

# TRASTORNOS REACTIVOS DEL VÍNCULO EN LA PRIMERA INFANCIA

Magda Sarlé i Gallart

---

Sabemos que los bebés humanos nacen en un estado embrionario y que no pueden sobrevivir sin que un adulto se haga cargo de ellos. Su desarrollo físico y psíquico depende del trato que reciba de su entorno -los padres o sustitutos- y de la calidad, permanencia y constancia, de estos que serán quienes le darán la seguridad para establecer unas bases de desarrollo psíquico y funciones mentales básicas. Al bebé le es imprescindible alguien que le piense, que le desee y que haga una función de soporte de sus necesidades, ansiedades y de su “yo” en formación. **Si no hay una figura parental que vaya dotando de sentido sus experiencias, difícilmente podrá desarrollarse.**

Necesita un adulto que lo quiera, para ayudarlo a ir realizando e integrando estas necesidades. Si no hay nadie que le sostenga, que tenga cuidado de él, que vaya presentando el mundo al niño poco a poco y sin violar su experiencia, permitiendo que le vaya descubriendo y que vaya ilusionándose, el bebé tendrá graves dificultades para ir configurando su estructura psíquica.

Las experiencias primeras que un niño hace en el seno de la familia contribuyen a formar su manera de estar en el mundo, e irá determinada por la calidad de las experiencias emocionales. Como se ha ayudado al niño ha metabolizar sus ansiedades, como se las han contenido y como han sido entendidas sus necesidades, formarán en él el sentimiento de confianza básica, elemento insustituible de la salud mental y de la capacidad para aprender. En la medida que se pueda tolerar el sufrimiento y la frustración y queda contenido emocionalmente, se puede probar, ensayar, explorar, investigar,... Permite entonces adquirir una nueva habilidad, permite aprender.

Vínculo, pensamiento y capacidad de aprendizaje son aspectos de la estructuración interna del niño que van íntimamente entrelazados.

Un vínculo tiene que ser aprendido, en el sentido que se basa en la experiencia con otra persona.

El niño que no ha tenido nadie estable y constante para quien sea objeto de amor, puede tener una experiencia del mundo como de un lugar poco coherente, desordenado, imprevisible, en el que si siente malestar no encuentra una respuesta que lo aminore; un mundo un tanto hostil donde no se sabe que se puede esperar. Interioriza una vivencia de escasa confianza en las personas, ya que estas no han estado lo bastante estables ni disponibles.

Las clasificaciones internacionales de trastornos mentales más utilizadas en la práctica clínica incluyen una categoría diagnóstica que posee sumo interés psicopatológico con los planteamientos de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia, ya que aporta importantes dimensiones con evidentes repercusiones para la comprensión de los trastornos mentales en general: los trastornos de la vinculación en la infancia (TVI).

La **CIE-10** los incluye en los trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia, con dos categorías diagnósticas: TVI reactivo (F94.1) y TVI desinhibido (F94.2).

La clasificación nacional de la APA, **DSM-IV**: lo describe en un apartado más amplio e inespecífico de “otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia”, como TVI o **la niñez reactivo** (313.89/ F94.2), con dos subtipos: el inhibido (F94.1) y el desinhibido (F94.2).

Estos procesos tienen una clara relación con las primeras etapas del desarrollo y, por lo tanto, pertenecen al campo de estudio de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia, pero esta categoría no ha tenido la atención específica que requerían, no resultando ser de las categorías más revisadas por los paidopsiquiatras que de forma paradójica, continúan buscando categorías estadísticas y diagnósticas con un claro contenido e influencia adultomórficas.

El primer autor en llamar la atención sobre la importancia de la interacción madre-bebe en el desarrollo precoz de la “forma de ser y de reaccionar” de los bebés fue un alumno de Maimónides llamado: Arid-ibn Sa'd Al-Kahtib Al-Qurtubi, quien hizo hincapié en el

papel fundamental de la alimentación a pecho para establecer unos “buenos lazos” entre la madre o nodriza y el bebé.

De forma más descriptivo-fenomenológica Billard, pionero de la pediatría francesa, describe en 1828 en su *Tratado de las enfermedades de los niños* un proceso de sumo interés clínico: los cólicos del primer trimestre. En dicha descripción clínica existen pinceladas de gran interés: “las nodrizas rechazan alimentarlos y los llaman con el nombre, indudablemente merecido, de niños malvados”, dichos cólicos provienen de “una exaltación de la sensibilidad” y “expresan un malestar”.

Esta fina y precisa descripción fenomenológica, unido a una gran capacidad de observación explican estas sutiles exposiciones que, aún hoy en día, cuesta trabajo completar y, más aún, rebatir.

Las aportaciones psicoanalíticas acerca de las relaciones objetales resultan de sumo interés conceptual para comprender este tipo de procesos: Freud hace una peculiar conceptualización /diferenciación entre sujeto y objeto. M. Klein distingue entre objeto bueno y objeto malo; el concepto de relaciones objetales introducido en la clínica por la escuela francesa (Lebovici, Diatkine, Soulé, Fain) y la revisión conceptual compleja y densa realizada por Lacan y su escuela. Todas estas aportaciones centran las interacciones precoces madre-bebé como fundamento del psiquismo humano posterior. La década de los cuarenta resulta de gran trascendencia: primero porque Lorenz aporta sus investigaciones acerca del apego y de las fundamentaciones psicobiológicas de lo que se ha venido llamando como “imprinting”, que son fases constitutivas y constitucionales del ser humano.

