que el apego inseguro no es más que un aspecto más de los implicados en la génesis de los trastornos de conducta. Por tanto es importante resaltar que la "inseguridad" en el apego no es sinónimo de psicopatología.

Con respecto a las estrategias de regulación emocional, en el estilo seguro se utilizan mayormente estrategias de búsqueda de proximidad, afiliaciones y búsqueda de apoyo social. En el estilo evitativo se tienden a utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de la búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo ambivalente se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación y sobreactivación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante de recuerdos emocionales negativos, activación crónica y disfuncional del sistema de apego.

6. APEGO MÚLTIPLE

Aunque Bowlby admitió que el niño puede llegar a establecer vínculos afectivos con distintas personas, pensaba que los niños estaban predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal, y que el apego con esta figura sería especial y distinto cualitativamente del establecido con otras figuras de apego secundarias. A esto lo llamó monotropía o monotropismo y planteaba que era lo más conveniente para el niño/a. consecuentemente, una situación donde los niños fueron criados por varias personas no sería adecuada. Más tarde Bowlby afirmó haber sido malinterpretado sobre este particular.

Es común que cuando un niño esté triste o enfermo busque la compañía de su madre preferentemente, pero también es posible que prefiera al padre. Investigaciones realizadas en este sentido prueban que en el momento del nacimiento los padres pueden comportarse tan sensibles y dispuestos a responder a los bebés como las madres. El apego no sólo se produce con relación a las figuras parentales. Aunque se admite que hay poca investigación al respecto, se sabe que con los hermanos se logran verdaderas relaciones de apego. Los niños se ofrecen unos a otros ayuda y consuelo en situaciones desconocidas o amenazantes. (5)

7. EL PROCESO DE VINCULACIÓN, DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE VÍNCULO Y APEGO EN LA PREVENCIÓN Y LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Los términos vínculo y apego se han utilizado de una forma harto profusa lo que puede originar una cierta confusión o bien que se utilicen como sinónimos, pero existen una serie de matices conceptuales que son de especial importancia señalar, para su aplicación clínica y, sobre todo, desde la perspectiva de la investigación y evaluación longitudinal.

1º Vinculación: se entiende como tal la reducción de la distancia del bebé con la figura materna y el mantenimiento de la proximidad física con ella, lo que tendría como

consecuencia una clara reducción del temor y la ansiedad en el desarrollo precoz del bebé, tal y como lo expone Bowlby. Esta aportación es contraria a algunas bases de la teoría psicoanalítica, sobre todo cuando hace referencia a que la reducción de la ansiedad es la causa y no el efecto del establecimiento vincular del bebé con su madre.

2º Competencias del bebé: este concepto fue desarrollado por Brazelton para denominar y subrayar las capacidades del bebé para establecer distinciones entre los diferentes estímulos presentes en su entorno, identificando los que son emitidos por la figura materna de forma prioritaria (PE, trazos del rostro, voz, olores corporales, caricias). Estas discriminaciones sensoriales y perceptivas obtienen un ajuste de competencias motrices y el vínculo precoz del bebé con la figura materna (considerada como figura de apego primaria): el grito, la sonrisa, la succión no relacionada con la alimentación, la prensión y el seguimiento ocular.

3º Interacciones madre-bebé: Son fenómenos en los que el bebé y la madre se influyen mutuamente (pe: bebé agitado-la madre le pone sobre el cuello-la madre segrega secreciones corporales específicas-percepción por parte del bebé-el bebé se calma; madre nerviosa o agitada-hora del amamamiento o comida-bebé llora-agitación y tensión en madre al cogerlo en brazos-el bebé percibe la rigidez por tensión muscular y secreciones maternas-bebé se adapta con dificultad y se agita más-rechazo de alimento-la madre incrementa ansiedad- cierre de círculo vicioso).

4º Apego: Constituye un sistema primario específico que se manifiesta desde el momento mismo del nacimiento con las características propias de cada especie (p.e. alimento: forma primaria e irresistible del bebé (pulsión)--> satisfacción de su sensualidad (libido)--> relación con el seno materno o su sustituto--> satisfacción simultánea de ambas necesidades (alimenticias y del malestar) en el bebé y en la figura materna).

5º Conducta de apego: Se denomina así a todo comportamiento del recién nacido que tiene como consecuencia y por función inducir y mantener la proximidad o el contacto con la madre o persona que le sustituye. Se sabe que el bebé tiene capacidades perceptivas muy precoces que le permiten realizar este tipo de identificación. (9)

8 .PSICOANÁLISIS Y PERSPECTIVA DE LA VINCULACIÓN

La perspectiva psicoanalítica ha aportado interpretaciones valiosas con la explicación de las denominadas **relaciones objetales**: su estudio ha sido importante para comprender los procesos depresivos ya que toda depresión plantea, inevitablemente, dos problemas: el de la experiencia de la pérdida y el de sus relaciones con la agresividad.

Freud en un principio señaló que el substrato del mundo psíquico respondía al principio del placer y, sobre este constructo, se iba elaborando el principio de realidad. Ello daba, como primera consecuencia, que el bebé tenía una cierta pasividad, es decir, era un mero receptáculo constituido por inconsciente puro. No obstante el propio Lebovici señala que las nuevas investigaciones etológicas aportan datos suficientes para señalar que el núcleo del sujeto es el principio de realidad, ya que para la elaboración del principio del placer se precisa un grado tal de elaboración mental y de madurez que es imposible poseer en las

primeras etapas del desarrollo humano. Este mero cambio supone una verdadera revolución conceptual, no sólo para la comprensión de la dinámica psíquica y de la psicopatología sino, sobre todo, para su aplicación psicoterapéutica. (10)

Pérdida/transformación de las relaciones objetales: Tanto Freud como Abraham creen que la depresión es la experiencia de la pérdida del objeto amado. La pérdida y el sentimiento de haberse quedado sin esperanza y sin ayuda son constituyentes universales de la experiencia humana, la repetición e incremento de la intensidad de estos sentimientos explican, en gran parte, los trastornos afectivos. Estos fundamentos se han basado en la observación de bebés afectados de cuadros de depresión anaclítica, inicialmente descritos por Spitz en los niños institucionalizados. Para Bowlby la depresión se produce por la pérdida del vínculo de apego, ya que la depresión del lactante se asocia a la ruptura de los vínculos emanados de las conductas de apego precoces (constituidos en torno a los 4-7 meses de edad) sea por una separación real o por sucesivas experiencias de pérdida.

Ayudar a superar/elaborar la vivencia de pérdida, la transformación de los procesos de vinculación o buscar figuras de apego alternativas, aquí es donde encuentra toda su significación e importancia comprender la complejidad de los **objetos transicionales**, magistralmente desarrollado por Winnicott: Son objetos que están en el mundo externo, pero son depositarios de representaciones mentales del mundo interno de los niñ@s. El osito de peluche, la succión del dedo pulgar, la sabanita o el trozo de franela ocupan ese espacio transicional que discurre desde el sentimiento de pérdida del objeto amado (la madre) al hecho real de estar solo o, como señalaba el propio Winnicott, a saber desarrollar la capacidad de estar solo. Estos objetos reúnen dos características definitorias de especial relevancia: pertenecen y están en el mundo externo, en la realidad externa; pero poseen un valor de ser depositarios de las fantasías y proyecciones propias del sujeto infantil, por esas dos circunstancias oscilan permanentemente entre el posible escaso valor externo (sucios, ruidos, zaparrastrosos) y el gran investimento afectivo por parte del niñ@ (la necesidad de tenerlo cerca para dormirse o en los momentos de soledad y aburrimiento/tristeza).

Esta genial aportación de Winnicott ha permanecido mucho tiempo olvidada, hasta que un cardiólogo pediátrico americano llamado Shaffer describe que en sus pacientes cardiológicos infantiles un osito de peluche les ayuda a superar la situación de dependencia, muy intensa en este tipo de pacientes, haciéndoles sentir que eran más niños al poder establecer un juego no limitado ni prohibido. Con este planteamiento diseñó un osito de peluche con el nombre de "Sir-Koff-a lot" del que se vendieron más de 20.000 unidades en los

centros de venta de los hospitales pediátricos durante los primeros seis meses de 1990; visto el éxito de sus "aportaciones", el citado cardiólogo pediátrico extendió sus teorías también a los pacientes cardiológicos de la edad adulta, desafortunadamente el artículo no señala el incremento de las ventas ni los efectos en estas experimentadas personas mayores. (11)

Duelo: Ya el mismo Freud concibió el trabajo mental del duelo como un desprendimiento progresivo del objeto al que la libido estaba fijada y, por lo tanto, una pérdida de las catexias de las representaciones de dicho objeto. La vivencia del duelo en la primera infancia es muy singular, no solo se refiere al duelo de pérdida del lactante, sino también al duelo (real o fantaseado) de la figura materna en cuanto a la aceptación del bebé real frente al bebé fantaseado. Algunos rasgos del temperamento infantil contribuyen a facilitar o a dificultar la interacción con la figura materna y, por lo tanto, a configurar un tipo u otro de vínculos y de conductas de apego entre ambos polos de la diada. De esta suerte se pueden entender que unos determinados estímulos sean para bebés diferentes hiperestimulantes o hipoestimulantes.

