

Trauma Complejo del Desarrollo & el Modelo de Peligro Desorganizado en la infancia (0-6 años): Evidencias y la propuesta de un programa de intervención temprana¹

Felipe Lecannelier A.

Centro Apego & Regulación Emocional (CARE)

Universidad del Desarrollo-Santiago de Chile

flecannelier@udd.cl

Resumen

Las conceptualizaciones actuales sobre el trauma infantil buscan explicar el proceso que organiza la experiencia y estilo de funcionamiento de los niños que sufren vulneraciones múltiples, crónicas e interpersonales, especialmente durante los primeros años de vida. Esta conceptualización actual se la conoce como Trauma Complejo del Desarrollo (TCD), y constituye un avance en la comprensión del trauma, desde una perspectiva multinivel e interdisciplinaria. El presente capítulo articula las evidencias y conceptualizaciones sobre la importancia del TCD durante los primeros años de vida, así como la propuesta de un programa de intervención llamado Programa de Apego & Trauma Complejo (P.A.T) para niños institucionalizados, en Chile.

Palabras claves

Trauma Complejo-Apego- Institucionalización Temprana-Intervención Temprana.

- I. Trauma Complejo y la búsqueda de una aproximación integrada sobre la vulnerabilidad infantil.

Históricamente, se han considerado las experiencias y eventos de vulneración en la infancia como una problemática asociado a “vulneraciones específicas”, es decir, preferentemente al abuso sexual, el maltrato físico y la negligencia (Barudy, 1999). Sin embargo, esta aproximación presenta la dificultad inherente de dividir en eventos específicos, lo que en la mayoría de los casos de alta vulnerabilidad, suele ser una experiencia traumática que en pocas ocasiones opera de un modo “puro” (es decir, infantes en condiciones de riesgo que *solo* han sufrido abuso sexual, o maltrato físico, o negligencia). Lo anterior ha dificultado la elaboración de un modelo integrado sobre la experiencia traumática desorganizada de los miles de infantes que han sufrido (y sufren) múltiples y crónicas vulneraciones durante sus vidas. Tal como lo

¹ El presente capítulo se encuentra en prensa, en un libro que será publicado en el marco del Doctorado de la Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación, de la Universidad de Valencia. Debido a lo anterior, se prohíbe su reproducción o difusión bajo cualquier medio.

plantean Chu & Lieberman (2010): *“La aproximación del “evento único” limita enormemente nuestra comprensión (del trauma) al focalizarse solo en traumas agudos, y fallando en situar estos eventos dentro un espectro más amplio de traumas crónicos, complejos y/o múltiples”* (p. 472).

Es decir, al concebir las vulneraciones en la infancia como diversas “situaciones/eventos específicos de riesgo” se cae en una serie de limitaciones para una comprensión, explicación e intervención integrada: 1) se suele confundir el evento con la experiencia, en el sentido que explicitando el evento (por ejemplo, el niño sufrió un abuso sexual), se suele pensar que se está explicando la experiencia compleja subyacente; 2) al no comprender la forma como el o los eventos traumáticos se integran en una experiencia psicofisiológica-emocional-cognitiva-relacional-social específica y determinada, se suele caer en etiquetamientos y comprensiones simples expresadas en términos tales como “el niño maltratado”, “la niña abusada”; 3) dado que el infante es categorizado de acuerdo al tipo de evento vulnerable que experimentó, las intervenciones suelen elaborarse de acuerdo al mismo principio divisorio. Entonces, las intervenciones son específicas al tipo de evento experimentado, y no necesariamente a cómo la/s experiencias traumáticas se integran al sí-mismo del niño/a. Por ende, comprender el cómo los eventos traumáticos se van integrando en una experiencia que organiza el desarrollo del infante, parece ser una tarea imprescindible para elaborar programas de prevención/intervención mas efectivos y eficaces.

La noción de “Trauma Complejo del Desarrollo” (TCD) implica la experiencia de haber sufrido múltiples traumatizaciones, específicamente de origen interpersonal, y con consecuencias nefastas para el desarrollo general del infante (van der Kolk, 2005). Se considera que el TCD implica la comprensión multinivel de la experiencia desorganizada comprendida como una “constelación traumática” que organiza toda la experiencia de estar en el mundo del infante, a través de su trayectoria vital (Lecannelier, 2014; Lieberman & van Horn, 2008). Del mismo modo, bajo la adopción de esta noción de “trauma complejo” se derivan propuestas de intervención que sean integrales y sistemáticas, pero por sobre todo, considerando la experiencia relacional/contextual organizada del niño, bajo una mirada de seguridad emocional (Hughes, 2006; Lecannelier, 2009, 2014; Sheeringa & Zeanah, 2001).

