

Sobre las autoras

Dra. Pilar Gutiez Cuevas

Profesora Titular de Universidad Departamento de Didáctica y Organización (UCM)

Miembro fundador “grupo de estudios neonatológicos y de servicios de intervención” (GENYSI)

Miembro fundador Asociación Europea de Atención Temprana EURLYAID.

Miembro fundador grupo España Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).

Miembro de la comisión sobre discapacidad del Consejo Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid..

Directora Magister en Atención Facultad de Educación Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones de la UCM desde 1993.

Coautora del libro: *Libro blanco de atención temprana*. Documentos 55/2000 ed. real patronato de atención a personas con minusvalía. (2000)

Coautora libro: *Organización diagnóstica para la atención temprana*, pp. 1-90

Real Patronato sobre Discapacidad (2004).

Coautora libro (2005). Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones.

Editorial Complutense.

Investigaciones sobre Atención Temprana (12 Tesis Doctorales y miembro de equipos internacionales de investigación Leonardo Da Vinci en el tema (PRECIOUS: professional Resources in Early Childhood Intervention: Online; Propuestas europeas de formación en atención Temprana EBIFF; Kids Strengths niños en contextos de enfermedad mental)

Dra. Cristina Sánchez Romero

Doctora por la UNED. Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación. Master en Informática Educativa. Profesora Ayudante del Departamento de Didáctica,

Org. Esc y DD.EE. (UNED) Secretaría Académica del Máster Oficial Interuniversitario Conjunto sobre Tratamiento Educativo de la Diversidad y profesora del mismo.

Líneas de investigación: Diversidad Educativa, Competencias formativas, Estrategias de Enseñanza, Educación Intercultural.,

Dirección: UNED. Facultad de Educación. Despacho 123. Edificio de Humanidades. pº Senda del Rey nº 7- Madrid-28040

e-mail:csanchez@edu.uned.es

Dra. Purificación Sierra

Facultad de Psicología UNED

Email:psierra@psi.uned.es

El vínculo de apego como organizador del desarrollo en menores protegidos de 0 a 3 años

(Attachment link as organizer of development in children protected from 0 to 3 years)

ISSN (Ed. Impr.): 1889-4208

Recepción: 01/01/2011

Aceptación: 01/02/2011

Mariona Leal Guindo
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

Un ámbito en Atención Temprana son los Servicios Sociales, marco de recursos del Sistema de Protección de Menores. La protección del menor declarado en situación de desamparo, es el instrumento que la sociedad tiene para ofrecerle mayores posibilidades de inclusión social. La realidad del menor *de 0-3 años* que ha sufrido violencia y separación de sus progenitores (a como medida de protección) es compleja. Acercamos a ella, implica incluir la variable *vínculo de apego como organizador del desarrollo*.

Los Trastornos de apego constituyen una condición discapacitante. La *intervención* dirigida a promocionar la *resiliencia*, debe asegurar la formación de *vínculos estables*, como medida compensatoria para prevenir *problemas de salud mental* derivados de patrones aberrantes de apego. En abril de 2010, 119 menores del Municipio de Madrid, de 0-3 años, no habían accedido a *acogimientos familiares*, permaneciendo en centros residenciales de protección a la infancia, expuestos a condiciones de vulnerabilidad inherentes al proceso de protección.

ABSTRACT

One Early Childhood Intervention area is the Social Services as a resource framework for the Child Protection System. The protection of children declared as neglected is the tool society possesses to offer them greater opportunities for their social inclusion. The reality of *0-3 year-old* children, who have suffered violence, and separation (as a protective measure) from their parents, is a complex one: an approach to this reality would imply the inclusion of the variable *attachment as development organizer*.

The attachment disorders are a disabling condition. The intervention directed to promote resilience must secure the creation of stable bonds as a compensatory measure to prevent mental health problems derived from aberrant patterns of attachment. In April 2010, in the Municipality of Madrid, 119 *0-3 year-old* children had not accessed *foster care*, thus remaining in child protection residential centres, exposed to conditions of defencelessness, which are inherent in the protection process.

PALABRAS CLAVE

Atención temprana, protección de menores, 0-3 años, vínculo de apego, trastornos de apego, resiliencia, salud mental, acogimientos familiares, concepto *continuum*.

KEYWORDS

Early childhood intervention, child protection system, 0-3 year-old children, attachment, attachment disorders, resilience, mental health, foster care, *continuum* concept.

Nota: Este artículo resume algunos aspectos tratados en una investigación más amplia presentada en Junio de 2010 como trabajo de fin de curso en el 'Master en intervención temprana' de la Universidad Complutense de Madrid, siendo Sonia Fernández, tutora del proyecto.

1. Introducción

La Atención Temprana se dirige a los menores de 0 a 6 años que presentan trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, así como a sus familias y su entorno. El objetivo de las intervenciones es dar respuesta lo antes posible, de manera preventiva o asistencial, a las necesidades transitorias o permanentes de estos niños¹, para posibilitar así el desarrollo de su autonomía y su inclusión social.

El Libro Blanco de la Atención Temprana señala que esto requiere de planificación por parte de equipos inter o transdisciplinares, entendiendo estos últimos como aquellos en los que “sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. [y] un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o el contacto directo con la familia” (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GATI], 2009, p. 13).

Las profesionales más directamente implicadas en estos equipos provienen de los *servicios de salud*, los *servicios educativos* y los *servicios sociales*. El presente artículo está enmarcado en las intervenciones de los servicios sociales y educativos (en educación formal y no formal), y en concreto en lo que se refiere a los menores de 0 a 3 años del Municipio de Madrid, que han sido protegidos por la Administración Pública.

La línea general de actuación en atención temprana da cada vez *más peso a la familia* (Gutiez, 2009). Esto es así desde la consideración de la familia como pieza clave para procurar una intervención global y centrada en los contextos naturales del menor, atendiendo a todas las áreas de su desarrollo y poniendo atención en no generar desequilibrios. Valle (2009) señala que el bebé siempre está en relación a las personas que le cuidan, por lo que no se puede hablar de su desarrollo emocional sin hablar de vínculos afectivos. En los niños que en el seno de su familia no han conocido la experiencia del buen trato, se ha quebrado este pilar fundamental.

