

¿Y SI **NO** HAY APEGO SEGURO?



PETALES ESPAÑA

Asociación Ayuda Mutua
Trastornos de Apego

Marta Abadías Palacín

martaabadias@gmail.com

Maestra Pedagogía Terapéutica
Estimuladora Atención Temprana
Psicomotricista

IX Congreso estatal interdisciplinar de
ATENCIÓN TEMPRANA

La visión de los profesionales
24 de noviembre 2018 Zaragoza

Tenemos un problema?..



- Porque para un desarrollo sano y ordenado de nuestro cerebro necesitamos una figura de referencia desde la que construir nuestra seguridad, vs. **MIEDO**
- Porque la base segura que ofrece la figura de apego permite explorar el entorno, siendo el refugio al que acudir y buscar calma, **CALMAR EL MIEDO**
- Porque la ausencia de base segura condiciona la regulación de los sistemas emocional y de alerta.



APEGO SEGURO vs. APEGOS INSEGUROS

de estilos/patrones a trastornos

Clasificación del apego (M. Ainsworth, 1978; Barudy y Dantagnan, 2005; Gonzalo, 2003; Siegel, 2007))

Apego seguro	Apego inseguro		
	Ansioso/ Ambivalente	Evitativo	Desorganizado
Padres coherentemente disponibles, perceptivos, empáticos.	Padres impredecibles e inconstantes en las interacciones. Invaden e ignoran las necesidades.	Padres no disponibles, no receptivos (sobre todo emocional)	Violencia física y verbal Ausencia de cuidados físicos y emocionales Ambiente caótico y desestructurado
	Niño que se protege con la activación y la intermitencia	Niño que se protege en la distancia	Niño que se protege con la disrupción. Disociación

Teoría del Apego

Hacia el final de nuestro primer año de vida ya ha quedado marcado en nuestros cerebros un esquema sobre cómo pensamos que funcionan las relaciones, basado en la manera en que nos tratan nuestros padres u otros cuidadores.

¿Cómo será nuestra respuesta al mundo si no ha habido base segura?

La parte de nuestro cerebro que nace capacitada para buscar el apego con el cuidador (supervivencia), al sentirse en riesgo, (porque no tiene, o no siente que haya, un lugar seguro donde refugiarse) acaba funcionando de forma que mantiene, incluso en situaciones de calma, la alerta activada, y responde con conductas (que en algún momento fueron adaptativas) Y así queda modificado el cerebro y puede aparecer el trastorno...

PALABRA CLAVE: **adversidad temprana**



SISTEMA LÍMBICO

(chimpancés y humanos)

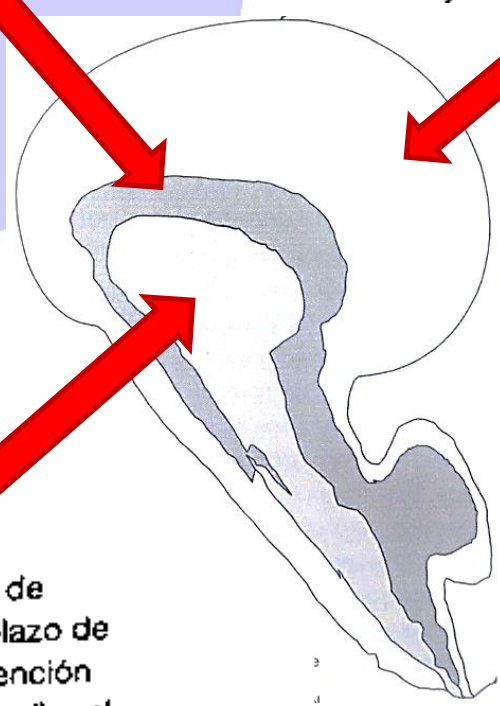
Esta zona puede quedar subprogramada y subdesarrollada, dada la separación materna y las carencias sensoriales en los 2 primeros años. Falta de programación emocional y de comportamiento social.