Tal como ha ocurrido en la historia y conceptualizaciones sobre la infancia², los estudios sobre la traumatización compleja temprana son escasos (y siguen estando en la experiencia de lo “no dicho”) (Lieberman, Chu, Van Horn, & Harris, 2011; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007a). A pesar de que los niños durante sus primeros 6 años de vida son propensos a sufrir una amplia variedad de situaciones traumáticas, la atención en esta etapa del desarrollo ha sido preocupantemente escasa (Chu & Lieberman, 2010). Por ejemplo, el mayor porcentaje de los

² Aunque etimológicamente, la noción de infancia (infance-infant) se entiende como el periodo de los 0 a los 3 años, aquí se considerarán las nuevas propuestas sobre la ampliación hacia los 6 años.

estudios a larga escala sobre la prevalencia del trauma suelen incluir niños a partir de los 6 años (Lieberman et al., 2011). Pero si consideramos la amplia evidencia psicobiológica sobre la relevancia de los primeros años de vida para la adaptación y salud mental humana (Zeanah, 2012), y consiguientemente la alta vulnerabilidad de los efectos del trauma en ese periodo, es que se hace urgente una mayor preocupación, estudios y propuestas de intervención (Hughes, 2006; Osofsky, 2011).

Algunos datos confirman lo planteado: 1) se ha demostrado que un alto porcentaje niños no suelen sufrir traumatizaciones aisladas, sino que alrededor del 45% de niños durante los primeros 5 años de vida ya ha experimentado a lo menos 4 tipos de traumatizaciones (Crusto et al., 2010); 2) en un estudio a gran escala en 2000 niños entre los 2 y los 17 años, se encontró que el 70% ha experimentado 1 trauma, el 64% ha vivido 2 eventos traumáticos, y el 18% mas de 4 eventos (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007b). Los autores del estudio concluyen que la victimización es una condición más que un evento; 3) haber sufrido TC en la infancia se relaciona a diez causas de muerte en la adultez (tales como ataque cardiaco, cáncer, enfermedades del hígado y del pulmón, y múltiples fracturas) Así mismo, haber experimentado cuatro o más tipos de trauma en la infancia tiene una alta asociación con diversos problemas de salud mental en la adultez (alcoholismo, adicción a las drogas, depresión, suicidio, obesidad, promiscuidad, violencia, y otros) (Felitti et al., 1998).; 4) las vulneraciones mas severas suelen ocurrir durante los primeros 5 años de vida (Lieberman, Chu, Van Horn, & Harris, 2011) : -el 75% de los niños que muere por maltrato de sus cuidadores principales, son menores de 4 años; -el periodo de mayor abuso ocurre entre los 0 y los 12 meses de edad; -los efectos más nocivos de la violencia intrafamiliar ocurre durante los primeros 4 años (debido a que el infante no puede escapar o alejarse de la situación de violencia, y por ende, suele ser un testigo directo de la misma); 5) finalmente, los efectos más nocivos provienen de los cuidadores principales y el contexto de apego (sea debido a que son los perpetradores del trauma, o debido a que los procesos de regulación/mentalización post trauma son inefectivos).

En relación al último punto, la relación entre apego y TCD es un aspecto fundamental para comprender su conceptualización. Se ha encontrado que los efectos más nocivos ocurren en el área del desarrollo de un sentido de seguridad socio-emocional en los niños, afectándoles gravemente la formación de apegos seguros y competencias socio-emocionales adecuadas para un adecuado enfrentamiento de la vida. Más específicamente, se propone que existen 3 elementos claves para comprender los efectos y la experiencia de un niño que vive un TCD (D'Andrea, Ford, Stolbach,, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Lieberman & Van Horn, 2008):

- a. La falta de instancias de regulación de experiencias traumáticas por parte de los padres: es decir, sean o no los cuidadores la fuente del estrés, el TCD se caracteriza por la incapacidad de éstos en poder leer e identificar el nivel de sufrimiento de los niños/as,

con la consiguiente incompetencia para regular, contener y disminuir las emociones crónicas de miedo, peligro, confusión, terror y desorganización;