Ante esto, la falta de modelos de intervención concretos es una realidad que vivimos las profesionales del ámbito de la protección, de manera que, a menudo, cuando hay coherencia interna en nuestro trabajo, ésta responde a una sensibilidad, ideología o marco de creencias que no necesariamente se corresponde con las sensibilidades, ideologías y creencias del equipo del caso y de cada uno de los miembros que lo componen. Esto dificulta el manejo de un código común y, por tanto, el trabajo en red que se pretende hacer.

En concreto, en mi experiencia profesional en el sistema de protección de menores, he podido observar que en el ideario de las profesionales, predomina la creencia de que *las necesidades básicas* que debe tener cubiertas un niño se refieren a la preservación de su vida física: con frecuencia, percibimos los indicadores de desprotección más visibles (alimentación, higiene, vestido, seguimiento pediátrico...) y los tenemos en cuenta por encima de los más relevantes (estabilidad y permanencia de los vínculos, consistencia y predictibilidad de las conductas paternas, aceptación, afecto y aprobación parental...). La mayoría de las profesionales estamos peor entrenadas para valorar estas cuestiones, y el resultado es que, cuando la administración dispone de mecanismos para cubrir con garantías las necesidades físicas, las profesionales, al igual que los padres, no siempre tenemos la competencia para cubrir las necesidades emocionales. Esto es especialmente preocupante en la etapa 0-3 años, porque en la mayoría de los casos, serán los aspectos emocionales los que realmente determinarán el desarrollo.

Las profesionales conocemos las oportunidades que tenemos de mejorar la atención recibida por estos niños y por las familias. Somos autocríticas y no negamos que el drama de algunos de estos niños es no encontrar el buen trato en quienes les dieron la vida ni en quienes *les desarraigan* con el fin de preservarla. Analizamos las fallas del sistema y encontramos falta de formación, falta

¹ Hablaré de “niño/s” para referirme indistintamente a niño/s y niña/s y de “las profesionales” y “la madre”, genéricamente, sin por ello excluir a técnicos, educadores, cuidadores y padres.

de coherencia en las intervenciones, problemas de coordinación entre profesionales, modelos de intervención obsoletos y excesivamente conductistas, rotación profesional, recursos masificados... que dificultan una atención de calidad. Sabemos que el Sistema de Protección no siempre está protegiendo a estos niños, especialmente vulnerables, y la visión global de la Atención Temprana nos puede ayudar a comprender y afrontar el riesgo que esto supone para su *salud mental*. Es un problema de *entregadura social* en el que a nadie le sirve que ni los padres ni las profesionales nos sintamos culpables por hacer lo que sabemos hacer. Pero en el caso de las profesionales, debemos *asumir nuestra responsabilidad de formarnos e investigar para superar nuestras carencias*, algo que no siempre se favorece desde los equipos de dirección y gestión de los programas.

La relevancia del tema de estudio es el hecho de que la negligencia, maltrato o abuso que motivó la medida de protección, la separación de la familia de origen y el riesgo de iatrogenia por parte de las instituciones, a la que posteriormente quedan expuestos estos niños, se sucede todo ello simultáneamente a *períodos sensibles en el desarrollo de su personalidad*. Los modelos de relación establecidos en los primeros años de vida, tienden a permanecer en el individuo adulto hasta en un 75% de los casos (Hamilton, 1994; Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux y Crowell, 1995, citados en Fonagy, 1999). De nuestra capacidad para mejorar la calidad de las relaciones en los niños dañados en la vinculación, dependerá en muchas ocasiones la calidad de los vínculos que como adultos establecerán con sus propios hijos. Hablamos de *romper una dinámica transgeneracional*.

De esta manera, justifico la pertinencia de que todas las profesionales que trabajamos directamente con los niños y sus familias, tengamos conocimientos sobre la *Teoría del apego*. En este artículo, defiendo, que ésta sea la base sobre la que unifiquemos códigos y criterios de valoración diagnóstica e intervención terapéutica, incluyendo en nuestra mirada el *vínculo de apego como organizador del desarrollo*.

2. Algunas cuestiones abordadas en la investigación

2.1. El vínculo de apego como organizador del desarrollo

Darwin planteó que “cada especie está dotada con su peculiar repertorio de patrones de comportamiento, (...) originado a través del proceso de selección natural, que ha conservado aquellas variaciones continuamente acumuladas que resultan ventajosas desde el punto de vista biológico” (1859, citado en Bowlby, 1986/2003, p. 45).

Liedloff por su parte, define el *continuum humano* como “la secuencia de experiencias que corresponde a las expectativas y tendencias de nuestra especie en un entorno consecuente con aquello en lo que esas expectativas y tendencias se formaron” (2009, p. 51).

Así, el *vínculo de apego* es una expectativa que tiene el recién nacido, es la manera en la que nuestra especie garantiza la protección y supervivencia de sus crías. Consiste en “una interacción entre padres e hijos, sea biológica o no, que se desarrolla durante el primer año de vida conjunta y que se refuerza durante toda la vida” generando un sentimiento “de que el otro ser es irremplazable” (Schneider, 1979/2008, p. 30).

El trato que permite a los niños reorganizarse y tranquilizarse, no puede ser otro, que aquel que cubre *las necesidades propias de su especie*. Según el diseño de nuestras capacidades sensoriales, podemos deducir que estas necesidades incluyen la de ser tocado, mecido, abrazado y besado... la de permanecer próximo a la madre para sentir su olor y ser amamantado... la de ser mirado por su madre y sostenido en brazos donde él también pueda mirarla a ella... la de entrar en comunicación con la madre, cuando ella le habla y cuando atiende a su llanto...

