

REFLEJO DEL TRAUMA INFANTIL EN LA ADULTEZ Y SU IMPACTO EN LA MARENTALIDAD/PARENTALIDAD -LA REPARACIÓN DEL VÍNCULO A TRAVÉS DEL VÍNCULO-



BERTA IMIZCOZ OSÉS

DIRECTORA: MIRIAM GALLARIN

MÁSTER PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo de Fin de Máster

Junio de 2022

RESUMEN:

La idea de este trabajo parte del interés genuino por conocer de qué manera las experiencias traumáticas relacionadas con el apego en la infancia influyen en las prácticas de crianza asociadas a la marento-parentalidad, con el objetivo de indagar en el modo de abordar este tema a un nivel psicoterapéutico en base al vínculo paciente-terapeuta. Para ello, este trabajo profundiza en las consecuencias derivadas de las situaciones de desprotección infantil, prestando especial atención a los mecanismos que generan dichas situaciones y cómo estas podrían transmitirse de una generación a otra. El proceso de crianza es complejo y puede conllevar la reactivación de algunos procesos asociados a las propias vivencias infantiles en los progenitores. Así, en aquellas personas que hayan vivido experiencias adversas en la infancia, las heridas emocionales pueden llegar a interferir en sus capacidades parentales, pudiendo llegar a transmitir aspectos de su propia historia no resuelta en la relación que ahora establecen con su descendencia. Partiendo de la base de que la relación terapéutica activa el sistema de apego, parece imprescindible ahondar en un trabajo terapéutico basado en el vínculo, donde se ayude a reparar la seguridad de los/as padres/madres traumatizados/as y favorecer sus capacidades a la hora de comprender la mente de sus hijos/as. Al mismo tiempo que puedan ser conscientes y detectar la influencia que ejerce su propia historia de cuidados sobre su experiencia actual como padres/madres.

Palabras clave: apego desorganizado, marento-parentalidad, reactivación, vínculo.

ODS. 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades. Comprender el impacto del trauma relacional vivido en la infancia en la marento-parentalidad, con el objetivo de parar y reparar los patrones vinculares negligentes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. VÍNCULOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA	5
2.1. APEGO SEGURO	5
2.2. PROCESOS IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DEL APEGO SEGURO	7
3. APEGO Y TRAUMA RELACIONAL	10
3.1. APEGO DESORGANIZADO	10
3.2. CARACTERÍSTICAS MARENTO-PARENTALES	15
3.3. TRAUMA RELACIONAL	18
4. REFLEJO DEL TRAUMA INFANTIL EN LA EDAD ADULTA	22
4.1. ESTADOS MENTALES IRRESUELTOS EN LA PERSONA ADULTA	22
4.2. TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL TRAUMA	24
5. REPARACIÓN DEL VÍNCULO, A TRAVÉS DEL VÍNCULO	27
5.1. IMPLICACIONES DEL APEGO EN LA TERAPIA	27
5.2. APEGO DESORGANIZADO Y TERAPIA BASADA EN EL VÍNCULO	29
5.3. CONSIDERACIONES EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	31
5.3.1. <i>Formar una alianza terapéutica</i>	31
5.3.2. <i>Marco y límites</i>	32
5.3.3. <i>Reactivaciones</i>	33
5.3.4. <i>Disociación</i>	34
5.4. POSIBLES LÍNEAS DE TRABAJO	35
5.4.1. <i>Favorecer la mentalización en las figuras de apego</i>	35
5.4.2. <i>Resaltar las fortalezas</i>	37
5.4.3. <i>Interpretación para la autocomprensión</i>	37
5.5. DESAFÍOS PARA EL/LA TERAPEUTA EN LAS TERAPIAS RELACIONALES	38
6. CONCLUSIONES	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. INTRODUCCIÓN

La desprotección infantil es una lacra social que afecta a un número elevado de niños y niñas dejándoles en una situación de vulnerabilidad que puede tener graves consecuencias en su desarrollo físico y psicológico (Cabrera y Martín, 2018). Resulta complicado saber el número exacto de menores que se encuentran en esta situación, especialmente cuando el tipo de violencia ocurre a nivel intrafamiliar, ya que muchas veces no se denuncia (Cabrera y Martín, 2018). Gómez Fernández (2021) añade que la tipología de maltrato infantil más habitual es la negligencia seguida por el maltrato emocional, el físico y, por último, el abuso sexual. Igualmente, es importante destacar que en muchos casos se producen simultáneamente varios tipos de maltrato, dándose la concurrencia más frecuente entre la negligencia y el maltrato emocional (Fernández, 2014).

Según los datos facilitados por la Organización Mundial de la Salud (2020), uno de los factores de riesgo para la desprotección deriva de las figuras de cuidado. Así, son varias las características en las personas que cumplen estas funciones que pueden aumentar dicho riesgo, entre ellas: no cuidar de el/la menor, dificultades a la hora de establecer vínculos afectivos con él/ella, antecedentes personales de maltrato en la infancia, ausencia de conocimiento acerca del desarrollo infantil, consumo de alcohol u otras drogas, participación en actividades delictivas o dificultades económicas (OMS, 2020).

En un intento de comprender cómo afectan estas situaciones de desprotección infantil en el desarrollo y mantenimiento de las futuras relaciones, las aportaciones llevadas a cabo por Bowlby en relación al apego son especialmente relevantes (Bowlby, 1969, 1973, 1980; citado por Feeney y Noller, 2001). Este autor, explora los mecanismos que se producen en el establecimiento y rotura de los vínculos afectivos, y en concreto, en cómo se produce el vínculo emocional entre el/la infante y su principal figura de cuidado. Bowlby (1980) insiste en que resulta necesaria una relación continuada y cercana para que el niño o la niña se desarrolle emocionalmente. De hecho, Bowlby (1982) decía textualmente que el apego “es propio de los seres humanos desde la cuna hasta la sepultura” (p. 129), trasladando la importancia de cómo esa manera de vincular afectivamente con otra persona queda marcada de por vida.

En la línea de la relevancia que tienen las relaciones en la infancia con las figuras de apego, Nóblega et al. (2020) señalan que en la edad adulta las personas tienen un repertorio de representaciones que se crean a partir de las experiencias tempranas con sus figuras de cuidado. Main et al. (1985) denominaron a estas representaciones tempranas estados mentales relacionados al apego. Dichos estados mentales funcionan como reglas (conscientes o inconscientes) que sirven para organizar la información de las experiencias de apego. Así, Groh et al. (2016) encontraron que las experiencias de (in)sensibilidad de padres/madres son codificadas por sus hijos e hijas en un trabajo interno que engloba la visión del yo, la de las otras personas y la de la naturaleza de las relaciones, influyendo en su desarrollo y en su experiencia de apego en la adultez. Se ha visto que todos estos elementos ejercen una influencia directa sobre las conductas marento-parentales (Main et al., 1985; citado por Nóblega et al., 2020). En esta línea, diferentes estudios realizados con madres, han concluido que existe una relación directa entre los estados mentales de apego de la madre y la conducta de cuidado que ejerce sobre su descendencia (Madigan et al., 2006; Jacobvitz y Reisz, 2019).

Teniendo en cuenta lo dicho hasta ahora, mediante este trabajo se busca ahondar en los fenómenos psicológicos que se podrían producir en aquellas personas que, habiendo vivido situaciones de desprotección en su infancia, se enfrentan a las labores de cuidado que deben entrañar en el ejercicio de la parentalidad/marentalidad. En concreto, las preguntas a las que se quiere dar respuesta son las siguientes: ¿Qué mecanismos se ven envueltos en esta transición?, ¿cómo lograr convertirse en base segura, cuando la vivida en la infancia no lo fue? Para poder dar sentido a estas preguntas, en las siguientes páginas se profundizará en aquellos aspectos que tienen que ver con las posibles consecuencias de las situaciones de desprotección infantil en el desarrollo del apego, la transmisión intergeneracional del trauma o la reactivación postraumática. Por último, se tratará de indagar en diferentes aspectos que puedan ayudar en la intervención y/o el acompañamiento psicoterapéutico, de forma que se puedan modificar los patrones de vinculación rígidos e inapropiados y poder así crear una relación marento/parento filial flexible y segura.

2. VÍNCULOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA

2.1. APEGO SEGURO

La teoría del apego comprende que, desde el nacimiento, el/la bebé está evolutivamente en predisposición a formar lazos cercanos, duraderos y de manera dependiente con su figura de cuidado. Dicha predisposición a crear lazos emocionales se comprende desde la naturaleza social inherente al ser humano. Por lo tanto, el/la bebé nace vulnerable y dicha vulnerabilidad le lleva a necesitar de una persona adulta que se encargue de su cuidado (Peña, 2017). En la misma línea, Pitillas (2021) explica que desde el momento en el que se nace, existe un contacto con el mundo exterior y es necesario establecer una relación de apego con quienes se encuentran cerca para poder sobrevivir. Normalmente, son los/as padres/madres las personas que se muestran disponibles en el entorno del bebé y, por consiguiente, los/as responsables de satisfacer y garantizar que las necesidades de su bebé sean cubiertas; necesidades tan diversas como pueden ser la alimentación, el afecto o la seguridad, con el objetivo de promover un correcto desarrollo a nivel psicológico, físico y social.

Bowlby (1973), en su teoría del apego, puso sobre relieve que la relación que se produce entre las personas cuidadoras y el/la infante es uno de los indicadores más precisos que se tienen para poder valorar la personalidad del niño/a. Así, la teoría del apego pone su foco de interés en la particular relación entre la persona cuidadora y el/la bebé (Bowlby, 1982). Sobre este tipo de relación tan particular, Fonagy (2004) añade que se trata de la relación más temprana que se establece y que permite aprender a regular el sistema emocional. Además, establece que el apego se desarrolla gracias a un proceso interactivo en el que participan activamente la figura de apego y el/la bebé. Será el/la cuidador/a quien se encargará de responder a las señales o reacciones emocionales, favoreciendo los procesos básicos de autorregulación.

Pitillas (2021) explica que, para salvaguardar las diferentes necesidades del/la bebé, conviene la presencia de personas responsables que se comprometan con el cuidado desde una postura sensible y receptiva, permaneciendo como cuidadores estables al menos los primeros años de vida. Así, conforme va creciendo y va adquiriendo mayor autonomía, utiliza sus figuras de referencia como una relación de confianza y seguridad para poder explorar el mundo. Feeney y Noller (1996) recogen la idea de Bowlby acerca de cómo el sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas de proximidad y las de exploración. Los/as bebés perciben la separación (ya sea real o en forma de

amenaza) de su figura protectora como un peligro para su bienestar y tratan de no salirse de campo protector de esta figura. La reacción que en esos momentos puedan tener las figuras de cuidado, llevará al desarrollo de los patrones de apego y, por tanto, a la construcción de los modelos internos, guiando las percepciones individuales respecto a los pensamientos o las emociones (Pitillas, 2021). Acerca de los modelos internos, Bowlby (1982), propuso que los/as bebés formulan dichos modelos en base a sus relaciones con los demás, concretamente, con el vínculo de un/a cuidador/a principal, que les sirve de base segura y le proporciona apoyo y protección en momentos de amenaza y angustia. Por ejemplo, en el caso del/la bebé cuyas señales se malinterpretan o distorsionan sistemáticamente, se ve obligado/a a adaptarse a las expectativas y comportamientos de su madre/padre para mantener un sentimiento de conexión con él/ella. Los estilos de apego del/la infante son el resultado del patrón de estas adaptaciones a lo largo del tiempo (Jacobvitz y Reisz, 2019).

Sin embargo, el apego no se desarrolla de igual manera para todo el mundo y existen diferentes tipos. Los/as bebés forman apegos seguros o inseguros (evitativo o ansioso-ambivalente) hacia los/as demás sobre la base de sus experiencias tempranas (Ainsworth y Bowlby, 1991). Los/as bebés seguros/as difieren de los inseguros/as, en que experimentan una seguridad sentida al confiar en la figura de apego en momentos de dificultad. Esto permite a el/la bebé seguro/a dejar a su cuidador/a para explorar el entorno y volver a buscar consuelo y ayuda cuando lo necesite. Bowlby (1988) describió el apego seguro como la capacidad de conectarse adecuadamente y con seguridad en las relaciones con los demás, al tiempo que se es capaz de actuar de manera autónoma según la situación. Según Simmons et al. (2009) una persona con un estilo de apego seguro exhibe un patrón de comportamiento saludable, que se manifiesta en la capacidad de trabajar solo/a o con otros/as, formando relaciones flexibles y recíprocas con una variedad de diferentes personas. De esta manera, tanto la teoría de Bowlby como las extensiones de Ainsworth (1991) acerca de los estilos de apego, explican cómo las experiencias tempranas de los/as bebés se convierten en modelos internos del sí mismo y de los/as demás, y conforman las futuras experiencias y relaciones sociales de los individuos (Simmons et al., 2009).

Los estudios longitudinales indican que los estilos de apego tienden a mantenerse hasta la edad adulta (Hazan y Shaver, 1990). Ainsworth (1991) destacó el rol fundamental que el sistema de apego juega en las relaciones adultas, cuando existe seguridad y disponibilidad como base de la relación, el sujeto siente que puede alejarse de su base segura, con la confianza de poder comprometerse en otras actividades (Martínez-Álvarez

et al., 2014). Fraley (2002) se suma a la idea de que los patrones o estilos relacionales que se crean en la infancia con las figuras de apego, son patrones que tienden a repetirse a lo largo de la vida, ejerciendo una alta influencia en las relaciones de la vida adulta. Martínez-Álvarez et al. (2014) recogen que los estudios corroboran que cuanto más positivo es el ambiente familiar en el que uno/a crece, mayor será la capacidad para poder crear y mantener relaciones satisfactorias e íntimas. Por ejemplo, los autores Furman y Winkles (2010) se dieron cuenta de que la vinculación infantil está asociada a la calidad de las relaciones en la vida adulta.