El duelo se instala, por lo tanto, para rellenar la pérdida del objeto cuando el sujeto no tiene ya la facultad de luchar, de esta forma una respuesta emocional normal pasa a ser una respuesta que causa disconfort y desasosiego.

Las fases del duelo descritas por Bowlby: negación e incredulidad del hecho de la pérdida, rabia contenida y culpabilización del ausente, tristeza por la percepción de la ausencia y elaboración de la pérdida, se suelen presentar de forma simultánea y un tanto desordenadas en la primera infancia, siendo el bebé también receptor de las proyecciones del proceso de duelo del entorno. Cuando las fases del duelo no se suceden de una forma razonable o cuando existe un "anclaje" en una de ellas aparece lo que se conoce como duelo patológico, que algunos autores consideran como el núcleo de muchos trastornos afectivos. (12)

Todas las investigaciones en torno al valor de la senso-percepción y del estímulo sensorial en las conductas de apego a lo largo del proceso de vinculación confirman que: el bebé procesa la información desde las sensaciones recogidas por los órganos de los sentidos:

* La visión obtiene su importancia en captar la expresión del rostro de la madre, sobre todo de sus propios ojos y al animarle de movimiento y expresividad.

* El oído por el tono y volumen especial que se da al dirigirse al bebé.

* El tacto al significarse con el contacto cuerpo-a-cuerpo y en las caricias, bien sea en el amamantamiento o en el baño.

* El olor de la cercanía de la figura de apego, que el bebé es capaz de diferenciar desde la primera semana de vida.

* La alimentación: textura de los alimentos, sensación de saciar el hambre, tardanza versus inmediatez en la satisfacción del hambre.

* Pero sobre todo: se incluye la simultaneidad de varios de estos estímulos en un tiempo y espacio precisos, el movimiento, la secuencia y la actitud de la figura de apego, pero también de la respuesta que se obtiene del bebé.

Frente a estas necesidades básicas para el establecimiento del apego, existen alteraciones en estas situaciones: discontinuidad, poca receptividad a las demandas del bebé, alteraciones maternas más o menos importantes (p.e. depresiones severas postparto, psicosis, abuso de sustancias, afecciones crónicas), inseguridad (falta o inadecuación de una red de apoyo social, familias monoparentales, maternidad adolescente), temores, que van a llevar a importantes disfunciones en la interacción y en la secuencia de los estímulos que se dan al bebé y ello hará que el niño invista, por déficit o por excitación, de una forma determinada cada una de las funciones o estímulos que se realizan sobre su cuerpo.

La propia vivencia de la figura materna tiene una especial importancia, de ahí la inclusión de lo que psicoanalíticamente se ha conocido como proyección (clásica acepción de Klein y su escuela), función del fantasma materno (Lacan y su escuela), y/o el deseo de la madre (Mannoni y Dolto). Esta es la dimensión interactiva de estos términos, en tanto disfunciones o francas perturbaciones en esa interacción. Sobre todo porque el bebé ya no es considerado exclusivamente como un mero recipiente de estímulos, sino que el mismo bebé elabora su código de comunicación -competencias del bebé, según Brazelton- que precisa ser descifrado por la figura materna. Si se descifra con un predominio del "sentido materno" el bebé será algo más pasivo y la alteración en la interacción -con sus posibles secuelas psicopatológicas- está servida. (13)

9. PERFILES EVOLUTIVOS DE LOS TRASTORNOS VINCULARES

La experiencia clínica sitúa los **perfiles evolutivos** de los trastornos de vinculación en la infancia en tres líneas de trastornos mentales, en ocasiones se desarrollan a lo largo de la infancia y la adolescencia y en otras ocasiones son procesos que quedan adormecidos o evolucionan de forma larvada hasta la etapa adulta. Estos perfiles evolutivos son los siguientes:

1. Perfil psicossomático: El cuerpo adquiere una significación de gran relevancia tanto por la percepción táctil (hiperestimulación/ hipoestimulación/ disestimulación, contacto piel a piel con armonía táctil vs. movimientos prensiles disarmónicos) como por la alteración de los patrones de la cercanía corporal (cercanía vs. "invasión", p.e. acostarle en la propia cama de los padres de forma prolongada). Las formas clínicas de presentación más frecuentes son:

1.1. Trs. esfinterianos: Sobre todo con una alteración clara de la función esfinteriana: estreñimientos pertinaces con relación muy "manipulada" (enemas, supositorios, obligarle a permanecer sentado en el retrete, enseñanza precoz del control esfinteriano); enuresis con "paquete" hasta edades muy inadecuadas con mensaje contradictorio: "Debes ser mayor", pero... Sigue siendo mi bebé con pañales"; encopresis de contenidos muy regresivos y mala canalización de la agresividad.

1.2. La presencia de algias diversas, sobre todo la cefalea y las abdominalgias, en estas somatizaciones la dificultad de expresión afectiva y emocional hace que revierta sobre el síntoma corporal, son síntomas de un alto valor operatorio y, por lo tanto, muy difícil de abordar emocionalmente de entrada "no sé para qué lo mandan a salud mental, pues lo que le pasa es que le duele (la cabeza o la tripa) y no le encuentran lo que le pasa, pero algo le pasará".

1.3. Los síntomas digestivos, sobre todo los vómitos y la alteración del ritmo de evacuación intestinal (alternancia estreñimiento/diarrea ante situaciones de estrés, algunas diarreas crónicas inespecíficas de la infancia que son equivalentes del colon irritable de la edad adulta), son de gran importancia para poner de manifiesto lo precoz y arcaico de los síntomas del aparato digestivo al estar unidos a dos contenidos fundamentales: la función materna y la función de supervivencia.

1.4. Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), adquieren desde esta perspectiva su máximo valor, dado que tanto los factores precipitantes como los de mantenimiento remiten de forma clara y rotunda al proceso vincular, tanto al establecimiento como al mantenimiento y la ruptura de los vínculos.

1.5. Los trastornos del sueño, junto con los trastornos digestivos y alimentarios representan un doble contenido fundamental ante los procesos de autonomía/dependencia: la cercanía incluso táctil de la presencia de la figura de apego (fundamentalmente la madre) y la capacidad de estar solo y, por lo tanto, verse con capacidad de diferenciación con la figura de apego.

1.6. Impacto sobre la evolución de las afecciones crónicas, tanto en las recaídas o reagudizaciones de los procesos (p.e. crisis de asma, coma diabético) como la clara influencia que se posee en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y en una buena evolución clínica. Aunque no es extraño la concurrencia con las situaciones de duelo/reparación, tan frecuentes en este tipo de procesos.

2. Perfil conductual: El proceso vincular posee una clara proyección en la función y forma de transmitir los límites y la norma, la posibilidad de acceder a sustitutos de apego y el establecimiento de conductas de apego jerarquizadas con las diferentes figuras de apego y la aceptación de la frustración y cumplimiento de la norma. Las investigaciones llevadas a cabo sobre trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia evidencian que la elección de los pares se ve influida por el tipo de vínculos y de conductas de apego que se han establecido en la primera infancia . De hecho se conoce que los pares van a influenciar el tipo de comportamientos (p.e. consumo de sustancias o actividades delictivas) y el mantenimiento de esos comportamientos. Este hecho de reproducir el tipo de vínculos familiares en la elección de las relaciones con los pares es de suma importancia desde un planteamiento de seguimiento longitudinal y del posible desarrollo de posibles actividades de tipo preventivo.

2.1. Desde los meros **trastornos relacionales** (lugar que ocupa el otro en la relación) a los más graves de **los trastornos disociales** (valor de la ley/justicia en las relaciones sociales) van una amplia gama que va a depender de la etapa evolutiva y del impacto de la ley real en dicho momento evolutivo.