- b. Esto a su vez genera en el niño/a una crónica sensación de inseguridad emocional desorganizada hacia sus cuidadores: es decir, que se va desarrollando paulatinamente una desconfianza básica, en la expectativa que los padres no acudirán ni lo ayudarán en momentos de estrés y trauma;
- c. Finalmente, el punto anterior estructura en el infante procesos mentales y afectivos desorganizados que se experimentan como una experiencia de caos, impredecibilidad y confusión que se deben controlar a toda costa (a través de estrategias hetero y autoagresivas, o excesivamente inhibidas, o controladoras/punitivas hacia los otros). Este sobre-control desorganizado rígido genera una sobre-focalización de la actividad mental y conductual, alejada del desarrollo de procesos y capacidades necesarias para la adaptación progresiva, provocando un deterioro generalizado en todas las áreas del funcionamiento vital (educacional, familiar, social, legal y vocacional).

Por lo tanto, la conceptualización del TCD en la infancia temprana y edad preescolar, permite una comprensión más integrada de la experiencia desorganizada que opera bajo múltiples niveles y mecanismos psicobiológicos, dentro de un sistema de apego que, más que entregar seguridad emocional, proporciona una experiencia crónica de peligro, caos e impredecibilidad, la cuál termina afectando todas las áreas vitales del infante. A continuación, se articulará de un modo mas específico, los elementos esenciales para comprender esta experiencia de peligro crónica desorganizada.

II. Un Modelo de Peligro Desorganizado para la comprensión del TC.

La comprensión de la complejidad de la experiencia del TCD presenta varias dificultades para los diversos profesionales que trabajan con este tipo de población infantil. Uno de los principales problemas surgen de la limitación en comprender (y regular) toda una serie de conductas/reacciones/emociones extremas que los niños/as suelen desplegar (ataques de agresión, conductas opositoras extremas, cambios súbitos de estados emocionales, desconexión/indiferencia, desconfianza extrema, instrumentalización de las relaciones, y otros). Como un modo de operacionalizar esta experiencia traumática, es que se ha elaborado un modelo que posibilita, no solo su comprensión, sino su evaluación de diferentes componentes esenciales (Lecannelier, 2014).

Este modelo articula tres procesos esenciales (ver figura 1): 1) el núcleo de la experiencia traumática/desorganizada; 2) los estados y estímulos de gatillamiento; 3) las estrategias de afrontamiento/evitación de la experiencia traumática.

1.-Núcleo de la experiencia traumática/desorganizada:

Desde una perspectiva evolucionista, el trauma (y las situaciones altamente estresantes) activan sistemas cerebrales y hormonales relacionados a la detección, anticipación y enfrentamiento del peligro (Crittenden, 1999; Debiec & Sullivan, 2013; Panksepp & Biven, 2012). A pesar de que los seres humanos poseen estructuras corticales de alto nivel, la evidencia ha demostrado que en situaciones de peligro, nuestro cerebro mamífero/emocional toma control de la conducta, y cuando esta experiencia de peligro se hace crónica, la persona adquiere un estilo crónico de funcionamiento “límbico/emocional” (Phelps, 2009).

Por ende, en los niños/as con TCD, el peligro se transforma en la principal experiencia a detectar, organizar, anticipar, regular, y evitar. A nivel emocional/relacional, el TCD genera una experiencia/expectativa afectiva que se experimenta como si los otros no serán entes protectores del peligro, debido principalmente al hecho que han sido la fuente primaria del peligro (Main & Hesse, 1990). Desde la inseguridad emocional emerge la desconfianza crónica en las relaciones emocionales, especialmente las de cuidado adulto. A nivel conductual/actitudinal, esta experiencia de peligro crónico se traduce en una aproximación hacia la realidad de un modo crónicamente *hiperalerta* donde el niño despliega conductas hipertónicas (a nivel corporal, sensorial y facial) y atencionales, buscando anticipar constantemente cualquier posible evento de peligro. Dado que el cerebro opera bajo una regla de búsqueda de predictibilidad (“las experiencias que se repiten, tienen alta probabilidad de volver a repetirse”), el infante reacciona conductualmente bajo la misma lógica (“si ya hubo peligro, entonces, volverá a ocurrir”). A nivel representacional, los niños con TC desarrollan *expectativas mentales* de ser abandonados, no queridos, dañados físicamente, y culpables de su situación (Lieberman & van Horn, 2008). Finalmente, todo lo anterior va deteriorando progresivamente los diversos ámbitos del desarrollo, debido principalmente a que la actividad primaria del cerebro está destinada a protegerse del peligro (desactivando las áreas relacionadas a los procesos superiores y de regulación del estrés necesarios para la continua adaptación a las demandas del ambiente).