Segundo, porque estos descubrimientos abren un gran debate acerca de lo congénito y lo adquirido en la conducta humana, debate al que colaboran otros importantes autores como Winnicott, Harlow y el propio Lorenz.

Tercero porque, casi simultáneamente, Spitz publica sus aportaciones sobre la “depresión anaclítica” de los lactantes institucionalizados que aplica también a los niños /as hospitalizados, un debate que se ha prolongado hasta nuestros días sobre la necesidad y/o pertinencia de la hospitalización madre-hijo/a con el fin de evitar las bruscas separaciones y rupturas vinculares.

Spitz realiza otra aportación de especial impacto en esta línea: la descripción de los

“organizadores del yo” en el primer desarrollo del lactante, sobre todo resaltando la importancia de la sonrisa al rostro de frente, la ansiedad ante el extraño y la emisión con sentido de la secuencia No-Sí.

Sin duda las formulaciones de Ainsworth y, sobre todo, de Bowlby serán las que van a adquirir una gran difusión, abriendo el panorama que se plantea en la actualidad. Bowlby resalta la importancia de las primeras experiencias del bebé durante el primer año de vida para el establecimiento vincular y de unas conductas de apego funcionalmente adecuadas. En un principio se planteaba una única figura de apego centrada en la figura materna, se llamaba monotropía; el progreso de las investigaciones hizo que se introdujera el concepto de “jerarquía de figuras” en el proceso de vinculación humana, con la presencia de figuras de apego principales y otras auxiliares, se constató que, en ocasiones, algunas figuras de apego secundarias podían compensar algunos aspectos de la privación de la figura de apego primaria. Posteriores investigaciones de autores como Stern, Cramer, Brazelton, Sameroff, Emde, van ajustando los conceptos tanto desde la perspectiva evolutiva, como desde la proyección psicopatológica y clínica.

Nuestro país no ha estado al margen de esta perspectiva y ha realizado aportaciones de especial relevancia.

Augusto Vidal Perera en su clásico texto publicado en 1908 (2ª edición): *Psiquiatría Infantil*, desarrollaba una serie de conceptos de interés: hablaba de herencia biológica y “herencia psicológica” estableciendo unas Leyes generales, y según se alterara alguna de estas leyes se daba lugar a dos cuadros clínicos: “Estados morbosos de la atención por exceso y estados morbosos de la atención por defecto”, en ambos casos hacía referencia a la atención recibida desde las primeras etapas del desarrollo y a cómo se respondía ante las demandas establecidas por los niños/as pequeños y por parte de quién. Las bases de conductas de apego y proceso vincular estaban delineadas, otra cosa es que estamos haciendo esta lectura desde los conocimientos que tenemos en la actualidad.

En la década de los setenta, Rof Carballo, expone de forma brillante la interacción entre lo biológico y lo psicológico en la clínica psicosomática. Su círculo víscero-emocional es de una gran enjundia para comprender el substrato de los procesos vinculares, por lo que cabe considerarle como el auténtico precursor en nuestro país de

este tipo de concepción psicopatológica, tal y como señala Polaino y cols.

Más recientemente existen en España trabajos realizados sobre el vínculo, su ruptura precoz y las posibilidades de restablecimiento del vínculo dañado: López en Salamanca (investigación con niños / as institucionalizados), Bayo en Madrid (madres adolescentes con escaso soporte socio-familiar) y Amorós en Barcelona (adopción y acogimiento familiar).

Ya en la actualidad existen tres grandes líneas de investigación en este sentido: el tipo de vínculos y su funcionamiento, investigación dirigida por Polaino en Madrid. La segunda se refiere a la adaptación y desarrollo de instrumentos de evaluación, dirigida por Domenech en Barcelona. Y la tercera está dirigida conjuntamente por Rodríguez-Sacristán y Pedreira sobre el seguimiento longitudinal de factores de riesgo psicosocial que ocasionan disfunciones vinculares precoces.

## **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE VÍNCULO Y APEGO EN LA PREVENCIÓN Y LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL**

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

**1. Vinculación:** Se entiende como tal la reducción de la distancia del bebé con la figura materna y el mantenimiento de la proximidad física con ella, lo que tendría como consecuencia una clara reducción del temor y la ansiedad en el desarrollo precoz del bebé, tal y como lo expone Bowlby. Esta aportación es contraria a algunas bases de la teoría psicoanalítica, sobre todo cuando hace referencia a que la reducción de la ansiedad es la causa y no el efecto del establecimiento vincular del bebé con su madre:

**2. Competencias del bebé:** Este concepto fue desarrollado por Brazelton para denominar y subrayar las capacidades del bebé para establecer distinciones entre los diferentes estímulos presentes en su entorno, identificando los que son emitidos por la figura materna de forma prioritaria (por ejemplo, trazos del rostro, voz, olores corporales, caricias). Estas discriminaciones sensoriales y perceptivas obtienen un

ajuste de competencias motrices y sensorio-motrices por parte del bebé. Según Bowlby existen cinco esquemas que mediatizan el vínculo precoz del bebé con la figura materna (considerada como figura de apego primaria): el grito, la sonrisa, la succión no relacionada con la alimentación, la prensión y el seguimiento ocular.

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

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

**5. Conducta de apego:** Se denomina así a todo comportamiento del recién nacido que tiene corta consecuencia y por función inducir y mantener la proximidad o el contacto con la madre o persona que le sustituye. Se sabe que el bebé tiene capacidades perceptivas muy precoces que le permiten realizar este tipo de identificación. López lo ha descrito como “un sistema diádico sincronizado” (Tabla I), para señalar la interacción de las señales y conductas de apego en ambos polos de la díada madre-bebé y que aparecen de forma sincronizada.

## TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ

La sintomatología esencial de este trastorno aparece en forma de signos de pobreza en el desarrollo emocional (déficit de respuestas sociales apropiadas a la edad, apatía) y en el desarrollo somático (déficit de desarrollo).

La característica esencial del trastorno reactivo de la vinculación es una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se inicia antes de los 5 años de edad y se asocia a una crianza sumamente patológica con falta de cuidados apropiados.

Hay dos tipos de presentaciones:

En el tipo inhibido el niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde socialmente de modo demasiado inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente y contradictorias (p. ej. vigilancia fría, resistencia a satisfacciones o comodidades, o una mezcla de acercamiento y evitación)

En el tipo desinhibido se observa un patrón de vinculaciones difusas. El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej. excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de las figuras de vinculación).

Los niños con este trastorno presentan una respuesta o un contacto social pobremente desarrollado. A los dos meses de edad, todavía no siguen con la mirada los movimientos de la cara y de los ojos de las personas que están a su alrededor; puede faltar la respuesta de sonreír y la de la mirada recíproca. A los cuatro o cinco meses, el niño puede tener dificultades e incluso fracasar en su participación en juegos sencillos con el cuidador o el observador, no intenta la reciprocidad verbal, ni tiende las manos cuando es recogido, no va hacia la madre espontáneamente y no vuelve la cabeza hacia el lado de donde proviene la voz del cuidador u observador. A los siete u ocho meses, el niño no puede arrastrarse todavía, no establece comunicación visual o verbal con el cuidador, no empieza a imitar al cuidador, ni muestra algunas de las expresiones faciales más sutiles (timidez, atención,...)

Son frecuentemente observadas en el niño las conductas de apatía, mirada fija, llanto débil, tono muscular pobre, prensión débil cuando intenta comer y escasa motilidad espontánea. Un sueño excesivo y una generalizada falta de interés por el entorno son manifestaciones frecuentes en este trastorno.

A menudo, estos niños llaman la atención del pediatra por su dificultad en desarrollarse. Con frecuencia, son niños que no reciben un cuidado adecuado para su edad, y la razón de la visita al pediatra puede ser por una enfermedad somática grave, normalmente infecciosa, o un problema asociado en relación a la alimentación (p. ej. rumiación). El perímetro cefálico es normal y la dificultad para ganar peso es desproporcionadamente mayor que la dificultad en ganar altura (si es que esta última existe).

El diagnóstico de reacción infantil por trastorno de la vinculación en la infancia, puede hacerse solamente en presencia de una evidencia clara de falta de cuidados adecuados. Para ello puede requerirse una visita domiciliaria y una observación de la interacción entre el niño y la madre o figura que la sustituya, tanto durante las horas de comida como fuera de ellas, o bien informes de otros observadores puesto que los informes de la madre pueden no ser fiables.

Subtipos de trastorno reactivo de la vinculación:

- a) **Tipo inhibido:** la alteración dominante de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado al nivel de desarrollo del sujeto.
- b) **Tipo desinhibido:** se utiliza este subtipo si la alteración predominante de la relación social consiste en una sociabilidad indiscriminada o una ausencia de selectividad en la elección de figuras de vinculación.

El trastorno no se explica exclusivamente por la presencia de un retraso del desarrollo (p.ej. retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo. Por definición, el trastorno se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades

emocionales básicas del niño, o cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables (p.ej. cambios frecuentes de hogar adoptivo). Se presume que la crianza patológica es responsable de la relación social alterada.

La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características :

- 1- desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
- 2- desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño.
- 3- cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej. cambios frecuentes en los responsables de la crianza).

Algunas situaciones (p.ej. hospitalización prolongada del niño, pobreza extrema o inexperiencia de los padres) predisponen a la práctica de una crianza patológica. Sin embargo, una crianza claramente patológica no siempre determina el desarrollo de un trastorno reactivo de la vinculación: algunos niños establecen relaciones sociales y vínculos estables incluso en situaciones de abandono o maltrato relevantes. Un abandono extremo - y especialmente un cuidado institucional con oportunidades limitadas para establecer vínculos selectivos- incrementa el riesgo de presentar el trastorno.

El trastorno reactivo de la vinculación puede asociarse a retrasos de desarrollo, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, pica o trastorno de rumiación.

El inicio del trastorno de la vinculación suele aparecer en los primeros años de la vida y, por definición, antes de los 5 años. Su curso parece variar en función de factores individuales del niño y de los cuidadores, la gravedad y la duración de la privación psicosocial asociada, y la naturaleza de la intervención. Si se suministra un apoyo ambiental adecuado, pueden producirse remisiones o mejorías considerables. El trastorno puede ser reversible con un tratamiento apropiado y no se vuelve a presentar de nuevo si se establece un cuidado afectuoso, preferiblemente con un único cuidador. En ausencia de complicaciones somáticas graves y con un tratamiento apropiado, las complicaciones psicológicas pueden limitarse a los efectos derivados de una estancia

prolongada en una institución (circunstancia particular que puede afectar el desarrollo de la personalidad). De otro modo, es trastorno discurre según un curso continuo. Una sociabilidad indiscriminada puede persistir incluso después de que el niño haya establecido vínculos selectivos.

