

Un caso de trastorno reactivo de la vinculación en la infancia.

TITLE

Reactive attachment disorder of infancy.

AUTORES

Portugal Fernández, Rafael y Balsa Vidal, Héctor. Especialistas en Psicología Clínica. Dirección General de Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

Correspondencia: Héctor Balsa Vidal, E.A.I.A. C/ Canalejas nº 42, Santander. Correo electrónico: balsa_h@gobcantabria.es

RESUMEN

Presentamos un caso de trastorno reactivo de la vinculación, derivado al servicio de protección infantil de la Comunidad cántabra. Es un caso categorizado en estos servicios como negligencia. Describimos un método de intervención elaborado específicamente para la ocasión y su fundamentación científica. Finalmente, abordamos en la discusión dos cuestiones clave que dan no pocos problemas a los profesionales de la protección infantil.

PALABRAS CLAVE

Trastorno reactivo de la vinculación, protección, tratamiento.

ABSTRACT

We display a case of reactive attachment disorder of infancy derived like negligence to the infantile service of protection of the Community of Cantabria. We'll describe a method of intervention elaborated specifically for the occasion and its scientific basis. Finally we will approach in the discussion two key questions that give not few problems to the professionals of the infantile proteccion.

KEY WORDS

Reactive attachment disorder of infancy, protection, treatment.

INTRODUCCIÓN.

En este trabajo vamos a presentar un caso de trastorno reactivo de la vinculación en la infancia. Se trata del caso de un niño de dos años y cuatro meses (en diciembre de 2001) que nos llega a través de la trabajadora social del centro de salud de zona por una serie de características que preocupan a su pediatra. Después de realizar la labor diagnóstica, nos planteamos la necesidad de documentarnos para elaborar un plan de intervención. No encontramos ningún artículo ni libro específico sobre el tratamiento a desarrollar. Solamente descripciones muy generales en los manuales de psiquiatría. Es por ello, que nos animamos a escribir este artículo para que pueda servir de orientación a otros servicios de protección infantil ante casos similares.

SITUACIÓN INICIAL.

El niño es enviado al servicio de atención a la infancia por su pediatra. Existe un retraso general en casi todas las áreas del desarrollo sin que se haya podido encontrar causa médica que lo justifique. Además, observan una relación extraña entre madre e hijo. Cree que lo que le pasa al niño es por falta de estimulación.

Después de investigar la situación, nos encontramos con lo siguiente. El niño y sus padres viven en una habitación en el domicilio de los abuelos maternos. La relación con éstos es mala, motivo por el cual, no salen de la habitación y los abuelos no se relacionan con el nieto. El padre pasa todo el día fuera trabajando (en este momento, el padre se encuentra en el domicilio de sus progenitores, en una provincia limítrofe, dicen que recuperándose de un accidente laboral, sin que sepamos si es verdad). La madre pasa todo el día en la habitación con el niño. Raramente salen de casa. En la visita domiciliaria, el niño se agarra a la pierna de la trabajadora social para que no le metan en la habitación. El menor no puede moverse por el resto de la casa. Se le alimenta sólo con potitos.

La primera recomendación que se le hace es que lleve al niño a una guardería. De esta manera, estará más estimulado y tendremos un espacio privilegiado para la observación. Acude a una guardería que a partir de los tres años será también su colegio. Desde allí nos informan que el retraso que presenta es muy acusado, que con su incorporación a la guardería ha mejorado pero que no lo hará significativamente si no cambia la situación en casa. Presenta retrasos en todas las áreas: lenguaje, conducta motora, no tiene hábitos para comer, dormir, etc.

En la observación del caso, llama la atención la aparente falta de cariño que la madre muestra hacia el niño. No le besa ni le hace carantoñas. No juega con él ni le lee o cuenta cuentos. Refiere que no le gustan los niños pequeños, que no "le salen" estas conductas y que no tienen tanta importancia como nosotros le tratamos de hacer ver. En cuanto al niño, destaca su aspecto inexpresivo, como falto de inteligencia. La primera vez que lo veo, lo cojo en brazos y le doy un beso. Se abraza a mí con naturalidad. Muestra el mismo comportamiento conmigo y con la trabajadora social que con su madre. Con la única persona que hay diferencias es con su maestra, a la que sigue, se angustia con su separación y llama mamá.