El ser humano es, desde que nace, un ser social, si tenemos en cuenta la riqueza de

comportamientos para la interacción en comparación con su limitada capacidad motora (Wallon citado en Chokler, 1988). Y, fundamentalmente, es también un ser social porque lo que impulsa su desarrollo es la satisfacción de sus necesidades a través de relaciones mutuamente transformadoras con otros individuos (Enrique Pichon-Rivière, citado en Chokler, 1988). En este camino, evolucionamos de la *dependencia absoluta a la autonomía relativa* gracias al establecimiento de un apego seguro (Touza, 1996).

Ajiuraguerra (citado en Chokler, 1988), niega la idea de *instinto materno*, y señala que este aprendizaje lo hace también la madre, de manera que la madre y el bebé *se organizan uno a otro* (lo que define al organizador psíquico es la complementariedad de las conductas). Cuando la madre es capaz de decodificar las señales del bebé y responder rápida y adecuadamente a sus necesidades, es decir, cuando tiene competencias para *la escucha sensible y la respuesta sensible*² (Marrone, 2001), su hijo siente seguro y confiado y le devuelve una reafirmación de su competencia. Winnicott (citado en Chokler, 1988), describió dos funciones a través de las cuales la madre estructura la experiencia del bebé, y a su vez, su propio rol de madre:

El *Handling* es la experiencia de *cuidados básicos* a través de los cuales el bebé adquiere su sentido de continuidad y ser, vital para su estructura psíquica. Las fallas en esta función provocan en el bebé sensación de desintegración y ansiedad. Está en juego percibir la realidad externa como buena o mala, como amistosa u hostil...

El *Handling* es la experiencia del manejo en la relación con su cuerpo (invertir el cuerpo a través de los *cuidados físicos*). Posibilita al bebé obtener placer en la vivencia de su cuerpo y de su ser. Es una experiencia psíquica a través de lo corporal, que permite distinguir lo real de lo irreal. Las fallas en esta función afectan al reconocimiento del cuerpo, al desarrollo del tono, y por tanto, a la percepción sensorial y a la coordinación motriz.

Hasta los dos años, se desarrollan importantes sistemas en el cerebro para gestionar nuestra vida emocional. Un ejemplo es la respuesta al estrés: los bebés no pueden gestionar un estrés excesivo. No pueden desahogarse de su propio cortisol, la hormona del estrés (Gerhardt, 2008), por lo que *necesitan una atención personalizada*, los cuidados y la receptividad de alguien que les conozca bien y que pueda entenderles y regularles. Esta adecuada atención, en forma de *placenta externa* (Porres, 1993), será la que le permitirá autorregularse en el futuro. Esta es la base de los *comportamientos resilientes*: control de las emociones e impulsos, autonomía, empatía, confianza en uno mismo y en el entorno, sentido de trascendencia de la vida, de futuro y expectativas vitales, buen humor y fácil trato, capacidad de análisis y comprensión de las situaciones sociales, capacidad para depender positivamente de otros y para que otros dependan de uno, apoyo de una red social estable en la que está incluida la familia...

La *privación materna* es "la ausencia de esas experiencias que se deberían presentar durante el desarrollo normal" (Bruer, 2000, p. 132). La expectativa frustrada en los niños privados tempranamente de figuras de apego significativas, genera *desorganización*: "tendencias correctivas o compensatorias [que] se esfuerzan por restablecer la estabilidad" (Liedloff, 2009, p.51). Es lo que hace que tiendan a la desconexión, pudiendo presentar incluso rasgos que recuerdan a los comportamientos autísticos en el caso de la depresión anaclítica -*ausencia de mirada, ausencia de sonrisa, estereotipias...*- y llegar incluso a la muerte en el caso del Síndrome de hospitalismo, descritos ambos fenómenos por Spitz en 1946 (citado en Barudy, 1998; Bowlby, 1986/2003; Bravo&Fernández del Valle, 2001).

El vínculo de apego se constituye así como el primer organizador del desarrollo y se complementa con otros organizadores: la exploración, el diálogo tónico, el equilibrio y desequilibrio, la expresión creadora (Chokler, 1988).

² A diferencia de la *respuesta empática*, la respuesta sensible "implica alguna negociación interna entre el estado momentáneo de sentir como el otro y la habilidad de reaccionar como un ser humano separado" (Marrone, 2001, p.44).

2.2. El perfil de los menores de 0 a 3 años que son protegidos por la Administración

Cuando los padres tienen limitaciones para apearse a sus hijos, para reconocerles como sus crías y responder a sus necesidades apropiadamente, la prueba de *la situación extraña* muestra dos tipos de trastornos (Ainsworth, citada en Barudy, 1998; Barudy&Dantagnan, 2006; Bowlby, 1986/2003; Marrone, 2001; Sadurni et al., 2008): *el trastorno de apego inseguro ansioso-ambivalente* y *el trastorno de apego inseguro evitativo*. Un tercer tipo fue descrito posteriormente en los trabajos de Main&Solomon (1986, citada en Barudy&Dantagnan, 2006; Fonagy, 1999; Sadurni et al., 2008): *el trastorno de apego inseguro desorganizado-controlador*, que puede ser de tipo punitivo agresivo, cuidador compulsivo o complaciente compulsivo, y *el apego inseguro desorganizado-desapegado*, que puede ser indiscriminado inhibido o indiscriminado desinhibido. Cerca de un 80% de niños maltratados presentan un trastorno de apego inseguro desorganizado (Barudy&Dantagnan, 2006).

Repa Horno (2009) recuerda que hablamos de menores *negligenciados, sobreprotegidos, maltratados y/o abusados* cuando la violencia y el abuso de poder definen la relación asimétrica que se da entre el niño y su progenitor. Se considera *maltrato*, de forma genérica (como oposición a lo que consideraríamos un *buen trato*), “cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor” (Marrón, 2010).