NEOCÓRTEX

Esta zona será incapaz, probablemente, de dominar suficientemente las zonas inferiores. El procesamiento de las informaciones sensoriales y motrices y los procesos de planificación / control de las emociones son perturbados.

EL <<CEREBRO REPTILIANO>>

Este sistema puede dominar el comportamiento de manera excesiva dada la falta de inhibiciones de los sistemas cerebrales superiores. Además, el plazo de respuesta a la estimulación, los problemas de atención y de regulación de la actividad (hiper/ hipoactividad) o el funcionamiento inestable del sistema nervioso autónomo (sueño irregular, frecuencia cardiaca, modo de respiración, de alimentación,...) pueden deberse a carencias.



El niño abandonado,
Niels Peter Rygaard

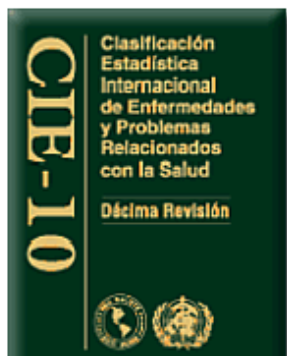
Trastorno de Apego - CONTEXTO

¿Cuándo está ausente la persona de referencia afectiva que colma la necesidad del pequeño/a de establecer un vínculo afectivo al que “apegarse”?

- Un niño/a abandonado o puesto en una institución sin una figura de referencia afectiva.
- Un niño/a que haya vivido rupturas repetidas con sucesivas figuras de referencia afectiva.
- Un niño/a con una figura de referencia afectiva que reiteradamente no responda a sus necesidades.
- Un niño/a con cuidados insuficientes o con cuidados excesivos (figura de referencia afectiva (apego) depresiva o compulsiva).
- Un niño/a con una figura de referencia afectiva que con frecuencia presenta inestabilidad o falta de disponibilidad lo llevaría a una patología precoz grave.
- Un niño/a que vive malos tratos (abuso psicológico, físico o sexual).
- Un niño/a que no tuvo en ninguna de las etapas esenciales de su desarrollo una figura afectiva de referencia claramente diferenciada.

Sin embargo algunos niños que han vivido situaciones traumáticas en su primera infancia, no siempre presentan trastornos del vínculo afectivo.

Trastorno de Apego CIE-10



F94

Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F94.0	Mutismo selectivo.
F94.1	Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
F94.2	Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
F94.9	Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

Trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia, que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales.

Es típica la presencia de temor y preocupación inconsolables.

También lo son una relación social con los compañeros empobrecida.

Son frecuentes las auto y heteroagresiones, la tristeza y en algunos casos un retraso del crecimiento.

El síndrome se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.

Trastorno de relación social DESINHIBIDA DSM-V

Patrón particular de funcionamiento social anormal que surge durante los primeros cinco años de vida y que tiende a persistir a pesar de cambios marcados en circunstancias ambientales, dependiendo de las circunstancias también puede haber alteración emocional o conductual asociada.

El síntoma más evidente es “la ausencia de miedo normal o discreción al acercarse a extraños, el niño es inusualmente cómodo de hablar, tocar y salir en una situación con un adulto desconocido.”

Criterios diagnósticos

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

- Reducción o ausencia de reticencia (desconfianza o cautela) para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
- Comportamiento verbal o físico demasiado familiar.
- Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
- Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del criterio A no se limitan a la impulsividad, pero incluye un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente. Características:

- Negligencia, falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas (bienestar, estímulo, afecto)
- Cambios repetidos de los cuidadores primarios (custodia).
- Educación en contextos no habituales (instituciones con un gran número de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A.

E. Edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Trastorno de Apego REACTIVO DSM-V

En un niño, los síntomas pueden incluir:

Rechazar al cuidador

Evitar el contacto físico

Dificultad para ser consolado

No hacer distinciones al socializar con extraños

Desear estar solo en lugar de interactuar con otros

El cuidador con frecuencia descuida en el niño:

- Las necesidades de bienestar, estimulación y afecto
- Las necesidades como el alimento, el aseo y el juego

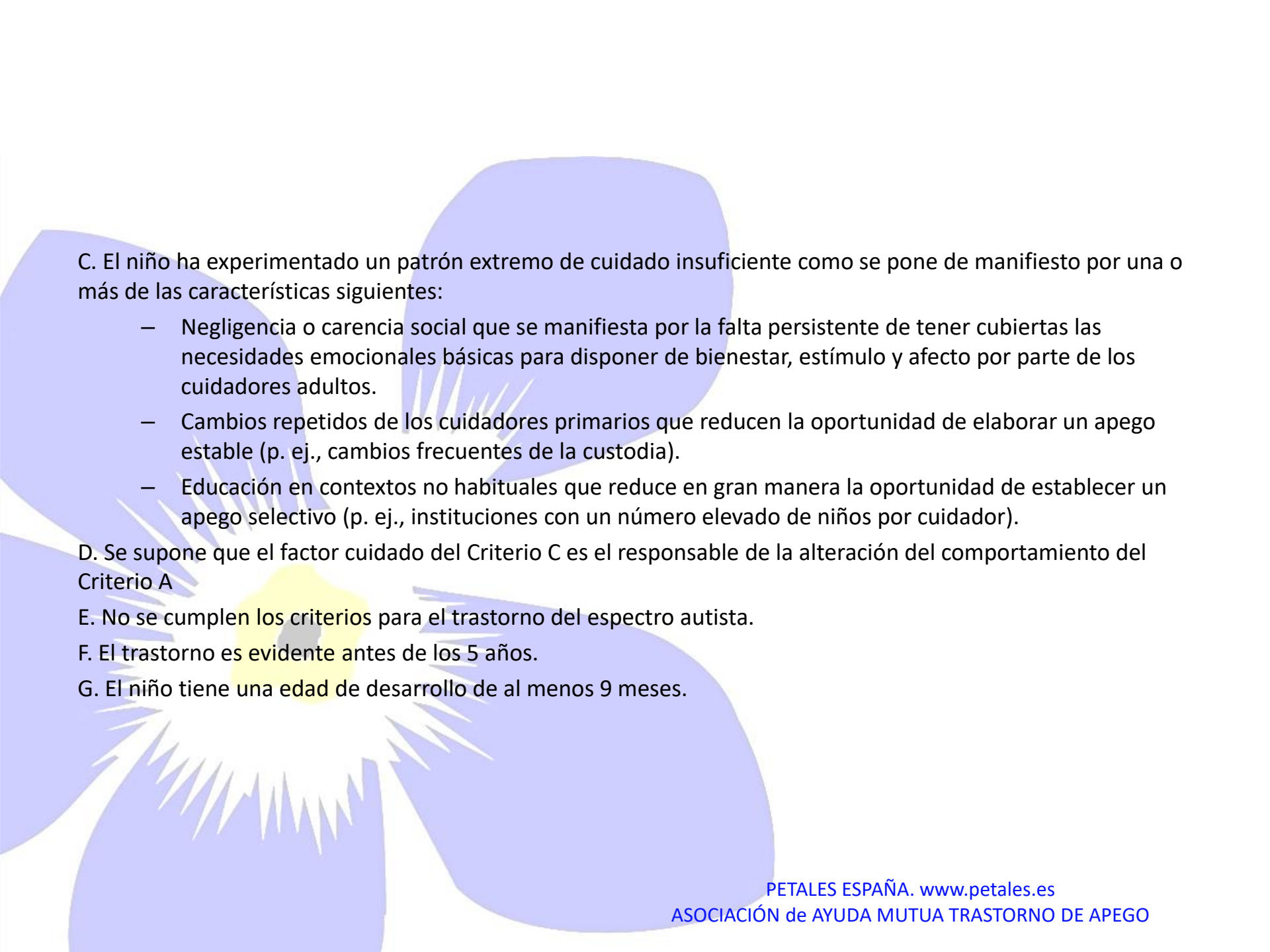
Criterios diagnósticos

A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos:

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

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

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



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

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

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A

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

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

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

Principales manifestaciones del trastorno

<http://petales.es/acerca-de-los-comportamientos-observados/>

La lista (no exhaustiva) que presentamos a continuación ha sido compuesta sobre base de experiencia de decenas de padres con hijos que padecen el trastorno del vinculo afectivo (apego). Intensidad individual y propia de cada niño expresadas de manera diferente en función de su edad.

