

---

M. Álvarez-Segura <sup>1</sup>   
F. Lacasa Saludas <sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Centro Salud Mental Infanto Juvenil de Cornellá, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Programa TEVI (testigos de violencia).

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Mar Álvarez-Segura  
Correo: [malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:malvarez1@sjdhospitalbarcelona.org)

*Vías de desarrollo del apego desorganizado:  
maltrato y cuidados tempranos alterados*

*Developmental pathways of disorganized  
attachment abuse and altered early care*

---

## RESUMEN

Este artículo expone las vías de desarrollo del apego desorganizado. Para este cometido en una primera parte se aclara la diferencia entre apego desorganizado y trastorno reactivo de la vinculación que con frecuencia se confunden. A continuación, se expondrán las pruebas para valorar el apego desorganizado a distintas edades y los indicadores que mejor lo identifican.

La última parte del artículo expone las distintas rutas evolutivas que conducen al apego desorganizado. Éstas se han clasificado fundamentalmente en tres categorías: maltrato directo, estados mentales parentales y conductas parentales de riesgo. Como se verá a lo largo de su lectura, el desarrollo de un apego desorganizado es el resultado de distintas rutas evolutivas que en los últimos años se han ido esclareciendo y comprendiendo mejor. Estas distintas rutas no son independientes, sino que en muchas ocasiones convergen y se influyen mutuamente, lo que complejiza el desarrollo de estrategias de apego organizadas en el niño y el adolescente. La comprensión de estas rutas tiene aplicación clínica directa sobre los programas de prevención y tratamiento del maltrato infantil, así como al abordaje y tratamiento de la psicopatología del desarrollo. Esto plantea una necesaria formación de los psiquiatras en la evaluación y tratamiento de interacciones paterno-filiales perturbadas.

**Palabras clave:** Apego desorganizado, vínculo, abuso, trauma, interacciones alteradas.

## ABSTRACT

This article exposes the development pathways of disorganized attachment. For this purpose, the first part of the text clarifies the difference between disorganized attachment and reactive attachment disorder, which are often confused. Next, the tests to assess disorganized attachment at different ages and the indicators that best identify it will be presented.

The last part of the article exposes the different evolutionary routes that lead to disorganized attachment. These have been basically classified into three categories: direct abuse, parental mental states and parental risk behaviors. As it will be seen throughout the reading, the development of a disorganized attachment is the result of different evolutionary pathways that have been clarified and better understood in recent years. These different routes are not independent, but on many occasions converge and influence each other, which complicates the development of organized attachment strategies in children and adolescents. The understanding of these routes has direct clinical application to programs for the prevention and treatment of child abuse, as well as to the approach and treatment of developmental psychopathology. This raises the need for psychiatrists to be trained in the evaluation and treatment of disturbed parental-child interactions.

**Keywords:** Disorganized attachment, bond, abuse, trauma, disturbed interactions.

## INTRODUCCIÓN

El apego fue considerado por Bowlby como un sistema conductual, preadaptado para combatir y reducir el estrés, manteniendo un sentimiento de seguridad. Este modelo se basa en un análisis etológico de la conducta en términos de teoría de control (1). Un sistema interno de control promueve en el niño la regulación flexible con la proximidad de un cuidador. Así, bajo ciertas condiciones el sistema de apego es fuertemente activado, llevando al niño a buscar proximidad con esa figura de apego y encontrar satisfacción con su contacto. Las condiciones que activan la conducta de apego incluyen una extensa variedad de situaciones externas e internas, tales como enfermedad, fatiga, entornos y personas extrañas, estar sólo y ausencia de la figura de apego. Bowlby concibe el sistema de apego como un sistema homeostático, cuya función es mantener el estado del individuo dentro de ciertos límites necesarios para su funcionamiento general. El sistema de apego es análogo y está integrado con los procesos fisiológicos de homeostasis. Para el niño, el cuidador es la primera línea de defensa frente a cualquier tipo de estrés ambiental, fisiológico y psicológico. El apego, además de un sistema biológico evolutivo de herencia filogenética, es la base de la regulación emocional y de un conjunto de sistemas representacionales.

Desde los primeros meses las conductas de apego del niño se empiezan a organizar a nivel representacional. Esta organización surge de las experiencias repetidas del niño con la figura de apego, en especial de las experiencias que ocurren durante la activación del sistema de apego. El niño construye representaciones complementarias de la figura de apego y del propio *self*, denominadas 'modelos internos de trabajo'. Si el niño es cuidado y protegido, tratado con afecto y sensibilidad, construirá una representación de su figura de apego como alguien que le quiere, protege y trata con sensibilidad, al tiempo que construye una representación de sí mismo como alguien que merece ser bien tratado, protegido y querido. Pero si el niño no es bien cuidado, ni protegido, ni tratado con afecto, construirá una representación de su figura de apego como alguien que no le trata bien, ni le quiere, ni protege y una representación de sí mismo como

alguien que no merece ser querido, ni protegido ni bien tratado (2).