Desde la década de 1960, la teoría del apego de Bowlby se ha convertido en un marco importante para comprender procesos interpersonales en la edad adulta; en concreto, la forma en que el estilo de apego afecta a la calidad de las relaciones estrechas. Oliva Delgado (2004), señala que el modelo interno tiene una profunda influencia en la persona, por lo tanto, quien tuvo un estilo de vinculación seguro por parte de unos/as cuidadores/as principales que se mostraron sensibles y responsivos/as de manera estable, tendrá en su vida adulta una actitud básica de confianza en las relaciones con los/as demás. Sin embargo, quienes en su infancia tuvieron experiencias negativas de vinculación, tenderán a no esperar relaciones con los/as demás que puedan ser estables, gratificantes o positivas.

2.2 PROCESOS IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DEL APEGO SEGURO

Fonagy (2004) explica que el apego seguro se asocia a mejores capacidades emocionales, de regulación y de autorreflexión, además de que, las personas que han vinculado de manera segura son más capaces de hacer frente a las circunstancias difíciles de la vida. Sin embargo, ¿cómo se puede desarrollar el apego seguro?

Aunque está claro que la seguridad del apego puede desarrollarse en el contexto de una relación de apoyo y confianza, generalmente se asume que se trata de un proceso que conlleva un periodo considerable, no inmediato (Gillath et al., 2008). El apego entre un/a bebé y su figura de apego, por ejemplo, no suele evaluarse hasta que el niño/a tiene 12 meses de edad. Además, existen otras situaciones particulares, como por ejemplo, aquellos casos en los que un niño/a es adoptado/a o entra en acogida, cuyos cambios en el patrón de apego serán predecibles a partir del apego que pueda desarrollar con la nueva figura de cuidado (Hesse, 1999) y que se concretará a lo largo de un período de tiempo

indefinido. Por lo que según la circunstancia, el proceso puede darse en un periodo más prolongado (Dozier y Rutter, 2008).

Comenzando con los procesos que favorecen el apego seguro, resulta importante tener en mente el modelo interno, ya que servirá, tanto para percibir como para interpretar las intenciones y acciones de los/as demás y poder dirigir la conducta (Bowlby, 1980). Oliva Delgado (2004) explica que un factor clave de este modelo es, precisamente, que incluye elementos cognitivos y afectivos. Por un lado, aporta la noción de quiénes son las figuras de apego, dónde pueden encontrarse y qué se puede esperar de las mismas. Por otro lado, sirven como fuente de información sobre uno/a mismo/a, es decir, si una persona es valorada y capaz de ser querida por sus figuras de cuidado principal. En esta línea, supone la base para crear la autoestima y la identidad. Svanberg et al. (2010) explican que, la presencia de relaciones de apego seguras con los/as cuidadores/as principales, crean la expectativa de que sus necesidades de calma, confort y protección contra el peligro serán adecuadamente satisfechas. Esta expectativa se convierte en la base para la competencia social y aporta la confianza suficiente para hacer frente a los temores sobre su seguridad, ya que en el pasado fue aliviada por cuidadores/as sensibles.

Siguiendo con otros elementos que forman parte del desarrollo del apego seguro, Pitillas (2021) explica los diferentes procesos implicados en la relación filio marento-parental que participan en la creación del vínculo. Primeramente, habla del sistema diádico de regulación mutua donde los constantes intercambios entre niño/a y cuidador/a permiten que esta díada alcance un estado de coordinación, al tiempo que cada participante se sincroniza con las muestras afectivas del otro y con la dirección de los cambios afectivos. Esta sincronización se construye y mantiene a través de conductas casi imperceptibles del día a día —por ejemplo, las miradas, el tono de voz o las sonrisas— que pueden darse de diversas maneras. Dentro de la relación diádica, por un lado, Tronick (1989), añade que favorece la experiencia de conexión entre el/la menor y su cuidador/a principal y, durante todo el desarrollo, será una motivación fundamental. Se trata de una motivación, no solo porque aporta al/la bebé una sensación de estar conectado y cerca con un/a otro/a, sino que probablemente añaden otro elemento a su experiencia. Ese elemento consiste en que el/la bebé se vive como un agente, es decir, siente que es capaz de modificar lo que sucede, de influir sobre los acontecimientos y los/as demás. Por otro lado, tal y como indica Pitillas (2021), en esa relación diádica ambos miembros de la interacción son participantes activos, capaces de influir sobre los estados y las respuestas de su interlocutor/a. A su vez, cada uno de ellos/as es sensible a las señales que le llegan

de su interlocutor, se deja influir y se ajusta a ellas. Es por eso que se trata de un proceso dinámico. Al hilo de la relación diádica, Svanberg et al. (2010) aportan que dicha experiencia en la infancia temprana, está relacionada con el desarrollo posterior; en concreto, los patrones de interacción con el/la cuidador/a principal durante el primer año de vida están estrechamente relacionados con el estilo del apego que tendrá el/la bebé al año de edad.

Para el desarrollo del apego, Pitillas (2021), basándose en los trabajos de Tronick (2003), compartió la idea de la relación única que se forma entre progenitores/as e hijos/as. Más concretamente, del sistema diádico que conforman y de cómo se co-construye el vínculo entre figura de apego e hijo/a. Fonagy (2015) señala que los "contextos de tiempo-actividad" en los que se desarrolla la co-creatividad son también constitutivos de la singularidad de cada relación. Estos contextos consisten en las experiencias compartidas y mutuamente reguladas de la díada, que se organizan en torno a ciertos tiempos y comportamientos —como la alimentación, el cambio de pañales o la hora de acostarse—. Juntos/as, el número, la frecuencia y la calidad de estas interacciones conforman lo que Tronick (2003) denomina "espesor" de la relación; es decir, una forma única de estar que comparten la figura de apego y el/la niño/a, que no es transferible a otro tipo de interacción. Con significados y configuraciones co-construidas por la díada en la que, por ejemplo: una mirada acompañada de una pequeña sonrisa puede significar durante el momento de alimentación “quiero más”, pero que quizá eso mismo a la hora de acostarse puede querer decir “quédate conmigo”. Todo esto forma parte de lo que Tronick (1989) denominó el MRM o *Mutual Regulation Model*, en un intento de comprender los procesos socioemocionales de microregulación que generan las características únicas de la relación entre bebé y su figura de apego.

Otro de los ingredientes que forman parte del desarrollo del apego, es la heterorregulación (Pitillas, 2021). Esta función consiste en la forma en que los/as progenitores/as pueden ayudar a regular las emociones en sus bebés, normalmente, amplificando las emociones positivas y disminuyendo las negativas. Schore (2010) añade el concepto de margen óptimo de activación, que hace referencia a la función de los/as cuidadores/as de ayudar a los/as hijos/as a regular la intensidad de los estados afectivos. De esta manera las figuras de apego se convierten en fuentes externas que regulan las emociones haciéndolas más tolerables. Por lo tanto, se habla del cuidador/a como refugio seguro que el/la niño/a puede usar para regularse frente a situaciones de dolor, miedo o

desregulación; y como base segura desde la que el/la niño/a puede salir a explorar (Pitillas, 2021).

Además, uno de los aspectos a considerar es la capacidad de la reparación en la interacción de la diada. Tronick (1989) señaló que, en las relaciones de apego seguras, los estados de coordinación madre-bebé ocupaban alrededor del 30%. Eso quiere decir que en el 70% restante la coordinación falla o las respuestas de los/as cuidadores/as orientadas a regular el estado afectivo del/a niño/a no son de una eficacia constante. Por lo tanto, las interacciones consisten en un ensayo-error más que en un ajuste permanente. Tronick (2003) afirma que el apego seguro, se caracteriza por el uso flexible que hace el/la niño/a de su cuidador/a en busca de comodidad y seguridad, al mismo tiempo que puede explorar con confianza su entorno. Todo esto resulta posible, gracias a la capacidad de respuesta sensible por parte de los/as cuidadores/as, la calidez y la sincronía interactiva, así como de la reparación de las "rupturas" o "malentendidos" en la interacción. Un ejemplo de esta ruptura puede ser el siguiente: cuando un/a niño/a se encuentra muy cansado/a y su figura de apego le sobreestimula queriendo jugar con él/ella. El/la menor empieza a incomodarse y a llorar, su figura de apego se da cuenta de que no está receptivo/a y modifica su conducta (repara), pasando de la sobreestimulación a calmar al/la menor para que pueda dormir.

De acuerdo con todos estos aspectos, resulta evidente que el vínculo entre el/la cuidador/a principal y el bebé es único y muy significativo (Tronick, 2003). Dicho vínculo se crea y co-construye con la participación activa de ambos miembros, en los que la persona adulta trata de regular al/la bebé en cada interacción, por pequeña que está sea. Muchas veces fallará en interpretar las señales, pero en el ensayo-error encontrará la manera de volver a regular al/la bebé. Sin embargo, cuando las interacciones están basadas en la inseguridad y el trauma, se sientan las bases para el trauma relacional (Pitillas, 2021).

3. APEGO Y TRAUMA RELACIONAL

3.1. APEGO DESORGANIZADO

La definición de apego desorganizado se contiene en el propio término: las formas de interactuar de estos/as niños/as demuestran que, para ellos/as, es imposible organizar una estrategia sistemática de relación con su cuidador/a (Pitillas, 2021). También podría definirse como una ruptura en las estrategias de regulación de emociones que resulte coherente y organizada (van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2003). Ballester et al.

(2014) comparten del apego desorganizado que “está caracterizado por el derrumbe de las estrategias de atención y comportamiento; el/la niño/a muestra conductas contradictorias o incoherentes, simultáneamente o en una rápida secuencia, cuando su sistema de apego, activado por la separación, guía sus respuestas hasta el retorno del/la cuidador/a principal (*caregiver*) (p.377)”.

Algunos datos importantes acerca del apego desorganizado (en adelante AD) son los aportados por Lyons-Ruth y Jacobvitz (2016) en relación a su prevalencia. Estos datos ayudan a contextualizar su realidad y tomar en consideración su representación en base a una serie de variables. Sobre la relación con el temperamento, los estudios de Lorenzini y Fonagy (2014) parecen indicar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el temperamento del/la niño/a y el AD, por lo que, el hecho de que el temperamento del/la infante sea más irritable o tienda más a la excitación no favorecería el desarrollo de un AD. Acerca de la variable maltrato, se habla de que presenta una relación significativa con el AD; así, la probabilidad de presentar AD es directamente proporcional a la acumulación de experiencias de maltrato (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2016). En cuanto a la asociación entre AD y psicopatología, explicar que se asocia a una mayor prevalencia en trastornos tanto internalizantes como externalizantes en la niñez y adolescencia (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2016). Por último, mencionar la relación entre AD y disociación, Lyons-Ruth y Jacobvitz (2016), comentan que jóvenes y adultos/as que presentan estados irresueltos (equivalente del AD en la edad adulta) obtienen elevadas puntuaciones en disociación.

A menudo, debido a todas las patologías o características con las que se relaciona el AD, puede parecer sencillo caer en falsas creencias. Por eso mismo, resulta de interés la información que aportan Granqvist et al. (2017) entorno a los mitos acerca del apego desorganizado. Destacan los siguientes seis:

- 1) *No es sinónimo de patología a lo largo del desarrollo:* para ello será necesario que se combinen otros factores, junto el AD. Además, deberán mantenerse una serie de adversidades ambientales en el transcurso del desarrollo del/la niño/a.
- 2) *No se trata de una propiedad fija:* varía en función de los contextos y las relaciones del niño/a. Por ejemplo, puede tener un estilo de apego desorganizado con un/a progenitor/a y con otro/a no.

- 3) *No siempre se trata de una propiedad de la relación*: es decir, a pesar de que normalmente quienes tienen un estilo de AD se desarrollan en contextos de relaciones afectivas difíciles con sus figuras de apego, es posible que se dé por otros factores (enfermedad física, estrés situacional excesivo, problemas neurológicos, fatiga intensa).
- 4) *No es lo mismo que el Trastorno del Apego*: difiere del trastorno en que éste se produce de manera estable en diferentes contextos y relaciones, y que, no necesariamente desaparece bajo condiciones ambientales más seguras.
- 5) *No necesariamente significa maltrato*: muchos/as niños/as que han sido maltratados/as pueden mostrar AD, pero el AD puede derivarse de otros factores. Asimismo, en las familias que padecen cinco o más factores de riesgo socioeconómico (por ejemplo, los/as niños/as criados/as por padres/madres en situación de adversidad económica, discriminación hacia las minorías, escaso apoyo social...), suelen darse mayores manifestaciones de AD. Lo que indica, la relación entre la dimensión social del AD y las situaciones de desigualdad.
- 6) *No es para siempre*: las intervenciones basadas en el vínculo y las mejoras en otros contextos, tienen éxito en la promoción hacia un posible cambio en el apego para que este sea más organizado.