Las relaciones emocionales intimas (en la familia).

Los niños las viven como una amenaza.

- No mantiene contacto visual; lo evita
- Rechaza a las personas mas cercanas (padres y sobre todo la madre)
- No le gusta que se le coja
- Es raro que soporte los contactos físicos, la afección, la intimidad
- No establece ningún contacto ni relación profunda con los padres, o los miembros de la familia
- Siempre le falta algo, provoca continuamente el rechazo
- Evita el contacto, no confía en nadie
- Se comporta en casa como si estuviese en el hotel

Principales manifestaciones del trastorno

El desarrollo social

El niño muestra dos caras una en casa y otra al exterior.

- Es “genial” para observar, juzgar y manipular a los que le rodean
- Es “amigo de todos” pero no desarrolla en realidad más que relaciones superficiales
- Se comporta con disimulo: se adapta, pero tiene mucho miedo frente a lo desconocido
- Necesita atraer la atención: esconde su malestar haciéndose notar
- En grupo, (familia, escuela, grupo social...) busca una posición de excepción, como jefe o como víctima
- No es capaz de sentir empatía por los demás
- Con su actitud los demás lo consideran víctima
- Tiene poco sentido del humor

En el juego :

- Puede ser extremadamente independiente, no pide nada
- Puede querer controlarlo todo y no aceptar las ordenes de los otros jugadores
- Puede ser agresivo con sus juguetes

Principales manifestaciones del trastorno

El desarrollo de la conciencia y la noción de las normas.

Estos, están a menudo perturbados.

- El niño no es sensible a los ánimos, castigos, recompensas y compromisos
- No controla sus impulsos
- No aprende de sus errores, (no los reconoce)
- Rebasa todos los límites
- No tiene sentimiento de culpabilidad, de responsabilidad
- No tiene respeto hacia los demás
- No tiene sentido del bien y del mal de ahí mentiras, robos, vandalismo...
- Le gusta la violencia, se hiera con facilidad, le atrae el trato con delincuentes, las películas de violencia y de horror
- Tiene respuestas emocionales inapropiadas (Por ejemplo se ríe cuando ve que matan a alguien en la televisión)
- Puede ser cruel con los animales

Principales manifestaciones del trastorno

Los problemas escolares específicos

- La mayor parte del tiempo el niño es inteligente, pero esto no aparece ni en los resultados escolares ni en los test
- Es poco dotado para las matemáticas y conceptualiza mal; tiene dificultades para concebir lo abstracto y tener lógica
- Asimila las materias escolares de manera fragmentaria; de donde viene el hueco cada vez más grande a nivel de los conocimientos
- Sufre de falta de concentración y de atención
- Tolera poco o nada la frustración; ni las situaciones de estrés (ej.: deberes, exámenes)
- No planifica, no tiene conciencia del paso del tiempo (abstracción).

Estos comportamientos son ante todo signos de sufrimiento que necesitan mucha comprensión por parte de padres y de las personas que intervienen.

Prevalencia

Del 1.4 al 2.4% en la población general,

Del 19.4 al 40% en niños institucionalizados o acogidos

(Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. Child Abuse Negl 2004; 28: 877–88. 3 Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2013; 7: 39).

**Niños adoptados:
población en riesgo**

Consecuencias de la ADVERSIDAD TEMPRANA en la infancia

Riesgo incrementado en la etapa adulta hasta 20 veces de sufrir consecuencias en salud física:

- Adicciones: drogas, alcoholismo, tabaquismo
- Iniciación temprana al tabaco
- Iniciación temprana a la actividad sexual
- ETS
- Embarazo en adolescencia
- Depresión
- Ansiedad
- Intentos de suicidio
- Enfermedades cardíacas, hepáticas, respiratorias

Estudios en EEUU (jóvenes 12-17 años) eleva la prevalencia de problemas de Salud mental de un 11% a un 44%, en el caso de jóvenes que habían experimentado ADVERSIDAD TEMPRANA.