Todos aquellos factores que interfieren con el establecimiento del “vínculo” emocional en una etapa temprana pueden predisponer a este trastorno:

Con respecto al cuidador, se incluiría la depresión grave, el aislamiento de la madre y la falta de apoyo adecuado, obsesiones de infanticidio que hacen alejar a la madre del niño, abandono e indiferencia maternas hacia el niño, privación extrema durante la infancia de la madre y falta de oportunidades para aprenderla conducta materna.

Los bebés que son “difíciles” o muy tranquilos (letárgicos) pueden frustrar excesivamente a su cuidador y aumentar la posibilidad de que el trastorno se desarrolle; no obstante, el papel de estos factores no está todavía demasiado claro.

Otros factores que pueden predisponer al trastorno son la falta de contacto físico cuerpo a cuerpo durante las primeras semanas de vida (como pasar un periodo prolongado en una incubadora u otras separaciones del cuidador adulto durante las etapas tempranas).

Se desconoce la relativa contribución de la privación psicosocial y de la simple privación de alimento en la aparición del trastorno, aunque es probable que ambos factores jueguen un papel en la mayoría de los casos.

## **EVOLUCIÓN LONGITUDINAL DE LOS TRASTORNOS VINCULARES**

La ruptura precoz o la imposibilidad de establecer las iniciales conductas de apego de manera suficiente, por ejemplo, ingreso en la etapa inmediata de recién nacido o situaciones de abandono, produce una serie de alteraciones o disfunciones a lo largo

del proceso de desarrollo emocional precoz. Unas alteraciones se producen de forma directa en el propio bebé y otras son indirectas, bien sean en las figuras parentales y/o en el bebé como consecuencia de las alteraciones parentales. Así se produce una disfunción en los procesos de interacción y, por lo tanto, una repercusión en el establecimiento normalizado de los procesos vinculares.

## **En el bebé**

### **Trastorno de los procesos de vinculación y apego**

Los trastornos precoces del vínculo presentan síntomas y signos en múltiples esferas (conductuales y psicosomáticas fundamentalmente) a lo largo del proceso de desarrollo. Por ejemplo, en los casos de ingresos precoces, los procesos de vinculación se encuentran como «enfriados» y las figuras de apego no están definidas nítidamente como tales. Es de gran interés referirse a la forma en que se establece la reconstrucción vincular una vez que el bebé obtiene el alta: por una parte el bebé debe «reconstruir» el conjunto de los estímulos que percibió durante el ingreso, pero en clave diferente y, por otra, las figuras parentales deben superar su temor y ansiedad para retomar el ejercicio de su parentalidad de forma positiva.

En las unidades de neonatos, se lleva a cabo una tarea de acogida y acompañamiento a padres y bebés de riesgo en que se reafirma, cada vez más, la importancia que tiene el favorecer la relación padres-bebé para su futuro desarrollo, “el método canguro”.

La tarea de los profesionales es ayudar a las padres a encontrar formas de relación adecuadas a las características de sus hijos.

En las madres de bebés prematuros, la interrupción de la gestación provoca una depresión reactiva, que suele aparecer en los momentos de descompensación del bebé y que interfiere en las funciones maternas y en las capacidades de reconocer las necesidades del bebé. Las madres se sienten que no han podido aguantar más a su hijo, que le han dado un vida demasiado frágil.

La manifestación de dos de las conductas innatas que favorecen de manera muy especial los lazos: la succión y la sonrisa, no existen en el primer período de un niño

premature, provocan en la madre la sensación de no poder dar ni recibir aquello que les es satisfactorio.

“**El método canguro**”, el contacto piel a piel favorece la vinculación y también facilita la lactancia materna, ya que aumenta la producción de leche de la madre. También incrementa el tiempo de sueño de los prematuros, favoreciendo que haya menos agitación, apneas y bradicardias.

Métodos piel a piel, indicar a los padres que hablen y toquen a su hijo, o valorar la lactancia,.. favorecen el vínculo en un momento en que todo es fragilidad, miedos y fantasías de muerte. Es imprescindible escuchar a los padres, respetar el tiempo de cada uno y mantener una actitud que les permita expresar sus ansiedades.

### **Trastorno en la percepción de la estimulación**

Los estímulos en etapas precoces son sobre todo sensoriomotores. La modificación de las conductas de apego, por ejemplo, durante el ingreso precoz, altera la forma de recibir y responder a los estímulos. De hecho, para muchos bebés se podría decir que una hiperestimulación hace al bebé «desconectar» por verse desbordado (irritabilidad y sobresaltos que se transforman en decaimiento y cierta apatía). En otros bebés aparecen signos de hipoestimulación en forma de pereza, dificultad para reaccionar. Pero, sobre todo, hay que señalar el cambio cualitativo de los estímulos que pasan a ser, cuanto menos, «peculiares» durante ese ingreso precoz: termómetro rectal, pinchazos en talones, inmovilidad, sujeción, sonidos determinados que configuran un panorama para el exceso de vigilia o una cierta apatía. Incluso el estímulo oral, tan importante en esta etapa, se altera de forma muy evidente ya que, por ejemplo, no siempre la succión se sigue de deglución de alimento.

En el caso de los neonatos, para favorecer la habituación de los niños en la Unidad es necesario disminuir los ruidos y bajar la intensidad de la luz (cuando sea posible).

### **Trastorno del temperamento**

El temperamento tiene una base constitucional, pero se ve conformado de forma definitiva por efecto de las primeras interacciones precoces con el entorno, sobre todo

con la figura materna. Cuando esta conformación complementaria no se efectúa o es francamente insuficiente, esta interacción se encuentra alterada y en un cierto *impasse*. El parón se centra en la dificultad para «traducir» al plano de los afectos y emociones las percepciones del bebé. En espera de obtener una significación para un otro y que, desde esa significación, retorne al bebé en forma de definición afectiva y emocional.