Por ende, un primer paso para una explicación integral del TC consiste en comprender el núcleo de una experiencia emocional crónica implícita de peligro, donde el niño desconfía de la disponibilidad emocional de los adultos cuidadores (inseguridad emocional), representándose como un ser no querible, propenso a ser abandonado, maltratado y culpado por sus cuidadores. Todo lo anterior, repercute negativamente en todas las áreas del desarrollo y la adaptación vital³.

2.-Estados y estímulos de gatillamiento.

En situaciones de peligro agudo, se activan las áreas “rápidas” relacionadas con la reacción inmediata del organismo para “pelear/escapar” del evento y se desactivan las áreas

³ Existe amplia evidencia neurobiología y psiconeuroinmunológica que apoya la presente propuesta, pero debido a limitaciones de espacio, no se articularán en el presente documento.

“lentas” relacionadas con la reflexión, mentalización y razonamiento abstracto (Bracha, 2004). Posteriormente, cuando la situación de peligro ha finalizado, el cerebro recupera en cierta medida su actividad cortical. En el caso del TC, el peligro no solo es crónico, sino que su fuente es esencialmente interpersonal (lo que aumenta aún más la cronicidad, debido a que los niños suelen compartir cotidianamente con sus cuidadores). En esos casos, el cerebro no vuelve a su estado cortical, sino que permanece crónicamente activado en un modo “límbico”, posibilitando que el organismo pueda estar alerta frente a cualquier peligro. La consecuencia de esta hiperactivación crónica de las áreas cerebrales relacionadas con el peligro, es que, incluso cuando su fuente ya no esté presente, cualquier estímulo (sea interno o externo) gatilla la misma reacción, como que el peligro pasado fuera presente y real. En esos instantes, el niño entra en un estado de “gatillamiento”, donde suele reaccionar del mismo que en el pasado. Es por esta razón que los niños con TC suelen tener reacciones externalizantes y/o internalizantes, que desde el punto de vista de un observador, parecen desmedidas en relación al estímulo que las gatilló (D’Andrea, Ford, Stolbach,, Spinazzola, & van der Kolk, 2012). Los estímulos que suelen gatillar las reacciones traumáticas pasadas pueden ser internos (un recuerdo, un estímulo sensorial, una emoción, un pensamiento), o externos (cambios inesperados, el contacto físico, una actitud autoritaria de un adulto, un espacio sin ruidos, etc.).

Por ende, un segundo paso para explicar la experiencia del TC consiste en comprender las reacciones desorganizadas y extremas de los niños, como el operar de una reacción del cerebro que se re-activa al encontrar similitudes estimulares (internas y/o externas) con las experiencias traumáticas reales, y por ende, se experimentan como que el presente fuera nuevamente el pasado.

3.-Estrategias de afrontamiento/evitación de la experiencia traumática.

Si toda experiencia emocional debe ser regulada (Gross, 2015), entonces las experiencias traumáticas crónicas van a requerir estrategias más intensas de regulación/afrontamiento que sirvan a los efectos adaptativos de mantener la coherencia y continuidad de la misma experiencia (es decir, evitar la experiencia caótica, mientras se maximiza en alguna medida algún tipo de cuidado). Considerando lo anteriormente expuesto sobre la experiencia traumática y el peligro, estas estrategias operan a un nivel sub-cortical, siendo adaptativas en el presente, pero generando consecuencias para la salud física y mental a largo plazo (Karr-Morse & Wiley, 2012). Estas estrategias tienen un fundamento evolucionista basado en la historia de enfrentamientos del peligro de los mamíferos, por lo que cada una se activa de acuerdo a ciertas condiciones internas (temperamento, género, edad y factores de vulnerabilidad/resiliencia) y externas (intensidad, severidad y cronicidad del trauma). Así mismo, se hipotetiza que cuando el trauma continua a través de los años, estas estrategias se

organizan en estilos afectivos de la persona, durante los periodos escolares-adolescente, y adulto.