Resumen de la fuerza de la evidencia sobre resultados de salud y maltrato infantil, OMS 2013

En España no hay estudios, aun siendo el segundo país del mundo y primero de Europa en número de adopciones.

Health outcome	Physical abuse	Emotional abuse	Neglect	Sexual abuse
Depressive disorders	Robust association	Robust association	Robust association	Robust association
Anxiety disorders	Robust association	Robust association	Robust association	Robust association
Suicide attempts	Robust association	Robust association	Robust association	Robust association
Drug use	Robust association	Robust association	Robust association	Robust association
STIs / risky sexual behaviour	Robust association	Robust association	Robust association	Robust association
Eating disorders	Robust association	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ limited evidence	Robust association
Obesity	Robust association	Plausible outcome/ limited evidence		
Childhood behavioural / conduct disorders	Robust association		Plausible outcome/ limited evidence	
Type II diabetes	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ limited evidence	
Alcohol problem use	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ limited evidence	
Cardiovascular disease	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ emerging evidence	Plausible outcome/ limited evidence	
Smoking	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ emerging evidence	Plausible outcome/ emerging evidence	
Headaches / migraine	Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ emerging evidence	Plausible outcome/ emerging evidence	
Personality disorders				Robust association
Self-harm				Robust association
Arthritis	Plausible outcome/ limited evidence		Plausible outcome/ emerging evidence	
Hypertension	Plausible outcome/ limited evidence			
Ulcers	Plausible outcome/ limited evidence			
Chronic spinal pain	Plausible outcome/ emerging evidence		Plausible outcome/ emerging evidence	
Schizophrenia	Plausible outcome/ emerging evidence	Plausible outcome/ emerging evidence		
Sexual re-victimisation as an adult				Plausible outcome/ limited evidence
Sexual perpetration				Plausible outcome/ limited evidence
Allergies	Plausible outcome/ emerging evidence			
Cancer	Plausible outcome/ emerging evidence			
Neurological disorders	Plausible outcome/ emerging evidence			
Underweight/malnutrition	Plausible outcome/ emerging evidence			
Uterine leiomyoma	Plausible outcome/ emerging evidence			
Bronchitis/emphysema	Plausible outcome/ emerging evidence			
Asthma	Plausible outcome/ emerging evidence			
Chronic non-cyclical pelvic pain				Plausible outcome/ emerging evidence
Non-epileptic seizures				Plausible outcome/ emerging evidence

KEY

Robust association	Robust association
Plausible outcome/ limited evidence	Plausible outcome/ limited evidence
Plausible outcome/ emerging evidence	Plausible outcome/ emerging evidence

EXPERIENCIA ENTRE LOS 0-6 AÑOS DE LAS FAMILIAS PETALES

Conductas observadas tras la adopción:

Hiperactividad, impulsividad o ausencia de movimiento/exploración del entorno

Ausencia de juego

Falta de atención, concentración y memoria, dificultades en la El

Agresividad en momentos de alegría

Ausencia de empatía

Irritabilidad

Comportamiento desafiante

Deseo de control

Amenazas a los padres

Agresiones a los padres

Respuestas: 40
Niños adoptados:40



Autolesiones

Alto umbral del dolor

Coger, esconder, quitar objetos

Descontrol, respuestas explosivas

Baja tolerancia a la frustración, rabietas

Ausencia de mirada a los ojos de los padres

Falta de respuesta a estímulos afectivos, rehuir del contacto físico

Conductas de huida

Miedos: a los cambios, a cualquier cosa inesperada...

No detección del peligro

Dificultad para diferenciar a extraños de conocidos

Dependencia excesiva, sumisión

Dificultades en el habla, en la comunicación, en la relación con iguales

¿Cuándo lo observaron?

¿Qué hicieron?