La primera descripción del apego desorganizado aparece con Main y Salomon (3) quienes usan el término desorganizado/desorientado para describir un grupo de conductas extrañas y de miedo que se habían pasado por alto en investigaciones previas con la Situación Extraña y que no encajaban en ninguna de los patrones descritos hasta el momento.

Estos niños tenían conductas que implicaban, por ejemplo, intenciones contradictorias (se acercaban a los padres con la cabeza girada hacia atrás, como queriendo acercarse y alejarse al mismo tiempo) o conductas que indicaban miedo directamente (caras con gesto miedoso) o bien, indirectamente (conductas desorganizadas, paralización de todos los movimientos en los episodios de reencuentro). El rol del miedo es fundamental para entender el apego desorganizado pues la característica central de todas estas conductas es la vivencia de una situación de "miedo sin posible solución". Estos chicos quedan atrapados en situaciones irresolubles pues su figura de apego, de la que cabe esperar seguridad, es al mismo tiempo la figura que provoca la amenaza y por lo tanto el origen de su miedo (4). Los etólogos que describen esta situación la describen como 'comportamientos conflictivos', es decir comportamientos que resultan de la activación simultánea de dos sistemas conductuales incompatibles. En estos casos, los niños son incapaces de organizar una estrategia consistente segura, ya sea evitativa o ambivalente-resistente hacia el cuidador, a pesar de experimentar una necesidad de ayuda. Estos comportamientos son descritos en los índices de desorganización de Main y Salomon (5) de la siguiente manera:

- Realización sucesiva de patrones de conducta contradictorios, por ejemplo, a una conducta de apego intensa le sigue una fuerte evitación.
- Realización simultánea de conductas contradictorias, por ejemplo, el niño muestra una fuerte evitación a la vez que una búsqueda intensa de contacto, ansiedad o enfado.
- Movimientos corporales y expresiones incoherentes sin objetivo claro o dirigidos de manera confusa, por ejemplo, puede manifestar mucha angustia, pero en lugar de acercarse a la madre, se aleja.

- Estereotipias como movimientos descoordinados y posturas extrañas, por ejemplo, tropiezos sin causa y solo cuando una figura parental está presente.
- Movimientos y expresiones enlentecidos, como si estuviera “bajo del agua”.
- Indicadores indirectos de recelo o desconfianza de la figura parental, por ejemplo, encorva los hombros y muestra temor facial.
- Indicadores indirectos de desorganización, por ejemplo, puede empezar a caminar sin rumbo, quedar absorto o mostrar cambios rápidos y frecuentes de afecto.
- Manifestaciones reiteradas de conductas contradictorias, por ejemplo, a una conducta de apego intensa le sigue una fuerte evitación, o reacciones de aturdimiento o confusión.

El presente artículo tiene como objetivo la exposición de las diferentes vías que llevan al desarrollo de un vínculo desorganizado, exposición que se divide en tres grandes categorías relacionadas: maltrato directo, estados mentales parentales y conductas parentales de riesgo.

## APEGO DESORGANIZADO Y TRASTORNO REACTIVO DEL APEGO

Existe una importante confusión entre el apego desorganizado (AD) y el trastorno reactivo de la vinculación (TRV). Bastantes terapeutas usan estos términos indiscriminadamente para describir casi todos los problemas conductuales del niño relacionados con el apego. Sin embargo, se trata de dos constructos diferentes que provienen de escuelas y paradigmas distintos. El AD surge de la teoría del apego y su investigación está basada en la etología y el desarrollo psicológico, fue descrito por Main y Hesse (6). El TRV, sin embargo, fue desarrollado por psiquiatras siguiendo el modelo médico que estudia grupos de síntomas para llegar a un diagnóstico y fue descrito por Zeanah (7). Los estudios de TRV se llevaron a cabo con un número relativamente pequeño de niños institucionalizados y se centraban en la respuesta ante figuras no familiares. Sin embargo, los estudios iniciales de AD se centraban en las disrupciones con la figura de apego en diversos tipos de población. La forma en que se determinan TRV y AD es diferente, el AD solo puede diagnosticarse con

técnicas específicas de evaluación del apego en función de la edad.

El nivel de prevalencia de ambos trastornos es muy distinto. El TRV en la población general es de 1.5%. Sin embargo, se ha encontrado un 15% de niños con apego desorganizado en muestras no clínicas de clase media (8). Esta prevalencia asciende hasta el 30% en muestras clínicas, hasta el 34% en clases económicas bajas y llega al 80% en caso de padres maltratadores (9). En niños institucionalizados un 78% tienen un apego desorganizado o un apego no clasificable (10).

El TRV describe fundamentalmente una constelación de conductas de apego aberrantes y otras anomalías de comportamiento que se presuponen que son el resultado de una crianza muy patológica (11). Esta crianza se caracteriza por al menos una de las siguientes características:

- Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
- Desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño.
- Cambios repetidos de cuidadores primarios responsables de la crianza, lo que impide la formación de vínculos estables.