## **En las figuras parentales**

### **Trastorno de las respuesta de apego**

Ya hemos reiterado que las conductas de apego se establecen por medio de las percepciones corporales y sensoriales que conducen a una aproximación afectiva y emocional. Cuando no se establecen estas conductas de apego primarias -por ejemplo, durante los **ingresos precoces**, situaciones de abandono o en determinadas instituciones infantiles- entonces se rompe esta posibilidad y la respuesta de apego se paraliza primero, después se difiere o aplaza y, con posterioridad, es preciso reconstruirla. Cuando la vivencia emocional de las figuras parentales se encuentra afectada de forma importante -por ejemplo, depresión posparto, temor por los procesos que pudiera sufrir el bebé (deshidrataciones, malnutriciones, ingresos precoces o afecciones somáticas crónicas), ausencia de sostén familiar y/o social- estas fases del proceso de vinculación se encuentran alteradas porque tienen un efecto sinérgico entre sí.

Estas dificultades para establecer conductas de apego se traducen en una disfunción muy evidente a la hora de poder configurar conductas y actitudes de contención en las relaciones parentales con posterioridad, por ejemplo, dificultad en poner límites, sobreprotección, emisión de mensajes contradictorios, baja autoestima en su consideración como padres.

### **Duelo narcisista**

La posibilidad de ejercer la parentalidad favorece la evolución narcisista, sobre todo en

las figuras maternas. En la práctica clínica con bebés se constata el extremado cuidado que se debe tener para no dañar el narcisismo parental que se encuentra «tocado» simplemente por el mero hecho de realizar cualquier consulta médica. Los contenidos de las fantasías son del tipo de «cuidar mal», de «no saber».

Esa reacción de duelo narcisista, cuando un hijo/a se pone enfermo/a se expresa de dos formas:

1- **Existencia del trastorno en el bebé**, en este caso lo que afecta al narcisismo materno es la afección de su hijo/a en sí misma y su reacción oscila entre la incredulidad y la oposición, ambas son expresiones de la resistencia a aceptar la situación como algo que pueda perturbar la interacción con su bebé y/o la fantasía de dominio sobre el cuerpo del bebé. Se expresan como: la dificultad de aceptación del problema y los contenidos de incredulidad y negación. Se puede esquematizar en la pregunta que realizan muchas figuras parentales: «¿Cómo LE ha podido pasar?».

2- **Capacidad de ser buena madre**: Las figuras maternas no se conforman con ser unas madres lo suficientemente buenas, por utilizar la acertada terminología de Winnicott, sino que desean ser las «mejores» madres. Por ello es difícil que una madre puede aceptar cualquier desliz en su función. Sus vivencias oscilan entre una cierta posición depresiva y un lamento que puede llegar a ser queja, cuando no pueden o no se sienten con las suficientes energías como para desarrollar la maternidad y les hace estar inseguras y con cierta dificultad para poder aceptar cualquier proceso del bebé. La pregunta que se hacen y realizan a los profesionales se esquematiza en: «¿Cómo ME ha podido pasar?».

### **El papel de la HERENCIA**

Es bien sabido que los estudios genéticos se están modificando de forma continua y que sus aportaciones ayudan al esclarecimiento de ciertos procesos de enfermar, pero no todo «es» ni solo se explica por lo genético. Ajuriaguerra hablaba de lo genético como de un «factor terreno» imprescindible como soporte del sujeto. Un paso más supone la magistral reflexión de Stewart sobre lo innato y lo adquirido, ya este autor plantea la mutua interacción entre ambos niveles y que los trastornos son multicausales y las causas interactuantes. Pero este estado de las investigaciones poco importa a las

figuras parentales, en otras ocasiones parece que algunos profesionales hacen también oídos sordos al estado de la ciencia en este aspecto. La cultura más aceptada se centra en la herencia, en el papel de la herencia para ser más exacto. Pues bien: en cualquier caso de dificultad o problema, sobre todo cuanto más precoz sea, hace que las figuras parentales busquen una causa, algo que consiguiera desculpabilizar y liberar de la presión de verse implicados por ellos mismos, es como si la herencia posibilitara descargar la tensión, la duda, el temor. En la clínica lo encontramos como un afán, a veces excesivo, de buscar un «culpable» que justifique lo acontecido: «En mi familia nunca pasó... al menos que sepamos».

Goldberg et al. (1986) demostraron que los gemelos no tienen mayor probabilidad de establecer formas inseguras de vinculación, siguiendo la clasificación de Ainsworth y Witting (1969), que los no gemelos. Gottfried et al. (1995) sugirieron que cada uno de los gemelos desarrolla un apego peculiar con su otro gemelo, pero que su vínculo principal lo hacen con las figuras parentales. Ricciuti (1993) ha realizado un metaanálisis de estudios previos de vinculación en gemelos, en él encontró que existían influencias genéticas significativas en las diferencias individuales en el tipo de vínculo que establecían ambos gemelos.