Las estrategias que se han investigadas son: 1) Pelear/Escapar: a) cuando el peligro puede ser enfrentado y/o cuando el organismo adquiere las capacidades de hacerle frente, los mamíferos suelen activar la *estrategia de pelear* (niños que enfrentan la experiencia traumática a través de la violencia, la hiperactividad, el oposicionismo, y el enfrentamiento psicológico/relacional); b) cuando el peligro supera las capacidades del organismo, pero las posibilidades de sobrevivir son altas, el organismo activa la *estrategia de escapar* (niños aislados, que evitan el contacto y la confrontación social); 2) Complacer/Aferrarse: evidencias actuales han demostrado que podrían existir diferencias de género en el enfrentamiento del peligro (David & Lyons-Ruth, 2005). Por un lado, los hombres serían mas tendientes a utilizar estrategias de pelear, y las mujeres enfrentarían el peligro interpersonal a través de un cuidado complaciente y cuidador. Del mismo modo, otra estrategia en un continuo más extremo de la complacencia, sería el aferramiento hacia alguna figura de apego, debido a experiencias y/o amenazas de abandono traumático (Bowlby, 1973).; 3) Anestesiamiento/Disociación: en algunas situaciones, el peligro no puede ser enfrentado ni evitado, y la amenaza de daño es altamente probable (debido a la severidad/intensidad del peligro, y/o las insuficientes capacidades del infante para enfrentarlas, debido a su desarrollo precario y/o dificultades físicas). En estos casos, el organismo se prepara fisiológica y psicológicamente para un daño inminente, al desconectar áreas corticales del cerebro, activar el sistema parasimpático y opiáceos cerebrales, desactivar los procesos atencionales hacia lo externo, y generar una experiencia desconectada de la realidad externa (Liotti, 1999)

Por lo tanto, el Modelo de Peligro Desorganizado propone una estrategia operacionalizada para comprender y evaluar la experiencia de niños que han sufrido crónicas vulneraciones en su integridad física y psicológica.

III. Programa de Apego & Trauma Complejo (PAT) para niños en situaciones de institucionalización temprana y/o extrema vulnerabilidad.

Durante los últimos años, el Centro de Apego & Regulación Emocional (CARE) de la Universidad del Desarrollo en Santiago de Chile, ha desarrollado una serie de programas de intervención temprana para el fomento del apego, el desarrollo socio-emocional, y el cuidado respetuoso, en diferentes contextos vitales y vulnerables de los infantes (madres y bebés privados de libertad, institucionalización temprana, familias de acogida, padres adoptivos, salas de cuna y educación preescolar) (Lecannelier, 2012, 2013, 2014b, 2014c; Lecannelier, et al., 2009; Lecannelier, Flores, Hoffmann, & Vega, 2011; Lecannelier, Silva, Hoffmann, Morales & Melo, 2014).

Uno de aquellos programas llamado *Programa de Apego & Trauma Complejo (P.A.T)*, está destinado al fomento del restablecimiento de niveles de seguridad emocional en infantes que se encuentran institucionalizados debido a que fueron víctimas de múltiples vulneraciones, y por ende, suelen experimentar TCD. Las trayectorias tempranas de vulneración de estos infantes empieza a nivel pre-natal (abuso de drogas, alcohol, violencia intrafamiliar, depresión e historias de trauma), sigue a nivel post-natal (maltrato, abuso, negligencia, violencia y múltiples estresores crónicos), y prosigue en los ambientes de institucionalización (separación de sus cuidadores, cuidados inadecuados, y soledad e incertidumbre). Debido a lo anterior, es que las intervenciones deben ser cuidadosamente elaboradas, considerando las necesidades y prioridades de los niños/as, donde no basta asumir que ellos necesitan “reparar su trauma” (de acuerdo al planteamiento clásico y actual de muchas propuestas psicoterapéuticas), cuando todavía se encuentran en situación traumática crónica (y sin cuidadores significativos)⁴