Focalizando la información en las características del AD, cuando las necesidades de proximidad o consuelo de estos/as niños/as se activan, sus formas de relación con respecto a su cuidador/a podrían presentar diferentes estilos (Granqvist et al., 2017). Dichos estilos, pueden abarcar una variedad de comportamientos que parecen reflejar una interrupción en la coherencia de la estrategia del bebé para buscar a su cuidador/a cuando está angustiado/a (Granqvist et al., 2017). Se resumen en las siguientes siete categorías (Granqvist et al., 2017):

- 1) *Conductas incongruentes secuenciales*. Por ejemplo, el/la niño/a se aproxima físicamente a la figura de apego cuando esta vuelve a la habitación, y después se aleja o la evita.
- 2) *Conductas incongruentes simultáneas*. Por ejemplo, el/la niño/a se aferra y abraza a el/la cuidador/a y, simultáneamente, evita el contacto visual con él/ella.
- 3) *Movimientos incompletos o interrumpidos*. Por ejemplo, el/la niño/a se acerca físicamente a la figura de apego y, a medio camino, se queda paralizado/a.

- 4) *Estados de bloqueo o “congelamiento”*. Por ejemplo, que el/la niño/a se quede inmóvil o se muestre ausente.
- 5) *Signos de aprensión o miedo en relación al cuidador/a*. Por ejemplo, los hombros encogidos o expresiones faciales de temor frente a la madre o el padre.
- 6) *Estereotipias*. El/la niño/a incurre en conductas repetitivas o autoestimulativas, tales como sacudir la cabeza, autogolpearse, etcétera.
- 7) *Signos manifiestos de desorientación*. Por ejemplo, que el/la niño/a se muestre perdido/a o con la mirada pérdida cuando su figura se aproxime a él/ella.

En opinión de Bowlby (1982), el sistema de apego evolucionó principalmente para promover protección regulando la proximidad del niño/a hacia la madre. La activación del sistema de apego del niño/a da lugar a un comportamiento que normalmente ayuda a establecer o mantener la proximidad con la figura de apego y provoca un comportamiento de consuelo que calma la angustia y reduce el miedo en respuesta al peligro o a las amenazas, incluida la amenaza de separación. Main y Solomon (1986, 1990) concluyeron que, a pesar de la amplia variación en la apariencia superficial de los comportamientos anómalos, todos se caracterizaban por una ruptura de la coordinación fluida de la conducta de apego y eran indicativos de la ausencia de una estrategia de interacción coherente con respecto al padre/madre.

Asimismo, Bowlby (1988) destacó que, en circunstancias normales, ante un peligro o un temor, se tiende a la búsqueda de proximidad de la base segura. Aguilar (2008) añade que la patología severa puede darse en situaciones en las que el/la menor se enfrenta al peligro sin disponer de la sensación de una base segura. Es decir, cuando la figura que debería servir para ello es en sí misma la fuente de la amenaza. Unido a eso, según Main y Hesse (1990; citado en Aguilar, 2008), cuando la figura de apego expresa agresión o miedo en circunstancias no peligrosas, se podría generar en los/as niños/as la sensación de “miedo sin solución”. Esto se debería a que la figura de apego cumple con dos funciones contrapuestas de manera simultánea: es tanto la fuente como la posible solución del estado de alarma del niño/a. Es por ello que, tal y como explica Schore (2003), aquellas interacciones que estén marcadas por este “miedo sin solución” podrían ser similares a los eventos traumáticos, incluso cuando no incluyan abuso o violencia. Así, este tipo de situaciones formarían parte de lo que se conoce como trauma relacional

temprano (Schoore, 2003) y que Liotti (2006) lo señalaría como un elemento habitual de la transmisión intergeneracional del trauma (aspecto este que se abordará más adelante).

Para los/as niños/as tener que adaptarse a estas interacciones o relaciones puede resultar tremendamente confuso e impredecible. Al mismo tiempo que provoca una serie de consecuencias a diferentes niveles. Botella (2005), por un lado, menciona que sufren una situación de colapso de lo que serían sus estrategias conductuales. Por otro lado, Main (1991) explica que el apego desorganizado tiene una implicación directa en la construcción temprana del modelo interno provocando representaciones incoherentes y desagregadas de la realidad (del niño/a en sí mismo y de la figura de apego).

Por lo tanto, tal y como explican Ballester et al. (2014) el miedo y la hostilidad que la figura de apego transmite (consciente o inconscientemente), activan en el/la niño/a su sistema de defensa y la emoción del miedo. El miedo en sí mismo, no es desorganizado, de hecho, suele traducirse en tres tipos de respuestas que son organizadas: búsqueda de protección o seguridad —sistema de apego—, fuga o ataque —sistema de defensa— o sumisión —sistema de competencia— (Ballester et al., 2014). Sin embargo, el miedo resulta desorganizado cuando no se logra ninguna de las respuestas organizadas mencionadas anteriormente. Es decir, cuando se da el “miedo sin solución” y no hay protección, no hay opción de huir, ni sensación de competencia. En conclusión, podría decirse que la base motivacional de la desorganización del apego tiene que ver con la activación simultánea de dos sistemas: el de apego —necesidad de protección o seguridad— y el de defensa —necesidad de huida o ataque ante lo que genera malestar—

Ante esta situación de difícil solución, Holmes (2011) explica cómo el/la niño/a podría recurrir a medidas extremas con el objetivo de lograr cierta coherencia interna, como, por ejemplo: la disociación, la escisión, el control excesivo o la inversión de roles. El tener que hacer uso de estas medidas extremas, se produce, tal y como mencionan Spitoni et al. (2020), a consecuencia de que el patrón desorganizado no resuelto desencadena recuerdos traumáticos disociados. Estos recuerdos se relacionan con experiencias de apego caracterizadas por el temor o la negligencia e incluyen expectativas contradictorias y dramáticas en relación con los cuidadores. Además, este patrón se ha vinculado a la desregulación emocional, a reacciones conductuales extremas en situaciones de estrés y, con frecuencia, a conductas autolesivas (Spitoni et al., 2020); estando sobrerrepresentado en muestras clínicas que se caracterizan por los fenómenos

de disociación (p. ej., el trastorno de estrés postraumático) y de desregulación de los impulsos y las emociones (p. ej., el trastorno límite de la personalidad).

3.2. CARACTERÍSTICAS MARENTO-PARENTALES

El apego desorganizado tiene estrecha relación con un amplio abanico de respuestas socioafectivas anómalas que tienen que ver con las figuras de apego (Pitillas, 2021). En las últimas décadas, han sido varios/as los/as autores/as que han propuesto modelos explicativos acerca de qué elementos relacionados con la figura de apego, generan un estilo de apego desorganizado en el/la niño/a. Main y Hesse (1990) propusieron que las figuras de apego despliegan conductas atemorizantes o atemorizadas en los/as menores. Lyons-Ruth et al. (2005) añadieron su perspectiva sobre que las figuras de apego favorecen el desarrollo de un estilo de apego desorganizado en el/la infante mediante conductas parentales extremas y contradictorias. Solomon y George (2008) lo atribuyen a las fallas en terminar el sistema de apego. A continuación, se hará un breve repaso de lo que propone cada modelo explicativo.

Para comenzar, se encuentra “El Modelo Main y Hesse” (1990), cuyos autores fueron los primeros en descubrir el apego desorganizado e incluirlo en su modelo etiológico. Main y Hesse (1990), propusieron que son las figuras de apego quienes despliegan conductas atemorizantes o atemorizadas (también denominadas conductas FR, proveniente de la palabra inglesa *frightening* que en castellano significa aterrador) provocando en el/la niño/a la situación paradójica de “miedo sin solución”. Main y Hesse (1990) se refieren a esta situación como un proceso en el que se inhibe o se contradice la conducta al mismo tiempo que se realiza. Lecannelier et al. (2011) recogen la diferenciación que Hesse y Main (2006) propusieron sobre las conductas atemorizantes y atemorizadoras. Las atemorizantes, aunque muy variadas, pueden ser desde asustar al/la bebé, exceso de intrusividad, abusos físicos o sexuales, coger de manera brusca, etcétera. Las atemorizadas son conductas tales como la búsqueda de cariño en el/la hijo/a, o cuidado, así como, tenerle miedo o sentir que es peligroso/a, disociarse en presencia del hijo/a, etcétera.

Main y Hesse (1990), en su modelo, trataron de comprender qué desencadenaba en las figuras de apego las conductas FR. Los autores, basándose en los resultados de la Entrevista de Apego de Adultos (AAI por George, Kaplan y Main, 1985) llegaron a la conclusión de que aquellos/as adultos/as que presentaban experiencias relacionadas con

traumas y pérdidas en el inicio de la infancia temprana, era más probable que se vinculasen de manera desorganizada con su bebé. Estos autores lo que encontraron fue que aquellos/as adultos/as que generan un estilo de apego desorganizado con sus hijos/as, mostraban desorganización al relatar eventos potencialmente traumáticos de su infancia temprana. Esto fue patente a través de los lapsos en el monitoreo del discurso, debido a las faltas de coherencia en el discurso, incapacidad de terminar una frase o el uso de silencios largos. Estos lapsos también se daban en el monitoreo del pensamiento, por ejemplo, ante la confusión de pensar que un ser querido ha fallecido cuando en realidad no (Main y Hesse, 1990). Los/as autores/as inciden en que los lapsos en el tiempo surgen debido a que la persona adulta sigue sobrepasada por el pasado, abrumada y atemorizada por el recuerdo de los eventos traumáticos que no han sido resueltos (Main y Hesse, 1990).

El modelo de Main y Hesse (1990) propuso “el miedo sin solución” como factor explicativo del apego desorganizado. Sin embargo, en el modelo explicativo propuesto por Lyons-Ruth et al. (2005), las autoras comparten que el miedo sin solución que experimenta el/la niño/a por parte de la figura de apego, no necesariamente explica el estilo de apego desorganizado, al menos no exclusivamente. De hecho, proponen que puede derivar de una amplia variedad de respuestas afectivas de las figuras de apego hacia el/la menor, que tienen de por sí un efecto desorganizante. Así, la evidencia parece sugerir que el papel de las comunicaciones intersubjetivas por parte de los/as responsables del cuidado, son relevantes para la desorganización del apego (Lyons-Ruth et al., 2005).

Las autoras, realizaron una clasificación de los estados mentales y las conductas parentales que predisponen a las figuras de apego a favorecer un estilo de apego desorganizado en los/as infantes. A continuación, se hace referencia a dicha clasificación (Lyons-Ruth et al., 2005):

- a) Subtipos de estados mentales en relación al apego:
 - i. Hostil: madres con índices significativamente más altos en conductas autorreferenciales y conductas negativas-intrusivas que el resto de las madres, mezclando conductas contradictorias tales como, el rechazo y la búsqueda de atención hacia sus hijos/as. Esas conductas por parte de la madre se traducían en el/la menor en conductas resistentes y evitativas, tales como: angustia, enfado en presencia de la madre o darle la espalda.

- ii. Indefensas-Temerosas: estas madres, ante las conductas de apego de su hijo/a, mostraban índices significativamente más altos de retirada, duda e, incluso, aprensión. Los/as hijos/as insistían reiteradamente en buscar el contacto de sus madres y lo expresaban con angustia. Lo hacían a pesar de que sus madres también mostraran conductas desorganizadas, como, por ejemplo: temor, incertidumbre, conflicto, o indefensión.
- b) AMBIANCE (conductas marento-parentales que provocan la desorganización del infante), aspectos que tienen que ver con la comunicación maternal perturbada:
- i. Respuestas marento-parentales de retirada: donde la figura de apego deja solo/a al menor en momentos de malestar.
 - ii. Respuestas desorientadas: la figura de apego actúa de manera extraña, pudiendo cambiar radicalmente su postura a una más rígida o, cambiando el tono de voz de manera brusca.
 - iii. Respuestas de rol confuso: el/la niño/a acaba teniendo que hacerse cargo de su propio malestar, llegando incluso a tener que hacerse cargo del malestar de su figura de apego.
 - iv. Respuestas llamadas errores de comunicación afectiva: que pueden tratarse de que la figura de apego traslada señales contradictorias al niño/a, al mismo tiempo que fracasa en responder a las señales afectivas por parte del niño/a. Por ejemplo, consolar al niño/a pero evitar el contacto visual.

Pasando al modelo explicativo propuesto por Solomon y George (2008), difiere de los modelos explicativos anteriores en que la conducta parental que desorganiza al infante, no necesariamente tiene que ver con la conducta en sí misma (conductas FR y conductas AMBIANCE). La propuesta de estos autores, parte de la idea inicial de Bowlby (1980) sobre el apego como sistema homeostático que regula situaciones de estrés. Desde la noción del apego como sistema regulatorio, Solomon y George (2008) proponen que son las fallas en reparar el error (conductas FR o AMBIANCE), las que provocan en los/as niños/as un estado crónico de daño, confusión, estrés y emocionalidad negativa. De alguna manera, la figura de apego no consigue “terminar” el ciclo de activación del sistema de apego, puesto que no logra regular ni reparar las situaciones que le generan malestar o estrés al niño/a. Así, las intensas emociones confusas y negativas que las

figuras de apego sienten hacia su hijo/a interferirían negativamente en el proceso. La experiencia de sentir esas emociones tan intensas, provocaría conductas de diferentes tipos en la figura de apego, por ejemplo: poner distancia (alejarse físicamente del niño/a), abandonar psicológicamente al menor dejándolo/a asustado/a, desamparado/a o solo/a y/o gritar, agredir o molestar.

Finalmente, tal y como trasladan Lecannelier et al. (2011) las conductas parentales que desorganizan a los niños/as, dejan a los/as menores en situaciones de alta vulnerabilidad y con serias dificultades para regularse. A pesar de que las conductas de las figuras de apego son las principales causantes de la desorganización del apego en los/as niños/as, estos/as autores/as sugieren que plantear modelos parentales unívocos puede ser un grave error, por lo que los modelos que expliquen el estilo de apego desorganizado en niños/as en base a una conducta o un estado mental concreto de las figuras de apego, menospreciaría la complejidad que acarrea el proceso de la marento-parentalidad, cayendo en un error reduccionista.