Finkel, Wille y Matheny son un equipo de genetistas que han publicado los resultados de un estudio sobre las conductas de apego en gemelos, y subrayan que este tipo de investigaciones son una potente herramienta para estudiar el origen de las diferencias individuales en la vinculación, pero señalan dos posibles factores de confusión: en los estudios sobre gemelos se asume que los factores ambientales comunes producen similitudes entre los dos gemelos y su impacto es igual en los gemelos mono y dizigóticos, pero esta aseveración se ha puesto en tela de juicio repetidas veces. El segundo factor es la posibilidad de que los constructos de vínculo y temperamento se estén superponiendo, de tal manera que la mayor similitud en el comportamiento ante una situación extraña brusca entre gemelos monozigóticos en relación a los dizigóticos, se puede deber a influencia genética sobre el temperamento y no a influencias genéticas sobre el vínculo. Para clarificar estos factores de distorsión, haría falta una valoración independiente del vínculo y del temperamento, lo cual está previsto, al parecer, en un estudio posterior por estos mismos autores.

Desde la perspectiva clínica y longitudinal nos interesan algunas características de especial significación psicopatológica como consecuencia un trastorno precoz en el establecimiento y desarrollo de las conductas de apego que conducen a un trastorno vincular:

### **En el niño/a**

Las investigaciones longitudinales se centran en investigar el impacto que tienen los modelos de vinculación parental y los patrones de conducta de los niños / as. Para ello se señala el tipo de vínculo de ambas figuras parentales, tanto para las conductas de internalización como de externalización en los niños / as y se estudia el impacto en cada uno de los dos patrones conductuales señalados.

La coherencia de las figuras parentales, se manifiesta con la posibilidad real de manifestar cariño por parte de ambos padres y sus relaciones de pareja resultan ser positivas, por lo que pueden establecer una parentalidad positiva en las primeras etapas del desarrollo y protegen frente a la presencia de conductas de internalización. Si la parentalidad se realiza con ansiedad, la coherencia disminuye de forma significativa y sólo un tercio de ellos consiguen realizar una parentalidad positiva. Esta situación tiene un impacto mayor para la figura materna que para la paterna.

La figura paterna que presenta ansiedad en el desarrollo de la paternidad no sólo consigue obtener con dificultad una parentalidad positiva, sino que facilita de forma altamente significativa la presencia de conductas de externalización en los niños / as desde su ingreso en la guardería.

### **Rasgos de carácter**

Las alteraciones precoces de la vinculación tienen una asociación estadísticamente significativa con rasgos de carácter peculiares, en la mayoría de las series de investigación. Estos rasgos se caracterizan por la facilidad para pasar al *acting*, poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, tozudez, presencia de caprichos. Se ha relacionado con la sobreprotección reactiva por parte del entorno familiar y la dificultad para poner límites de forma adecuada, entre otro tipo de razones.

### **Cierta fragilidad emocional**

Deriva de la dificultad para establecer una relación vincular de forma estable con una figura de apego, a ello hay que añadir el especial vínculo que se establece con este tipo de niño/as. Se podría decir que son niños/as en un estado permanente de vulnerabilidad a la hora del establecimiento vincular y, por lo tanto, a la hora de evaluar la estabilidad emocional necesaria para una correcta maduración emocional.

### **Vulnerabilidad psicósomática**

El cuerpo ya está marcado, señalado, por la significación del dolor, del sufrimiento, de la fragilidad o por la falta de estímulos adecuados (hiper o hipoestimulación). Es un cuerpo que su valor significativo se encuentra dañado, a lo que se suma la disfunción en el investimento corporal.

### **Problemas secundarios de tipo orgánico y/o sensorial**

Como consecuencia de los procesos que originaron el ingreso precoz, o de otros intercurrentes o bien los efectos colaterales y/o secundarios y/o tóxicos de alguna medida terapéutica o del contexto socio-familiar. Es evidente que el impacto emocional y en el desarrollo de estos sujetos tiene unas características de singular relevancia y un gran interés.

## **En las figuras parentales**

### **Temor / inseguridad a tomar en brazos al bebé**

Es unir de los datos más constantes recogidos al realizar las anamnesis a las figuras parentales de este tipo de niños/as. Se presenta como ambivalencia: «Estaba deseando tenerle en brazos.. pero tenía miedo a que le pasara algo». Deseo tras los cristales de un ingreso precoz o tras un embarazo traumático o muy ansioso, pero temor en la cercanía: ¿qué se puede romper?, ¿qué se percibe? En cada situación concreta, en cada realidad, en cada caso la respuesta se modifica.

### **Respuestas hiperansiosa ante la intranquilidad del bebé**

En parte, los orígenes se encuentran expresados en varios apartados anteriores, pero

lo concreto es la respuesta ante ese temor que despierta el contacto con un bebé iritado e irritable. La intranquilidad del bebé suele adquirir tintes de dificultad relacional, que se incrementa si el bebé tiene una historia previa de, por ejemplo, alguna enfermedad severa o un ingreso precoz: ¿volverá a pasarle lo que tuvo? ¿sabré interpretar y abordar lo que le pasa?. Un caso paradigmático es un comentario muy escuchado en los cuartos de guardia de Pediatría que transcribimos a continuación: llegada de un niño/a de 6-9 años con fiebre, sus percentiles pondero-estaturales son adecuados e incluso pueden estar en los límites altos para su edad, no obstante la madre aclara: «Estoy muy preocupada, míremelo bien porque ES prematuro/as». El pasado está aún presente en la vivencia y en los temores parentales, por lo tanto en la respuesta cargada de ansiedad, por parte de las figuras parentales.

### **Sobreprotección**

Es la forma más frecuente de presentación de los procesos de reparación por parte de las figuras parentales.