La sintomatología fundamental de este trastorno aparece en forma de signos de pobreza en el desarrollo emocional y a menudo concurre con un retraso en el desarrollo. Este diagnóstico apareció por primera vez en DSM-III en 1980. El DSM-IV lo dividió en dos subtipos:

- Tipo inhibido: la dificultad principal se manifiesta en la incapacidad permanente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de forma adecuada atendiendo a su nivel de desarrollo. Suelen ser poco comunicativos y emocionalmente retraídos.
- Tipo desinhibido: la dificultad principal se manifiesta en una sociabilidad indiscriminada o una falta de selección de las figuras de vinculación. Así, responden a “extraños” familiarmente y tienen una asombrosa facilidad con algunos adultos desconocidos para hacerles sentir que son “especiales”.

En conclusión, según Zeanah y Gleason (12) los criterios de TRV del DSM-IV están “centrados en comportamientos sociales aberrantes, pero no en

comportamientos de apego aberrantes". Por lo tanto, el comportamiento de tipo "desinhibido" no parece reflejar un apego desorganizado, sino conductas sociales y culturales desviadas que se expresan de manera poco selectiva.

La clasificación DSM-5 (13) propone distinguir dos trastornos con una etiología común, la negligencia social, es decir los niños que han experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente.

El primero es el **trastorno de apego reactivo** (*the reactive attachment disorder of infancy and early childhood- RAD*) que se expresa como un trastorno de internalización, de síntomas depresivos y comportamiento de retraimiento. Estos niños no muestran manifestaciones de que exista un apego selectivo a determinadas personas. Cuando tienen problemas no muestran intentos coherentes de obtener consuelo, cuidado o protección de sus cuidadores, es decir no presentan conducta de búsqueda de proximidad y de refugio seguro, que son dos características básicas de la conducta de apego. Y cuando se encuentran con dificultades solo responden mínimamente a los intentos de sus cuidadores para consolarles, es decir, no pueden aprovechar la relación de apego para recobrar la homeostasis. No se conoce la prevalencia de este trastorno, pero se observa con poca frecuencia en ámbitos clínicos e incluso en las poblaciones de niños gravemente descuidados se observa en menos del 10%.

El segundo es el **trastorno de relación social desinhibida** (*disinhibited social engagement disorder, DSED*) que está marcado por la desinhibición y comportamientos de externalización. Se trata de un comportamiento inapropiado de búsqueda de contacto físico cercano o acercamiento rápido a un extraño. Como el trastorno de apego reactivo, tampoco muestran conductas que indiquen la existencia de un apego selectivo a determinadas personas. La prevalencia de este trastorno es desconocida. Sin embargo, parece ser poco frecuente, incluso en niños que han sido abandonados o criados en condiciones severas sólo aparece alrededor del 20%.

Hay escasos estudios con estas clasificaciones, pero parece que el apego D predice la conducta social desinhibida durante un periodo de dos años y medio, al margen de la buena calidad del cuidado posterior (14). Sigue siendo incierto hasta qué punto el nuevo apego puede compensar los periodos precedentes de desorganización en la relación inicial de apego (15).

## IDENTIFICAR Y VALORAR EL APEGO DESORGANIZADO

### La Situación Extraña (*Strange Situation Procedure*)

Como ya se ha expuesto en otro capítulo, la Situación Extraña es el "gold standard" (16) para valorar patrones de apego en niños entre 1-3 años. Es una prueba poderosa porque permite observar al niño directamente experimentando un reencuentro con el cuidador cuando a la vez está experimentando ansiedad por haberlo dejado solo por un corto periodo de tiempo. Se han descrito 8 conductas indicadoras de AD en esta prueba, ya detalladas en la introducción como los índices de desorganización de Main and Salomon (5).

Main y Cassidy (17) diseñaron un procedimiento similar a la Situación Extraña de Ainsworth para evaluar niños de 6 años. En este procedimiento la separación de la madre duraba una hora, durante la cual el niño permanecía con una examinadora. Como en la Situación extraña original la conducta de los niños tras la separación sirvió para clasificar los 4 estilos de apego. Al apego desorganizado le llamaron desorganizado-controlador, ya que el niño parecía intentar controlar o dirigir activamente la atención y el comportamiento de la madre y asumía un papel que generalmente se considera más apropiado de los padres para con su hijo. Describieron dos subgrupos de conducta de apego controladora:

- **Control-punitivo.** El niño actúa para humillar, avergonzar o rechazar a la madre. En el momento de la entrada de éste, el niño puede indicar un deseo de que la madre no regrese a la habitación (por ejemplo, diciéndole "¡No me molestes!") o puede ordenar que la madre se vaya. El niño puede hacer comentarios humillantes o vergonzosos a la madre ("¡eres realmente torpe, ¡Dije, mantén los ojos cerrados!, ¡Te lo dije, cállate!"). Este patrón parece similar al encontrado por Marvin y Greenberg (18) en algunos niños de 4 años.
- **Control-cuidante (*overbright / caregiving*).** El niño puede ser solícito y protector con la madre, demostrando preocupación o cuidado de una manera que sugiere que la madre depende del niño. Por ejemplo, el niño puede solicitar el juego

de manera parental: "¿Quieres jugar conmigo, mami, en el cajón de arena?... Es divertido, ¿no es así, mami?". El niño también puede mostrar una gran alegría nerviosa en la reunión, por ejemplo, saltando y aplaudiendo al regreso de la madre o "haciendo payasadas" para animar a la madre.