Dado que es amplia la bibliografía que profundiza en la tipología de maltrato infantil y en las consecuencias en el desarrollo del menor, apenas enumeraré las más frecuentes en los menores de los que aquí hablo: maltrato perinatal, negligencia emocional y/o física (la de mayor incidencia, en ocasiones la más grave y casi siempre la más invisible), abandono explícito o implícito, sobreprotección (la otra cara de la moneda de la negligencia, que compromete

gravemente la autonomía), distintas formas de abuso sexual y maltrato emocional y/o físico (teniendo especial relevancia en niños menores de 3 años el *Síndrome del niño sacudido*, que representa el 10% de los niños hospitalizados por maltrato físico (Bonnier, 1995 citada en Barudy, 1998). Éste se produce cuando los padres zarandean al niño cogiéndolo por el tórax o los brazos, a menudo en una situación de pérdida de control, para castigarle o para que deje de llorar. El peso de la cabeza del niño “corresponde a un 10% de su peso total y (...) la hipotonía de los músculos del cuello es tal que el niño no puede afirmar bien su cabeza antes de los dos o tres años” (Barudy, p.156). El movimiento puede crear entre otros: lesiones de la masa cerebral, hemorragias intracranianas y retinianas, desprendimiento epifisario de los brazos, fracturas costales...).

Estas situaciones ameritan la intervención de las autoridades competentes que actúan para la protección de estos menores incluyendo, si procede, medidas de separación temporal o definitiva de sus progenitores.

2.3. Áreas problemáticas en las respuestas del Sistema de Protección de Menores

2.3.1. Alto porcentaje de menores de 0 a 3 años en acogimiento residencial

Según datos de la Comisión de Tutela del Menor del IMMF en comunicación personal, 30 de abril, 2010.

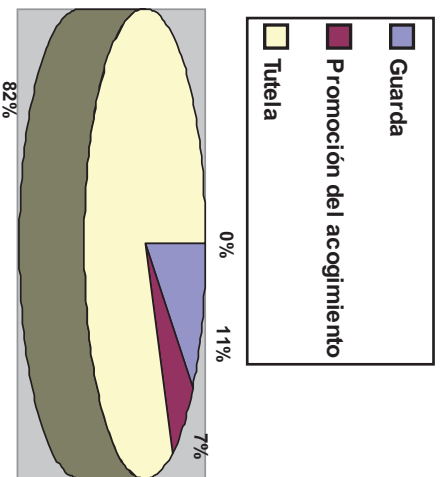
Sólo entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2010, en el Municipio de Madrid, se tomaron medidas de protección que afectaron a 309 menores de 0 a 18 años en situación de desamparo. De éstas, el 64’7% fueron Acogimientos Residenciales (AR), el 18’1% Acogimientos en Familia Alternativa a la biológica (AF Alt) y el 17’2% Acogimientos en Familia Extensa (o biológica, AF Ext). En concreto, en el grupo de edad de 0 a 3 años eran 313 los menores protegidos en el Municipio de Madrid, con las medidas de protección que se indican (gráfico 1):

En la tabla 1, se puede observar el reparto de estos 313 niños por edades, a intervalos de un año (de recién nacido –RN– a los 3 años de edad). Se ha distinguido también entre sexos y se especifica la modalidad en el ejercicio de la medida (AR/AF Ext./AF Alt.):

	NIÑOS			NIÑAS				
	RN	1 año	2 años	3 años	RN	1 año	2 años	3 años
AR								
Total: 119	14	18	22	21	5	16	13	10
AF Ext.								
Total: 52	0	5	5	11	4	5	13	9
AF Alt.								
Total: 142	18	25	19	9	14	28	17	12
Total x edad&sexo	32	48	46	41	23	49	43	31
Total x sexo	167				146			
TOTAL 0-3	313							

Tabla 1. Número de niños menores de 3 años protegidos en el Municipio de Madrid, agrupados por edades, sexo y modalidad de acogimiento con la que se hace ejercicio de la medida protectora.

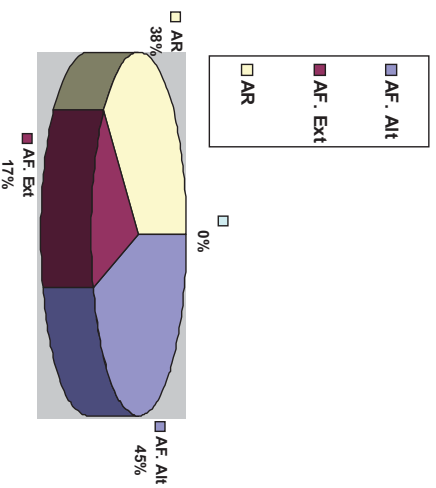
Gráfico 1. Porcentajes de las medidas de protección de 313 menores de 0 a 3 años



En el margen izquierdo podemos leer los números totales de niños y niñas, distribuidos según el modelo de acogimiento. Encontramos 119 niños/as de menos de 3 años, acogidos en centros de protección a la infancia: un “intolerable nivel de institucionalización” (según Palacios, citado en Garriga, 2009). Llama la atención la grave dificultad en la que se encuentran los organismos competentes, para satisfacer la necesidad que tienen estos niños de experimentar una vida familiar.

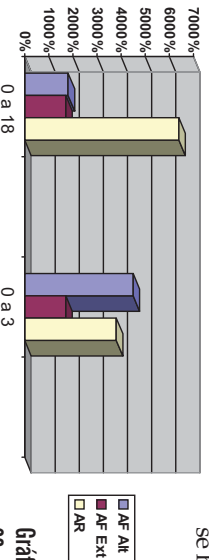
No obstante, tal y como se puede apreciar en el Gráfico 2, si sumamos las dos modalidades de acogimiento familiar, el 62% de los menores protegidos de 0 a 3 años en el municipio de Madrid, permanecen en un entorno familiar, frente al 38% que lo hace en acogimiento residencial.

Gráfico 2. Modalidades de acogimiento en menores protegidos de 0 a 3 años en el Municipio de Madrid



Si comparamos estas cifras con la tendencia del 2010 en la atención a la globalidad de los menores de 18 años protegidos, observamos una notable sensibilidad y esfuerzo por ofrecer a los más pequeños un acogimiento familiar como alternativa al acogimiento residencial, tal y como recomiendan los estudios (Society for Research in Child Development, 2010, febrero 5), (gráfico 3).