Más específicamente, el fundamento central del P.A.T es el siguiente: la evidencia ha demostrado que uno de los principales procesos que se ven alterados como producto de las situaciones traumáticas, es el sentido de seguridad emocional hacia los otros y el mundo (Hughes, 2006; Dozier & Rutter, 2008). Esta pérdida de la seguridad genera a su vez una cascada de procesos del desarrollo que se van deteriorando, no solo a nivel socio-emocional, sino también psicofisiológico y cognitivo. Por ende, solo en la medida en que el infante recupere y restablezca algún sentido de seguridad emocional en su vida, es que el resto de los procesos del desarrollo podrán recuperarse. Desafortunadamente, también se ha demostrado que la condición de institucionalización temprana suele constituirse en sí misma en un factor traumático, debido a aspectos propios de los centros (alta rotación de cuidadores, alta razón de niños: cuidador, cuidados no personalizados, ausencia de cuidadores específicos, baja estimulación cognitiva y socio-emocional, ambientes cargados de estrés y conductas desorganizadas, entre otros). Entonces, el programa P.A.T es un modelo de intervención que busca ante todo, restablecer niveles adecuados de seguridad emocional, al entregar a todos los adultos que están a cargo de los niños/as, una serie de conocimientos, condiciones, herramientas, y estrategias para que puedan comprender, mentalizar, respetar y regular la experiencia traumática que viven estos infantes cotidianamente. Entonces, es solo a través de que los centros se constituyan como “sistemas de cuidado respetuoso”, es que podrán generar un impacto positivo en las vidas y desarrollo de los niños con Trauma Complejo. Este objetivo

⁴ Las intervenciones empíricamente validadas sobre el trauma en niños suelen estar focalizadas desde los 6 años (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006); Saxe, Heidi, & Kaplow, 2009). Así mismo, aquellas que se focalizan en etapas más tempranas poseen como condición básica la presencia de un cuidador significativo estable y continuo en la vida del niño/a (Osofsky, 2011; Lieberman & Van Horn, 2008). Por ende, a pesar de que en muchos países (como Chile) suelen realizar psicoterapias de reparación del trauma en niños institucionalizados, el fundamento de esto todavía es cuestionable.

no se puede concretar con unas horas de psicoterapia a la semana, sino que modificando el contexto relacional y emocional cotidiano de los niños.

El programa P.A.T es un modelo de intervención manualizado, ordenado en sesiones, y que contiene una serie de conceptos, objetivos, actividades, ejercicios y estrategias, presentados de una forma clara y didáctica (Lecannelier, 2014, 2015). El programa en cuestión está pensado para ir progresivamente aumentando las capacidades de cuidado de todas las personas que componen el “sistema de cuidado” del infante, siempre con el propósito último de desarrollar una actitud mental/emocional de “tener en mente la mente del niño” a través de la puesta en práctica de un cuidado respetuoso que considere las necesidades, experiencias, intereses de los niños/as de 0 a 4 años que han sufrido múltiples traumas en su vida. Se espera que en el trabajo sistemático, sesión a sesión, el “sistema de cuidado” pueda comprender, reflexionar, entrenar y poner en práctica, las habilidades anteriormente mencionadas⁵.

El fundamento nuclear del presente modelo se puede explicar de la siguiente forma: para un adecuado desarrollo, todo niño debe estar protegido por algún “sistema cuidador”, sea uno o varios adultos, sea una institución completa. Este sistema cuidador debe proporcionar a los infantes de un sentido básico de seguridad emocional a través de la implementación de una serie de acciones relacionadas a la capacidad de saber mentalizar, regular y generar predictibilidad, especialmente en situaciones de estrés y/o peligro. La aplicación de estas capacidades que se agrupan bajo la categoría del Apego, se constituyen como la primera instancia para darle un sentido de seguridad emocional a un niño, de modo que pueda experimentar protección, regulación y confort con los adultos a su cargo. Del mismo modo, se considera que estas condiciones básicas de Apego son el requisito necesario para iniciar cualquier tipo de trabajo terapéutico con niños han sufrido vulneraciones en sus derechos. Una vez alcanzado esta primera etapa, los niños están en condiciones de desarrollar determinadas habilidades para el manejo, regulación, comprensión, y enfrentamiento de ciertas experiencias traumáticas que han sufrido. Estas competencias le permitirán al niño comunicar y regular cualquier tipo de emociones estresantes y desbordantes que puedan ocurrir al interior de la terapia y en otros contextos vitales. Esta es la fase que llamamos de Autorregulación. Finalmente, y con la adquisición de un sentido de seguridad en el apego y de ciertas habilidades de autorregulación, el niño estará preparado para trabajar el proceso de Integración de su experiencia traumática.