Nuestra evaluación, basada en la observación directa y en la aplicación de la Escala observacional del desarrollo de F. Secadas (1), presenta las siguientes conclusiones:

Escasa selectividad en la vinculación. Abraza y besa a cualquier adulto que se le ofrezca de manera adecuada no mostrando respuestas ansiosas ni de protesta cuando se le separa de las figuras que, en principio, debían ser afectivamente más cercanas. Muestra interés por el contacto con el adulto.

Ligero retraso psicomotor, sobre todo en lo referente a la locomoción y a las conductas que requieren mayor coordinación.

Desarrollo perceptivo normal, con algunas lagunas en lo referente a la coordinación intersensorial.

Ligero retraso en el control de esfínteres.

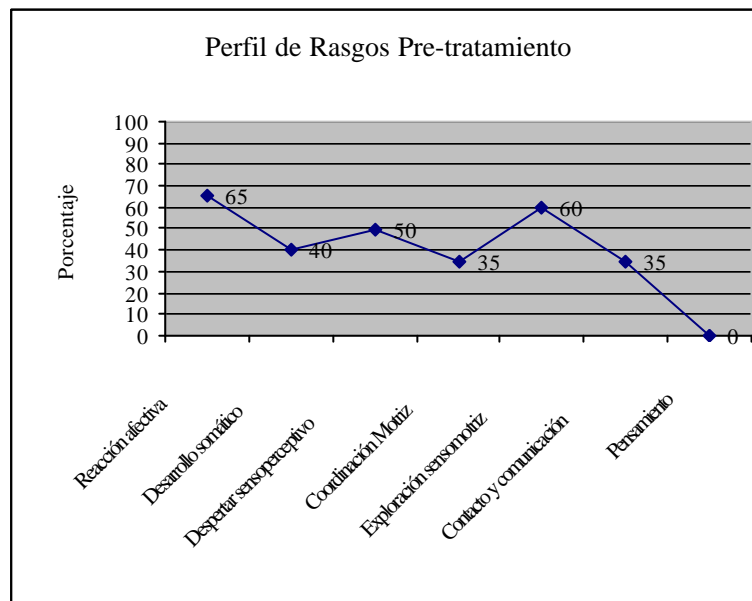
Psicomotricidad por debajo de lo esperable, sobre todo la fina.

El desarrollo del esquema corporal se mantiene dentro de los límites normales.

Se observa una clara intención comunicativa e interés por incorporarse a las relaciones, actos y conductas sociales. Sin embargo estas intenciones se ven notablemente interferidas por el grave retraso en el desarrollo del lenguaje que presenta el niño.

En cuanto al desarrollo de la inteligencia y el pensamiento (simbolización, conceptualización, categorización, etc.), parece estar gravemente retrasado. Sin embargo, estas observaciones quizá deban interpretarse en clave de ejecución y no de competencia, debido a que buena parte de su exploración debe inferirse de las conductas verbales. De todos modos, lenguaje y pensamiento no se desarrollan por caminos separados.

Los resultados de la escala observacional del desarrollo son los siguientes (Figura 1):



DIAGNÓSTICO.

A pesar de que en teoría en un servicio de protección infantil no se hace un diagnóstico psiquiátrico, nuestra formación y vocación de clínicos se impone una vez más. Para nosotros era evidente que nos encontrábamos ante un caso de trastorno reactivo de la vinculación, a pesar de no haber visto nunca uno cuando hemos trabajado en salud mental infantil, ya que

por su propia etiología, es lógico que lleguen a los servicios de protección infantil y no a los servicios de psiquiatría.

Los criterios diagnósticos de DSM-IV-TR (2) para este trastorno son los siguientes:

- A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por (1) o (2):
 - 1) incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)
 - 2) vínculos difusos manifestados por 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 figuras de vinculación)
 - B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
 - C. 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) desestimación 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)
 - D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).
- Código basado en el tipo:
- Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica.
 - Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica.

En nuestro caso, suponemos que la desestimación permanente de, al menos, las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto, es responsable de que muestre vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos afectivos apropiados. A su vez, el trastorno no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

En CIE 10 (3) los dos tipos que distingue DSM, aparecen como dos trastornos. El tipo que nos ocupa recibe el nombre de trastorno de vinculación de la infancia desinhibido y es descrito de la siguiente forma:

Se trata de una forma de comportamiento social anormal que hace su aparición durante los primeros cinco años de vida y que tiende a persistir a pesar de cambios significativos en las circunstancias ambientales (conducta pegajosa y comportamiento persistente y disperso de vinculación no selectiva, vinculaciones difusas, comportamiento cariñoso indiscriminado).