Gráfico 3. Modalidades de acogimiento en menores de 0 a 3 años, en relación a la tendencia actual en la globalidad de menores de 0 a 18 años con medidas de protección



Las diferencias entre los distintos distritos, nos llevan a plantearnos qué variables intervienen en la decisión de la modalidad de acogimiento para un menor cuando se toma una medida de protección, teniendo en cuenta que debe primar “su superior interés”. Analizando los 7 Distritos que han gestionado más expedientes de estas características (de 20 a 40 casos) y sumando las dos modalidades de acogimiento familiar para contabilizar globalmente los menores que conviven en un entorno familiar y comparar el dato con los menores institucionalizados, se hace más visible esta diferencia (gráfico 5):

Sin embargo, como se muestra en el Gráfico 4, esta sensibilidad y esfuerzo no son homogéneos en todo el territorio del Municipio de Madrid.

Gráfico 5. Distritos del Municipio de Madrid con más de 20 casos de menores de 0 a 3 años protegidos y división de la modalidad de acogimiento con la que se hace ejercicio de la medida.

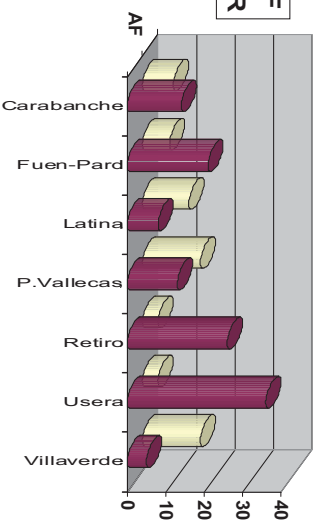
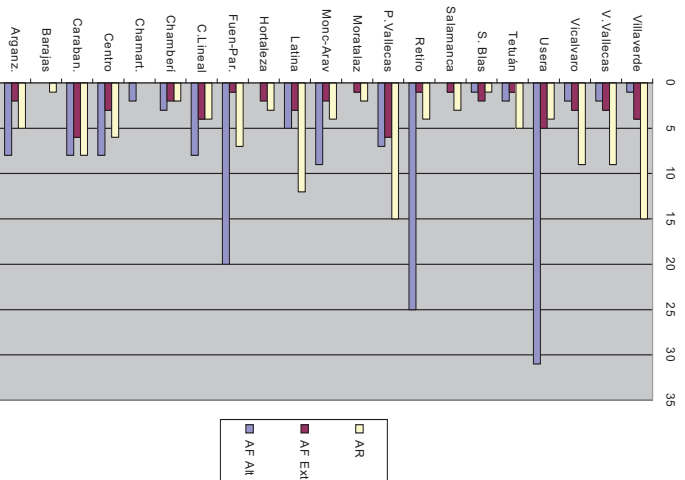


Gráfico 4. Distribución por Distritos de las modalidades de acogimiento en menores de 0 a 3 años



Se puede apreciar una clara diferencia de gestión entre distritos como Usera o Retiro y Villaverde o Puente Vallecas, siendo los dos primeros, los que dan una respuesta más coherente a las necesidades de protección de estos menores. En este punto, cabe aclarar que la disponibilidad de familias para el acogimiento y la adopción está regulada por legislación de ámbito autonómico, no siendo la territorialización una justificación para el uso más o menos eficiente de este recurso. La realidad actual (datos de abril de 2010), por tanto, es que para 119 menores de 0 a 3 años, protegidos en el Municipio de Madrid, se dan dos condiciones

de vulnerabilidad inherentes al proceso de protección:

1.º Permanecen en centros residenciales

Son muchos los autores que han estudiado los efectos negativos de la institucionalización temprana (Ames, 1997; Gunnar, 2001; Maclean, 2003; Zeannah et al., 2005 citados en Lecannelier, 2006). Entre las variables de riesgo relacionadas con el perfil de los menores objeto de este estudio, destacan: *el tiempo de institucionalización*, siendo mayor el daño, cuanto mayor es el tiempo; *la ratio de niños por cuidador que determina la calidad de respuesta*, influyendo, no solo en el vínculo que los niños establecerán con ellos, sino en la capacidad que los menores desarrollarán para establecer vínculos futuros; *la inestabilidad vincular*, relacionada con la rotación profesional, tanto por los turnos de la jornada, vacaciones, bajas laborales... como por falta de continuidad en el puesto de trabajo.

Esta situación puede derivar en conductas externalizantes (agresividad, impulsividad...) e internalizantes (ansiedad, depresión...) y concretamente: problemas alimentarios, conductas estereotipadas, dificultades en la relación con iguales y problemas de atención (Fisher et al. 1997, citado en Lecannelier, 2006).

2.º La mayoría de ellos con medida de tutela (Gráfica 1)

Bravo&Fernández del Valle (2001) exponen en su evaluación del acogimiento residencial, que la medida de tutela (que implica la declaración de una situación de desamparo resultado de unas circunstancias graves para la vida y el desarrollo del menor) frente a la medida de guarda (que implica una demanda de ayuda por parte de la familia y una mayor participación de ésta en el proceso), es una variable que también *genera un mayor deterioro en las relaciones afectivas*. Esto se explica por una combinación entre las oportunidades y expectativas tanto de las familias como de las profesionales. El resultado es que estos niños mues-

tran puntuaciones más bajas en los objetivos de *vinculación entre el niño y su familia, cooperación familiar y trabajo con las familias*. Si bien no se han hallado estudios referidos a la edad en la que se centra este trabajo, es de suponer que no arrojarían datos más esperanzadores. De hecho, en el estudio de Bravo & Fernández del Valle, observaron que *los niños más pequeños* (4 años), tal vez por tener las visitas no supervisadas de sus familiares más restringidas por su especial indefensión, *mostraban los peores resultados en los objetivos de vinculación*.