3.3. TRAUMA RELACIONAL

Las experiencias y momentos de vulnerabilidad en la infancia se han asociado a un tipo de problemática específica, normalmente unida al maltrato físico, negligencia o abuso sexual (Lecannelier et al., 2021). Esta perspectiva, presenta el inconveniente de tratar de dividir en eventos concretos, lo que en la mayoría de casos suele ser una experiencia traumática que no responde a un modo puro. Es decir, asumir que aquellos/as niños/as que en situaciones de riesgo han vivido el maltrato físico, la negligencia o el abuso sexual de manera aislada. Dicha manera de encajonar las experiencias traumáticas en la infancia, ha dificultado la elaboración de un modelo integrado y complejo sobre la experiencia desorganizada en la infancia temprana y adolescencia, en las que sufren vulneraciones crónicas y múltiples (Lecannelier et al., 2021).

Lecannelier et al. (2021), en relación al trauma complejo, advierte de tres errores comunes a la hora de entender las vulneraciones en la infancia como hechos concretos. El primer error, consiste en confundir el evento con la experiencia, haciendo equivalentes el hecho con la experiencia compleja subyacente. El segundo error sería, caer en etiquetas y comprensiones simples al no entender cómo los eventos traumáticos se integran en la experiencia psicofisiológica, emocional, cognitiva, relacional y social. El tercer y último error, se refiere a las intervenciones que se elaboran utilizando como principio la categoría

de acuerdo al tipo de vulneración o evento traumático. Es decir, poner el foco de la intervención en el evento traumático concreto, por ejemplo, el abuso sexual o maltrato físico.

La palabra trauma, se deriva del griego y significa “daño” o “herida” y hace referencia a aquella experiencia que amenaza tanto la integridad psicológica como física de la persona y, que por tanto, la deja en una situación de alta vulnerabilidad (Lecannelier, 2018). Desde la teoría del apego, el trauma se concibe como un fracaso de las figuras de apego a la hora de proporcionar protección y seguridad a los/as niños/as y constituye una forma grave de "abdicación del cuidado" que compromete las capacidades de los/as infantes para el desarrollo y la salud mental, la regulación de las emociones, la autointegración y la capacidad de mantener relaciones (Parra et al., 2017). De manera más concreta, Lecannelier (2018) explica que el trauma complejo o trauma complejo del desarrollo (también denominado TC), consiste en la experiencia reiterada de sufrir traumas que conllevan graves consecuencias para el desarrollo de el/la infante. La experiencia de quien sufre TC puede resultar muy confusa a ojos de quien observa. Sus conductas son un intento desesperado de buscar maximizar el vínculo del apego al mismo tiempo que desean minimizar sus experiencias somáticas, emocionales y mentales. Estas sensaciones son vividas como caóticas e inmanejables.

Cook et al. (2005) explicaron que las relaciones tempranas de cuidado proporcionan el contexto relacional en el que los/as niños/as desarrollan las primeras representaciones psicológicas del yo, del/la otro/a y del yo en relación con los/as demás. Estos modelos vinculares constituyen la base de las competencias de desarrollo del/la niño/a, como la tolerancia a la angustia, la curiosidad, el sentido de la acción y la comunicación. Como ya se ha mencionado previamente, la seguridad emocional que puede llegar a desarrollar un/a niño/a, se deriva del cuidado de sus figuras principales y otros/as adultos/as. Este cuidado marca la diferencia fundamental de experimentar un evento traumático y organizar una experiencia traumática. Por lo tanto, el apego seguro o una vinculación de calidad, actúa como “escudo protector” del TC. Este escudo, permite desde edades tempranas que niñas y niños se sientan protegidos/as y regulados/as, al mismo tiempo que ayuda a su sistema cerebral, corporal, emocional y representacional (Lecannelier, 2018).

Spinazzola et al. (2018) observaron que cuando los niños/as pequeños/as y sus cuidadores/as están expuestos a trauma interpersonal, el desarrollo de los vínculos de

apego de los/as infantes con sus cuidadores/as primarios/as también puede verse alterados o interrumpidos. La combinación de trauma interpersonal y la interrupción del apego primario se ha demostrado que interfiere en el desarrollo de los niños/as, incluyendo la regulación de las emociones, la autonomía y la adquisición de habilidades prosociales típicas de la edad, necesarias para aprendizaje y el funcionamiento en actividades y relaciones cruciales para el desarrollo psicosocial (Spinazzola et al., 2018). Cook et al. (2005) explican que cuando el/la cuidador/a principal está demasiado preocupado/a, distante, imprevisible o angustiado/a como para responder de forma fiable, los/as niños/as se angustian fácilmente y no aprenden a colaborar con otros/as cuando sus propios recursos internos son inadecuados.

La presencia de acontecimientos vitales estresantes o situaciones vitales adversas durante la infancia influyen de manera significativa en la salud física y psicológica, ya que afecta biológica, psicológica y socialmente a un ser humano que está en fase de desarrollo y que necesita ciertas condiciones de seguridad y estabilidad (López, 2003). Siguiendo esta misma premisa, van der Kolk (2003), ahonda en que cuando un/a infante se desarrolla en condiciones negativas o inadecuadas, el efecto que esto puede llegar a tener en su desarrollo es enorme y afecta a variables psicológicas, a la maduración del sistema endocrino y al sistema nervioso, pudiendo producir serios problemas de personalidad y de adaptación. Además, Cook et al. (2005) explican que a menudo se genera un riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y disfunciones psicosociales. Según estos/as autores/as, este riesgo se produce a lo largo de tres vías que reflejan las deficiencias en las competencias biopsicosociales básicas: mayor susceptibilidad al estrés —por ejemplo, dificultad para centrar la atención y modular la excitación—; incapacidad para regular las emociones sin ayuda externa —por ejemplo, sentirse y actuar abrumado/a por emociones intensas—; y alteración en la búsqueda de ayuda —por ejemplo, búsqueda excesiva de ayuda y dependencia, o aislamiento social y desvinculación—.

En conclusión, tal y como lo expresan Martínez y Casares (2016), la traumatización afecta a la totalidad del individuo, afectando a todas las áreas de funcionamiento en menor o mayor medida. El organismo se ve afectado a corto, medio y largo plazo en su sistema neurobiológico: en el cuerpo, pero entendiéndolo como representante de la mente (emociones, memoria, pensamiento, sensaciones somáticas), esa mente en la que el cuerpo se ve construido y representado.

Una de las consecuencias derivadas del trauma y que envuelve al área emocional, es la disociación. Aguilar (2018) dice así: “las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo” (p. 139). Cook et al. (2005) comparten que los/as niños/as maltratados/as realizan tres adaptaciones disociativas fundamentales en su conciencia del yo y de la experiencia: automatización de la conducta (es decir, déficits en el juicio, la planificación y el comportamiento de la conducta dirigida a un objetivo); la compartimentación de los recuerdos y sentimientos dolorosos; y el distanciamiento de la conciencia de las emociones y del yo. Estas alteraciones de la conciencia reflejan una capacidad para integrar o asociar la información y la experiencia de una manera normalmente esperable.

Aguilar (2018) explica que en la disociación se produce una escisión entre los sistemas orientados a la supervivencia (cuidado, alimentación, vinculación...) y los sistemas orientados a la defensa frente a la amenaza (sumisión, huida, lucha...). Así, las partes disociadas de la personalidad se componen de una o varias partes que tratan de evitar los recuerdos traumáticos (mientras desempeñan las funciones de la vida cotidiana), al mismo tiempo que otra u otras partes, continúan fijadas en las experiencias traumáticas y las acciones defensivas. Farina y Liotti (2013) añaden lo siguiente: “el uso repetido de los procesos disociativos de desconexión durante el desarrollo, como consecuencia de las condiciones recurrentes de amenaza sin escape, {...} puede dañar permanentemente las capacidades integradoras de la persona, causando síntomas de compartimentalización y la disociación estructural de la personalidad” (p. 5).

Otra de las consecuencias derivadas del trauma relacional, tiene que ver con el área comportamental. Cook et al. (2005) dan a conocer que los traumas infantiles complejos se asocian a patrones de comportamiento tanto excesivamente controladores como todo lo contrario. Los/as niños/as que han podido sufrir maltrato, pueden mostrar patrones de comportamiento rígidamente controlados ya en el segundo año de vida, como el cumplimiento compulsivo de las peticiones de los adultos, la resistencia a los cambios de rutina, los rituales inflexibles en el baño y el control rígido de la ingesta de alimentos (López, 2003). Forslund et al. (2016) comparten que el apego desorganizado también se ha relacionado con problemas de externalización. Se cree que la desorganización causa problemas de comportamiento externalizado a través de las expectativas negativas sobre el yo y los/as demás, así como a través de los efectos negativos sobre otros dominios de funcionamiento importantes para el comportamiento dirigido a objetivos, como el

funcionamiento emocional. Además, ya fue señalado por Lyons-Ruth (1996) que las conductas de apego infantil desorganizadas parecen ser precursoras de los comportamientos coercitivos que aparecen posteriormente en la infancia.

Finalmente, una más de las consecuencias que se deriva del trauma tiene que ver con la cognición. Los estudios apuntan a una asociación entre el estilo de apego desorganizado y problemas en los procesos comunicativos e interactivos. Además, así como los estilos de apego seguro tienden a obtener mejores resultados en competencias que tienen que ver con la interacción con los/as demás, el apego desorganizado predice todo lo contrario (Claussen et al., 2002). Según, Cook et al. (2005), los estudios han demostrado que los/as hijos/as de padres/madres maltratadores/as y negligentes presentan un deterioro del funcionamiento cognitivo al final de la infancia en comparación con los/as niños/as no maltratados/as. La privación sensorial y emocional asociada a la negligencia parece ser especialmente perjudicial para el desarrollo cognitivo, ya que los/as bebés y niños/as pequeños/as que sufren negligencia muestran retrasos en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, así como déficits en el coeficiente intelectual general. La consecuencia es, por tanto, que en los primeros años de la escuela primaria, los/as niños/as que pueden haber sido maltratados/as son remitidos con más frecuencia en servicios de educación especial (Cook et al., 2005).

4. REFLEJO DEL TRAUMA INFANTIL EN LA EDAD ADULTA

4.1. ESTADOS MENTALES IRRESUELTOS EN LA PERSONA ADULTA

Nóblega et al. (2020) sostienen que las personas en la edad adulta tienen un repertorio de representaciones acerca de las experiencias que tuvieron en la infancia temprana con sus cuidadores/as principales. Main y Hesse (1990) pusieron sobre relieve que el apego desorganizado en niños y niñas, tiene que ver con los estados mentales irresueltos hacia el apego en el/la cuidador/a. Pitillas (2021) comparte que la persona adulta que tenga un estado mental irresuelto en relación al apego, tiene entonces una visión fragmentaria de sí mismo/a y de los/as demás. Al mismo tiempo que presenta una dificultad para controlar el efecto que producen las experiencias emocionales pasadas sobre su presente, siendo incapaz de “resolver” las experiencias tempranas de pérdida o dolor que en su momento fueron traumáticas. Así, los comportamientos relacionales desorganizados que presenta el niño o la niña, tienen estrecha relación con la experiencia interna desorganizada de quienes le cuidan.

Granqvist et al. (2017) explica que, si en la edad adulta las experiencias que formaron parte de la desorganización en el apego quedan poco integradas, mostrando falta de conciencia sobre lo ocurrido y de sus implicaciones, es posible que se den signos de desorientación y desorganización frente a esos eventos traumáticos o situaciones posteriores que recuerden a los mismos. Es por ello, que la crianza de los/as hijos/as puede tener un efecto recordatorio sobre el trauma vivido en la infancia. Al hilo de lo mencionado con anterioridad, Main y Hesse (1990) demostraron que en las interacciones entre figura de apego y niño/a con apego desorganizado, estas conectan al cuidador/a con ideas o recuerdos relacionados con su propio trauma, provocando cambios bruscos en su estado mental. Esto, a su vez, llevaría a las respuestas ya mencionadas en apartados anteriores, atemorizantes o atemorizadas que desorganizan el apego del/a niño/a. Beebe y Lachman (2012) encontraron en una muestra compuesta de 17 díadas de madres e hijos/as con un estilo de apego desorganizado y 47 díadas de madres e hijos/as con un estilo de apego seguro, que cuando los/as hijos/as exteriorizan muestras de malestar, las madres respondían de forma perturbada. Estos autores propusieron que las muestras de malestar que presentaban los/as bebés funcionaban como disparadores de recuerdos o ideas relacionadas con el trauma.

Pitillas (2021) explica que la crianza supone para los/as padres/madres un momento de rememoración. La interacción con el/la bebé y el tener que hacer frente a sus necesidades, puede provocar que el/la cuidador/a reviva sus experiencias ligadas a cómo fue cuidado/a. Cuando la persona adulta que se enfrenta a la crianza vivió una historia de apego traumática, el desafío pasa por sentirse expuesto a emociones negativas, muy posiblemente no resueltas y complicadas de expresar. Como dice Pitillas (2021), en el momento de tener que cuidar de un/a bebé frágil y totalmente dependiente, implica al mismo tiempo, conectar con la propia dependencia y, quizá, con la fragilidad todavía hiriente de una infancia en la que se pudo vivir con indefensión y miedo. Por lo tanto, se podría decir que el/la niño/a funcionaría como un recordatorio postraumático. Así, los/as cuidadores/as con historias de traumas complejos en la infancia tendrían serias dificultades en evitar experimentar sus propias emociones, lo que les dificultaría poder dar una respuesta adecuada al estado emocional de su hijo/a (Cook et al., 2005). Los padres, madres y tutores/as pueden ver las respuestas conductuales del/la niño/a al trauma como una amenaza personal o una provocación, más que como una reacción normal del infante. La necesidad y el miedo del/la niño/a puede, simultáneamente desencadenar los

propios recuerdos de el/la cuidador/a de la pérdida, el rechazo o el abuso, y consecuentemente disminuir la capacidad de crianza (Pitillas, 2021).