### Historias Incompletas (*Narrative Story Stems*)

El apego desorganizado se reconoce en las *Narrative Story Stems* por marcadores específicos en cada historia, así como marcadores generales que capturan la experiencia esencial de "miedo sin posibilidad de resolución" del niño:

- Marcador 1: Fantasía catastrófica (por ejemplo, las personas y los personajes quedan heridos, enfermos o mueren inexplicablemente). Comportamientos agresivos entre los miembros de la familia, historias que quedan sin solución. Ausencia de comportamientos parentales de protección o ayuda.
- Marcador 2: Respuestas extrañas/atípicas (por ejemplo, hablar con una voz extraña o alejarse, siendo diferente de un niño que se aburre del proceso de evaluación).
- Marcador 3: Cambio "Bueno / Malo" (donde un personaje se representa como "bueno" y luego "malo" pero sin ninguna explicación en la narrativa del cambio).

### Entrevista del Apego Adulto (*Adult Attachment Interview*)

La conducta de apego desorganizada solo es observable en bebés, prescolares y niños, aunque persiste también en la edad adulta. La activación de la conducta de apego que se lograba con breves separaciones en la infancia o historias incompletas en niños mayores no es aplicable en la edad adulta. Tampoco el contenido de las anamnesis es un indicador de apego desorganizado, ya que el haber vivido circunstancias vitales difíciles e infancias desastrosas desde el punto de vista del apego, no significa que el apego adulto sea desorganizado, ni siquiera inseguro, ya que la persona ha podido contar con figuras de apego seguras alternativas en su infancia o posteriormente ha podido ganar seguridad

a partir de relaciones seguras (19) además de poseer características personales resilientes.

Main, Kaplan y Cassidy (20) observaron que las madres de los niños seguros, evitativos, ambivalentes-resistentes y desorganizados, presentaban diferencias en la forma en que hablaban de sus relaciones de apego en su infancia y diseñó una entrevista para detectar dichas diferencias en su discurso llamada Entrevista del Apego Adulto (*Adult Attachment Interview-AAI*). Encontraron que cuando se exploraba la representación que tenían los padres de las relaciones de apego de su propia infancia con en esta entrevista, aparecían cuatro estados mentales en relación con el apego: autónomo (F), inseguros/despreocupados (Ds), inseguros/preocupados (E) y el no resuelto-desorganizado (U). Categorías análogas a los 4 prototipos de apego en la infancia: seguro, evitativo, resistente y desorganizado.

La clasificación U implica una desorganización en la narración autobiográfica del adulto (*Unresolved trauma en el adult attachment interview U*). Esto significa que cuando se abordan cuestiones ligadas a una pérdida o a malos tratos, el adulto manifiesta contradicciones y perturbaciones importantes en el curso del razonamiento, se pierde la conciencia del contexto del discurso. Así por ejemplo el entrevistado puede hablar de una persona fallecida como si estuviera todavía con vida, puede volverse silencioso y emplear un discurso solemne y elogioso, relatar escenas excesivamente detalladas etc. Hesse (21) sugirió que los lapsus en el razonamiento del discurso implican "experiencias aterradoras y/o abrumadoras que pueden estar alterando momentáneamente el discurso" y propuso clasificar estas situaciones como apego no resuelto (*unresolved*).

## RUTAS EVOLUTIVAS QUE CONDUCEN A UN APEGO DESORGANIZADO

### Maltrato directo

La negligencia y el maltrato son experiencias extremadamente aterradoras para un niño. En las familias donde esta realidad existe los padres no ponen los límites de manera adecuada: usan frecuentemente amenazas, castigos, fuerza y poder para conseguir que los hijos colaboren (22).

34

Además, se ha visto que los niños cuyos padres tienen al menos cinco factores de riesgo socioemocionales (ingresos bajos, madre soltera, madre adolescente, educación baja, minoría étnica y/o abuso de sustancias) tienen las mismas posibilidades de apego desorganizado que los niños que han sufrido negligencia o maltrato (9). En ausencia de maltrato directo, el comportamiento aterrador de los padres fruto de estados mentales no resueltos o insensibilidad materna/paterna, podría proponerse como un mecanismo clave a través del cual los padres con altos niveles de riesgo socioeconómico y expuestos a experiencias más traumáticas provocan el desarrollo de la desorganización del apego.