2.2. Un tipo de trastornos muy evidente son **las conductas adictivas**, bien sean con sustancias (abuso de drogas, alcoholismo) como sin sustancias químicas (ludopatías, videojuegos, adicción al trabajo), en ambos casos existe una sustitución disfuncional y patológica de un objeto (sustancia o no) para obturar una disfunción profunda del proceso de vinculación y/o del fracaso de las conductas de apego correctoras posteriores. Para que esto acontezca debe ocurrir una sintonía y sinergia entre la etapa evolutiva, la elaboración del duelo/pérdida/disfunción/insuficiencia vincular y la "oferta" de un apego externo (sustancia química o comportamental) que intente obturar la percepción de esa alta vincular.

3. Perfil afectivo y del humor: Los estudios más recientes acerca de los procesos de vinculación ponen en evidencia la relación que existe ente el proceso de vinculación y la estabilidad afectiva. Por lo tanto la pérdida de ese proceso vincular es bastante similar al proceso de elaboración del duelo, tal y como sugiere Bowlby desde sus primeros estudios. Entre los cuadros clínicos que guardan una estrecha relación con esta concepción podemos señalar:

3.1. Trastornos de ansiedad de separación: Aunque desde la perspectiva de las investigaciones retrospectivas de la psicopatología del adulto (Klein y cols.) relacionan estos trastornos con futuras agorafobias y/o crisis de pánico, no es menos

cierto que las investigaciones longitudinales más rigurosas de tipo prospectivo llevadas a cabo desde la psicopatología del desarrollo (Rutter, Rodríguez-Sacristán, Sánchez & Pedreira) evidencian que los contenidos psicopatológicos están más relacionados con la percepción subjetiva de la pérdida vincular, por lo tanto remiten a contenidos ligados a la línea afectiva y del humor, con o sin componente de ansiedad.

3.2. Trastornos de la línea depresiva: Son las líneas de investigación que se están desarrollando en la actualidad con más profusión y que guardan relación con algunas características propias de las figuras de apego y con el desarrollo posterior del propio proceso de vinculación. El sentimiento de pérdida (vincular y afectiva) es algo nuclear en los procesos depresivos que, en su grado más extremo de tipo melancólico, puede llegar el profundo sentimiento de soledad.

3.3. Distimias: De gran interés resulta haber "rescatado" este proceso del ostracismo, incluso del olvido, al que las recientes clasificaciones americanas la habían sumido. Las conclusiones del grupo de estudio de la World Psychiatric Association sobre el particular son de gran interés: por una parte relacionan el cuadro con una personalidad base de tipo constitucional y con perspectiva del desarrollo (crisis de la adolescencia y su resolución), pero que se modula con algunos acontecimientos vitales de especial relevancia que están en relación, clara y rotunda, con procesos vinculares (duelos reales o simbólicos).(9)

10. HIJOS ENFERMOS O PADRES ENFERMOS? LA DISFUNCION DE LA PARENTALIDAD

“El punto clave de mi tesis es que existe una intensa relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos, y que ciertas variaciones corrientes de dicha capacidad, que se manifiesta en problemas conyugales y conflictos con los hijos, así como síntomas neuróticos y problemas de personalidad, pueden atribuirse a determinadas variaciones corrientes de los modos de desempeñar los padres sus correspondientes roles”. (J: Bowlby 1979)

El supuesto de que los estilos de los progenitores ejercen una importante influencia en el desarrollo de los hijos tiene una larga historia. Se han descrito sobre este tema multitud de artículos y libros. Las primeras manifestaciones de esta preocupación fueron los métodos educativos de Locke (1663) y de Rousseau (1762). Desde el campo psicoanalítico se han

realizado exploraciones sobre los efectos negativos de las prácticas disfuncionales de los padres. Sin embargo, la teoría del apego de Bowlby tiene el mérito de proponer un marco semántico para relacionar la interacción disfuncional temprana progenitor-hijo con el desarrollo del niño a través de una senda sub-óptima, con sus secuelas de apego ansioso y psicopatología.

Los patrones de interacción entre la madre o el padre y los niños, una vez establecidos, tienden a persistir en la mayoría de los casos. Una causa de dicha persistencia es el modo en que el progenitor trata al niño, ya que, para bien o para mal, tiende a continuar sin cambios. Como un cuidador trate a un niño se relacionará, en gran medida, con su personalidad. Su patrón de interacción raramente cambiará a menos que esté en terapia y puede permanecer así cuando el niño tenga 2, 5...y hasta 50 años!

Los progenitores que son sobre-protectores o que maltratan a sus hijos, o que sufren adicciones, depresiones u otras enfermedades psiquiátricas, tienden a desviar el desarrollo de sus hijos a niveles sub-óptimos. Por el contrario, los progenitores cálidos, afectivos y que apoyan las iniciativas de sus hijos y sus necesidades de exploración, tienden a tener niños que crecen mentalmente sanos y psicológicamente maduros y creativos (Franz y colaboradores, 1994)

La mayoría de los niños evalúan a sus padres de manera favorable, pero tienen tan escasa experiencia del mundo que no son capaces de comparar las actitudes y conductas de sus padres con las de otras familias que tal vez sean menos patológicas.

La enfermedad de los padres puede afectar la manera en la que cuidan y tratan a sus hijos. El padre o la madre puede estar confinado en su casa y tener agorafobia. Puede tener ingresos psiquiátricos frecuentes y oscilar entre periodos de depresión y manía, o puede sufrir episodios agudos en el curso de una esquizofrenia. La depresión materna ampliamente estudiada por los efectos que tiene en los hijos, particularmente en el bebé. En todos los casos, su enfermedad psiquiátrica habrá de repercutir inevitablemente en la calidad de su función paterna y en muchos casos se puede percibir una verdadera inversión de roles. (5).Se comentará a continuación la influencia sobre los niños de la enfermedad mental grave en padres y la depresión puerperal

Padres psicóticos...

Los estudios sobre la primera infancia destacan la importancia del afecto y de los vínculos con las figuras parentales para el desarrollo evolutivo del niño. Winnicott señala en sus trabajos la importancia de la estabilidad y continuidad del medio, tanto en sus aspectos físicos como emocionales, como necesarios para el desarrollo del niño. La etapa en la que se encuentra el menor cuando aparece un acontecimiento traumático, es un factor a considerar en el estudio del efecto de los padres psicóticos en los hijos. Las características psicóticas de los padres, sobre todo cuando se trata de la madre, afectan al desarrollo del niño, sin embargo la opinión de este autor es que la enfermedad del niño es exclusivamente del niño, aunque en la etiología las fallas ambientales resulten decisivas. Diferencia la psicosis en una madre, ya que hay ciertos efectos que solo tienen que ver con la relación madre-hijo, dado que ésta se inicia desde el primer momento de la vida del niño, de los efectos de la psicosis del padre, que no repercuten en los niños en la más temprana infancia. La vida de los niños se ve seriamente perturbada cuando la madre se encuentra en un estado caótico. En la etapa en que necesitan que la madre se ocupe de ellos, pueden sentirse abandonados.

Si la actitud materna resulta contradictoria y confusa, mostrando a la vez rechazo y protección, no estará disponible ante las necesidades de apoyo, afecto y protección del menor, y el desarrollo de éste se verá comprometido, de forma que su verdadero "self" no llegará a formarse o quedará oculto tras un "falso self".

Los niños muy pequeños pueden aprender a percibir el estado de ánimo de los padres y prepararse para soportar sus cambios de ánimo; sin embargo lo que les resulta traumático es la imposibilidad de predecir cuál será su reacción. Winnicott considera que la amenaza de una inminente desintegración de la estructura familiar no lleva necesariamente a una enfermedad clínica de los hijos, en algunos casos puede provocar un crecimiento emocional prematuro, una independencia y un sentimiento de responsabilidad igualmente prematuros. Esto tampoco es salud, aun cuando exhiba riesgos sanos.

Cuando hay un padre enfermo no siempre es cierto que el otro miembro de la pareja asuma adecuadamente su función paterna. Ocurre en muchos casos que el progenitor sano se aleja para proteger su propia cordura o por no entender la enfermedad, dejando abandonados a los hijos a la psicosis del otro progenitor, sobre el cual recae la responsabilidad de los hijos.

Los niños que atendemos, en la medida que necesitan acudir a la terapia, están atravesando fases en las que retroceden y vuelven a experimentar, o experimentan por primera vez con nosotros, las relaciones tempranas que no fueron satisfactorias en su historia pasada.