2.3.2. Falta de apoyo a las familias biológicas y acogedoras

Las evidencias sobre los efectos negativos de la institucionalización no implican que el acogimiento familiar no tenga sus propias limitaciones. Cuando éste se produce en el entorno de la *familia extensa* (abuelos, tíos...) si bien los estudios apuntan a ésta como la mejor opción (Children's Hospital of Philadelphia, 2008, junio 4), encontramos los riesgos de que el niño permanezca en contacto con patrones relacionales similares a los que fueron el origen de su desprotección, que se produzcan crisis familiares con implicaciones afectivas muy profundas y que se sitúe al niño en un conflicto de lealtades entre sus padres biológicos y los familiares que les sustentan en su cuidado. Además, es frecuente que los familiares que se ofrecen a hacerse cargo de estos niños, sean personas mayores o personas inexpertas, no habiendo formado aun una familia propia. Las profesionales de los ámbitos de la salud y la educación que intervienen con estos niños no deberían subestimar estas circunstancias, que también pueden ser generadoras de necesidades especiales en estos menores (American Academy of Pediatrics 2010, mayo 2).

Cuando el acogimiento se produce en una familia alternativa (no profesional), el riesgo de interrupción no planificada es mayor (hasta un 25%, según Carriga, 2009). El proceso de conocimiento mutuo y adaptación es complejo. Los niños llegan a la familia

con una carga de experiencias y carencias previas que determinan sus expectativas y sus conductas de apego, lo que puede ocasionar un mayor estrés e inseguridad en los cuidadores. Cuando un niño ha sido institucionalizado, Maclean opina que se necesita algo más que “un padre suficientemente bueno” (2003, citado en Lecannelier, 2006). Si el acogimiento se produce después de que el bebé haya cumplido los 7 meses, se aprecian diferencias en la calidad del apego en relación a niños no adoptados de padres biológicos (Dontas et al., 1985; Marcovitch et al., 1997 citados en Lecannelier, 2006). Estudios más recientes, se muestran más optimistas situando el límite en los 24 meses, edad a partir de la cual, será más difícil que el menor establezca un apego seguro con sus cuidadores (Society for Research in Child Development, 2010, febrero 5). Lo que tratan de determinar estos estudios es el período sensible para establecer un vínculo de apego seguro.

En muchos de los casos, los menores volverán con su *familia biológica*, si no mientras son susceptibles de ser protegidos; sí al cumplir la mayoría de edad. Bravo&Fernández del Valle (2001) señalaban en su informe que, en más de dos tercios de los menores institucionalizados estudiados, no se realizaba un trabajo con su familia de origen. Las profesionales tenemos que ser conscientes del riesgo de participar en el proceso con prácticas iatrogénicas, ya sea por omisión, al no proporcionar este apoyo, no dando la información completa y necesaria... o por acción, al interferir negativamente en el proceso, dando informaciones incorrectas o en una terminología técnica incomprendible, comentando en voz alta cuestiones que pueden dañar al menor obviando que está delante... (valoraciones sobre su conducta, sobre su familia biológica...).

En este sentido, expongo aquí dos propuestas de programas y servicios que están resultando eficaces en la prevención de problemas de salud mental en los menores a través del apoyo a las familias. Para ello, ponen su atención en la relación entre el niño y sus figuras parentales o cuidadores. La eficacia de los programas estriba en la fre-

cuencia y continuidad de la intervención, construyéndose una relación terapéutica entre las profesionales y los usuarios, desde la cual se puede favorecer el cambio. Según afirman varios autores, “impulsar iniciativas de este tipo debería ser una de las prioridades del actual sistema de protección” (Fuentes 1992; Bullock et al, 1993; Fuentes&Fernández del Valle, 2001 citados en Bravo&Fernández del Valle, 2001, p. 6).

— La figura de la *Educadora Familiar* proporciona una intervención directa, intensiva y cercana a la familia, en los contextos naturales del niño.

Tienen su origen en el modelo Multisystemic Therapy de Henggeler y sus colaboradores en Estados Unidos. Intervienen en el domicilio, de manera intensiva, con 33h. de trabajo directo a la semana repartidas entre 4 familias. Con una disponibilidad de 7 días/semana, 24h/día, para contener situaciones de crisis desde una intervención que combina diversas terapias con una base sistémica.

En el Ayuntamiento de Madrid, se pueden encontrar variantes de estos programas en el Área de Servicios Sociales, pero la disponibilidad de las profesionales no es total y la tendencia del servicio es aumentar cada vez más la ratio de familias atendidas por educadora, atendiendo a criterios de rentabilidad económica a corto plazo (a pesar de los estudios que demuestran que cada euro invertido en prevención supone un ahorro a la larga). Estas políticas están reduciendo la calidad de la intervención.

— Los *Espacios Familiares*, son recursos de encuentro para distintas familias con menores (muchos especializados en menores de 0 a 3). En Madrid hay algunas experiencias de este recurso, con el nombre de *Cuartos de Estar*.

Resultan especialmente interesantes para familias de menores que no acuden a centros de educación infantil y que de otro modo no tendrían mucho contacto con otras familias con menores de la misma edad. Ayudan a construir redes sociales de apoyo, que disminuyen la vulnerabilidad de las familias aisladas. Además, a través del intercambio y

modelaje que se produce en el trabajo grupal se desarrolla la capacidad de escucha sensible-respuesta sensible, favoreciendo el establecimiento de un apego seguro y la promoción de la salud mental infantil, según han comprobado Ferrer, Mir&Riera (2008) citados en Mir, Battle&Hernández, (2009).

Algunos de estos programas surgidos en los últimos 30 años, son: *Maison Vert de Francoise Dolto* (París, 1979), de orientación psicoanalítica, constituye la primera experiencia de diseño de este servicio, a la que le siguieron... *Programa "Tempo per le Famiglie"* (Italia, 1982), *Equipos SOS Enfants-Famille* (Bélgica, 1983), *Amia Freud Center* (Londres, 1984), *Espais Familiars* (Barcelona, 1989), *Espai Familiar 'Camp Redó'* (Palma de Mallorca, 2003)...