Además, el hecho de que el 15 % de los infantes de familias de bajo riesgo muestran estrategias de apego desorganizado (8) apoya la existencia de otras posibles vías de desarrollo del apego desorganizado cuyos efectos son tan nocivos como los del maltrato directo.

### Estados mentales parentales

#### *Estados mentales no resueltos (disociación de los padres)*

Los estados mentales parentales U están relacionados significativamente con apego D en el lactante. Estos datos parecen revelar que la falta de resolución psicológica del apego desorganizado es la clave de la transmisión del trauma. En los estudios con AAI la baja capacidad de ‘monitoreo metacognitivo’ es lo más decisivo en la transmisión del trauma. Estos se reconocen como fallos de un individuo en el monitoreo de su conversación o pensamiento. Los ejemplos incluyen ‘quedarse en silencio a mitad de la oración, pero luego completarla como si no hubiera pasado el tiempo, o no terminar la oración’ (26). En la situación de interacción con el niño, la madre o el padre tiene conductas que evocan breves estados disociativos, durante los cuales el cuidador se ‘desconecta’ de la interacción con el niño y queda atrapado en el suceso traumático, con un estado emocional que nada tiene que ver con la situación presente. El niño entonces puede quedar expuesto repentinamente a emociones disociadas de la madre que llegan a abrumarle, sobre todo si

ocurren en situaciones de activación del sistema de apego. Si la madre no está psicológicamente presente, el niño puede enfrentarse a una respuesta materna que, en el mejor de los casos, nada tienen que ver con la situación que ha activado el apego ni con sus necesidades de regulación emocional.

Inicialmente, una de las limitaciones de la investigación que analiza la pérdida no resuelta utilizando la AAI fue que, si el individuo no recordaba ninguna pérdida o trauma, entonces la transcripción se codificaba como “no se puede clasificar” (o CC). A este dato se añade que solo el 53% de los niños D han tenido madres con estados mentales U (27). Por lo tanto, significa que el 47% de los niños con apego desorganizado no tenían madres con apegos no resueltos-U. Una explicación es que solo se puede asignar la categoría U si los participantes reportan experiencias de abuso o pérdidas. Por lo tanto, el discurso de pérdida o abuso por sí mismo, puede constituir una ventana estrecha para capturar todos los estados mentales de apego anómalos en adultos con experiencias de la infancia duras, ya que si se obvia el trauma no se puede clasificar como categoría-U, aunque lo fuera.

#### *Estados mentales hostiles e indefensos (H-H, hostile-helpless)*

Para superar el problema anterior Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood (28) ampliaron el concepto de estado mental no resuelto, desarrollando la codificación del estado mental “hostil o impotente” (HH, *hostile-helpless*) en el AAI. Este sistema de codificación tiene en cuenta los índices de evaluaciones generalizadas y contradictorias de las relaciones de apego, más que en los fallos en la monitorización del discurso durante las discusiones sobre pérdida o trauma. El contenido mental contradictorio y no integrado es lo que sobresale en estas entrevistas (29). Sin una formación adecuada estos estados fácilmente se clasifican erróneamente y podían interpretarse como apego “seguro” (28). Estos estados HH se clasificaron en dos subgrupos:

- En el subtipo Hostil (*hostile*) coexisten evaluaciones positivas y devaluadoras a nivel global del mismo cuidador en el transcurso de

la entrevista: “Éramos hermanos...pero éramos enemigos”. Estas madres muestran una mezcla contradictoria de conductas rechazantes (hostil) y conductas que buscan la atención de sus hijos (auto-referenciales).

- En el subtipo Impotente (*helpless*), el sujeto igualmente devalúa la figura de apego, pero al mismo tiempo se identifica positivamente con la impotencia o renuncia a la parentalidad de dicha figura: “Éramos los mejores amigos... ella era un caso perdido”. La ira se inhibe o se expresa en afirmaciones que no están integradas con la actitud más predominante del cuidador. Estas madres se muestran más temerosas e inhibidas en general, y a veces se muestran especialmente dulces o frágiles. Además, generalmente ceden a los esfuerzos del infante por establecer contacto.
- Un subtipo HH "mixto" incluye aspectos de ambos subtipos.

### **Estados mentales HH y maltrato**

El sistema de codificación HH puede ser todavía más relevante que los estados mentales U para entender procesos implicados en la transmisión intergeneracional del maltrato ya que los estados mentales HH permiten diferenciar de manera considerable a madres maltratadoras de no maltratadoras (30). Así, los estados mentales HH son frecuentes entre madres en servicios sociales por negligencia documentada hacia el niño (31).