Para Levovici, vivir con un padre psicótico, supone pertenecer a un sistema donde la comunicación está muy perturbada. Cuando trabajamos con hijos de padres psicóticos es importante tener en cuenta las relaciones reales y fantasmáticas de sus padres con sus propios padres, pues el niño puede ser receptor de proyecciones de las imagos parentales de los enfermos adultos. Las madres psicóticas pueden dar a sus pequeños un afecto cálido, aunque irregular. Numerosas observaciones muestran el efecto nocivo que puede darse en muchos casos cuando el niño es cuidado por una abuela o familiar que le esconde de una manera ambigua la existencia de una madre psicótica. De ahí el interés que tienen algunos servicios que ayudan a las madres con sus hijos pequeños, tales como hospitales de día, guarderías especializadas para ayudarlas en los cuidados diurnos, ayudas domiciliarias, ect.

Se ha constatado que el conocimiento de la enfermedad mental interviene en la maduración del niño, a partir del momento en que son reconocidos e identificados oficialmente los trastornos. De ahí la importancia de los programas preventivos que trabajan con los niños, lo que representa una protección para él, pero también para la familia. Esto no supone privar a la madre de sus funciones específicas, sino procurar, por todos los medios-por su propio interés y del niño-que se instaure una relación maternal saludable, que pueda prolongarse a pesar de la enfermedad de los padres. (14)

“Doble vínculo”

Esta forma de comunicación contiene una frase seguida de una segunda que contradice a la primera. Un ejemplo podría ser el de un padre que le dice a su hijo: *¡Sí, por supuesto que puedes ir a jugar con tu amigo, pero sabes bien lo que pienso de él!* El principal efecto del mensaje contradictorio es que provoca en el que lo recibe sentimientos irreconciliables y conflictivos. Existen formas malignas de mensajes de doble vínculo, que pueden provocar en el niño el sentimiento de que cualquier cosa que haga es inaceptable o imposible. El mensaje contradictorio está estructurado en forma tal que no hay escapatoria. Si es una definición de uno mismo, la persona así definida es de esa clase solamente y, si no lo es, como si lo fuese. El receptor del mensaje no puede desafiar su contenido a través de una comunicación reflexiva. (Walzlawick, Helmick y Jackson, 1967)(15). Este tipo de comunicación ocurre a menudo en familias donde hay un miembro joven que sufre psicosis. El trabajo psicoterapéutico con padres que dan mensajes de doble vínculo muestra que este tipo de comunicación se deriva de disociaciones internas y fuertes ambivalentes.

La depresión puerperal

La Teoría del apego ha enriquecido la comprensión de la etiología de la depresión puerperal y la prevención de los efectos que tiene sobre el bebé (Rahael-Left, 1991). La experiencia clínica y las aportaciones de la sociología médica y la psicopatología evolutiva muestran que tres o más de los factores predisponen a la depresión puerperal:

1. Factores del pasado, relacionados con la historia de apego, incluyendo:
 - a) Haber perdido a la propia madre antes de la edad de 11 años.
 - b) Haber tenido una madre con trastornos psiquiátricos (particularmente depresión) en la infancia temprana.
 - c) Una autoestima baja, como resultado de la inseguridad de apego temprana.
2. Factores psicosociales actuales, incluyendo:
 - a) Ser madre soltera o tener una relación de pareja difícil y carente de apoyo e intimidad.
 - b) Pérdida previa de uno o más hijos por fallecimiento o por haber sido entregados a adopción.
 - c) Pobreza y carencia de trabajo pagado.
 - d) Ausencia o falta de apoyo de la propia madre en la actualidad

La experiencia clínica demuestra que una mujer que tiene recuerdos infelices de su propia infancia, o que perdió a su madre antes de poder establecer una identificación postpuberal con ella, está más predispuesta a la depresión puerperal. (5)

11. DUELO INFANTIL Y VÍNCULO.

“ Poder llorar la muerte de un ser querido adecuadamente y afrontar la pérdida antes de que se produzca, en el momento en que ocurre y sobre todo después, hace que el niño/a no pueda sentirse culpable, deprimido, enojado o asustado. Cuando ayudamos a nuestros hijos a curarse del dolor que produce la herida emocional más profunda de todas –la muerte de un ser querido-, los estamos dotando de unas capacidades y una comprensión importantes, que le servirán para el resto de sus vidas”. William C. Kroen (1996).

En el curso de este siglo, muchos psicoanalistas y psiquiatras han buscado vínculos causales entre la enfermedad psiquiátrica, la pérdida de una persona amada, el duelo patológico y las experiencias infantiles.

Existen pocas referencias exclusivas al duelo y a la terapia sistémica; desde los diferentes estudios que se ha realizado, se ha profundizado en el duelo de una forma más genérica. La aplicación de la concepción del trabajo sobre el duelo en niños se hace habitualmente desde esquemas más amplios donde, sin perder de vista los paradigmas sistémicos, se introducen también los esquemas de clínicos que, como Bowlby, aportaron conocimientos que todavía hoy permiten una concepción y una actuación muy adecuadas para la intervención en procesos de duelo.

Sigmund Freud (1917/1957), con “Duelo y melancolía”, fue el primero en elaborar una teoría del duelo clara y sólida. Afirmaba que el sufrimiento de la persona en duelo es debido a

su apego interno con la fallecida. En este apartado también Freud sostenía el objetivo del duelo es separar estos sentimientos y apegos del objeto perdido. Como resultado del proceso de duelo, el “yo” queda liberado de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otra persona viva. Es un trabajo doloroso que requiere su tiempo. (16)

Bowlby (1980), siguiendo la Teoría del Apego, realiza varias aportaciones al proceso del duelo, llegando a la conclusión de que se podía encontrar un sentido continuo de la presencia de la persona fallecida después de su muerte en numerosas personas sanas. Planteó **cuatro fases en el duelo:**

- La fase 1, “ fase de entumecimiento o shock”,

Es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

- La fase 2, “ fase de anhelo y búsqueda”

Es un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.

- La fase 3 o “ fase de desorganización y desesperanza”

En la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

- La fase 4, “ fase de reorganización”

Es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida.

Cuando la elaboración del duelo no se lleva adecuadamente, se llama **DUELO PATOLÓGICO**, y éste según Bowlby , puede adoptar tres formas:

- Duelo crónico: la depresión es el síntoma predominante, junto a autorreproches, accesos de cólera, ansiedad y ausencia de pena.
- Ausencia de Aflicción: el deudo sigue la vida normalmente, como si nada hubiera pasado, es frecuente que se deshaga de recuerdos y que cuide compulsivamente a alguien que haya tenido alguna pérdida (identificación proyectiva), posteriormente padece algunas dolencias físicas o psíquicas y finalmente caen la depresión, coincidiendo con el aniversario, otra pérdida menor, al llegar a la edad del muerto,ect.
- Euforia: ya sea negando la pérdida o alegrándose de ella (defensa maníaca).

En todos los tipos, el duelo permanece inconcluso, ya que el sujeto sigue creyendo que la pérdida puede repararse. En el duelo patológico, es frecuente que la persona que ha sufrido la pérdida tenga un embotamiento de la sensibilidad, aparte su atención hacia cosas agradables y conserve la creencia de que la pérdida no es definitiva. También suelen aparecer mecanismos de defensa del yo, como desplazamientos de la rabia y el aislamiento. (17)

Entre los predictores del duelo crónico, tenemos; ausencia de respuesta de las primeras semanas, un proceso más intenso y desorganizado de lo normal, si la recuperación no comienza al año, si la cólera y el resentimiento persisten después de las primeras semanas, si expresan que nadie les sirve para nada al cabo de unas semanas, la “momificación” (Gorer, 1965), que consiste en dejarlo todo como exactamente estaba antes en el hogar, y finalmente ideas persistentes de suicidio como medio de reunirse con la persona fallecida. (18)

DUELO FAMILIAR

Bowlby (1976), afirma que, “ la pérdida de un miembro es la mayor crisis a la que tiene que hacer frente un sistema, ya que amenaza su existencia, y como sabemos, el principal objetivo de un sistema abierto es desarrollar mecanismos de adaptación que le permitan continuar existiendo en cualquier circunstancia”. Se trata de explicación desde el punto de

vista sistémico, del “proceso que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros”.(17)

Varios autores han señalado cómo la muerte de un miembro de la familia supone la muerte de la familia misma, siendo entonces el objetivo del Duelo establecer las bases de un nuevo Sistema Familiar, que surge del anterior pero que no va a ser el mismo (Greaves, 1983; Gilbert, 1996).