Dependiendo de las circunstancias, pueden presentarse además alteraciones emocionales y del comportamiento.

ETIOLOGÍA.

Éste es uno de los pocos trastornos psiquiátricos de etiología conocida debido a que ésta forma parte de los criterios diagnósticos, de tal manera, que no puede diagnosticarse si no se comprueba la existencia de la propia etiología.

De todos modos, las consecuencias de las alteraciones en los vínculos afectivos han sido firmemente establecidas (4,5,6,7) y en la tradición psiquiátrica se ha ido consolidando la idea de que éste es el diagnóstico preferible para este tipo de casos (8,9). También hay voces en la literatura que no están del todo de acuerdo y abogan por cambios en los criterios diagnósticos, sobre todo en la eliminación del criterio etiológico (10).

TRATAMIENTO.

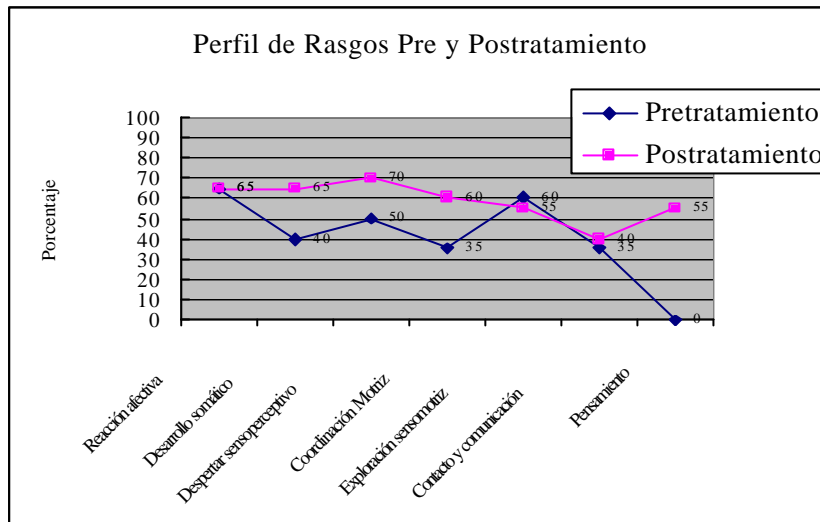
Se hace difícil encontrar métodos concretos de tratamiento para este trastorno. De una parte, en los tratados de protección infantil (11), apenas se habla de él. Aparece reflejado de una manera marginal, al final de los capítulos y sin hacer ninguna referencia concreta. Es decir, se sabe que existe pero poco más. En otros manuales se habla de su equivalente en terminología menos psiquiátrica, con la denominación de retraso no orgánico del desarrollo pero sin hacer más aportaciones (12,13).

En cuanto a los manuales de psiquiatría (14,15,16), estos hacen una pequeña referencia al tratamiento, muy genérica. Hablan de intervención multimodal, terapia psicológica prolongada con los padres, educación, etc.

En nuestro caso, fundamentamos la intervención en los principios del aprendizaje social, especialmente en el modelado, la imitación y la instrucción directa. Pusimos una educadora de familia, los dos primeros meses, hora y media todas las tardes de lunes a viernes. Después esta intervención fue reduciendo su intensidad hasta consistir en una vez cada dos semanas al final del tratamiento. La duración total fue de año y medio. La función de la educadora era relacionarse con el niño de manera "normal" mientras la madre observaba. Estamos hablando de actividades tan simples como jugar con el niño, abrazarlo, besarlo, contarle cuentos, preguntarle cosas, animarle a utilizar el baño solo, a comer solo, etc. Después, la educadora pedía a la madre que la imitara, dándole todas las instrucciones pertinentes de manera exhaustiva. Hay que tener en cuenta que, aunque todas éstas parecen conductas casi instintivas, hay madres como la que nos ocupa que manifestaba que "no le salía". A esto hay que añadir, que no acababa de comprender qué interés podía tener para el niño el abrazarlo o el contarle cuentos.

Como parte de la intervención, también se insistió en la movilidad del niño por toda la casa y la visita a parques públicos.