Observaron los comportamientos entre el momento de la adopción y los 6 primeros meses

Niños de días hasta los 4-5 años

En torno al 95% de familias buscó ayuda, incluso en varios sitios:

- Principalmente recurrieron al pediatra 70%
- Escuela infantil o colegio mas del 50%
- Servicios de post adopción mas del 40%
- Psicólogos, neurólogos, psiquiatras...

Solo un caso fue atendido en el programa de AT

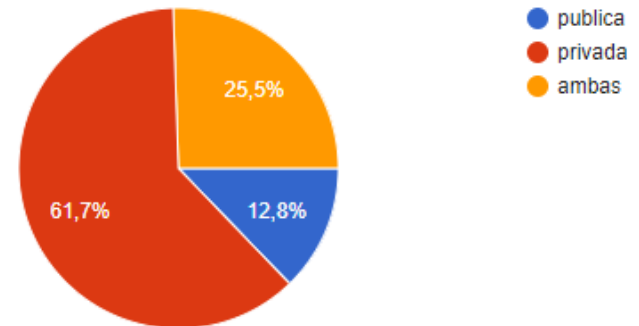
Llegaron a recibir atención en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil algo mas del 8% de los niños

Los especialistas/servicios que les han ido atendiendo han sido fundamentalmente:

- Psicólogo/psicoterapia
- Logopedia
- Estimulación
- Psicomotricidad
- Terapia ocupacional
- Psiquiatra

Las respuestas que les dieron al buscar ayuda:

- la **derivación a especialistas** que pueden o no tener formación en trauma y apego. (neurólogos, psicólogos, psicomotricistas, logopedas, maestras/os...)
- **Otras respuestas:** esta en periodo de adaptación, esperar a los 6 o 7 años, es pequeño, ya madurará, falta de autoridad, es lo normal, con cariño se le pasará, tratamiento conductual, es un niño/a difícil, tener paciencia...



En cuanto a los **DIAGNÓSTICOS:**

Sigue habiendo niños y casi adultos sin diagnosticar, otros en lugar de, o además, tienen otros diagnósticos.

De todas las entrevistas, los diagnósticos (fuera cual fuera) llegaron dentro de la etapa 0-6 solo en dos ocasiones.

¿Qué no ha funcionado en el sistema?

- Los padres no son informados, ni formados y la realidad los convierte en PADRES TERAPEUTICOS
 - Se pierde tiempo y salud en la búsqueda
 - Evitar el E/E
 - Entender que significan sus comportamientos
 - Entender que su cerebro funciona diferente para ayudarle cuanto antes
 - Saber para adquirir nuevas herramientas
 - Soportar los juicios a niños/as y padres, prejuicios sobre adopción
- EL PROBLEMA NO ESTÁ EN LA ADOPCIÓN**
- Los servicios sociales de postadopción, educación, sanidad no tienen, por lo general formación en APEGO...y no detectan, no tratan (desde el TAR)

¿Qué está funcionado?

- Afecto incondicional, amor y límites...
- Tratamiento y Apoyos para el **niño/a** que le ayuden a convivir, maestros implicados, profesionales formados,...
- Entender, conocer, saber, darse cuenta...
- Hacer un cambio en la mirada de los **padres** y de la **sociedad**, apoyo de familia extensa, descansos, resolver los propios traumas, nuestro patrón de apego,...
- La tribu...