Reparación imaginaria ante un sentimiento de culpa por lo que le acontece o interpretan que le acontece a su bebé. Equilibran este sentimiento con una sobreprotección, en ocasiones invasora, que se expresa de las más diversas formas: concesión y dificultad en poner límites (por ejemplo, caprichos y baja tolerancia a la frustración en los niños / as); rivalidad entre ambas figuras parentales, posiblemente con desautorizaciones de lo que uno u otro hace o dice (por ejemplo, conceder al niño/a, a escondidas, lo que el otro miembro parental había prohibido).

### **«La causa de todos los males»**

Los contenidos de culpa en ocasiones son difíciles de aceptar y, por lo tanto, de elaborar.

Así que es preferible encontrar la «causa» de los problemas que acontecen a lo largo de todo el proceso evolutivo, sea cual fuere el tipo o forma de presentación: «Doctor/a ¿no será de cuándo estuvo ingresado/a al nacer?», o cuando se deshidrató o cuando lo dejarnos llorar sin consuelo, o cuando... es la eterna pregunta, cuando no afirmación o certeza.

En ocasiones también los profesionales contribuyen a crear / mantener esta situación con afirmaciones de dudosa base científica: «Va a ser muy nervioso/a»; «Puede que lo que tuvo al nacer le dejara una pequeña marca en el cerebro»; «No aprenderá igual».

Decirlo así es faltar al rigor científico, ya que es eludir la multiplicidad de factores que interactúan en el desarrollo del sujeto y que muchos de ellos son factores de tipo corrector.

## **PERFILES EVOLUTIVOS DE LOS TRASTORNOS VINCULARES**

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

### **Perfil psicósomático**

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

### **Trastornos esfinterianos**

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

regresivos y mala canalización de la agresividad.

### **La presencia de algias diversas**

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

### **Los síntomas digestivos**

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

### **Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)**

Adquieren desde esta perspectiva su máximo valor dado que, tanto los factores precipitantes como los de mantenimiento, remiten de forma clara y rotunda al proceso vincular, tanto al establecimiento como al mantenimiento y la ruptura de los vínculos.

### **Los trastornos del sueño**

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

### **Impacto sobre la evolución de las afecciones crónicas**

Tanto en las recaídas o reagudizaciones de los procesos (por ejemplo, crisis de asma,

coma diabético), como la clara influencia que se posee en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y en una buena evolución clínica. Aunque no es extraño la concurrencia con las situaciones de duelo/ reparación, tan frecuentes en este tipo de procesos.

### **Perfil conductual**

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

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

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

«oferta» de un apego externo (sustancia química o comportamental) que intente obturar la percepción de esa falta vincular.

### **Perfil afectivo y del humor**

Los estudios más recientes acerca de los procesos de vinculación ponen en evidencia la relación que existe ente el proceso de vinculación y la estabilidad afectiva.

Por lo tanto la pérdida de ese proceso vincular es bastante similar al proceso de elaboración del duelo, tal y como sugiere Bowlby desde sus primeros estudios.

Entre los cuadros clínicos que guardan una estrecha relación con esta concepción podemos señalar:

#### **Trastornos de ansiedad de separación**

Aunque desde la perspectiva de las investigaciones retrospectivas de la psicopatología del adulto (Klein y cols.) relacionan estos trastornos con futuras agorafobias y/o crisis de pánico, no es menos cierto que las investigaciones longitudinales más rigurosas de tipo prospectivo llevadas a cabo desde la psicopatología del desarrollo (Rutter, Rodríguez-Sacristán, Sánchez & Pedreira) evidencian que los contenidos psicopatológicos están más relacionados con la percepción subjetiva de la pérdida vincular, por lo tanto remiten a contenidos ligados a la línea afectiva y del humor, con o sin componente de ansiedad.

#### **Trastornos de la línea depresiva**

Son las líneas de investigación que se están desarrollando en la actualidad con más profusión y que guardan relación con algunas características propias de las figuras de apego y con el desarrollo posterior del propio proceso de vinculación. El sentimiento de pérdida (vincular y afectiva) es algo nuclear en los procesos depresivos que, en su grado más extremo de tipo melancolide, puede llegar al profundo sentimiento de soledad que analiza meticulosamente Rodríguez-Sacristán en un cuidado e interesante ensayo literario de amplia aplicación psicopatológica.

#### **Distimias**

De gran interés resulta haber «rescatado» este proceso del ostracismo, incluso del olvido, al que las recientes clasificaciones americanas la habían sumido.

Las conclusiones del grupo de estudio de la World Psychiatric Association sobre el particular son de gran interés: por una parte relacionan el cuadro con una personalidad base de tipo constitucional y con perspectiva del desarrollo (crisis de la adolescencia y su resolución), pero que se modula con algunos acontecimientos vitales de especial relevancia que están en relación, clara y rotunda, con procesos vinculares (duelos reales o simbólicos).

## **APLICACIONES TERAPÉUTICAS Y PREVENTIVAS**

La comprensión psicopatológica de los procesos favorece, de forma prioritaria, la intervención terapéutica de una forma más comprensiva y, por lo tanto, con la posibilidad de ser más eficaz en cuanto a los resultados y a la posible calidad de vida de los pacientes (proceso evolutivo, proceso de cognitivo y de adaptación, proceso de sociabilización).

Esta dimensión práctica posibilita comprender el desarrollo de programas preventivos y extenderlos a la población desde los servicios de atención primaria pediátrica.