El aspecto más difícil de todo el proceso fue convencer a los padres de que la intervención debía ser puesta en marcha. Al principio, lo que intentaron fue darnos largas, no acudiendo a las citas, no abriéndonos la puerta, etc. Llegó un momento en que había que actuar con firmeza. Estábamos totalmente convencidos de que, de seguir las cosas como estaban, las consecuencias negativas para el niño iban a ser muy intensas y que habría que declarar la situación de desamparo. Así se les hizo ver a los padres.



RESULTADOS.

Los resultados son positivos. En primer lugar, antes de la intervención, simplemente entrando en su clase y mirando, cualquiera podía adivinar quién era el niño que tenía problemas. Después de la intervención, parecía uno más.

En segundo lugar, la valoración de la maestra, de la orientadora y de la directora del colegio fueron muy positivas, opinando que el cambio había sido radical. Los profesionales del servicio de atención a la infancia también hicimos una valoración positiva, no sólo de los cambios observables en el niño sino también, más significativos si cabe, en la madre y en la relación afectiva entre ambos.

La evaluación tras la intervención, basada de nuevo en la observación directa y en la aplicación de la Escala observacional del desarrollo de F. Secadas, presenta ahora las siguientes conclusiones: Comparando los resultados obtenidos antes de la intervención con los actuales, tenemos lo siguiente:

Avances importantes en psicomotricidad gruesa, psicomotricidad fina, percepción y coordinación intersensorial.

Avance espectacular en conceptualización, categorización, simbolización y, en general, en todos aquellos procesos más íntimamente relacionados con la inteligencia.

El resto de la exploración se mantiene, sin que haya habido retrocesos.

Obviamente, no se hace una comparación de los resultados del niño en cada momento, sino una comparación de éstos con el grupo de niños de la misma edad que tiene el nuestro en cada momento de evaluación.

En estos momentos, podemos decir que el niño ha alcanzado un nivel estadísticamente normal en todos los aspectos de su desarrollo a excepción del lenguaje oral. Impresiona ser un problema específico del lenguaje oral, pues tanto las capacidades intelectuales implicadas en la producción del lenguaje, el lenguaje no verbal y la intención comunicativa están suficientemente desarrollados.

Los resultados de la escala observacional del desarrollo son los siguientes (Figura 2):

DISCUSIÓN.

La lógica del tratamiento empleado no parece ofrecer discusión. En todos los ámbitos de la vida, cuando queremos que alguien desarrolle alguna

habilidad, utilizamos la instrucción directa, el modelado y la imitación, aunque no los denominemos así.

Tampoco ofrece discusión la mejoría del niño. Sin embargo, y a pesar de considerar que la intervención es la correcta, no queremos atribuirnos el éxito (tampoco solemos atribuirnos los fracasos). Al final de la evaluación, el padre se incorpora al domicilio familiar, coincidiendo con el fallecimiento del abuelo materno. Este señor muestra un comportamiento más adecuado con el niño y, aunque apenas está en casa, no cabe duda de que realiza aportes beneficiosos. También hay que considerar que varios miembros del colegio, en especial la tutora y la orientadora, conscientes de las necesidades del niño, le dedicaron muchas atenciones (aunque antes de la intervención, estas atenciones dieron poco resultado, según su propia evaluación).

Dos son los puntos que creemos que merecen una especial discusión, porque consideramos que fueron piezas clave para el buen resultado del tratamiento.

El primero de ellos es la presión que hubo que ejercer para que los padres aceptaran la intervención. No hubo más remedio que exponerles que si no se realizaba el plan propuesto, el niño se encontraría en situación de desamparo, lo que por ley significa asumir la tutela del menor y, por ende, suspender la patria potestad de los padres. Aunque esto no se plantea en términos de amenaza, solamente puede sonar a amenaza: "o hacéis lo que os decimos u os quitamos al niño".

No hay que recordar a los que trabajan en protección infantil, los cargos de conciencia que da una situación así, y no hay formación profesional que le permita a uno distanciarse de esta experiencia. La siguiente vez que nos veamos en las mismas circunstancias volveremos a tener las mismas dudas y remordimientos. Sin embargo, sin esta advertencia la intervención no se hubiera llevado a cabo y el niño continuaría igual.