2.3.4. Prevenir el Síndrome de peloteo

Barudy&Dantagnan describen el *Síndrome de peloto* como la "ausencia de relaciones afectivas duraderas y continuas en el tiempo" (1999 citados en Barudy&Dantagnan, 2006, p.192). Dice Lecannelier (2006, p.4), que "*muchos cuidadores no es ningún cuidador*". Esto es lo que sucede cuando un menor vive separaciones repetidas sin posibilidad de vincularse a una figura de referencia. Así, un menor puede pasar de su familia biológica a un acogimiento residencial de urgencia, un acogimiento familiar en programa de familia canguro, un acogimiento temporal en familia alternativa, una reunificación familiar con su familia biológica, un fracaso en el proceso de reunificación con una nueva medida de protección con acogimiento residencial, cambios de centro, proceso de adopción, fracaso de la adopción, institucionalización a largo plazo... Otra situación que impide al menor establecer un vínculo de apego significativo, es la que resulta de la gestión de los recursos humanos en los centros residenciales.

La estabilidad y la permanencia es una de las áreas más problemáticas cuando hablamos de menores atendidos por el sistema de protección. Los cambios continuos y repetitivos que sufre un niño cada vez que le cambian de contexto, desgastan sus capaci-

dades de vincularse, hasta llegar a atrofiarse su posibilidad de confiar en él mismo y en los demás (Barudy, 1998). Relacionando esto con las áreas problemáticas revisadas en los apartados anteriores, cabe destacar que, en comparación con los otros modelos de acogimiento, los *acogimientos con familia extensa* tienen puntuaciones muy superiores en cuanto a la estabilidad y la permanencia (Children's Hospital of Philadelphia, 2008, junio 4).

2.3.5. Prevenir el Síndrome del profesional quemado

Dignificar y retribuir la profesión de todos aquellos agentes que realizan una intervención directa con los menores protegidos y las familias es una condición ineludible para poder llegar a dar *una atención de calidad*. Las contrataciones de servicios a empresas y entidades privadas generan desigualdades en los salarios y las condiciones laborales de profesionales que realizan los mismos servicios, dirigidos a un mismo perfil de población y para un mismo cliente (el ayuntamiento, en este caso). El trabajo en equipo y la formación continua son medidas que se toman para prevenir y contener los efectos de la rotación profesional, pero no es suficiente. Otras entidades más sensibles con la problemática aplican estrategias bien valoradas por las profesionales como *la jornada de 35h/semanales o el trabajo por objetivos, más días de vacaciones al año, mayor autonomía en la planificación, la supervisión externa a cargo de la empresa y el trabajo bajo* (para realizar informes, por ejemplo). Pero la gran cuenta pendiente sigue siendo *la equiparación retributiva y de condiciones de contratación*.

3. Conclusiones

A la luz de la Teoría del apego y la revisión bibliográfica de autores que en los últimos años vienen estudiando el maltrato infantil, presento a continuación, algunas cuestiones prácticas que pueden servir como indicadores de evaluación de nuestra práctica profesional, que pueden motivar

la reflexión y el debate en los equipos de trabajo, y que pueden también incorporarse como principios metodológicos a los programas que atienden a estos niños.

3.1. ¿Qué pueden aportar a estos menores las profesionales de los ámbitos social y educativo?

Tanto las educadoras de los centros de acogida, como las maestras de educación infantil y las educadoras de los recursos que nos dirigimos a reforzar las competencias parentales, tenemos la oportunidad de tratar directamente con estos menores y compensar sus carencias con nuestras acciones y los mensajes que damos al entorno del menor. Ocupamos un lugar privilegiado para ser figuras de resiliencia.

Cuando hablamos de educación inclusiva, hablamos necesariamente de apoyos y adaptaciones para atender a necesidades educativas especiales y posibilitar la participación de todos en igualdad de derechos. En este artículo me he centrado en la etapa 0-3 años, y no es casual. La profesionalización de la educación infantil, el mayor reconocimiento de la tarea que realizan las maestras en esta etapa, el aumento de estas... ha llevado aparejado el desprestigio de la labor asistencial y de cuidados básicos que requiere nuestra especie, para pasar a sobrevalorar la homogeneización de unos contenidos que difícilmente se ajustan a los diferentes ritmos de los niños. El niño de 0 a 3 años que está dañado en su capacidad de vinculación, lo estará también en su capacidad de exploración, en su creatividad... lo que limita sus posibilidades de desarrollo motor, cognitivo, social... Pretender que centre su atención, controle esfínteres, como solo y otras cuestiones relacionadas con la adquisición de conocimiento y desarrollo de la *autonomía relativa*, sin haber satisfecho previamente su expectativa de ser *absolutamente dependiente*, es meter el dedo en su herida.

3.2. Claves en la intervención con menores de 0 a 3 años protegidos, para facilitar su vivencia y su desarrollo

1. Conocer las etapas del desarrollo evolutivo emocional típico, para identificar en qué momento se ha producido *la ruptura del continuum* (el RN incapaz de autorregularse, la separación física a través de la marcha autónoma, la separación simbólica a partir del desarrollo del lenguaje...). Tener en cuenta la *privación materna* y las experiencias de miedo y vergüenza como circunstancias que pueden intensificar sus emociones.
2. Entender el *Vínculo de apego* como organizador del desarrollo, analizando el Trastorno de apego inseguro como *causa posible de retraso o alteración del desarrollo* y por tanto, como condición discapacitante que resulta en unas necesidades educativas especiales.
3. *Implicarnos afectivamente*, con vivencia de incondicionalidad y unicidad, con permanencia en el tiempo, sentido de compromiso y de cuidado del otro... construyendo una relación insustituible, desde el conocimiento mutuo y el tiempo compartido, haciendo el afecto expreso y generando un sentimiento de pertenencia.
4. *Restablecer el continuum* a través de los procesos de atención-interacción y de la relación con su cuerpo (*holding* y *holding*), como vías naturales y propias de nuestra especie, que permiten conocer al niño, entenderle y regularle (*escucha sensible-respuesta sensible*). La *terapia de regresión* (Ryggard, 2006), se propone para estas edades, como un método eficaz para reparar el daño provocado por la carencia afectiva, como una estrategia llena de sentido para responder a esas necesidades especiales de las que hablabamos: proporcionar a estos niños la experiencia de maternaje que nunca tuvieron.