Ante la crisis, si el sistema tiene suficientes recursos, reaccionará con un cambio adaptativo. Si no los tiene, el sistema puede desaparecer. Si bien son escasos los autores que han escrito sobre el duelo desde una perspectiva sistémica, R. Pereira (2002), trata de cubrir en parte dicha carencia con sus aportaciones en el artículo titulado “Hacia un modelo sistémico de duelo”. En dicho artículo, afirma que los cambios que se producen en la organización familiar, son en realidad conductas defensivas de la integridad del Sistema. Entre los cambios para adaptarse a la nueva situación que la familia realiza están: el reagrupamiento de la familia nuclear y la intensificación del contacto con la familia extensa, o con personas cercanas afectivamente a la familia (amigos, etc.), así como la exigencia de tregua en los conflictos familiares “antiguos”; movimientos, que generalmente derivan en una disminución de la comunicación con el medio externo. Dichos cambios, suelen ir acompañados de conductas de debilidad reclamantes de protección, cuya respuesta suele ser un apoyo socio-cultural a la continuidad de la familia.

Del mismo modo, Pereira afirma que la desaparición de un miembro del Sistema Familiar trae consigo. (19)

DUELO EN LOS NIÑOS

El duelo en los niños, presenta unos rasgos peculiares determinados por las características propias de la infancia: se trata de una etapa en la que el carácter y los recursos personales del individuo están en proceso de desarrollo y existe por lo tanto, una gran dependencia del adulto para afrontar y resolver las situaciones problemáticas. En consecuencia, la reacción de un niño frente a la pérdida, es decir, el duelo, dependerá del momento evolutivo y también de circunstancias externas y en especial de la situación y actitud de los adultos que rodean al niño.

Ya es difícil comunicar a los hijos la pérdida de un ser querido, cuanto más y como suele suceder habitualmente, ese ser querido lo ha sido también para nosotros. Pero nunca debemos olvidar que los niños, aunque niños, son igualmente conscientes de las pérdidas y las sienten profundamente, aunque a menudo lo reflejan de una manera diferente.

Las experiencias de pérdida son parte integrante del desarrollo infantil y la manera en que se resuelven estas situaciones determinará la capacidad de afrontar y resolver experiencias de pérdida posteriores. En general se admite que la muerte o pérdida (separación / abandono) de uno de los padres constituye uno de los mayores estresores a los que un niño debe enfrentarse.

Ya se ha hablado de las fases de pérdida o separación que experimenta **un niño entre los doce meses y los tres años**. Un niño de dos años percibe la pérdida y sufre y pone los sentimientos en la separación, pero no puede comprender el significado de la muerte. En los niños menores de tres años, no existe un concepto de la muerte, debido a las limitaciones en la percepción de que falta algo o alguien. A esta edad, la muerte equivale a la separación en un sentido concreto, desde la percepción de que falta algo o alguien. Así la separación es vivida como un abandono y representa una amenaza a la seguridad.

En los niños de cuatro a seis años, al igual que los infantes, también sienten la necesidad de afecto y seguridad física y saber quién los cuidará. Están aprendiendo a expresarse verbalmente por sí mismos y lo hacen de manera afectiva a través de los juegos. El “ pensamiento mágico ” es una característica importante en los niños cuyas edades fluctúan entre cuatro y seis años. Los niños que están de duelo, tienen una comprensión limitada de la muerte. Su manera de pensar es muy *concreta*. Un concepto limitado del tiempo, sumado a un limitado concepto de la muerte, significa que cuando alguien muere, el niño espera que la persona muerta vuelva a la vida. Un niño puede aceptar la noticia de la muerte con realidad y hablar de ella o de la persona muerta de la misma forma que hablan a un compañero de juego. Conceptos abstractos como el de la vida después de la muerte están más allá de la habilidad de pensar de los niños en esta edad. Para demostrar su creciente necesidad de ser protegido, los niños en estado de duelo, pueden sufrir un retroceso de conductas que previamente dominaban, como el de mojar la cama y sentir miedo a la separación. Debido a que su punto de concentración es muy limitado, los pequeños que están de duelo, no son capaces de

enfocar sus sentimientos por un largo periodo de tiempo, especialmente aquellos sentimientos que no pueden expresar.

Para los niños menores de 5 años, la muerte es algo provisional y reversible. Será pues necesario ser pacientes para explicarle una y otra vez lo ocurrido y lo que significa la muerte. Es su mente, la persona que ha muerto sigue comiendo, respirando y existiendo, y se despertará en algún momento para volver a llevar una vida completa. Los niños de estas edades se toman todo al pie de la letra. Es mejor pues decir que ha muerto, que usar expresiones como "se ha ido", "lo hemos perdido" (pueden pensar: ¿y si me pierdo yo y no sé volver a casa?), "ha desaparecido", "se ha quedado dormido para siempre" (pueden temer no poder despertarse), "Se ha marchado de viaje", "Dios se lo ha llevado"... Estas expresiones pueden alimentar su miedo a morir o ser abandonados, y crear más ansiedad y confusión. Para que el niño entienda qué es la muerte, suele ser útil hacer referencia a los muchos momentos de la vida cotidiana donde la muerte está presente: en la naturaleza, muerte de animales de compañía...

Algunas respuestas habituales de los niños de 2 a 5 años (W.C. Kroen, 1996) son:

➤ **Perplejidad:**

Parecen totalmente confusos sobre lo que ha ocurrido o se niegan a creerlo. Es posible que pregunten reiterativamente: "¿Dónde está papá?". Desean saber cuándo va a volver la persona fallecida, o la buscan activamente.

➤ **Regresión:**

Se pegan al padre superviviente, se quejan, se orinan en la cama, piden biberón, se chupan el dedo...

➤ **Ambivalencia:**

A algunos niños parece no afectarles en absoluto la muerte. Responden ante la noticia con preguntas o afirmaciones inadecuadas. Aunque sea una reacción desconcertante, es bastante común. Significa que no ha aceptado o afrontado la muerte, pero comprende lo que ha sucedido. Lo más habitual, es que el niño elabore el duelo alternando fases de preguntas y expresión emocional, con intervalos en que no menciona nada el asunto.

Suele sentir rabia y enfado por haber sido abandonado, y puede expresarla de muchas maneras: irritabilidad, pesadillas, juegos ruidosos, travesuras... es frecuente que dirijan el enfado hacia un familiar cercano. Permite que saque la rabia gritando, corriendo, saltando, golpeando con cojines, por ejemplo...

➤ **Expresan su dolor a través de los juegos:**

Con sus compañeros y amigos pueden jugar a morirse, al entierro... Todos estos comportamientos son absolutamente normales y tienen que ser respetados como necesarios para que el niño realice de forma adecuada el duelo.

➤ **Toman a sus padres como modelo:**

No es malo que los niños vean el dolor y la tristeza. No tengamos miedo de mostrar los propios sentimientos delante del niño (excepto manifestaciones violentas de rabia y dolor). Cuando le mostramos lo que sentimos, el niño nos percibe más cercanos, y él más fácil que nos diga él también, lo que le está pasando. Un padre o una madre que no se inmute después de una muerte para no entristecer a sus hijos, puede hacer que éstos “congelen” sus emociones. O si muestra cólera, un dolor extremo o una conducta histérica, su hijo puede imitar este comportamiento.

➤ **Miedo a morir u otra pérdida:**

Los niños más pequeños creen que la muerte es contagiosa y pueden pensar que pronto le llegará su turno. Hay que explicarles que no tienen nada que temer. Les preocupa que el padre o la madre superviviente también les abandonen. Se preguntan qué les ocurriría y cómo sobrevivirían.

➤ **Establecen vínculos afectivos:**

Aunque el niño sepa que su ser querido ha muerto, siente necesidad de seguir manteniendo una relación afectiva, y así, la persona fallecida puede por un tiempo convertirse en un padre o madre imaginario. En algunos, podemos ayudar al niño dándoles algún objeto personal del fallecido, que este conserve como un recuerdo precioso y una forma de unión íntima con él. El niño puede establecer vínculos afectivos con otros adultos que se parezcan al difunto o tengan unas cualidades

similares (un familiar, la maestra, el psicólogo...) y pedirles que sean sus padre o su madre. Esta conducta es bastante común y no significa que el padre superviviente no satisfaga las necesidades del niño.

➤ **Comprueban la realidad:**

Al principio es posible que parezca y saben y aceptan lo que ha ocurrido, pero después, al cabo de varias semanas o meses, preguntan cuándo volverá o lo buscan por la casa.

Cuando los niños llegan **de los 6 a los 9 años**, ya han hecho grandes avances en áreas cognitivas y del desarrollo. Participan mucho más socialmente, tanto en la familia como en el mundo exterior. Conocen el papel que desempeñan como miembros de una familia, como alumnos de una escuela, y como amigos y componentes de grupos. Pueden captar los conceptos, valorar la necesidad de controlar la conducta, reconocer y evaluar lo que es bueno o malo, y formarse opiniones.