Las fases y competencias del programa son (ver figura 2): 1) **PSICO-EDUCACIÓN & SENSIBILIZACIÓN**: donde se busca que todos los actores involucrados en las residencias puedan conocer y sensibilizarse sobre lo que es un Trauma Complejo, sus características, síntomas, experiencias y sentido adaptativo; 2) **APEGO I-CONDICIONES DE SEGURIDAD**

⁵ Importante resaltar que si bien este programa fue creado para contextos de institucionalización temprana, debido al hecho que muchos niños que viven con sus padres o cuidadores alternativos, han sufrido vulneraciones importantes de su sentido de seguridad emocional, es que puede ser aplicado a contextos familiares.

EMOCIONAL: en esta fase se considera que lo primario y esencial en la ayuda de niños/as vulnerados es buscar restablecer niveles básicos de seguridad emocional en el contexto general de cuidado, a través del aumento y/o fortalecimiento de los niveles de estabilidad, continuidad, especificidad, predictibilidad, sensibilidad y ausencia de estrés; 3) **APEGO II – MENTALIZACIÓN:** aquí se busca que los cuidadores y diversos actores involucrados en las residencias puedan aprender una forma concreta para mentalizar, comprender y validar la experiencia traumática de los infantes; 4) **APEGO III – AUTOMENTALIZACIÓN:** en esta fase, se busca que los cuidadores y actores involucrados en las residencias puedan reconocer sus propias dificultades en los procesos de mentalización y de posibles conductas inadecuadas de cuidado; 5) **APEGO IV- REGULACIÓN:** en esta última fase se entregan una serie de estrategias concretas para manejar/regular las instancias estresantes y desbordantes de los niños/as institucionalizados.

IV. Conclusión.

El TCD en las etapas tempranas de la vida sigue siendo un tema que permanece en el ámbito de lo “no dicho”, no solo para los padres, educadores y diversos profesionales de la salud, sino que también para muchos psicólogos. Esta especie de negación (históricamente observada en las diversas problemáticas en la infancia temprana) ha retrasado enormemente la investigación e intervención apropiada relacionada a la ayuda de estos niños. Así mismo, debido a que las reacciones de estos niños/as son extremas, es que suelen ser tempranamente diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico (Déficit Atencional, Trastorno de Conducta, Depresión, y otros), no permitiendo una verdadera comprensión (y aceptación) de la experiencia y estrategias subyacentes que ellos despliegan para poder adaptarse a emociones y procesos mentales que se experimentan como desorganizantes para la integridad física y emocional. Entonces, sea debido a un proceso de negación o de sobre-diagnóstico y etiquetamiento, muchos niños no reciben la comprensión e intervención que necesitan, incubando y estructurando aún más sus estrategias de afrontamiento, las que en la adolescencia terminan organizando un estilo generalizado de funcionamiento (van der Kolk, 2014).

Por lo tanto, si la adopción de una perspectiva temprana en la prevención e intervención de las dificultades de los niños parece ya ser una aproximación mundialmente aceptada y efectiva, en el caso del TCD, su implementación es una tarea urgente a realizar.

V. Referencias.

Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación*. Editorial Galdoc.

Blaustein, M.E., & Kinniburgh, K.M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents. How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: The Guilford Press.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bracha, H.S. (2004). Freeze, flight, fright, faint: Adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectrums*, 9, 679-685.
- Chu AT, Lieberman AF (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6:469-94.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. The Guilford Press: New York.
- Crittenden, P.M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. En J.I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk*. Monographs of the Society for Research on Child Development (pp. 145-171).
- Crusto, C.A., Whistson, M-L., Walling, Sh.M., Feinn, R., Friedman, S., Reynolds, S., Amer, M., & Kaufman, J. (2011). Posttraumatic stress among young urban children exposed to family violence and other potentially traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 6, 716-724.
- David, D.H., & Lyons-Ruth, K. (2005). Differential attachment responses of male and female infants to frightening maternal behavior: Tend of befriend versus fight or flight? *Infant Mental Health Journal*, 26, 1 1-18.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 2, 187-200.
- Debiec, J., & Sullivan, R.M. (2013). Intergenerational transmission of emotional trauma through amygdala-dependent mother-to-infant transfer of specific fear. *PNAS*, 111, 33, 12222-12227.
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationship faced by young children in foster and adoption care. En J. Cassidy y Ph. Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. Second Edition* (698-717). New York: Guilford Press.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31: 7-26.
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA (2007b). Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166.
- Gross, J. (2015) (Ed). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press, 2nd Edition.
- Hughes, D. (2006). *Building the bonds of attachment. Awakening love in deeply troubled children*. Jason Aronson, 2nd.
- Karr-Morse, R., & Wiley, M.S. (2012). *Scared sick. The role of childhood trauma in adult disease*. Basic Books.