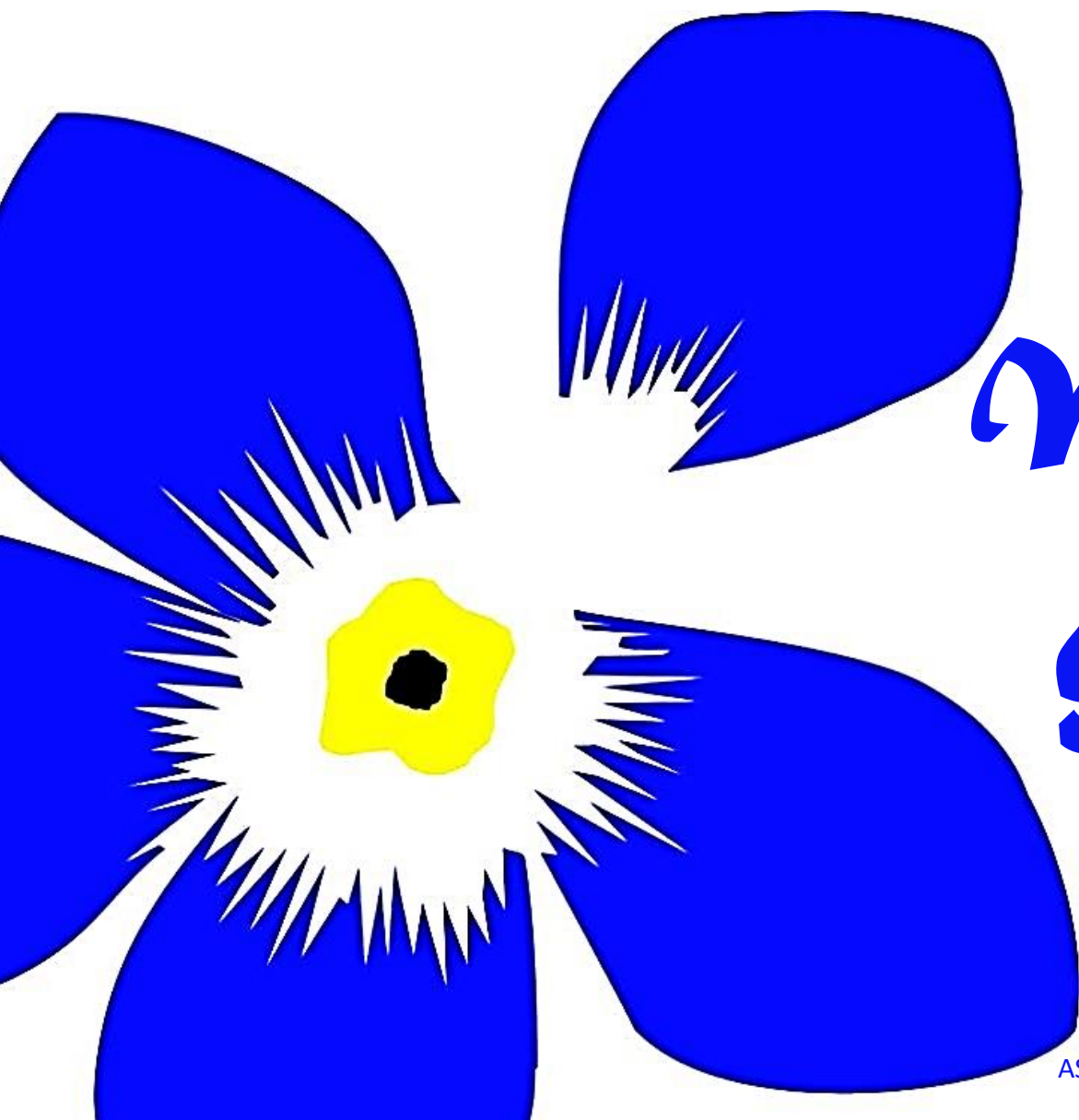
¿Qué necesitan? ¿Qué se puede mejorar?

- Detección temprana: “protocolo de detección temprana de TAR en adopción”
- Padres terapéuticos, no asustados (formación previa a la adopción y acompañamiento)
- Profesionales de todos los ámbitos (s. sociales, salud, educación,...) formados en Teoría de Apego: **red** de resiliencia secundaria
- **Atención Temprana:** el amor no lo cura todo, el tiempo pasa, es un proceso lento: necesitan tratamiento continuado y gratuito (salud mental)

El saber no ocupa lugar



- www.buenostratos.com
- www.petales.es
 - <http://petales.es/triptico/>
 - <http://petales.es/bibliografia/>
 - <http://petales.es/eventos/>



**Muchas
gracias**