Aunque un niño de 6 años perciba la muerte de una forma bastante distinta a la de uno de 9 (cuyo concepto de la muerte es muy parecido al de un adulto), ambos comparten la necesidad básica para conceptualizar el hecho de la muerte. Hay dos cambios importantes en el desarrollo que hacen que los niños de estas edades sean un grupo único. En primer lugar, los niños de 6 a 9 años ya distinguen la fantasía de la realidad. Y en segundo lugar, pueden experimentar un sentimiento de culpa.

El hecho de que los niños de estas edades tengan adquirida la habilidad de comprender la muerte y sus consecuencias, esto no significa que estén preparados para afrontarla o reaccionar a ella racionalmente. La muerte de un ser querido constituye un trauma que pone seriamente en prueba su capacidad para afrontarla.

Algunas respuestas habituales en los niños de 6 a 9 años: (W.C. Kroen, 1996):

➤ **La negación:**

Una respuesta muy común es negar que la muerte haya ocurrido. En su negación pueden mostrarse muy agresivos. Algunos pueden mostrarse más contentos y juguetones que de costumbre, como si la pérdida no les hubiera afectado. Los adultos

pueden malinterpretar esta conducta y reaccionar con cólera o simplemente ignorar a los niños. Pero en realidad esta negación indica que los niños sienten un dolor tan profundo que intenta levantar un muro para que la muerte no les afecte. Estos niños necesitan oportunidades para llorar la pérdida y es posible que también necesiten permiso para hacerlo. Se puede decir algo como: “No tienes que mostrar tu tristeza a todo el mundo, pero si quieres puedes compartirla conmigo. Si tienes ganas de llorar y estar triste a solas, me parece muy bien, pero después de estar así durante un rato, sería bueno que hablaras con alguien de cómo te sientes”.

➤ **La idealización:**

Insistir en que “mamá era la persona más lista o perfecta del mundo”, por ejemplo, les permite mantener una relación imaginaria con la persona fallecida.

➤ **La culpabilidad:**

Es una respuesta normal, sobre todo si no pueden expresar la tristeza que sienten. Comentarios en vida como “vas a matarme”, pueden hacer creer al niño que su mala conducta ha contribuido a la muerte. Si además la niegan y fingen ser valientes como parte de la negación, los adultos pueden aumentar el sentimiento de culpa al corregirlo o enojarse con él al parecer que la muerte no le importe. A los niños que se obstinan en negar la muerte y no dejan de sentirse culpables, es difícil que superen la situación sin ayuda.

➤ **El miedo y la vulnerabilidad:**

Es normal que los niños de estas edades se sientan asustados y vulnerables. Intentan ocultar sus sentimientos, sobre todo a los niños de su edad, porque no quieren que sus amigos o compañeros de la escuela los consideren “diferentes”.

➤ **Se ocupan de los demás:**

Pueden asumir el papel del fallecido y cuidar de sus hermanos más pequeños o asumir tareas que antes realizaba el padre o la madre que ha muerto.

➤ **Buscan a la persona que ha muerto:**

Pueden ir de una habitación a otra, o buscarla en el desván o en el sótano. La mejor respuesta es dejar que sigan buscando. Les puede consolar saber que nosotros también a veces sentimos el deseo de hacerlo. (20)

En la **adolescencia** la noción de muerte es ya igual a la de adulto. Pero el adolescente siente la necesidad de crear su propia filosofía de la vida y, en consecuencia, de cambiar su actitud hacia la muerte. Quiere comprender lo que la muerte significa para él y para su vida futura. Además el conocimiento de este fenómeno deriva en un mayor interés y preocupación por la inmortalidad. La ansiedad ante la muerte puede conducir a una mayor valoración de su vida y al intento de conseguir logros reales y consistentes. Pero si ese miedo le angustia y obsesiona puede provocar conductas agresivas e inadaptadas (consumo de drogas, actividades peligrosas, conducción temeraria) en un intento de negación de esa realidad.

¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A LOS NIÑOS A AFRONTAR LA MUERTE DE UN SER QUERIDO?

- **Cuándo y cómo dar la noticia:**

Aunque resulte muy doloroso y difícil hablar de la muerte con el niño, es mejor hacerlo lo antes posible. Pasadas las primeras horas de mayor dramatismo y confusión, se debe buscar un momento y un lugar adecuado y explicarles lo ocurrido con palabras sencillas y sinceras. Por ejemplo “ Ha ocurrido algo muy triste. Papá ha muerto. Ya no estará más con nosotros porque ha dejado de vivir. Le queríamos mucho y sabemos que él también nos quería. Lo vamos a echar mucho de menos, muchísimo.”

Si la muerte fue por suicidio, de nada sirve ocultarlo porque tarde o temprano, se acabará enterando por alguien ajeno a la familia. Es mejor pues explicar al niño qué es el suicidio, y responder a sus preguntas.

- **¿Qué podemos decirles si nos preguntan por qué? ¿Por qué ha muerto?:**

Son preguntas difíciles de responder. No pasa nada por decirles que nosotros también nos hacemos las mismas preguntas, o que sencillamente no sabemos la respuesta. Es bueno que sepan que todos los seres tienen que morir algún día y que le ocurre a todo el mundo. Los niños en su fantasía pueden creer que algo que pensaron, dijeron o hicieron causó la muerte. Si un niño dice: “me hubiera gustado ser más bueno con

mamá, así ella no habría muerto”, debemos decirle con calma pero firmeza que no ha sido culpa suya.

- ¿Qué se debe hacer?

Mantenerse física y emocionalmente cerca del niño. Permitirle estar cerca, sentarse a su lado, sostenerlo en brazos, abrazarlo, escucharle, llorar con él...Podemos también dejar que duerma cerca, aunque mejor en distinta cama.

Puede ser adecuado también buscar momentos para estar separados: dejarle solo en su habitación, dejarle salir a jugar con un amigo...Si es necesario, tranquilizarle diciéndole que estaremos ahí por si nos necesita.

El niño intuye enseguida que la muerte va a tener muchas consecuencias en la familia. Es bueno decirle que, aunque estamos muy tristes por lo ocurrido, vamos a seguir ocupándonos de él lo mejor posible.

El niño puede temer también ser abandonado por el familiar sobreviviente. Asegurarle que, aunque está muy afectado por la pérdida, se encuentra bien y no le va a pasar lo mismo.

Con frecuencia, lo que más ayuda a los niños frente a las pérdidas, es reencontrar el ritmo cotidiano de sus actividades: el colegio, sus amigos, sus juegos familiares, las personas que quiere. También es importante garantizarle el máximo de estabilidad posible. En este sentido no es un buen momento, por ejemplo, para cambiarlo de colegio o para imponerle nuevas exigencias (S. Weis). Asegurarles que vamos a seguir queriendo a la persona fallecida y que nunca la olvidaremos.

- Permitir que participe en los ritos funerarios:

Animar al niño a asistir y participar en el velatorio, funeral, entierro...Tomar parte en estos actos puede ayudarle a comprender qué es la muerte y a iniciar mejor el proceso de duelo.

Si es posible, es aconsejable explicarle con antelación qué verá, qué escuchará y el por qué de estos ritos.

Muchos niños tienen ideas falsas con el cuerpo. Comentarle que el cuerpo deja de moverse del todo y para siempre, deja de respirar, de comer, de hablar, de ir al baño, y no siente dolor. Dejarle bien claro que ya no siente nada; ni lo malo, ni el frío, ni el hambre...Insistir en que la muerte no es una especie de sueño y que el cuerpo no

volverá ya ha despertarse. Antes de que vea el cadáver, explicarle dónde estará, qué aspecto tendrá...

Si el niño no quiere ver el cadáver o participar en algún acto, no obligarle ni hacer que se sienta culpable por no haber ido.

Si los padres o padre/madre superviviente están demasiado afectados para ocuparse de las necesidades del niño, puede ser conveniente que otra persona (un familiar o amigo de la familia) se ocupe de atenderle y se responsabilice de acompañarle durante estos actos. Es preferible que sea alguien cercano al niño, que le permita expresar sus emociones y se sienta cómodo contestando sus preguntas.

- Animarle a expresar lo que siente:

Aunque no siempre las exprese, los niños viven emociones intensas tras la pérdida de una persona amada. Si perciben que estos sentimientos (rabia, miedo, tristeza...) son aceptados por su familia, los expresarán más fácilmente, y esto les ayudará a vivir de manera más adecuada la separación. Frases como: “no llores”, “no estés triste”, “tienes que ser valiente”, “no está bien enfadarse así”, “tienes que ser razonable y portarte como un grande”, pueden cortar la libre expresión de emociones e impiden que el niño se desahogue.

