

## Trastorno del vínculo: Intervención en hogares/CT del Proyecto Sirio

---

A lo largo de estos veinticinco años de trabajo, en nuestros Hogares/CT hemos atendido a más de 160 chicos con Trastorno Mental Grave. Respecto al perfil de estos chicos, la psicopatología que presentan más predominante es el trastorno del vínculo, que aparece asociado en la mayoría de los casos a diversas alteraciones sintomáticas de consideración.

En cuanto a la clínica que pueden presentar los trastornos del vínculo nos encontramos con: irritabilidad y llanto excesivo, alteraciones digestivas y del sueño, aumento de las maniobras de autoregulación, síntomas somáticos, desaparición de las capacidades interactivas o desarrollo de conductas evitativas. Suele quedar reducida la capacidad de expresar deseos y fantasías mediante el juego simbólico. La falta de un abordaje muy precoz, antes de los 8 meses de vida, puede producir una importante cicatriz emocional y cognitiva, difíciles de reparar posteriormente con las intervenciones terapéuticas, que necesariamente deberán ser lo más globales, integrales y complejas posibles.

Resulta difícil diagnosticar el trastorno del vínculo en niños mayores de 7 años, excepto cuando está asociado a privación temprana grave o cuando los niños han sido criados en instituciones. Generalmente, cuando estos chicos llegan al Hogar/CT, la gran mayoría de ellos no vienen con un diagnóstico de trastorno de la vinculación, suelen tener uno o varios diagnósticos comórbidos que hacen referencia a las variadas manifestaciones sintomáticas que presentan.

Hay varios estudios y trabajos (Herrero, 2009) que hablan de una relación entre el trastorno del vínculo y el desarrollo de los estados predelirantes. En este sentido, nosotros les denominamos la *patología de la desconfianza*.

El desarrollo de un apego desorganizado es algo bastante común en muchos de los chicos institucionalizados. En ellos, el haber tenido que recurrir a buscar ayuda y protección en la misma fuente generadora de peligro (maltrato, abuso, negligencia...), favorece la aparición de estados disociativos como reacción a la incapacidad de establecer relaciones tempranas de dependencia sana (apego seguro). La exposición constante a situaciones traumáticas favorece el desarrollo de estos mecanismos de defensa disociativos, como forma de aislarse de dichas experiencias traumáticas.

Las situaciones traumáticas vividas en la infancia pueden afectar al desarrollo de la capacidad de autorregulación emocional; la confianza en los seres humanos puede quedar comprometida y se pasa a considerar al mundo como un lugar amenazante, presentando estados de hiperalerta y control que propician el desarrollo de ideas fijas persecutorias que a su vez pueden desarrollar pensamientos obsesivos. Es común que la obsesión o la idea fija evolucione a un estado predelirante, con angustia creciente y afectación cognitiva al poner toda su energía psíquica focalizada en la circularidad de su situación familiar, en el anhelo de una familia o de una figura parental ideal.

En la infancia, los efectos psicológicos del trauma serán tanto más graves cuanto más insegura haya sido la relación del niño con sus figuras de apego con anterioridad al trauma, también si el niño no tiene a nadie a quien comunicar sus sentimientos e impresiones, o si ha recibido respuestas que desconfirman sus percepciones e invaliden sus sentimientos subjetivos, lo cual llevará a hacer

distorsiones cognitivas (Marrone, 2001). Generalmente los chicos que han sufrido algún tipo de trauma, abuso infantil, se encuentran en la encrucijada de comunicarlo o no al resto de la familia y en muchos de los casos, cuando han sido capaces de hacerlo, su versión es cuestionada y/o negada, lo que interfiere en los procesos perceptivos, emocionales y reflexivos del niño, entrando en un complejo juego de culpas.

En la mayoría de los casos, se puede comprobar que el trastorno del vínculo va asociado a la incapacidad de integrar funciones tales como el sentido de identidad, la percepción del ambiente y la memoria. Los mecanismos defensivos como la represión, escisión, disociación, negación, desplazamiento y proyección son comunes en estos chicos y pueden entenderse como procesos de exclusión defensiva de información dolorosa o traumática para el chico. Intentan conseguir una desconexión total con la emocionalidad de sus vivencias traumáticas a través de numerosos mecanismos que les garantizan la supervivencia y el aislamiento de una realidad difícil de asumir, pero sacrificando su identidad y dañando a la larga sus procesos cognitivos, la función reflexiva y el razonamiento, condicionando también sus modelos de estar con y la función de relación.

En muchos de nuestros chicos, los procesos disociativos son, como dice Marrone, de corta duración y consisten en una alteración brusca de la atención y la concentración, en una retirada al interior de uno mismo, como si una preocupación o estado emocional interno alterase la capacidad de permanecer conectado con lo que se está haciendo y con los otros (Marrone, 2001).

A pesar de estos patrones desarrollados, y teniendo en cuenta su tendencia a la estabilidad, consideramos posible la modificación de los mismos a través del ofrecimiento de modelos de relación que contrarresten dichos patrones (*experiencia emocional correctora* descrita por Alexander F., o como también señala Sempere J., *experiencias relacionales correctoras*) y trabajando con las familias, potenciando sus recursos, promocionando y favoreciendo pequeños cambios en sus modelos representacionales que ayuden al establecimiento de una base lo más segura posible. Consideramos que la evolución afectiva es posible. El estilo afectivo que se adquiere en la infancia es una tendencia que orienta las relaciones posteriores, pero no es una fatalidad que petrifique el amor (Cyrułnik, 2004).

En el **Proyecto Sirio**, disponemos de dos Hogares/CT cuyo objetivo ha sido y es el aportar y promover cuidado y tratamiento de alta calidad, además de atención global y educación, a niñas/os y adolescentes que generalmente han sufrido graves traumas y deprivaciones emocionales, tratando de llegar a conseguir su máxima integración posible en las áreas personal y relacional, educativa, social y familiar, en un entorno abierto y multidisciplinar.

Consideramos necesario el abordaje del tratamiento desde una perspectiva transcultural y transgeneracional, que desarrolle una red de apoyo a la familia global, entendida como un sistema en el que todos representan un papel determinado, y que tenga en cuenta las diferencias culturales de las familias que en estos momentos atendemos.

Desde el **Modelo Sirio** se apuesta por la capacidad de los niños/as y adolescentes para generar nuevos vínculos reparadores a través de las figuras de referencia (Educadores Terapéuticos) y de las experiencias de cuidado y acompañamiento que reciben de todos los miembros del equipo de los Hogares/CT donde residen temporalmente.

Entendemos también que se debe apostar por las familias como organismos con recursos y capaces de generar cambios; organismos formados por miembros resilientes que necesitan un espacio para ser atendidos, y capaces de modificar ciertas disfunciones que han marcado el modelo familiar a lo largo de los años.



En aquellos casos en los que se carece de apoyo familiar, las instituciones deben encargarse de cubrir dichas carencias, pero no solo durante la minoría de edad, sino facilitando una red de apoyo que permanezca el tiempo que sea necesario, pero siempre dirigida a potenciar la autonomía y el desarrollo de personas plenas y autosuficientes. Es por ello, que desde el Proyecto Sirio se ha desarrollado en los últimos años el **Programa Atlantis** de seguimiento y apoyo de chicos que ya han salido de los Hogares/CT, y más allá de la mayoría de edad.