Por lo tanto, la historia de trauma infantil de la madre no parece ser condición suficiente para predecir el apego desorganizado en el niño (28), sino que es la combinación de trauma infantil y estado mental HH lo que se relaciona con apego desorganizado del niño. Por lo tanto, es la falta de integración de experiencias de apego traumáticas, lo que puede estar particularmente asociado a repetir el maltrato infantil. Surge la pregunta de por qué los estados mentales de los padres U o HH están relacionados con el apego desorganizado en el hijo. Como se ha expuesto anteriormente, cuando el padre todavía está traumatizado puede relacionarse con el bebé con comportamientos inexplicablemente asustadizos o aterradores (4). En estas circunstancias el bebé es

incapaz de poner en marcha una estrategia coherente de acercarse o huir y muestra un comportamiento D.

### **Comportamiento parental aterrado/aterrador**

Dada la falta de predicción de los estados mentales, Main & Hesse (32) desarrollaron un sistema de codificación para capturar conductas maternas que estuvieran asociadas a AD y no solo estados mentales. Este sistema constaba de seis dimensiones para identificar la conducta parental atemorizante/atemorizada (*frightened/frightening FR behavior*):

- Amenazante: Posturas, expresiones faciales y movimientos que parecen agresivos. Por ejemplo, repentinos movimientos alrededor de la cara y los ojos del niño.
- Asustada-: Conductas que indican que la madre esta inexplicablemente asustada. Por ejemplo, una secuencia de retirada, como si la tiraran hacia atrás alejándose del niño.
- Disociado: Indicadores de posible entrada en estados alterados de conciencia, tales como congelación, trance o tonos de voz alterados.
- Tímido o respetuoso: conductas de la madre en las que parece sumisa con el niño, mostrándose muy tímida o cortés.
- Conyugal o romántico: caricias excesivas de forma sexual e íntima.
- Desorganizadas/desorientadas.

Varios estudios han confirmado la relación entre la conducta FR y los estados U en la AAI (33). Además, estas conductas FR también se relacionaban con apego desorganizado en los hijos (8,34,35). Tras estos hallazgos se exploró con más detenimiento si algunas subescalas específicas de las conductas FR estaban más relacionadas con el apego D, y parece que la escala de amenaza y la disociativa predecían mejor el apego D en el bebé (33). Dado este resultado, se estudió la relación entre puntajes maternos de experiencias disociativas usando la *Dissociative Experiences Scale* y el apego D en el bebé, pero no se encontró asociación (36). Cabe mencionar que las conductas disociativas no se evaluaron a través de la interacción in vivo, sino a través de puntuaciones de síntomas.

### Insensibilidad materna

Lyons-Ruth, Bronfman y Parsons (35) sugirieron que el apego desorganizado no solo se origina por un comportamiento atemorizante o atemorizado del cuidador, sino también por formas de comunicación afectiva extremadamente insensibles a las necesidades de cercanía y regulación afectiva de los niños. En su modelo, proponían que la falta de respuesta sensible, por ejemplo, una falta de presencia emocional suficientemente prolongada de la madre o reacciones insensibles extremas, como puede ser la falta de límites en situaciones peligrosas o errores recurrentes en comunicaciones afectivas, puede ser tan aterradora para el niño como el comportamiento del cuidador que provoca directamente miedo.

El cuidado desconectado es un término preciso que indica mucho más que "desinterés". Se refiere a cambios repentinos e impredecibles en el comportamiento que no están precedidos por gestos explicativos o vocalizaciones ni están acompañados por signos de afecto o alegría de forma que el niño no puede contextualizarlos.

La insensibilidad materna ha permitido distinguir entre el apego seguro del inseguro, pero no han conseguido predecir ni diferenciar el apego D (8). El comportamiento materno insensible se correlaciona claramente con la conducta de apego desorganizado infantil cuando el nivel de insensibilidad es extremo (37). A raíz de estos estudios, se vio que la escala de sensibilidad no era lo suficientemente específica para capturar las diversas conductas parentales más implicadas en el proceso de desorganización de los hijos.

### Comunicación materna interrumpida

En base a todo lo expuesto anteriormente, Lyons-Ruth, Bronfman y Parsons (35) ampliaron la construcción de Main y Hesse de conducta parental atemorizante/atemorizada-FR para desarrollar un sistema de codificación más amplio que capturara la comunicación interrumpida entre madre e hijo, llamado AMBIANCE (*Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification*- Instrumento de evaluación y clasificación del Comportamiento materno atípico). Este sistema evalúa el nivel global

de comunicación interrumpida (*disrupted*) teniendo en cuenta la comunicación insensible como las diferentes conductas parentales, que dejan al bebé sin la regulación adecuada del apego.