Tener en cuenta que su manera de expresar el sufrimiento por la pérdida, no suele ser un estado de tristeza y abatimiento como el de los adultos. Es más frecuente apreciar cambios en el carácter, cambios frecuentes de humor, disminución del rendimiento escolar, alteraciones en la alimentación y el sueño...(21)

- Aspectos a tener en cuenta:

En opinión de Bowlby (1997), es habitual que después de una pérdida, los niños manifiesten ansiedad y estallidos de cólera. La ansiedad se debe a que el niño puede temer volver a sufrir una nueva pérdida, lo que le hace más sensible a toda separación de la figura que hace las funciones de maternaje. Algunos niños, se ponen furiosos por el mismo hecho de la pérdida. Es importante que la persona de referencia que sobrevive entienda que los estallidos de ira del menor se deben a la ausencia del fallecido y no culpabilice al hijo al considerar irrazonables sus enfados o atribuirlos a problemas de carácter. Aunque es difícil saber hasta qué punto los niños son

propensos a culpabilizarse espontáneamente por una pérdida, lo que parece evidente es que, si el padre/madre se enfada con frecuencia con el niño éste tendrá problemas de autoestima y será más vulnerable a la depresión.(17)

Es conveniente, estar atentos a la aparición de algunos signos de alerta como:

- Llorar en exceso durante periodos prolongados
- Rabietas frecuentes y prolongadas
- Apatía e insensibilidad
- Un periodo prolongado durante el cual el niño pierde interés por los amigos y por las actividades que solían gustarle.
- Frecuentes pesadillas y problemas de sueño
- Pérdida de apetito y de peso
- Miedo de quedarse solo
- Comportamiento infantil (hacerse pis, hablar como un bebé, pedir comida a menudo...)durante tiempo prolongado.
- Frecuentes dolores de cabeza solos o acompañados de otras dolencias físicas.
- Imitación excesiva de la persona fallecida, expresiones repetidas del deseo de reencontrarse con el fallecido.
- Cambios importantes en el rendimiento escolar o negativa de ir al colegio.(20=

Hay que ser completamente honestos con el niño. Acompañar a un niño en duelo significa ante todo NO APARTARLE de la realidad que se está viviendo, con el pretexto de ahorrarle sufrimiento. Incluso los niños más pequeños, son sensibles a la reacción y el llanto de los adultos, a los cambios en la rutina de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona fallecida..., es decir, se dan cuenta que algo pasa y les afecta.

Solamente en el caso de muertes repentinas e inesperadas, sería aconsejable (aunque no siempre posible) apartar al niño durante las primeras horas. El niño puede y debe percibir que los adultos están tristes, o que lloran, que lo sienten tanto como él, pero evitaremos pueda presenciar escenas desgarradoras de dolor y pérdida de control de los adultos. No es aconsejable decir delante del niño cosas como “yo también me quiero morir” o “¿qué va ser de nosotros?”.(19)

12. APLICACIONES DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia psicoanalítica contemplada que desde el punto de vista de la teoría del apego puede definirse como un método de tratamiento que consiste principalmente en obtener, modificar e integrar modelos operativos internos de uno mismo y de los otros significativos, y promover el pensamiento reflexivo. De esta forma se examinan los síntomas, angustias y defensas en el marco más amplio de un contexto interpersonal.

Actualmente podemos identificar por lo menos cuatro tendencias diferentes (compatibles pero surgidas en distintos momentos de la evolución de la teoría del apego), con respecto a la manera en la que la teoría del apego puede inspirar la terapia analítica.

Bowlby sostiene que el objetivo fundamental de la terapia es proveer una base segura a partir de la cual el paciente pueda explorar su mundo representacional, sus modelos operativos internos.

La segunda tendencia surge en Gran Bretaña liderada por Peter Fonagy y colaboradores, quienes ponen énfasis en el desarrollo de la función reflexiva o mentalización. Para ellos la función reflexiva es un logro que surge en el contexto de una relación de apego seguro. La capacidad del desarrollo de la función reflexiva por parte de la figura de apego

guarda relación con su capacidad para regular, modular y simbolizar la experiencia afectiva, lo cual le permitirá a su vez contener y simbolizar la experiencia afectiva de su hijo.

La tercera tendencia surge en Estados Unidos como punto de convergencia entre la teoría del apego y *la psicología del self* (Kohut) y pone énfasis en la disponibilidad empática del analista para tratar de reparar el déficit que la falta de empatía por parte de las figuras de apego en la infancia puede haber creado.

Una cuarta tendencia, que también apareció en Estados Unidos, se apoya en los estudios sobre memoria implícita de las experiencias tempranas de apego (las cuales son implícitas porque a pesar de que ejercen influencia sobre el desarrollo psíquico no se pueden representar a nivel consciente y expresar explícita o verbalmente). Desde este punto de vista los procesos que son intrínsecos al sistema de representación implícita solo pueden cambiar a través de la interacción entre paciente y terapeuta y no pueden ser activados simplemente por el hecho de activar el conocimiento reflexivo.

Bowlby proponía que la reconstrucción histórica en terapia, revisando en detalle la historia de apego del sujeto resulta esencial. El análisis de la transferencia solo cobra su pleno sentido cuando tiene lugar en el contexto de una exploración muy detallada de los recuerdos que el paciente tenga de sus interacciones familiares tempranas. Esta postura no es compartida por otros autores posteriores como Fonagy (1999), quien pone el énfasis en el análisis de la transferencia en el aquí y ahora y la tarea de desarrollar la capacidad reflexiva del paciente.(5)

Terapia sistémica y apego

Algunas de las implicaciones clave en el apego que se aplican a la terapia familiar sistémica pueden ser las siguientes:

Nombrar emociones. En los modelos inseguros los miembros familiares pueden llegar a ignorar o simplificar en exceso los sentimientos, y por lo tanto, ayudarles a ser capaces de identificar, elaborar y comunicar estos sentimientos entre todos y a ellos mismos es un paso importante. Por ejemplo, en el trabajo con trauma y violencia es frecuente y central que se identifiquen alternativas de reaccionar más suaves y sentimientos más vulnerables de los unos con los otros, y en uno mismo.

Ponerse emocionalmente en el lugar del otro. Esto va más allá de animar y apoyar una respuesta enfática; dice de nuestra capacidad para tolerar y soportar emociones negativas como las expresadas por la gente a la que amamos. No estamos hablando de experiencias abusivas sino de situaciones en las que por ejemplo, un miembro familiar está enfadado, y otro miembro familiar es capaz de manejar la situación y escuchar, y ofrecer apoyo y alivio de forma apropiada, mas que intentar distraer demasiado pronto. Una buena escucha es reconfortante y tranquiliza ayuda a la persona a sentirse profundamente comprendida. Esto implica no solo ser capaz de experimentar los sentimientos de los demás, sino también de sentirse lo suficientemente seguro para demostrar y comunicarse acerca de este entendimiento emocional. Por ejemplo, familias con un estilo evitativo pueden sentir que si resuenan con y se demuestran su tristeza, en vez de poner “buena” cara sea lo que sea que pasa, todo se puede desmoronar.

Consuelo y autorelajación. Nos encontramos con mucha gente que no tuvieron ayuda para aprender de niño o como adolescentes como consolarse, tranquilizarse y clamarse ellos mismos, y quienes no han aprendido tampoco a confiar en otros para proporcionar consuelo de un modo confiable (Hazan and Shaver, 1987). Pueden haberse vuelto adictos a sustancias psico-activas en su búsqueda de tranquilidad emocional o haberse dedicado a actividades emocionalmente y físicamente arriesgadas o peligrosas, solo para probarse a sí mismos que todavía están vivos.

Procesamiento de la información. Los apegos se representan de muchas formas diferentes: inscritos en sensaciones corporales (experiencias pre-verbales), imágenes visuales, episodios o historias, generalizaciones semánticas y procesos reflexivos. Cuando tenemos miedo, ante una pérdida real o aparente, abandono o rechazo, es posible que hayamos aprendido a eclipsar algunas de estas diferentes formas de experiencia, o a sobrevalorarlas, a expensas de otras. En los modelos evitativos no somos capaces de emplear información visual o sensaciones corporales de los otros, ni tampoco sabemos aplazar la respuesta inmediata emocional o por lo contrario, podemos llegar a estar totalmente preocupados por la autorregulación de nuestras propias reacciones emocionales, y por lo tanto desatender por completo las señales que nos mandan los demás sobre su relación con nosotros. Crear un sentido de seguridad puede ayudar a la gente a acceder a mayor información disponible en las relaciones y consecuentemente ser capaces de tomar riesgos relacionales; por ejemplo, al ser más capaz de

ver las expresiones de los otros, sus posturas, sus sentimientos, necesidades y vulnerabilidades puede facilitar otras posibilidades, puede ayudar a crear “esta señal de la diferencia”.