### **Perspectiva vincular en los procesos terapéuticos**

Tiene su aplicación práctica en las psicoterapias, de ahí la importancia técnica de establecer minuciosamente el encuadre de trabajo y cumplirlo. Una segunda aplicación psicoterapéutica se refiere al tipo de contenidos que se trabaja. Por ejemplo, la aplicación a diferentes alternativas para resolver problemas y dificultades que se emplea en los procedimientos de terapias interpersonales. La perspectiva grupal incorpora varios aspectos que se refieren a los vínculos y su funcionamiento en el seno del grupo y a la perspectiva relacional, por ejemplo, la pertenencia grupal, el reconocimiento de líderes grupales, la perspectiva temporal. El trabajo concreto de los procesos vinculares en los casos clínicos más severos, por ejemplo, TVI, las psicosis y autismo infantil, los cuadros psicósomáticos severos, algunos síndromes de

Munchausen. Una orientación de este tipo la empleamos frecuentemente en grupos de psicoeducación parental, por ejemplo, padres de niños afectados de afecciones crónicas, padres de niños oncológicos, malos tratos a la infancia.

### **Aplicación preventiva de la perspectiva vincular**

Cuando la Oficina Europea de Salud Mental de la OMS decidió elaborar una línea investigación-acción para cumplir con uno de los objetivos del Programa Salud para todos los europeos y en el que persisten las desigualdades claves para poder obtener esta sana utopía. El núcleo central está constituido por la buena parentalidad, alrededor de él los aspectos básicos a potenciar se relacionan con procesos vinculares precoces que fueran positivos, por ello se implicaba a los profesionales de la atención primaria y se sugería su inclusión en los programas de crecimiento y desarrollo de los niños sanos, es decir se potenciaba un cambio en el estilo de trabajo. Estos contenidos se desarrollaban con actividades concretas para los dos primeros años y para la edad comprendida entre los 3-5 años. Concluye con la afirmación por la que los contenidos básicos que se trabajan están referidos a la mejora de los procesos vinculares y su funcionamiento. De hecho en nuestra opinión este tipo de programas de promoción y prevención pueden aplicarse de forma inespecífica para el conjunto de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia al actuar sobre el «entornotipo», pero sobre todo son de utilidad para la prevención de conductas adictivas, para la prevención de TCA, para la prevención de algunos trastornos del comportamiento, entre otros procesos.

### **Referencias Bibliográficas:**

Ainsworth MDS., Witting BA. Attachment and exploratory behavior of one-year-old in a strange situation. In Foss BM (ed): Determinants of infant Behavior. London, Methuen

Bayo C. (1991), Interacciones madre-bebé en situaciones de riesgo. I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, tomo 1: 423-435.

Bowlby J. (1979), El vínculo afectivo. Buenos Aires, Editorial Paidós

Rudolph H. (1990), Decisiones sobre la infancia. Madrid, Editorial Visor (1994)

### **Preguntas del tema “Trastornos reactivos del vínculo”.**

- 1- ¿A qué autor se le asocia con resaltar la importancia de las primeras experiencias durante el primer año de vida para el establecimiento vincular?:
  - a) Spitz
  - b) M. Klein
  - c) Bowlby**
  - d) Amorós
  - e) Winnicot
  
- 2- ¿Qué factores pueden interferir en el establecimiento del “vínculo” emocional?:
  - a) depresión grave de la madre
  - b) abandono e indiferencia materna hacia el niño
  - c) privación extrema
  - d) falta de contacto físico en las primeras semanas de vida
  - e) todas las opciones anteriores**
  
- 3- ¿Qué dos tipos de presentaciones puede mostrar el trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez?:
  - a) internalizado y externalizado
  - b) primario y secundario
  - c) activo y pasivo
  - d) inhibido y desinhibido**
  - e) ninguna de las opciones anteriores
  
- 4- Los perfiles evolutivos psicossomáticos afectados por el trastorno reactivo de la vinculación, pueden tener como forma clínica de presentación más frecuente:
  - a) trastornos del comportamiento alimentario**

- b) ansiedad de separación
- c) trastornos relacionales
- d) distimias
- e) trastornos disociales

5- El inicio del trastorno reactivo de la vinculación suele aparecer:

- a) las primeras semanas de vida
- b) antes de los 2 meses de edad
- c) antes de los 8 meses
- d) antes de los 5 años**
- e) antes de la preadolescencia

6- ¿Cuáles de estas manifestaciones son frecuentes en el trastorno reactivo de la vinculación? :

- a) apatía
- b) sueño excesivo
- c) escasa motilidad
- d) tono muscular pobre
- e) todas las opciones anteriores**

7- El trastorno reactivo de la vinculación se caracteriza por presentar:

- a) una relación social alterada e inapropiada**
- b) fobia social
- c) conductas antisociales
- d) un déficit del desarrollo
- e) mutismo selectivo

8- La falta de selectividad en la elección de las figuras de vinculación podría valorarse como respuesta al trastorno de vinculación reactivo de tipo:

- a) secundario
- b) desinhibido**
- c) pasivo

- d) inhibido
- e) ninguna de las opciones anteriores

9- La hipervigilancia podría valorarse como respuesta al trastorno de vinculación reactivo de tipo:

- a) secundario
- b) desinhibido
- c) pasivo
- d) inhibido**
- e) ninguna de las opciones anteriores

10- Una crianza claramente patológica del niño:

- a) determina el desarrollo del trastorno reactivo de la vinculación
- b) incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno reactivo de la vinculación**
- c) no influye en el desarrollo del trastorno reactivo de la vinculación
- d) disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno reactivo de vinculación
- e) ninguna de las opciones anteriores