Crittenden (2016) explica que, ante el reto que supondría para estas personas desempeñar las labores de crianza, podrían recurrir a prácticas inadecuadas como forma de defensa. Es decir, a pesar de lo disfuncional de estas prácticas, les servirían como intento de bloquear el recuerdo de un pasado que les resulta intolerable. Pitillas (2021) explica que las interacciones que activan la defensa en los/as padres/madres, son muy concretas o particulares. Así, las situaciones que activan o disparan la defensividad, están altamente unidas a las áreas de experiencia de los/as propios/as progenitores/as que en la infancia fueron especialmente frágiles o dañadas. Pitillas y Berástegui (2018), encontraron que para según qué padres/madres, las necesidades infantiles tanto de exploración como de apego, resultan especialmente amenazantes. Eso podría deberse a que, en sus propias experiencias tempranas, dichas necesidades fueron sometidas a serias negligencias o castigos. Por lo tanto, en el presente, eso se convertiría en un área amenazante y provocaría una diversidad de conductas o respuestas defensivas. Entre ellas, se pueden destacar (Pitillas y Berástegui, 2018):

- a. Emitir mensajes ambivalentes acerca de la intimidad o de la exploración.
- b. Especializarse en una crianza autoritaria o, en el otro extremo, hiperafectiva o ambivalente.
- c. Presionar para que el/la niño/a se mantenga cerca o, todo lo contrario, para que explore.
- d. Sobredimensionar el peligro.
- e. Desacreditar el malestar del/la niño/a.

Nóblega et al. (2020) dicen que, para las figuras de apego, las defensas proporcionan cierto grado de control y, cuando estas demuestran su utilidad, pasan a ser una parte esencial del estilo de crianza. Pitillas (2021) añade que, a su vez, las defensas reducen la flexibilidad de los/as cuidadores/as, limitando que puedan adaptarse a los nuevos cambios evolutivos y necesidades de sus hijos/as.

4.2. TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL TRAUMA

Galán Rodríguez (2010) recoge el interés que ha existido por el lazo existente entre las experiencias de vinculación de los padres/madres y el apego que muestran sus hijos/as. Muchas de las líneas de trabajo abordadas acerca de ese lazo, se basan en las

investigaciones ligadas a la entrevista de apego adulto (*Adult Attachment Interview*, AAI). Inicialmente, Main (1990) esperaba que los acontecimientos de la vida de los padres/madres estuvieran relacionados con su capacidad de responder de forma sensible a sus hijos/as y, por tanto, predecir el apego de éstos. Sin embargo, lo que determinaba la seguridad de los/as niños/as era el grado en que los/as padres/madres habían integrado y dado sentido a sus propias experiencias de la primera infancia. Slade et al. (2005) explican que la descripción de Main sobre la relación entre la organización y la calidad de las narrativas de apego de los adultos y el estado de apego de los bebés, proporcionó una poderosa evidencia de lo que llegó a conocerse como la transmisión intergeneracional del apego. Ante esto, surge la siguiente pregunta (Galán Rodríguez, 2010): ¿Cómo se establece esta continuidad entre las experiencias de vinculación de los/as progenitores/as y el apego de los/as hijos/as?

En un primer momento, Main et al. (1985) propusieron que tales estados mentales se transmitían de la figura de apego al niño/a a través del comportamiento; así, las madres que eran capaces de representar coherentemente sus propios pensamientos y sentimientos en relación con el apego, serían capaces de reconocer y responder con sensibilidad a las necesidades de apego de confort, seguridad y proximidad de sus hijos/as. Tal y como explican Slade et al. (2005), van IJzendoorn (1995), no pudo documentar claramente que la sensibilidad y la capacidad de respuesta de la figura de apego, fuese lo que vincula el apego de los adultos y los/as bebés. Esto a su vez, puso de manifiesto que no se conocían los mecanismos subyacentes a los procesos de la transmisión intergeneracional del apego (la brecha de la transmisión o *the transmission gap*). Al hilo de lo mencionado, Fonagy et al. (1991) iniciaron el *London Parent Child Project* con el objetivo de replicar el estudio de Main, pero con una importante modificación: la evaluación prenatal del apego adulto. Evaluaron la seguridad del apego de las madres y los padres durante el tercer trimestre del embarazo, y evaluaron la organización del apego de sus hijos/as al año de edad. Al igual que Main y sus colaboradores/as, Fonagy et al. (1991) descubrieron que las/os madres/padres cuyas narrativas de apego eran calificadas como seguras tenían más probabilidades de tener hijos/as que también tuvieran apego seguro, incluso cuando el apego de los/as adultos/as se evaluaba antes de que naciera el bebé. Slade et al. (2005) añaden que lo importante de la aportación de Fonagy y colaboradores/as fue que utilizaron la investigación para redefinir o replantear el significado de seguridad en el apego. Dicha redefinición fue basada en las nociones psicoanalíticas de la regulación del afecto y la intersubjetividad. Así, Fonagy et al. (1991), sugirieron que no era adecuado pensar en la

transmisión intergeneracional principalmente en términos de procesamiento cognitivo y modelos de representación. Más bien, dado que las relaciones de apego evolucionan y giran en torno a la regulación de afectos intensos, a menudo negativos, cualquier noción de los procesos internos inherentes a la seguridad del apego y la transmisión intergeneracional debería incluir una consideración de la capacidad de pensar en los sentimientos y su relación con el comportamiento. Estos mecanismos de procesamiento de la experiencia intersubjetiva e interpersonal se denominaron bajo la rúbrica general de la función reflexiva (*Reflective Function*).

La función reflexiva está ligada a la capacidad de mentalización. La mentalización brinda la oportunidad de poder conocer los estados mentales de otras personas y reconocer los estados propios que, además, pueden ser distintos a los de los demás (Martínez, 2011). Slade et al. (2005) realizaron un estudio sobre la capacidad de mentalización en las madres. En dicho estudio encontraron por primera vez que esa capacidad sobre su propio/a hijo/a se relaciona tanto con el apego de los/as adultos/as como con el de los/as bebés. Es decir, se trata de madres que están seguras en relación con su propia historia y presumiblemente tienen una alta función reflexiva en sus propias narrativas de apego adulto. Fonagy y Target (2005) reflexionaron acerca de qué es lo que hacen las figuras de apego con una función reflexiva baja, que podría desorganizar el estilo de apego del bebé. De esta manera, llegaron a la conclusión de que aquellas figuras de apego que tuvieran dificultades para acceder a sus experiencias de apego tempranas, mostraban mayores impedimentos para pensar sobre las emociones y unirlas a los comportamientos de sus hijos/as.

Slade et al. (2005) evidenciaron que las conductas AMBIANCE (relacionadas con la comunicación marento-parental afectiva perturbada) son especialmente sensibles a los comportamientos asociados a la desorganización del apego entre el bebé y la figura de apego. Según Fonagy y Target (2005), esto sugiere que posiblemente Slade y sus colaboradores, consiguieron cerrar la brecha de transmisión originalmente identificada hacia una década por van Ijzendoorn (1995). Slade et al. (2005) entendieron que la historia de apego seguro de la madre permite y potencia su capacidad de explorar su propia mente, al mismo tiempo que libera y promueve, una postura de indagación similar hacia el estado mental del nuevo ser humano que acaba de incorporarse a su mundo social. La figura de apego hace uso de su propio estado mental a la hora de comprender a su hijo/a, pero sin dejar de lado que su bebé es un ser diferenciado/a de él/ella. Dicha conciencia del bebé como ser único, favorece comportamientos de la figura de apego

hacia su hijo/a, que promueven un desarrollo evolutivo adecuado a través de la interacción entre ambos/as. En este contexto, se podría decir que la desorganización del apego, es implícitamente vista por Slade et al. (2005) como consecuencia de la desorganización del propio yo o un debilitamiento del *self*. Galán Rodríguez (2010) explica que uno de los mecanismos que puede explicar la transmisión intergeneracional del apego, puede tener que ver con lo fundamental que resulta la capacidad de la figura de apego de poder pensar en su hijo/a en términos psicológicos. Es decir, se trata de la capacidad de sostener en la propia mente una representación de sus hijos/as como personas que tienen intenciones, sentimientos y deseos propios.

Finalmente, mencionar que la desorganización parte de una función reflexiva baja o insuficiente (Fonagy y Target., 2005). Así, Grienemberger et al. (2005) sugieren que la mentalización sirve de amortiguador contra los fallos en la regulación del afecto en momentos de estrés. Añaden que las figuras de apego con una alta función reflexiva poseen una mayor capacidad para regular el miedo del bebé, interactuando con él/ella sin asustarlo/a ni desorganizarlo/a.

5. REPARACIÓN DEL VÍNCULO, A TRAVÉS DEL VÍNCULO

5.1. IMPLICACIONES DEL APEGO EN LA TERAPIA

Wallin (2007) explica que, como terapeutas, la teoría del apego, no explica exactamente de qué manera hay que proceder para favorecer que los/as pacientes puedan superar los límites impuestos por su propia historia de vida. Sin embargo, añade, que las ideas iniciales de Bowlby ayudan a ver con mayor claridad el desarrollo del yo en un contexto relacional como puede ser la terapia. Ford y Kidd (1998) explican que los hallazgos sobre el apego pueden utilizarse para ayudar a los supervivientes de traumas complejos para encontrar un tratamiento que aborde sus dificultades de desarrollo y relacionales. Galán Rodríguez (2020) refiere que el apego es una parte indispensable de la relación terapéutica, ya que cuando un/a paciente acude a consulta trata de buscar ayuda en una persona más capaz, en momentos en los que se siente vulnerable y necesita protección. Asimismo, la teoría respalda que la relación de apego experimentada en la infancia podría favorecer la manera en la que se afronta la vulnerabilidad y trasladarse a la relación terapéutica.

En 1988 Bowlby sugirió que el cambio de los modelos de trabajo interno en la psicoterapia implica explorar las expectativas de el/la paciente con respecto a el/la terapeuta y a los otros significativos. Los/as investigadores/as del apego y los/as

terapeutas relacionales han planteado la hipótesis de que, con una atención y respuesta explícitas a los problemas interpersonales y de apego, los estilos de apego pueden fortalecerse e incluso cambiar con el tiempo de inseguros y desorganizados a seguros (Schore, 2003). Sin embargo, la tarea no es nada fácil, como señalan Dozier y Tyrrell (1998) que comparten que desde la perspectiva de la teoría del apego, el trabajo del terapeuta con un paciente es similar, aunque más difícil, que el de la figura de apego con su bebé. La tarea del cuidador/a es más fácil que la de el/la terapeuta porque no necesita compensar los fallos de otras figuras de apego. La exploración de los modelos de trabajo anteriores no puede esperar hasta que se establezca la base segura. Son procesos que se dan al mismo tiempo. Así, el/la terapeuta empático/a y comprensivo/a es percibido/a como una figura de apego que proporciona seguridad, y se considera que el/la paciente transfiere al terapeuta algunos de sus modelos de trabajo inseguro y estrategias de apego. A lo largo de varios meses, si la alianza terapéutica se desarrolla adecuadamente, los modelos y estrategias de el/la paciente pueden cambiar en la dirección de una mayor seguridad (Gillath et al., 2008).

El desarrollo de una relación terapéutica, proporciona una oportunidad para reelaborar las dificultades de apego, o, según el modelo de Bowlby, revisar los modelos de funcionamiento interno. Más concretamente, el modelo de tratamiento basado en el vínculo implica el desarrollo de una relación terapéutica que, a su vez, crea la oportunidad de examinar y reelaborar las capacidades del yo y las habilidades personales e interpersonales específicas (Pearlman y Courtois, 2005). Teóricamente, los modelos que se basan en el vínculo o las relacionales, proporcionan a un/a terapeuta capaz de apego seguro y que tiene suficiente sintonía afectiva y competencia para participar en la reparación relacional con el/la paciente (Solomon y Siegel, 2003). Además, hace hincapié en el uso de patrones de interacción en la relación terapéutica, para discernir patrones relacionales implícitos y hacerlos verbalmente explícitos y abiertos al cambio. Los/as terapeutas que trabajan a través del vínculo, deben usar la conciencia de sus propias respuestas de contratransferencia al intentar comprender y nombrar los estados cambiantes de el/la paciente. Y, así, manejar sus propias emociones que pueden surgir en respuesta a las cuestiones reales planteadas por el/la paciente o como resultado de la identificación proyectiva o de una provocación más directa (Pearlman y Courtois, 2005).