Teorizaron que, en los bebés, el miedo surge de distintas fuentes, no solo del comportamiento parental. Para que el bebé organice una estrategia de apego consistente frente a los temores, el cuidador debe proporcionar una proximidad y un confort mínimamente adecuado, aunque ellos mismos no sean la fuente del miedo infantil. La incapacidad de los padres para proporcionar una respuesta a la necesidad del bebé puede llegar a ser tan extrema o contradictoria que no le permita organizar las estrategias evitativas o ambivalentes-resistentes en relación con el cuidador. El sistema de codificación AMBIANCE (38) incluye los elementos de la versión de 1992 del sistema de codificación FR de Main y Hesse (32) y 5 aspectos más amplios de la comunicación perturbada entre padres e infantes:

- Errores Afectivos de comunicación (*affective communication errors*):
  - a. Indicaciones contradictorias (p. ej. invita verbalmente a la aproximación, luego se distancia).
  - b. Falta de respuesta o respuesta inapropiada (p. ej. no ofrece bienestar al niño angustiado).
- Desorientación. Ítems de Main y Hesse:
  - a. Confundida o asustada por el niño (p. ej. exhibe una expresión atemorizada).
  - b. Desorganizada o desorientada (p. ej. repentina pérdida de afecto no relacionada con el entorno).
- Conducta Negativa-Intrusiva. Incluye los ítems atemorizantes de Main y Hesse:
  - a. Conducta negativa-intrusiva verbal (p. ej. se burla del niño o lo molesta).
  - b. Conducta negativa-intrusiva física (p. ej. tira de la muñeca del niño).
- Confusión de rol (incluye los ítems de incluye los ítems de Sroufe y Col (39); Main y Hesse.
  - a. Inversión de roles (p. ej. obtiene reaseguramiento del niño).
  - b. Sexualización (p. ej. le habla al niño con susurros en tono de intimidad).
- Retraimiento
  - a. Crea distancia física (p. ej. sujeta al niño lejos de su cuerpo con los brazos extendidos).

b. Crea distancia verbal (p. ej. no saluda al niño tras la separación).

Solo el 17% de los comportamientos maternos codificados en el AMBIANCE eran comportamientos de FR, por lo que esta prueba incluía un contexto más amplio de comunicación afectiva perturbada entre madre e infante que serían las comunicaciones afectivas perturbadas. Además, el AMBIANCE permitía relacionar conductas maternas con los dos subtipos de apego D. Las madres de bebés de apego D-inseguro mostraban más comportamiento intrusivo negativo y confusión de roles, mientras que las madres de niños con apego D-seguro, exhibieron más retraimiento.

Un metaanálisis de los estudios que utilizaban cualquiera de estos dos sistemas de codificación (FR o AMBIANCE) indicaba que los niños que habían experimentado conductas anómalas parentales tenían 4 veces más probabilidad de tener un apego D (40). Esta relación entre la comunicación materna interrumpida y el apego D permanece incluso cuando las madres no exhiben estados mentales U en el AAI (41). Por lo tanto, esta prueba resulta útil para identificar a los lactantes con riesgo de apego D aunque las madres no exhiban estados mentales U en el AAI.

## CONCLUSIÓN

Es tentador equiparar las estrategias de apego desorganizado con relaciones claramente de maltrato. Esta visión conceptualizaría el apego desorganizado simplemente como síntomas postraumáticos en edad infantil, pero hemos visto cómo aquellos niños expuestos a cinco factores de riesgo son casi tan propensos a desorganizarse como los niños maltratados.

La conducta parental problemática, puede mediar entre los riesgos socioeconómicos y el apego desorganizado. Investigaciones sobre el comportamiento paternal aterrador/ asustado arroja luz sobre los mecanismos conductuales a través de los cuales los riesgos familiares influyen en el desarrollo de la desorganización del apego, en especial cuando estas conductas parentales ocurren en los momentos de activación del sistema de apego

En consecuencia, entran en juego distintas vías de desarrollo relacionales que subrayan la importancia de

la persistencia en el tiempo y de la calidad de los lazos afectivos entre padres e hijos. Estas distintas maneras en que se puede desorganizar el apego, con funestas consecuencias para el niño, el adolescente y el adulto, aconsejan evaluar de forma independiente el apego y el maltrato. Ambos factores convergen y potencian sus efectos perniciosos para el desarrollo infantil.

Se ha visto también que, sin una adecuada formación, las conductas y representaciones típicas del apego desorganizado pasan fácilmente desapercibidas. Esta realidad empuja a la necesidad de implementar una adecuada formación en la evaluación y tratamiento de la interacción paterno-filial en el campo de la psiquiatría. No olvidemos que se trata, no solo de una vía de gran impacto en el desarrollo del menor, sino que con frecuencia también es la única vía de acceso a tratamiento de padres y madres que de otra forma no llegarían.