Creemos que cuando se observa un caso de trastorno reactivo de la vinculación antes de los seis años no se puede actuar de otra manera. En primer lugar, porque las consecuencias para el niño afectarán con claridad, y afectan ya, a su desarrollo emocional y social, de tal manera que con seguridad podemos decir que el niño "queda privado de la necesaria asistencia moral". En segundo lugar, porque antes de esta edad, el trastorno es reversible y una intervención intensa puede ser eficaz. En tercer lugar, porque a esa edad, en caso de no aceptarse la intervención, aún es posible llevar a cabo una de las medidas de protección infantil más eficaces que tenemos, que es la adopción.

El segundo punto tiene que ver con la cercanía y la intensidad de la intervención. En primer lugar, hay que decir que la intervención sólo puede tener éxito si se realiza en los ambientes naturales de los pacientes. En segundo lugar, hay que señalar que solamente una intervención intensiva obtendrá resultados. Una intervención menos intensa no dará unos resultados menos intensos, simplemente no dará resultado. Sin embargo, no es habitual que un profesional de protección infantil tenga tiempo para ir día tras día a una casa y prolongar una intervención de este tipo año y medio. Y esa es la cuestión. Estamos sobrecargados de expedientes y de labores, es cierto. Pero no es menos cierto que más del cincuenta por ciento de nuestro tiempo tenemos que dedicarlo a labores que no forman parte de nuestro trabajo. Tareas de auxiliar administrativo, reuniones innecesarias, papeleos sin más sentido que el burocrático, procedimiento administrativo absurda y absolutamente innecesario y no prescrito por ley alguna y, sobre todo, niños con problemas que nada tienen que ver con protección infantil y de los cuales nos ocupamos por ausencia de filtros adecuados y desconocimiento por parte de todas las instancias sociales, incluida la nuestra, de cuáles son nuestras competencias y cometidos. Muchos se

sentirán inmediatamente identificados con esta descripción. No entraré a describir las causas de esta situación ya que habría que escribir un artículo extenso para ello (probablemente en un futuro).

Lo que he querido decir con lo anterior, al menos por el momento, es que es absolutamente necesario que dediquemos a este tipo de casos, que son los propiamente nuestros, todo el tiempo y esfuerzo necesarios, quitándoselo, por que no hay más remedio, a aquellos otros que, aunque medie nuestra voluntad de servir al ciudadano, no son nuestros. Quizá no sean de otros, quizá no sean de nadie, pero lo primero es dar una respuesta adecuada a lo que por ley es nuestra competencia. Es nuestra responsabilidad ética y profesional, con nuestro oficio y con la sociedad, hacer valer esta postura ante aquel que la discuta sin argumentos, por muy alto que sea el cargo que ocupe.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Secadas F. *Escala observacional del desarrollo*. Madrid: TEA Ediciones; 1988.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2002 (Orig. 2000).
3. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.
4. López F. Desarrollo social y de la personalidad. En J. Palacios, A. Marchesi y Coll (comps.), *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología Evolutiva* (99- 112). Madrid: Alianza Psicológica; 1991.
5. Pedreira JL, Baldor I, Asiel A, Rodrí R. *Los trastornos de la vinculación en la infancia: El proceso psicosomático*. Psiquiatría.com 2003. Disponible en: www.psiquiatría.com.
6. Rodrigo MJ, Palacios J. *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
7. San Román P, Pedreira JL, López-Torres J, Bonete JM, Castelló T. *Impacto del riesgo psicosocial en los bebés: un estudio longitudinal*. Psiquiatría.com 2002. Disponible en www.psiquiatría.com.
8. Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS. *Attachment disorders in infancy and early childhood: a preliminary investigation of diagnostic criteria*. Am J Psychiatry. 1998 Feb;155(2):295-7.
9. Call JD. *Child abuse and neglect in infancy: sources of hostility within the parent-infant dyad and disorders of attachment in infancy*. Child Abuse Negl. 1984;8(2):185-202.
10. Richters MM, Volkmar FR. *Reactive attachment disorder of infancy of infancy or early childhood*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994 Mar-Apr;33(3):328-32.
11. De Paul J, Arruabarrena MI (Eds.) *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson; 2001.
12. Basanta JL *Intervención psicoeducativa en menores*. La Coruña: Xunta de Galicia; 2000.
13. Simón C, López JL, Linaza JL. *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas en Madrid; 2000.

14. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora; 1996 (Orig. 1995).

15. Kaplan H J, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial médica panamericana; 2000 (Orig. 1998).

16. Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson; 1998.