Según Levy et al. (2011), desde sus inicios, Bowlby (1982) conceptualizó la teoría del apego como una guía para la práctica clínica. En consonancia con esta idea, ha habido un creciente interés en la aplicación de una perspectiva de la teoría del apego a la

psicoterapia (Levy et al., 2011). Bowlby no sólo sugirió que el/la psicoterapeuta puede convertirse en una figura de apego para el/la cliente, sino que también pensó que era importante que el/la terapeuta se convirtiera en un/a compañero/a fiable y digno/a de confianza en la exploración del paciente de sus experiencias. Las conductas de apego seguro en psicoterapia incluyen el uso de el/la terapeuta como una base segura desde la que el individuo puede reflexionar libremente sobre su experiencia, reflexionar sobre los posibles contenidos de la mente de sus seres significativos y explorar la posibilidad de probar nuevas experiencias y participar en conductas novedosas. Wallin (2007) explica que, así como el vínculo inicial del apego propicia el desarrollo del niño/a, el vínculo con el/la terapeuta favorece el cambio en el/la paciente. Bowlby (1988), se refiere a ese vínculo como una base segura en la que el/la paciente puede arriesgarse a sentir todo aquello que supuestamente no debe y a saber aquello que supuestamente no debe. De nuevo Wallin (2007), hace ver que el papel de el/la terapeuta contribuye a que el/la paciente pueda desmontar los modelos de apego del pasado y construir unos nuevos. Es decir, el vínculo entre paciente y terapeuta, tiene el potencial de generar nuevos modelos de regulación afectiva y de pensamiento, transformando su propia realidad interna y externa.

5.2. APEGO DESORGANIZADO Y TERAPIA BASADA EN EL VÍNCULO

Alexander y Anderson (1994) ofrecieron una útil descripción de los tipos de pacientes y sus dinámicas interpersonales caracterizadas por los cuatro estilos de apego primarios. Resulta especialmente útil para orientar el trabajo terapéutico dentro de los problemas de apego basados en el trauma. Más recientemente, Galán Rodríguez (2020) mostró que la tipología básica del apego ofrece un mapa para poder entender y gestionar las dificultades en terapia de una manera más clara.

Galán Rodríguez (2020) advierte que el apego desorganizado (o “no resuelto”) puede traducirse en el contexto de la terapia como momentos de confusión relacional. Esto se debe a que en momentos en los que se dispara la activación del apego, la persona lo experimenta como algo sumamente alarmante, peligroso o catastrófico en su vida. Así, la persona vive un colapso de sus estrategias de manejo, sin poder recurrir a una fuente de ayuda, sumergiéndose en la confusión o en estrategias inadecuadas (Holmes, 2017). Alexander y Anderson (1991) explican que, para estos/as pacientes, las figuras de apego y los/as cuidadores/as han sido una fuente contradictoria de consuelo y de peligro, y a menudo esperan lo mismo del/a terapeuta, al que se acercan con anhelo y temor. Dado

que es probable que estos/as pacientes tengan emociones muy desreguladas debido a la inestabilidad relacional y capacidades del yo subdesarrolladas, son más propensos/as a realizar comportamientos y defensas de aproximación-evitación y disociativas (Pearlman y Courtois, 2005). Es decir, en el momento que empieza la terapia y el apego se activa (desorganizado), los/as pacientes tienden a desconectarlo inmediatamente y a sustituirlo por respuestas que requieren un manejo específico (Galán Rodríguez, 2020).

Lossa et al. (2012), comparten que el estilo de apego que presenta el/la paciente constituye una variable importante a la hora de establecer el vínculo terapéutico. Galán Rodríguez (2020) señala que estos patrones de relación terapéutica, llevan a las siguientes consideraciones clínicas:

- a) El/la terapeuta ha de estar atento/a en cómo muestra el/la paciente la vulnerabilidad a través de las estrategias relacionales que utiliza, sin tener que esperar a que las reconozca.
- b) Construir la actitud terapéutica en dos fases. La primera de ellas, de aceptación de la gestión de vulnerabilidad que traiga el/la paciente, aunque sea disfuncional, ya que probablemente es la que pueda permitirse. La segunda, de cuestionamiento (una vez que la relación terapéutica lo permita) que favorezca la exploración de nuevas maneras de gestionar la necesidad de ayuda.
- c) El valor de abordar la propia relación terapéutica, a través de un trabajo metacognitivo o metacomunicacional (“conversación sobre la conversación”). Paciente y terapeuta pueden embarcarse en un esfuerzo conjunto de hablar sobre la relación terapéutica y lo que en ella ocurre.
- d) Ser consciente de los peligros que puede suponer activar el apego y, hacer uso de acercamientos cautelosos en pacientes que hayan podido sufrir experiencias traumáticas en relaciones de apego.
- e) Tener en cuenta el modelo operativo interno, es decir, el esquema que tiene el/la paciente de sí mismo y los/as demás en relación al apego.

Holmes (2004) advierte que el/la paciente que presenta elementos de desorganización, probablemente podría haber sufrido experiencias emocionales tremendamente dolorosas, no habiendo podido procesarlas, que le han llevado a construir un mundo interno lleno de vivencias pasadas dispuestas a reactivarse (dando lugar a la

desorganización). De la misma manera, el/la paciente tratará de evitar acceder a esas vivencias y, si no logra hacerlo, muy posiblemente surgirá la angustia y la desorganización. A través de la terapia y el uso de la relación terapéutica, esa angustia por activar recuerdos tan sumamente dolorosos puede ser calmada.

5.3. CONSIDERACIONES EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

En esta sección, se aplica el enfoque relacional del apego a cuatro cuestiones que, según Pearlman y Courtois (2005), suelen surgir en el tratamiento para ilustrar tanto los desafíos como el valor de la perspectiva relacional del apego: (a) formar una alianza terapéutica, (b) establecer y mantener el marco y los límites del tratamiento, (c) abordar el tratamiento de la reactivación postraumática del apego basada en el origen del trauma complejo, y (d) el manejo de los procesos disociativos.

5.3.1. *Formar una alianza terapéutica*

Muchos/as clínicos/as han señalado los desafíos inherentes en la formación de relaciones terapéuticas con adultos/as supervivientes de trauma complejo debido a su desconfianza, labilidad emocional e inestabilidad relacional (Pearlman y Courtois, 2005). La teoría del apego añade una perspectiva de desarrollo a la comprensión de la historia de el/la paciente y de sus dificultades psicológicas y relacionales actuales. Y lo que es más importante, puede ayudar a empatizar con el/la paciente, en lugar de estigmatizarle, al mismo tiempo que sirve de recordatorio para no dar por sentados los intercambios relacionales rutinarios y las habilidades de quien se tiene en frente. Así, el/la terapeuta no puede asumir que los individuos con trauma complejos (especialmente los que tienen apegos desorganizados o no resuelto) tienen la capacidad para formar relaciones estables o se muestran con la habilidad de mantener relaciones incluso cuando los demás (incluido el/la terapeuta) son fiables, consistentes y dignos/as de confianza. La disponibilidad y fiabilidad que muestre el/la terapeuta, paradójicamente, puede ser incomprensible y amenazante para estos/as pacientes, en lugar de reconfortante. Esto, a su vez, puede llevar a importantes maniobras defensivas en el/la paciente, que no tiene una forma organizada de responder a una relación coherente porque no ha vivido esa experiencia de base segura (Galán Rodríguez, 2019).

Bueno (2020) sugiere que, al igual que la figura de apego puede mostrarse sensible y responsiva ante las necesidades de su hijo/a (promoviendo en el/la infante sentimientos de seguridad y, facilitando la exploración), el/la terapeuta puede servir como base segura

desde la que los/as pacientes pueden explorar y reflexionar acerca de sus experiencias. Incluso, cuando estas puedan ser dolorosas, ya que el/la profesional actuará como refugio seguro al que volver en caso de necesidad. Al hilo de esto, Crittenden (2016) explica que el/la terapeuta puede considerarse como una figura de apego transitoria que favorece una serie de funciones, tales como; la compasión, comprensión y aceptación, identificación de problemas, regulación emocional o apoyo para la exploración emocional. De alguna manera, Holmes (2009) recoge la idea de que la alianza terapéutica puede funcionar como vínculo de apego.

Pearlman y Courtois (2005), advierten sobre uno de los desafíos para el desarrollo de una alianza terapéutica es la disociación, especialmente cuando implica alteraciones en las percepciones de sí mismo/a y de los/as demás. Cuando el terapeuta no tiene una forma sistemática de entenderlas, le será difícil empatizar con sus funciones de autoprotección o autorregulación o responder de forma exploratoria y terapéutica. Por lo tanto, la aplicación de esta teoría ayuda a el/la terapeuta a esperar maniobras defensivas y a no tomárselas como algo personal; más bien, se anima a el/la terapeuta a observar la conducta de el/la paciente y a retroalimentar en dosis tolerables con un ritmo medido, para promover cambios en las percepciones relacionales y capacidades relacionales en general.

5.3.2. Marco y límites

La relación terapéutica es asimétrica y complementaria, en la que existe un/a paciente que desea recibir ayuda y un/a profesional que se la ofrece (Ceberio y Watzlawick, 2008). La negociación y el mantenimiento de los límites profesionales y personales son esenciales en el tratamiento de aquellos que habitualmente se han visto envueltos en relaciones duales y de explotación. En una terapia relacional, es necesario dedicar tiempo desde el principio a abordar las cuestiones del marco del tratamiento. Es decir: la explicación de la terapia y su funcionamiento, el consentimiento informado y el rechazo, los objetivos y la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, honorarios y pagos, límites de la confidencialidad, disponibilidad y limitaciones del terapeuta, seguridad y procedimientos para la gestión de crisis. En el transcurso de la terapia, estas y otras "cuestiones sobre el marco" vuelven a surgir y las negociaciones pueden ser delicada (Pearlman y Courtois, 2005).

Ceberio (2021), en respuesta a los continuos desafíos relacionales de los/as pacientes con experiencias traumáticas en relación al apego, no es raro que los/as

terapeutas se salten los límites de una manera que normalmente no harían. Posiblemente la respuesta contratransferencial más típica a los/as pacientes con dificultades de apego basadas en el abuso y la negligencia, es querer rescatarlos/as o el intento de compensar aquello que merecían pero no recibieron en su infancia. No es raro que tras los esfuerzos de rescate de este tipo (implicarse de más e identificación excesiva por parte de el/la profesional) el/la terapeuta se siente agotado/a y resentido/a. Esto, a su vez, puede dar lugar a una contratransferencia negativa y de rechazo hacia el/la paciente que, puede tener, un gran potencial de ser actuada en su contra, de tal manera que refuerce experiencias y mensajes relacionales negativos vividos en la infancia. Por lo tanto, tal y como señalan Pearlman y Courtois (2005), se anima a los/as terapeutas a mantener unos límites firmes -aunque no rígidos- en el tratamiento y a centrarse en la capacidad de recuperación y la fuerza de los/as pacientes, así como en su daño y vulnerabilidad, para ayudar a gestionar la contratransferencia y compensar el desarrollo de otra experiencia relacional negativa.

5.3.3. Reactivaciones

Las reactivaciones postraumáticas son comunes en el tratamiento de esta población y con frecuencia representan repeticiones explícitas o codificadas del trauma no procesado en un intento de dominio o control (Van der Kolk, 1989). Las reactivaciones pueden expresarse psicológica, relacional y somáticamente, además de que pueden ocurrir con intención consciente, con poca o ninguna conciencia. Las secuelas de los patrones de apego desorganizados incluyen el deterioro de la autoestima y la creencia de que uno merece ser maltratado. Es debido a ello, que los patrones de vinculación traumática pueden tender a la marento-parentalización, al cuidado de otros/as e, incluso, a la dependencia extrema. Todo esto, unido a los estados del yo fluctuantes y la disociación, pueden de alguna manera, dejar al paciente particularmente en riesgo de explotación y revictimización (Pearlman y Courtois, 2005). Comportamientos como la autolesión, el suicidio, la agresión hacia otros/as, graves dificultades en la crianza de los/as hijos/as, y permitir la re victimización por parte de otros/as, son a menudo, reactivaciones de algún aspecto del trauma interpersonal anterior. Cualquiera que sea su propósito o significado, estas reactivaciones pueden representar un tipo de "recuerdo" no verbal y puede ser una forma en el que el/la paciente exprese los patrones relacionales dominantes y los temas postraumáticos. Las reactivaciones también pueden reflejar el

hábito, la repetición de secuencias conductuales y relacionales familiares (Galán Rodríguez, 2020).

Pearlman y Courtois (2005), señalan que una de las principales dinámicas que se produce con la transferencia-contratransferencia es la recreación de los roles familiares de víctima-perpetrador-rescatador-observador en la relación terapéutica. El/la terapeuta y el/la paciente desempeñan estos papeles, a menudo de forma complementaria entre sí, al revivir diversos aspectos de las primeras relaciones de apego del/a paciente. Por lo tanto, la transferencia y la contratransferencia constituyen recreaciones que, si se atienden cuidadosamente, pueden procurar información importante sobre la experiencia de apego o del trauma del/a paciente. Así, Bueno (2020) hace ver que el enfoque del apego relacional incluye la conceptualización de las necesidades de apego subyacentes. Para poder identificarlas respetuosamente con el/la paciente, que se anima a utilizar la relación terapéutica como base para explorar su conexión con el pasado y aumentar progresivamente sus capacidades de regulación emocional. De esta manera, puede llegar a realizar cambios en su comportamiento y en su vida.