Terapia como estructura: apoyo emocional y desarrollo cognitivo

La terapia puede ser vista como algo que ayuda a la gente a dar pequeños pasos o tomar riesgos relacionales (Mason, 2005) dentro de sus zonas de seguridad y habilidad narrativa (Vygotsky, 1962; Bateson, 1972). La terapia puede fomentar una base segura más amplia tanto a la pareja conyugal como para otros miembros familiares, y con su énfasis en crear un contexto de confianza y no-culpabilización en el cual la gente puede llegar a enfocar sus experiencias emocionales, y moverse en ellos con la validación y el apoyo del terapeuta para llegar a procesar y reprocesar las emociones. (22)

Creación de una base estable. John Byng-Hall (1995) fue el primero que escribió acerca de la importancia de la terapia como un refugio seguro y una base estable en la que podía desarrollarse la confianza y desde la cual, a través de la toma de riesgos emocionales (Mason, 2005) podría llegar a interacciones más positivas y satisfactorias. Al crear una base estable conectamos de manera cálida con todos los miembros familiares, escuchando cuidadosamente sus preocupaciones, identificando resiliencia y seguridad, explicitando el contexto de trabajo, y si es necesario, tener conversaciones sobre conversaciones. Comentamos sobre el proceso de la terapia y nuestras relaciones en la sala, demostrando un modelo de comunicación abierto y decidido; a menudo usamos nuestras reflexiones sobre nuestras propias experiencias. Podemos usar un marco de externalización si eso ayuda para evitar la percepción de culpabilización, o les ayuda a los miembros de la familia a suavizar su postura desde la crítica hacia una orientación más cooperativa en el trabajo. A menudo encontramos que la simple identificación de pautas de interacción inútiles promueve la no-culpabilización, ya que los miembros de la familia empiezan a ver el modelo de comunicación como el problema, y no a cada uno de ellos. Exploramos a fondo los problemas que preocupan a las personas, sus respuestas emocionales y necesidades, creencias y explicaciones, detonantes y estresores, y recursos y fuentes de apoyo, mientras intentamos apoyar lo que funciona bien. Si es posible tratamos de ampliar y focalizar la experiencia emocional, y animamos a las personas a acompañarnos en esta tarea para conseguir comprenderlos profundamente en sus preocupaciones. A menudo esta es la primera oportunidad para procesar y reprocesar la experiencia emocional y ayuda a disminuir los modelos inútiles, ya que los miembros de la familia observan a los demás mientras revelan sus intenciones, deseos, esperanzas y miedos

en un ambiente seguro. No estamos forzando un cambio como tal, mas bien fomentamos la ampliación de la experiencia y de la vivencia.(23)

Explorando narrativas y experiencias de apego en el marco sistémico

Tal como les pasa a los niños, que son capaces de aventurarse a través del juego y explorar desde un sensación de seguridad relacionada con sus padres, las familias comienzan a ser capaces de explorar sus explicaciones, relatos y sentimientos referente a de cada uno. Al principio, prestamos la máxima atención a los apegos en curso, e invitamos a los miembros familiares a apartarse de las descripciones de los problemas en forma de listas de deberes y culpas para llegar a hablar más de las historias subyacentes, de sus vulnerabilidades, necesidades, heridas y del amor que quisieran sentir para cada uno pero que actualmente es tan difícil. Podemos ayudar a contextualizar sus historias dentro de las tradiciones de apego generacionales y demandas y expectativas de su grupo de referencia. La terapia puede bien moverse hacia la curación de los modelos de apego tempranos, o focalizar en la extensa red familiar, evidenciando cortes emocionales, por ejemplo, o explicitando traumas de apego tempranos y sus impactos en las relaciones presentes. Fomentamos la socialización y empatía, y nos centramos en una buena escucha, y su potencial para tranquilizar y calmar. Fomentamos la consciencia de uno mismo y de los otros en interacción cuando rastreamos el impacto del ‘problema’ en los miembros familiares y viceversa. (24)

13. CONCLUSIONES

La ruptura precoz o la imposibilidad de establecer las iniciales conductas de apego produce una serie de alteraciones tanto en el bebé como en los padres que repercuten en el establecimiento normalizado de los “procesos vinculares”. Los procesos de vinculación en la infancia resultan esenciales para un adecuado desarrollo emocional. Aunque se produzca una ruptura precoz que impida el inicio de este proceso vincular, se puede dar una reconducción positiva del mismo. Sin embargo, cuando la vivencia emocional de las figuras parentales se encuentra afectada es extremadamente difícil y se acaba traduciendo en una dificultad para poner límites o una ambivalencia respecto a los mismos, en temor e inseguridad a cualquier signo de intranquilidad en el bebé, en sobreprotección como proceso reparador, en mensajes contradictorios y en una baja autoestima en su consideración como padres.

La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su madre o cuidador primario, esto es así, ya que esta primera relación determina el “molde” biológico y emocional para todas sus relaciones futuras. Un apego saludable a la madre, construido de experiencias de vínculo repetitivas durante la infancia, provee una base sólida para futuras relaciones saludables así como para futuras pérdidas o situaciones de duelo.

Uno de los objetivos fundamentales de toda psicoterapia y que será el andamiaje sobre el que se construirán nuevos objetivos será la alianza terapéutica, creando una base segura con el paciente que será clave especialmente en aquellos casos con problemas de vinculación en la primera infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowlby, J.: Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Madrid: Morata, 1989.
2. Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo. Barcelona. Ed. Paidós.
3. Bowlby, J.: La separación afectiva Buenos Aires. Ed. Paidós. 1980.
4. Ainsworth, M. D. S.: Attachment, exploration and separation: illustrations by behavior of one year-olds in a strange situation. En: Child Development. 1970, 41, págs. 49-67.
5. Mario Marrone: La teoría del apego. Un enfoque actual. Editorial Psimática. 2009
6. Pedreira, J. L.: La vulnerabilidad en la primera infancia. Anales de Psiquiatría. 1997, Vol. 13, Nº 7, págs. 299-310.
7. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. British Journal of Psychiatry, 147: 598-611
8. Fonagy P; Target M; Steele M et col. Morality, disruptive behavior borderline personality disorders, crime and their relationship to attachment. In Attachment and psychopathology. Atkinson L; Zucherman D Edit. Guilford Press, New York 1997; 223-274
9. Pedreira, J.L.; Moreno, J. & Sardinero, E.: Psicopatología vincular: su importancia en los trastornos mentales de la edad adulta. Monografías de Psiquiatría, 1999 (enero-febrero), IX, 1, 7-20.

10. Kreisler, L. & Cramer, B.: Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. En: S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Eds.: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. París. PUF. 1986, págs. 649-679.
11. WINNICOTT D.W (1981). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona, Laia.
12. La pérdida (La pérdida y el apego III).Ed. Paidós Ibérica. 1997.
13. Lebovici, Serge. (1988). El Lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones precoces. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
14. LEBOVICI S, RABAIN-LEBOVICI M (1989). Los niños de familias psicóticas. En *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo VI, Madrid, Biblioteca Nueva.
15. Watzlawick, Paul, Helmick, Beavin Janet y Jackson, Don (1986). Teoría de la comunicación humana. España: Herder.
16. Freud S. Duelo y melancolía. En Freud S. *Obras Completas*, Tomo VI (1914-1917). Ed. Biblioteca Nueva, 1972
17. Bowlby, J.: La pérdida afectiva. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1986.
18. Worden JW. El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. Barcelona, Ed. Paidós, 1997
19. ESPINA A, GAGO J, PÉREZ M- Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia*
20. Worden JW. *Children and grief: when a parent dies*. New York, The Guilford Press, 1996
21. TURNER M. - Cómo hablar con niños y jóvenes sobre la muerte y el duelo.Ed. Paidós.1998
22. *Mason, B. (2005) Relational risk taking and the therapeutic relationship. Journal of Family Therapy, 27: 183–305.*

23. *Byng-Hall, J.* (1995) Creating a secure base: some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*, 34: 45–58.

24. *Minuchin, S.* (1974) *Families and Family Therapy*. Harvard, MA: Harvard University Press.