## REFERENCIAS

1. Bowlby J. *El Vínculo Afectivo*. Barcelona: Paidós; 1976.
2. Bowlby J. *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós; 1976.
3. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure disorganized/disorientated attachment pattern. In Brazelton TB. and Yogman MW, editors. *Affective Development in Infancy*, Norwood: Ablex; 1986. p. 95-124.
4. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology* 2006;18 (2):309-43.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
5. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En: Greenberg MT, Cicchetti D, and Cummings, EM. Editores. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 121-60.
6. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In

- Greenberg MT, Cicchetti D, and Cummings, EM, editors. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 161-82.
7. Zeanah CH. Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(1): 42-52.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.42>
  8. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*. 1999 ;11(2):225-49.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
  9. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*. 2010 Feb;22(1):87-108.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
  10. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, Nelson CA, Parker SW, et al. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*. 2005;76(5):1015-28. <https://www.jstor.org/stable/3696612>
  11. Zeanah CH, Shah P. Attachment and its impact on child development: Comments on Van IJzendoorn, Grossmann and Grossmann, and Hennighausen and Lyons-Ruth. In *Encyclopedia of Early Child Development*, Institute of Infant and Early Childhood Mental Health. Tulane University Health Sciences Center. 2005.
  12. Zeanah CH, Gleason MM. Reactive Attachment Disorder: A review for DSM-V. American Psychiatric Association; 2010.
  13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
  14. Gleason MM, Fox NA, Drury SS, Smyke AT, Nelson CA, Zeanah CH. Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics*. 2014;133(3): 657-65.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-0212>
  15. Smyke AT, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA, Guthrie D. Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*. 2010;81(1): 212-23.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01390.x>
  16. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum; 1978.
  17. Main M, Cassidy J. Categories of Response to Reunion with the Parent at Age 6: Predictable From Infant Attachment Classifications and Stable Over a 1-Month Period. *Developmental Psychology*. 1988;24(3):415-26.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.415>
  18. Marvin RS, Greenberg MT. Preschoolers' changing conceptions of their mothers: A social-cognitive study of mother-child attachment. *New directions in child development*. 1982: 47-60.  
<https://doi.org/10.1002/cd.23219821805>
  19. Watson S, Sweney S. Earned Security: can the adult attachment interview distinguish between parents who have suffered abuse as children who will and will not abuse their own children?. *New Zealand Journal of Counselling*. 2003;24(2):25-39.
  20. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security of infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs for the Society for Research in Child Development*; 1985. p. 209-undefined.
  21. Hesse E, Shaver PR. The Adult Attachment Interview: Protocol method of analysis and empirical studies. En: Cassidy J, editor. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 3º ed. New York: Guilford Press; 2016 p. 553-596.
  22. Chilamkurti C, Milner JS. Perceptions and Evaluations of Child Transgressions and Disciplinary Techniques in High- and Low-Risk Mothers and Their Children. *Child Development*. 1993;64(6):1801-14.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb04214.x>
  23. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, García-Pérez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 2005 ;17(2):329-347.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050169>

24. Melnick S, Finger B, Hans S, Patrick M, Lyons-Ruth K. Hostile–helpless states of mind in the AAI: A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. In *Clinical applications of the adult attachment interview*. New York: Guilford Press; 2008. p. 399-423.
25. Macfie J, Swan SA, Fitzpatrick KL, Watkins CD, Rivas EM. Mothers with borderline personality and their young children: Adult Attachment Interviews, mother-child interactions, and children's narrative representations. *Development and Psychopathology* 2014 ;26(2):539–51.  
<https://doi.org/10.1017/S095457941400011X>
26. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In Cassidy J, Shaver P, editors. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press; 1999. p. 520-54.
27. Van Ijzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 1995 ;117(3): 387-403.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
28. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. 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*. 2005;17(1): 1-23.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050017>.
29. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganisation: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2008. p. 666-97.
30. Frigerio A, Costantino E, Ceppi E, Barone L. Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment and Human Development*. 2013;15(4): 424-42.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.797266>
31. Milot T, Lorent A, St-Laurent D, Bernier A, Tarabulsy G, Lemelin JP, et al. Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38(8): 1351-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.015>
32. Main M, Hesse E. Frightened, threatening, dissociative, timid-deferential, sexualized, and disorganized parental behavior: A coding system for frightened/frightening (FR) parent–infant interactions. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley; 1992.
33. Abrams KY, Rifkin A, Hesse E. Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology*. 2006;18(2):345–61.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060184>
34. McMahan M, Pisani L, Oumar F. Infant - Mother Attachment among the Dogon of Mali. *Child Development*. 2001 ;72(5):1451-66.  
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00359>
35. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Maternal disrupted affective communication, maternal frightened, frightening, or atypical behavior, and disorganized infant attachment strategies. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999: 67-96.  
<https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>.
36. Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(1): 54-63.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.54>
37. Lyons-Ruth K. Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2003: 883-911.  
<https://doi.org/10.1177/00030651030510031501>
38. Bronfman E, Parsons E, Lyons-Ruth K. Disrupted Maternal Behavior Instrument for Assessment

- 40 and Classification (AMBIANCE. Vol. Version 2.1. Unpublished manuscript, Harvard Medical School; 1999.
39. Sroufe LA. Attachment Classification from the Perspective of Infant-Caregiver Relationships and Infant Temperament. *Child Development*. 1985;56(1): 1-14.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00080.x>
40. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*. 2006;8(2): 89-111.  
<https://doi.org/10.1080/14616730600774458>
41. Madigan S, Moran G, Schuengel C, Pederson DR, Otten R. Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2007 ;48(10): 1042-50.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01805.x>