5. *Contextualizar las conductas del niño* (llanto, rabietas, conductas destructivas, frialdad, relación superficial e indiscriminada, irrotación...:) desde nuestro conocimiento sobre su participación en el proceso de apego y en el proceso de duelo tras la separación, acogiéndole, interpretándole y metabolizando su angustia. Para *elaborar la experiencia traumática*, tendremos que ayudarle a obtener un control sobre sus emociones a partir de su *exploración* y no de la represión. Esto requiere tener presencia y permitir al niño expresar sus sentimientos negativos de un modo directo y espontáneo, *aceptando con ecuanimidad las expresiones de amor y las de odio*.
6. No confundir la necesidad vital de cuidados y de satisfacer el sentimiento de pertenencia con los indicadores de haber establecido un *apego seguro*, recordando que éste da lugar a la *exploración*, mientras que en el *apego inseguro* observamos relaciones de *dependencia* o de *psudoindependencia*.
7. Conocer las fases del duelo para poder acompañar el proceso del niño sin entorpecerlo. *No confundir la fase de desapego y reorganización en el duelo*, con una prueba de una saludable adaptación a la separación y al nuevo entorno.
8. *Los progenitores* de estos menores no necesitan que les justifiquemos ni les culpabilicemos, sino cambiar sus pautas relacionales y tener proyectos de futuro. Cuando esto no es posible por su alto grado de incompetencia parental, debemos seguir teniéndoles en cuenta como *parte de la historia de vida del menor*, o no podremos ayudar al niño a elaborar su experiencia.
9. Dar protagonismo a *las familias acogedoras* como *parte del equipo terapéutico* y apoyar su parentalidad social con estrategias de empoderamiento para que puedan cumplir el objetivo de proporcionar al menor un apego seguro.
10. Supervisar nuestro trabajo y emprender procesos de desarrollo personal, que puedan durar de 2 a 5 años (según la experiencia de Rygaard, 2006), a fin de *adquirir la autoridad y organización interna que requiere el trabajo con niños con Trastornos de apego*.

Referencias

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2010). Children living with relatives of parents struggle with physical, mental health issues, study suggests. [Los niños que viven con familiares de los padres luchan con problemas de salud física y mental, sugiere un estudio]. *Science Daily*. Extraído el 3 de Junio, 2010, de <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100502080236.htm>
- BARUDY J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós.
- BARUDY J. y DANTAGNAN, M. (2006). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- BOWLBY, J. (1986/2003). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida (4ª ed./3ª Reimpresión). Madrid: Morata.
- BRAVO, A. y FERNÁNDEZ, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 2 (Vol. 13), pp. 197-204.
- BRUER, J. T. (2000). El mito de los tres primeros años. Una nueva visión del desarrollo inicial del cerebro y del aprendizaje a lo largo de la vida. Barcelona: Paidós.
- CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA (2008, junio 4). Kinship Care More Beneficial Than Foster Care, Study Finds. [El acogimiento en familia externa, más beneficioso que el acogimiento en familia alternativa, halla un estudio]. *ScienceDaily*. Extraído el 3 de Junio, 2010, de <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/06/080602112351.htm>
- CHOKLER, M. (1988). Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. Buenos Aires: Cinco.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT] (2000/2009). Libro Blanco de la Atención Temprana (3.ª ed./4.ª Reimpresión). Madrid: Real Patronato sobre la Discapacidad.
- FONAGY, P. (1999, noviembre). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista Aperturas*, 3. Extraído el 8 de abril, 2010, de

- <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- GARRIGA, J. (2009, julio 14). Familias profesionales para niños especiales. [Versión electrónica]. EL PAÍS edición impresa.
- GERHARDT, S. (2008). *El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé*. Barcelona: Albesa.
- GÚTIEZ, P. (2009, octubre). Conferencia inaugural en el Master en Intervención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones. Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid, España.
- HORNO, P. (2009). Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato. Bilbao: Desde de Brouwer.
- LECANNELIER, A. (2006). Efectos de la separación temprana: una mirada desde los procesos de institucionalización. Extraído el 26 de mayo, 2010 de <http://www.fundacionsanjose.cl/wfsj/publicaciones/Felipe%20Lecannelier%20%20Efectos%20de%20la%20separacion%20temprana.pdf>
- LIEDLOFF, J. (2009). El concepto del Continuum. En busca del bienestar perdido. (4.ª ed.). Tenerife: Ob Stare.
- MARRÓN, M. (2010). La intervención con población infantil en situación de riesgo y desamparo. Ponencia presentada en el Master en Intervención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones, Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid, España.
- MARRONE, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- MIR, M.; BATTLE, M. y HERNÁNDEZ, M. (2009). Contextos de colaboración familiar-escuela durante la primera infancia. *IN. Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, 1 (Vol. 1) 45-68. Extraído el 10 de mayo, 2010 de <http://www.in.ub.cat/pags/volumens/vol1num1/m-mar/index.html>
- PORRES, E. (1993). *Toame, mamá. Amor, tacto y nacimiento sensorial*. Madrid: Edaf.
- RYGAARD, N.P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- SADURNÍ, M.; ROSTÁN, C. y SERRAT, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. (3.ª ed.). Barcelona: UOC.
- SCHNEIDER, V. (1979/2008). *Masaje infantil. Guía práctica para el padre y la madre*. (4.ª Reimpresión). Barcelona: Medici.
- SOCIETY FOR RESEARCH IN CHILD DEVELOPMENT (2010, febrero 5). Early foster care boosts quality of institutionalized children's ties to caregivers. [El acogimiento familiar temprano mejora la calidad del vínculo entre los niños institucionales y sus cuidadores] *ScienceDaily*. Extraído el 3 de junio, 2010, de <http://www.sciencedaily.com /releases/2010/02/100205081819.htm>
- TOUZA, C. (1996). *Las consecuencias del maltrato y del abandono en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes institucionalizados*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, España.
- VALLE, M. (2009). *Vinculación. Ponencia presentada en el Master en Intervención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones*. Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, España.