Lecannelier, F. (2012). Programas de prevención en el fomento de la seguridad en el apego en contextos vitales del niño: La experiencia Chilena. *Revista de Psicopatología & Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 20, 19-27.

Lecannelier, F. (2013). El uso de la mentalización y la regulación emocional en programas de intervención temprana para el fomento de la seguridad en el apego. *Revista de Mentalización*, nº 1, <http://revistamentalizacion.com/ultimonumero.html>.

Lecannelier, F. (2014a). *Programa Apego & Trauma Complejo. Manual de Intervención*. Universidad del Desarrollo/Ministerio del Desarrollo Social.

Lecannelier, F. (2014b). Programa de intervención para el fomento de la seguridad en el apego para infantes de 1 a 5 años y sus familias: El A.M.A.R-Terapéutico. En A. Quiñones, P. Cimbolli, A. Pascale, M.G. Strepparava (Eds), *Psicoterapia de procesos de significado: Manual teórico práctico*. Roma: Casa Alpes.

Lecannelier, F. (2014c). A.M.A.R: Un modelo de intervención basado en el fomento del apego. En G. Posada, B. Torres, & J. Causadias (Eds), *Investigación y aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego*. Editorial Psimática.

Lecannelier, (2015). *Apego, mentalización & regulación emocional en trauma complejo: Guías prácticas*. ONG Raices/Servicio Nacional de Menores.

Lecannelier, F., Undurraga, V., Olivares, A.M., Rodríguez, J., Núñez, J.C., Hoffmann, M., Goldstein, N., & Larraín, C. (2009). Estudio de eficacia sobre dos intervenciones basadas en el fomento del apego temprano en diadas madre-bebé provenientes de la Región Metropolitana en Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, año XVIII, 143-155.

Lecannelier, F., Flores, F., Hoffmann, M., & Vega, T. (2010). Trayectorias tempranas de la agresión: Evidencias y la propuesta de un programa preventivo. En D. Sirlopu & H. Salgado (Eds), *Infancia y adolescencia en riesgo. Desafíos y aportes de la psicología en Chile*. Universidad del Desarrollo.

Lecannelier, F., Silva, J., Morales, R., Melo, R., & Hoffmann, M. (2014). Effects of an intervention to promote socio-emotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile. *Infant Mental Health Journal*, 35 (2), 151-159.

Liotti, G. (2009). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. En J. Solomon & C. George (Eds), *Attachment disorganization*. (pp. 318-346). New York: The Guilford Press.

Lieberman, A.F., & van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.

Lieberman AF, Chu A, Van Horn P, Harris WW. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development & Psychopathology*, 23(2):397-410.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp.161-184). Chicago: University of Chicago Press.

Osofsky, J.D. (2011) (Ed.). *Clinical work with traumatized young children*. New York: Guilford Publishers.

Pankseep, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. Norton Series on Interpersonal Neurobiology.

Phelps, E.A. (2009). *The human amygdala and the control of fear*. En P.J Whalen y E.A. Phelps (Eds), *The human amygdala*. New York: The Guilford Press.

Saxe, G.N., Heidi, B., & Kaplow, J.B. (2009). *Collaborative treatment of traumatized children and teens: The Trauma Systems Therapy Approach*. New York: The Guilford Press.

Sheeringa, M.S., & Zeanah, C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799-815.

Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatry Annals*, 35, 5, 401-408.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the healing of trauma*. Viking.

Zeanah, Ch. (2012) (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health. Third Edition*. New York: The Guilford Press.

CV del autor.

Felipe Lecannelier A.

Director académico del Centro de Apego & Regulación Emocional (CARE), Universidad del
Desarrollo.