5.3.4. Disociación

Pearlman y Courtois (2005) explican que la disociación puede ser una forma muy eficaz de gestionar emociones abrumadoras y la angustia relacionada con el apego, aunque cuando se utiliza en exceso y fuera de su contexto original, puede tener un alto coste personal e interpersonal. Dentro de las experiencias traumáticas en relación al apego, se aborda una manifestación muy específica de la disociación, el proceso disociativo observado durante las sesiones de terapia. Es decir, los cambios en los estados relacionales, emocionales y de identidad, debido a su relevancia para la perspectiva del apego, su comprensión y manejo. El proceso disociativo se desencadena a menudo en momentos de intensidad emocional asociada a experiencias de relaciones de apego pasadas. Normalmente, implican emociones centrales como el miedo y el terror, la decepción, la desesperación, la vergüenza y rabia, que hacen que el/la paciente cambie internamente. Por ejemplo, de sentirse adulto/a y a cargo, a sentirse joven, abrumado/a y fuera de control sobre su comportamiento o del entorno (Galán Rodríguez, 2020). A veces, estos cambios son muy sutiles y no se identifican fácilmente, la única pista de ellos puede ser el propio estado el/la terapeuta (puede sentirse confuso/a, por ejemplo). En otras ocasiones, son pronunciados y llamativos. Cualquiera que sea su manifestación, la disociación es una alteración del yo y de la capacidad relacional, que a menudo ocurre

fuera de la conciencia del paciente. Se trata de un aspecto de interés para procurar la autoprotección de la persona que sufre las disociaciones (Rodríguez Vega et al., 2005).

Desde la perspectiva del/la profesional, el trabajo de el/la terapeuta debería ser observar y nombrar el proceso mientras se mantiene una posición de validación incondicional. Desde el marco relacional basado en el respeto, información, conexión y esperanza. Utilizándolo como la base segura desde la que ayudar a el/la paciente a explorar la respuesta emocional, sus desencadenantes y asociaciones específicas (Rodríguez Vega et al., 2005). A medida que el/la paciente llega a comprender su experiencia y ya no son tan amenazantes o extraños, ya no requieren defensas tan fuertes y permiten la exploración de nuevos patrones de comportamiento. El procesamiento repetido de este tipo ayuda al paciente a desarrollar una mayor conciencia de su propia experiencia interna y una relación más fuerte con el/la terapeuta, que con el tiempo se traduce en un aumento de las capacidades propias y en modelos de trabajo interior revisados y más seguros (Pearlman y Courtois, 2005).

5.4. POSIBLES LÍNEAS DE TRABAJO

5.4.1. *Favorecer la mentalización en las figuras de apego*

Dentro del marco del trauma relacional temprano, los fallos en la mentalización por parte de las figuras de apego, tienden a ser comunes. Esto se ve reflejado en la dificultad que muestran muchos/as de los/as padres/madres negligentes y hostiles a la hora de entender los estados internos que subyacen a las conductas de sus hijos/as (Pitillas, 2021). Es decir, tienen problemas en interpretar qué es lo que estos estados significan y poder responder de manera coherente a ese mundo mental. Esta capacidad insuficiente de mentalización, puede tener su origen en que estos padres y madres, no fueron mentalizados/as cuando eran pequeños/as (Koren-Karie et al., 2008).

Allen et al. (2008) propusieron una serie de consideraciones a la hora de trabajar la postura mentalizante por parte del/la terapeuta hacia estos padres y madres:

- a) **Curiosidad genuina:** una actitud abierta a la hora de querer entender la perspectiva de el/la paciente, tratando de explorar los estados subjetivos de manera colaborativa.
- b) **Autorrevelaciones:** revelar de manera selectiva aquellos aspectos que pueda estar experimentando el/la terapeuta en relación a la experiencia de los/as

padres/madres, para poder ayudarles a aumentar su conocimiento sobre lo que pueda estar pasando.

- c) Tolerancia y aceptación: por un lado, tolerancia hacia el desconocimiento o incertidumbre que puedan tener las figuras de apego sobre su experiencia; y, por otro lado, aceptación de las diferentes perspectivas que puedan tener sobre ellas.
- d) Reparación: dentro del diálogo terapéutico, reconocer y reparar los momentos en los que se dé una ruptura o malentendido.
- e) Claves ostensivas: se trata de elementos que el/la terapeuta utiliza para hacer ver que ha comprendido lo que el/la paciente ha querido transmitirle (por ejemplo: cambios posturales, hacer un resumen...).
- f) Tolerar emociones difíciles: ser capaz de reconocerlas, tolerarlas, sin que haya sensación de sentimientos o emociones “prohibidas”.

Tal y como explica Pitillas (2021), para poder mentalizar a otras personas, son necesarios dos procesos. El primero de ellos, consiste en ser capaz de captar las señales que indican que algo está pasando en el/la otro/a. El segundo proceso, tiene que ver con ir un paso más allá, y tener una imagen adecuada de la secuencia interactiva que se ha producido en la otra persona para que se produjese la conducta o la señal. La dificultad radica en que para estos/as padres/madres traumatizados/as, estos procesos tienden a estar altamente comprometidos. Pitillas y Berástegui (2018) insisten en la importancia para estos/as padres/madres de “entrenar” el poder pararse y observar lo que hacen sus hijos/as y lo que puedan querer comunicar. Lo cual no implica que sus interpretaciones acerca de las señales que emitan sus hijos/as no estén influenciadas por su bagaje relacional implícito.

Lanza y Graell (2014) señalan que uno de los objetivos principales de trabajar con las figuras de apego, consiste en ayudarles a corregir aquellas distorsiones que tienen acerca de su hijo/a, en base a diferentes emociones problemáticas que puedan tener sobre ellos/as mismos/as. Así, lo primordial, es que estos padres/madres traigan a su mente a su hijo/a, ayudándoles a explorar sus propios estados mentales en relación a su propio/a hijo/a. La capacidad de metalizar en relación a sus hijos/as ha de ser precedida a su capacidad para mentalizar sobre ellos/as mismos/as. Para ello, Pitillas (2021) propone 3 vías:

- a) Explorar perspectivas alternativas: a través de la conversación con el/la terapeuta, la figura de apego ha de intentar comprender la subjetividad de su hijo/a desde una perspectiva más realista y que promueva más el cuidado.
- b) Hablar por el/la niño/a: poner en palabras lo que puede estar pensando o sintiendo el/la niño/a.
- c) Orientación evolutiva: psicoeducar sobre las manifestaciones infantiles que están siendo interpretadas negativamente por las figuras de apego.

5.4.2. Resaltar las fortalezas

Powell et al. (2013) comparten que estas intervenciones tienen como objetivo principal, el señalamiento de aquellas interacciones armónicas entre la figura de apego y el/la bebé o niño/a. Los/as padres/madres con experiencias relacionales traumáticas, tienden a tener una mala imagen de sí mismos/as como cuidadores/as. Pitillas (2018) señala que estas dificultades por sentirse cuidadores/as legítimos/as tienen que ver, por una parte, con no poder hacer una sana identificación con sus propias figuras de apego (sus experiencias de cuidado están cargadas de fuertes ambivalencias). Por otra parte, muchos/as de estos/as cuidadores/as han transitado a la parentalidad/marentalidad en condiciones de aislamiento familiar, sin el suficiente apoyo ni validación para hacer frente a la crianza. Por lo que, ¿Cómo se deberían señalar las fortalezas de los/as cuidadores/as? (Pitillas, 2021):

- a) Habilidades infrautilizadas: a través del diálogo terapéutico, reconocer aquellas habilidades que despliega el/la cuidador/a en la interacción con su hijo/a.
- b) Indicadores de apego: intervenciones dirigidas a legitimar a los/as padres/madres como importantes y valiosos/as para sus hijos/as.
- c) Memoria amable: rescatar las excepciones de su historia de vida de cuando eran niños/as, para reconstruir el vínculo con sus hijos/as.

5.4.3. Interpretación para la autocomprensión

Existe una conexión directa entre el pasado de los/as cuidadores/as y la relación que estos/as tienen con sus hijos/as. Dicha conexión repercute en la experiencia de la crianza, pero también en la conducta. Es decir, la reactivación postraumática que se da en los/as padres/madres, se transforma en respuestas defensivas hacia sus hijos/as, que acaban dañándolos/as (Pitillas, 2018). Fonagy et al. (2016) comparten que el ser capaces de reconocer las influencias del pasado, puede reconciliarles con ellos/as mismos/as, al

mismo tiempo que pueden ser más conscientes de sus estrategias en el momento, hacer un uso más maduro de sus defensas y situarse en la crianza desde otra postura.

Pitillas (2021), propone una serie de vías para poder trabajar la interpretación o la autocomprensión:

- a) La influencia del pasado sobre el presente: crear puentes que aporten una lectura con significado sobre las experiencias vividas en el pasado y la experiencia en la crianza de sus hijos/as.
- b) Las influencias mutuas: crear puentes que den significado a las conductas y señales que aporta cada miembro de la díada (figura de apego, niño/a) y que influencia al otro/a.
- c) Miedos y defensas: crear puentes entre los peligros experimentados en su infancia, los miedos unidos a ellas y las estrategias de crianza de las que se hace uso.

5.5. DESAFÍOS PARA EL/LA TERAPEUTA EN LAS TERAPIAS RELACIONALES

El proceso de colaboración que implica el tratamiento basado en el vínculo del trauma relacional, es exigente tanto para el/la terapeuta como para el/la paciente. De acuerdo con los resultados de la investigación del proceso de Dalenberg (2000), el/la terapeuta debe ser auténtico/a y estar emocionalmente disponible en las interacciones y también debe tener integridad emocional. Ser auténtico/a o, genuino/a, significa mantener una conciencia de los propios sentimientos y necesidades, trabajando para entender sus orígenes y utilizarlos para comprender y ayudar a el/la paciente. La disponibilidad emocional significa ser abierto/a en cuanto a los motivos y objetivos de la relación terapéutica (por ejemplo, responder con honestidad y sensibilidad cuando el/la paciente pregunta qué siente el/la terapeuta). La autenticidad y la disponibilidad emocional no deben confundirse con la divulgación excesiva de información personal o con la adopción de un doble papel con el/la paciente, tal y como, utilizarlo de: confidente, amigo personal, pareja romántica o sexual, o socio comercial. Estas violaciones de los límites y la inversión de roles van en contra de las normas profesionales y son antiterapéuticos, ya que tienen un alto potencial de retraumatización a través de la reactivación, sin importar lo muy buenas que sean las intenciones o por mucho que se racionalicen. Aunque esto puede parecer evidente, los informes de una variedad de fuentes (pacientes, proveedores de tratamiento posterior, licencias e informes forenses) indican la frecuencia con la que se producen estos comportamientos (Pearlman y Courtois, 2005).

En vistas de lo que supone el trabajo con supervivientes de traumas complejos o con experiencias traumáticas relacionadas con el apego, a su vez, supone un gran reto relacional y personal para los/as terapeutas. Al igual que los/as pacientes, éstos/as, se benefician del apoyo de las relaciones basadas en el respeto, la información, conexión y esperanza (Pearlman y Courtois, 2005). Durante el tratamiento del trauma, se comprende que resulta complicado mantenerse inmune a las respuestas y errores de la contratransferencia o a la traumatización secundaria. El material traumático que trae el/la paciente puede llegar a influir en el/la profesional por su propia historia vital. Es por ello, que resulta de gran importancia la supervisión frecuente y orientada al trauma para todos/as los/as terapeutas, en cualquier nivel de experiencia (Rothschild, 2009). Con todo lo mencionado anteriormente, se comprende que la relación de consulta, debe ser lo suficientemente segura y solidaria para permitir la discusión abierta de todos los aspectos del tratamiento. Incluyendo toda la gama de respuestas contratransferenciales, para apoyar un tratamiento que no perjudique ni a el/la terapeuta ni a el/la paciente y, que, proporcione un contexto de curación (Pearlman y Courtois, 2005).

6. CONCLUSIONES

En los últimos años, se ha dado un salto conceptual en la comprensión del apego, como un marco más amplio del desarrollo humano (Galán Rodríguez, 2010). El apego es comprendido dentro de la intersubjetividad, como una capacidad básica que ayuda a leer los estados de los/as otros/as y a compartir estados mentales (Galán Rodríguez, 2010).

En lo que al estilo de apego desorganizado se refiere, aclarar que no se trata de una patología en sí misma. Más bien, podría considerarse un proceso que dificulta poder organizar la experiencia emocional, relacional, cognitiva y psicofisiológica de la persona. Al mismo tiempo que la predispone a experimentar mayores dificultades de cara a regular situaciones que estén bajo condiciones de estrés (Lecannelier et al., 2011). Hesse y Main (2006) sostienen que existen evidencias que apuntan a que aquellos/as padres/madres que tienden a desorganizar a sus hijos/as, los/as dejan en situación de vulnerabilidad para manejar el estrés en futuras ocasiones y les podría facilitar tener que usar la disociación como método para regular los estados mentales. Además, Pitillas (2018) sugiere que aunque los cuidadores/as principales suelen ser los primeros/as responsables de generar la desorganización en sus hijos/as, el hecho de que se planteen modelos parentales únicos y rígidos puede ser un grave error. Es decir, entender la desorganización por modelos que plantean que se debe a un único proceso (los estados mentales irresueltos en la persona

adulta, por ejemplo) o un único mecanismo (hostilidad), de manera aislada, puede ser un error reduccionista. Puesto que no se tiene en consideración lo complicado o complejo que puede resultar el proceso de la paternidad/maternidad (Pitillas, 2018). Por eso, autores como Lecannelier et al. (2011) proponen que sería importante entender la desorganización desde un modelo que abarcara múltiples procesos y niveles que, a su vez, conservaran el estatus de explicación.

Las relaciones tempranas que se establecen entre el/la padre/madre y su hijo/a, constituyen un escenario de oportunidad y riesgo. Cuando estas relaciones se producen en un ambiente en el que los cuidados resultan insuficientes y están cargados de hostilidad o desorganización, el/la niño/a puede verse envuelto en una situación donde sus sentimientos resultan abrumadores e intolerables (Allen et al., 2008). De esta manera, los/as niños/as heredan la desconfianza e indefensión que acumulan sus cuidadores/as, debido al trauma relacional temprano que estos/as sufrieron (Wallin, 2007).

Conviene tener en cuenta que la angustia de la figura de apego no es necesariamente perjudicial para el/la niño/a. Sin embargo, cuando la angustia de los padres y las madres se sobrepone o desvía la atención de las necesidades del/la niño/a, éste/a se ve afectado/a negativamente. Los/as infantes pueden responder a la angustia de su figura de apego evitando o suprimiendo sus propios sentimientos o comportamientos, evitando a su cuidador/a, o bien "parentalizándose" para reducir la angustia del padre o la madre (Pitillas, 2021). Asimismo, en el proceso de la crianza, los/as niños/as suelen reactivar sentimientos dolorosos en los/as adultos/as que los cuidan. De forma que los/as cuidadores/as que han tenido relaciones deterioradas con figuras de apego en sus infancias, podrían ser especialmente vulnerables a los problemas en la crianza de sus propios/as hijos/as (Wallin, 2007). En este sentido, se ha visto que la capacidad de los/as cuidadores/as para acceder a información sobre su propia infancia y de contar su propia historia de forma coherente pueden ser los indicadores más potentes de la capacidad parental y de la eficacia de la crianza (Rodrigo López et al., 2009).

Como profesionales en el marco de la psicoterapia, uno de los objetivos fundamentales puede consistir en ir favoreciendo una parento-parentalidad basada en la reflexión y la sintonía, donde puedan sentarse las bases para fomentar la resiliencia infantil (Pitillas y Berástegui., 2018). Es decir, el trabajo terapéutico basado en el vínculo, busca aumentar la sensibilidad de estos/as padres/madres a la hora de observar cómo interactúan sus hijos/as, con el objetivo primordial de que puedan detectar las señales

emocionales. Se trata de que los/as cuidadores/as, evalúen sus respuestas habituales ante esas señales e intenten explorar los estados internos propios que se movilizan y guían la interacción. De igual manera, conviene que los/as padres/madres puedan verse desde fuera del conflicto relación, para separar el conflicto y la subjetividad de su hijo/a (Granqvist et al., 2017). Por lo comentado anteriormente, la experiencia profesional tiende a oscilar entre la profunda preocupación por los/as pacientes y la esperanza de que puedan encontrar cierta reparación sobre sus experiencias relacionales en la infancia, para no repetirlas con sus hijos/as (Rothschild, 2009).

Por lo tanto, la teoría del apego ofrece a el/la terapeuta herramientas tremendamente valiosas. Por un lado, ayuda a identificar aquellos aspectos clave que tienen que ver con la vulnerabilidad del paciente y cómo gestionarla (aportando nociones de cómo manejar la relación terapéutica). Por otro lado, facilita la comprensión del funcionamiento del paciente. En concreto, entender su mundo interno, desde dónde se maneja o cómo se relaciona consigo mismo/a y con los/as demás. Todo esto, favorece a el/la terapeuta poder comprender, diseñar y manejar la intervención (Galán Rodríguez, 2020). Así, la teoría del apego, tiene un elemento central en el proceso terapéutico: la relación. Sostiene el valor de las experiencias tempranas, tanto de buen cuidado como de las que pueden haber sido traumáticas y, la importancia de la presencia de una figura de cuidado que favorezca el desarrollo personal (Noblega et al., 2020).

En conclusión, es evidente el peso que ejerce la experiencia con las figuras de apego en la infancia temprana, en cómo uno/a se desarrolla consigo mismo/a y con su entorno (Wallin, 2007). A través de este trabajo, se ha querido indagar en la influencia del trauma infantil sobre la parento-parentalidad. Se ha observado que quienes deciden ser padres o madres y sufrieron trauma relacional, podrían repetir los mismos patrones que ejercieron sus figuras de apego, continuando así la desprotección. Esto se debe a que los/as hijos/as tienen el poder de funcionar como reactivadores postraumáticos. Es por ello, que resulta sumamente importante trabajar con estos padres y madres para que puedan tomar conciencia de sus prácticas parentales, con el objetivo de poder parar y reparar la relación negligente (Pitillas, 2021). Dado que el vínculo resulta tan esencial, la práctica psicoterapéutica debería ir por esa línea. Es decir, el/la terapeuta debe servir como base segura desde la que poder ampliar el foco hacia una perspectiva que ayude a las figuras de apego a tomar conciencia de las necesidades propias y las de sus hijos/as, aumentar su capacidad mentalizadora y sensibilidad, para que puedan ejercer un cuidado más sano y cortar el ciclo del trauma intergeneracional (Crittenden, 2016).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, D. P. M. (2018). Desafíos en psicoterapia: Trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. En C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, y P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp.122-149). Routledge.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Alexander, P. C., & Anderson, C. L. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 665-675. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.4.665>
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Pub.
- Ballester, C. G., Mañes, R. J. M., & Llario, M. D. G. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (ttt). *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(1), 375-384. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.515>
- Beebe, B. y Lachman, F. M. (2012). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativas en psicoterapia: Bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, 17, 28-34.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Basic Books.
- Bueno, S. B. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de psicoterapia*, 31(116), 169-189.
- Cabrera, E. M., & Martín, H. S. (2018). La investigación en desprotección infantil. *Cuadernos de trabajo social*, 31(1), 189-198.
- Ceberio M. R. & Watzlawick P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción*. Paidós.

- Ceberio, M. R. (2021). ¿Y dónde está el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio. *Revista REDES*, 0(42), Article 42. <https://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/328>
- Claussen, A. H., Mundy, P.C., Mallik, S.A., Willoughby, J.C. (2002). Joint attention and disorganized attachment status in infants at risk. *Development and Psychopathology*, 14(2). <https://doi.org/10.1017/s0954579402002055>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Crittenden, P.M. (2016). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Routledge.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10380-000>
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd edn). Guilford Press
- Dozier, M., & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. En J. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221–248). The Guilford Press.
- Farina, B., & Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 10(1), 11-18.
- Feeney, J., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452243276>
- Fenney, J., & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Descl'ee de Browser.
- Fernández, M. V. F. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, España.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Espaxs.

- Fonagy, P. (2015). Mutual Regulation, Mentalization, and Therapeutic Action: A Reflection on the Contributions of Ed Tronick to Developmental and Psychotherapeutic Thinking. *Psychoanalytic Inquiry*, 35(4), 355-369. <https://doi.org/10.1080/07351690.2015.1022481>
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333-343. <https://doi.org/10.1080/14616730500269278>
- Fonagy, P., Slead, M., & Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97-114. <https://doi.org/10.1002/imhj.21553>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743-761. <https://doi.org/10.1023/A:1024497400891>
- Forslund, T., Brocki, K. C., Bohlin, G., Granqvist, P., & Eninger, L. (2016). The heterogeneity of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and conduct problems: Cognitive inhibition, emotion regulation, emotionality, and disorganized attachment. *The British Journal of Developmental Psychology*, 34(3), 371-387. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12136>
- Fraley, R. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Galán Rodríguez, A. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 581-595.
- Galán Rodríguez, A. (2019). La dimensión clínica de la teoría del apego ¿Una promesa aún incumplida?. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (33), 35-44.

- Galán Rodríguez, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del Apego nuestra práctica clínica? es hora de recapitular. *Papeles del psicólogo*, 41(1), 66-73.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview Protocol (3rd ed.). Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gillath, O., Selcuk, E., & Shaver, P. R. (2008). Moving Toward a Secure Attachment Style: Can Repeated Security Priming Help? *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1651-1666. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00120.x>
- Gómez Fernández, C. (2021). Dificultades en la detección y notificación de casos de desprotección infantil en el sistema educativo. [Trabajo fin de grado]. Universidad de Cantabria, Facultad de Educación, España.
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van IJzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, 19(6), 534-558. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>
- Grienenberger, J., Popek, P., Stein, S., Solow, J., Morrow, M., Levine, et al. (2005). *The Wright Institute Reflective Parenting Program Workshop Training Manual*. The Wright Institute.
- Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2016). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. *Child Development Perspectives*, 11(1), 70-76. <https://doi.org/10.1111/cdep.12213>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 270-280. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.270>
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 395–433). Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309-343. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>

- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2).
<https://doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclée de Brouwer.
- Holmes, J. (2011). *Teoría del Apego y Psicoterapia: En busca de la base segura* 2ª ed. Desclée de Brouwer.
- Holmes, J. (2017). Attachment, Psychoanalysis, and the Search for a 21st-Century Psychotherapy Practice. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 309-318.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322425>
- Jacobvitz, D., & Reisz, S. (2019). Disorganized and unresolved states in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, 25, 172-176.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.006>
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., & Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: The importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development*, 10(4), 465-483.
<https://doi.org/10.1080/14616730802461482>
- Lanza, G. y Graell, A., (2014). *El trabajo con los padres en la psicoterapia infantil, desde el punto de vista de la teoría de la mentalización*. Congreso virtual de psiquiatría, España.
- Lecannelier, F (2018). *El trauma oculto en la infancia*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>
- Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C., & Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego & complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 105-124.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193-203.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20756>

- Liotti, G. (2006). Disorganized/Disoriented Attachment in the etiology of Dissociative Disorders. *Dissociation*, 5(1), 196-204.
- Lopez, F. G. (2003). The assessment of adult attachment security. En S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 285–299). American Psychological Association.
- Lorenzini, N., & Fonagy, P. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. *Mentalización: Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 2, 1-44.
- Lossa, L., Corbella, S., y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 64–73. doi:10.1037/0022-006x.64.1.64
- Lyons–Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1-23. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050017>
- Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. En Cassidy, J. y Shaver, P. R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 667-695). Guilford Press.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111. <https://doi.org/10.1080/14616730600774458>
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48–61.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. EN C.M.Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). Routledge.

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp.161-184). University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure–disorganized/disoriented attachment pattern. *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
<https://doi.org/10.2307/3333827>
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia psicológica*, 29(1), 97-105.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100010>
- Martínez, I. N., & Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87.
- Martínez-Álvarez, J. L., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I., & González-Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(1), 211–220.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.135051>
- Nóblega, M., Szteren, L., Marinelli, F., Bárrig-Jó, P., Núñez del Prado, J., & Conde, G. (2020). Estado mental de apego no resuelto, cuidado materno y seguridad del apego en dos diadas madre-hijo/a. *Ciencias Psicológicas*.
<https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2315>
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Maltrato infantil*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- Parra, F., George, C., Kalalou, K., & Januel, D. (2017). Ideal Parent Figure method in the treatment of complex posttraumatic stress disorder related to childhood trauma: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1400879. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400879>
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459. <https://doi.org/10.1002/jts.20052>
- Peña, M. F. (2017). Apego seguro y desarrollo del infante en poblaciones vulnerables. *Avances en Psicología*, 25(2), 139-152. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.350>
- Pitillas, C. (2018). *Particularidades del Diálogo Clínico en las Intervenciones Centradas en el Vínculo*. Gedisa
- Pitillas, C. (2021). *El daño que se hereda: Comprender y abordar la transmisión transgeneracional del trauma*. Desclée De Brouwer.
- Pitillas, C. y Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos*. Gedisa.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2013). *The Circle of Security Intervention: Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. Guilford Publications.
- Rodrigo López, M. ^a J., Martín Quintana, J. C., Cabrera Casimiro, E., & Máiquez Chaves, M. ^a L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, A., & Bayón Pérez, C. (2005). *Trauma, disociación y somatización*. <https://idus.us.es/handle/11441/132466>
- Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda: psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Desclée de Brouwer.
- Schore, A. N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. En Baradon, Tessa (Ed). *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy* (pp. 19-47). Norton.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Norton.
- Simmons, B. L., Gooty, J., Nelson, D. L., & Little, L. M. (2009). Secure attachment: Implications for hope, trust, burnout, and performance. *Journal of Organizational Behavior*, 30(2), 233–247. <https://doi.org/10.1002/job.585>

- Slade, A., Sadler, L., Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the Baby: A Reflective Parenting Program. *The Psychoanalytic study of the child*, *60*, 74-100. <https://doi.org/10.1080/00797308.2005.11800747>
- Solomon, J., & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 383–416). Guilford Press.
- Solomon, S.D., & Siegel, D. (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. Norton.
- Spinazzola, J., der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(5), 631–642. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
- Spitoni, G. F., Zingaretti, P., Giovanardi, G., Antonucci, G., Galati, G., Lingiardi, V., Cruciani, G., Titone, G., & Boccia, M. (2020). Disorganized Attachment pattern affects the perception of Affective Touch. *Scientific Reports*, *10*(1), 9658. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-66606-5>
- Svanberg, P. O., Mennet, L., & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*(3), 363-378. <https://doi.org/10.1177/1359104510367584>
- Tronick, E. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. *The American psychologist*, *44*, 112-119. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.44.2.112>
- Tronick, E. (2003). “Of Course All Relationships Are Unique”: How Co-creative Processes Generate Unique Mother–Infant and Patient–Therapist Relationships and Change Other Relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, *23*, 473-491. <https://doi.org/10.1080/07351692309349044>
- Van der Kolk, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *The Psychiatric clinics of North America*, *12*, 389-411.
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *12*(2), 293-317. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00003-8)

- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Of the way we were: On temperament, attachment, and the transmission gap: A rejoinder to Fox (1995). *Psychological Bulletin*, 117(3), 411–415. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.411>
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attachment & Human Development*, 5(3), 313-320. <https://doi.org/10.1080/14616730310001593938>
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford.