

X. APEGO Y TRAUMA COMPLEJO:

Un programa de intervención para infantes (0 a 4 años) institucionalizados

FELIPE LECANNELIER A.

EL TRAUMA COMPLEJO Y LA BÚSQUEDA DE UNA APROXIMACIÓN INTEGRADA A LA VULNERABILIDAD INFANTIL

Históricamente, se han considerado las experiencias y eventos de vulneración en la infancia como un problema asociado a “vulneraciones específicas”, es decir, preferentemente al abuso sexual, el maltrato físico y la negligencia.¹ Sin embargo, esta aproximación presenta el problema inherente de dividir en eventos específicos, lo que en la mayoría de los casos de alta vulnerabilidad suele ser una experiencia traumática que en raras ocasiones opera de un modo “puro” (es decir, infantes en condiciones de riesgo que sólo han sufrido abuso sexual, sólo maltrato físico o sólo 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 plantean Chu y Lieberman: “La aproximación del ‘evento único’ limita enormemente nuestra comprensión (del trauma) al focalizarse solo en traumas agudos, y sin situar estos eventos dentro un espectro más amplio de traumas crónicos, complejos o múltiples”.²

Es decir, al concebir las vulneraciones en la infancia como diversas “situaciones o eventos específicos de riesgo” se cae en una serie de limitaciones para la comprensión, explicación e intervención integrada: 1) se suele confundir al evento con la experiencia, en el sentido de 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 conceptos simples expresados 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 siguiendo el mismo principio divisorio. Entonces, las intervenciones son específicas al tipo de evento

experimentado, y no necesariamente a cómo la o las experiencias traumáticas se integran al ser del niño o la niña. Por ende, comprender cómo se van integrando los eventos traumáticos, en una experiencia que organiza el desarrollo del infante, parece ser una tarea imprescindible para elaborar programas de prevención e intervención más efectivos y eficaces.

El concepto de Trauma Complejo del Desarrollo (TC) implica la experiencia de haber sufrido múltiples traumatizaciones, específicamente de origen interpersonal, y con consecuencias nefastas para el desarrollo general del infante.³ Se considera que el TC implica la comprensión multinivel de la experiencia desorganizada entendida como una “constelación traumática” que organiza toda la experiencia de estar en el mundo del infante, a través de su trayectoria vital.⁴ Del mismo modo, de la adopción de este concepto de TC se derivan propuestas de intervención más integrales y sistemáticas; pero, sobre todo, que consideran a la experiencia relacional y contextual organizada del niño bajo una mirada de seguridad emocional.⁵

Tal como ha ocurrido en la historia y conceptualizaciones de la infancia⁶, los estudios sobre la traumatización compleja temprana son escasos (y siguen estando en lo “no dicho”).⁷ A pesar de que los niños durante sus primeros seis años de vida son propensos a sufrir una amplia variedad de situaciones traumáticas, la atención a esta etapa del desarrollo ha sido preocupantemente escasa.⁸ Por ejemplo, el mayor porcentaje de los estudios a larga escala sobre la prevalencia del trauma suelen incluir niños a partir de los seis años.⁹ Pero si consideramos la amplia evidencia psicobiológica sobre la relevancia de los primeros años de vida para la adaptación y salud mental humana,¹⁰ y consiguientemente la alta vulnerabilidad de los efectos del trauma en ese periodo, se vuelve urgente una mayor preocupación, estudios y propuestas de intervención para el TC temprano.¹¹

Algunos datos confirman lo planteado: 1) se ha demostrado que un alto porcentaje de niños no suelen sufrir traumatizaciones aisladas, sino que alrededor de 45% de ellos durante los primeros cinco años de vida ya ha experimentado por lo menos cuatro tipos de traumatizaciones;¹² 2) en un estudio a gran escala, en 2 000 niños entre los dos y los 17 años, se encontró que 70% ha experimentado un trauma, 64% ha vivido dos eventos traumáticos y 18% más de cuatro.¹³ Los autores del estudio concluyen que la victimización es *una condición más que un evento*; 3) haber sufrido TC en la infancia se relaciona con 10 causas de muerte en la adultez (tales como ataque cardíaco, cáncer, enfermedades del hígado y del pulmón y fracturas múltiples). Asimismo, 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);¹⁴ 4) las vulneraciones

más severas suelen ocurrir durante los primeros cinco años de vida:¹⁵ a) 75% de los niños que muere por maltrato de sus cuidadores principales, son menores de cuatro años; b) el periodo de mayor abuso ocurre entre los 0 y los 12 meses de edad; c) los efectos más nocivos de la violencia intrafamiliar ocurren durante los primeros cuatro años (debido a que el infante no puede escapar o alejarse de la situación de violencia y, por ende, suele ser testigo directo de la misma); 5) finalmente, los efectos más nocivos provienen de los cuidadores principales y el contexto de apego (ya sea debido a que son los perpetradores del trauma, o a que los procesos de regulación y mentalización postrauma no son efectivos).¹⁶

Con respecto al último punto, la relación entre apego y TC 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 socioemocional en los niños, afectando gravemente la formación de apegos seguros y competencias socioemocionales óptimas para un enfrentamiento adaptativo de la vida. Más específicamente, se propone que existen tres elementos clave para comprender los efectos y la experiencia de un niño que vive un TC:¹⁷

- 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 TC se caracteriza por la incapacidad de éstos de poder identificar y mentalizar el nivel de sufrimiento de los niños o niñas, 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 o niña una *sensación crónica de inseguridad emocional desorganizada hacia sus cuidadores*; es decir, 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 caos, impredecibilidad y confusión que se deben controlar a toda costa (a través de estrategias hetero y autoagresivas, excesivamente inhibidas, controladoras o punitivas hacia los otros). Este sobrecontrol desorganizado rígido genera una sobrefocalización 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 (educativa, familiar, social, legal y vocacional).

Por lo tanto, la conceptualización del TC 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 proporcionar seguridad emocional, da una experiencia crónica de peligro, caos e impredecibilidad, que termina afectando todas las áreas vitales del infante. A continuación, se articularán de un modo más específico los elementos esenciales para comprender esta experiencia de peligro crónica desorganizada, de acuerdo con la propuesta del Centro de Apego y Regulación Emocional (CARE), de la Universidad del Desarrollo (Santiago de Chile).

UN MODELO DE PELIGRO DESORGANIZADO PARA ENTENDER EL TC

Entender la complejidad de la experiencia del TC presenta varias dificultades para los diversos profesionales que trabajan con este tipo de población infantil. Uno de los principales problemas surge de la limitación para comprender (y regular) toda una serie de conductas, reacciones y emociones extremas que los niños y niñas suelen desplegar (ataques de agresión, conductas de oposición extremas, cambios súbitos de estados emocionales, desconexión o indiferencia, desconfianza extrema, instrumentalización de las relaciones y otras). Con el objeto de volver operativa esta experiencia traumática, se ha elaborado un modelo que posibilita, no sólo su comprensión, sino la evaluación de sus diferentes componentes esenciales.¹⁸

Este modelo articula tres procesos esenciales: 1) el núcleo de la experiencia traumática o desorganizada; 2) los estados y estímulos que la disparan; 3) las estrategias de afrontamiento o evitación de la experiencia traumática.

El núcleo de la experiencia traumática o desorganizada

Desde una perspectiva evolucionista, el trauma (y las situaciones muy estresantes) activa sistemas cerebrales y hormonales relacionados con la detección, anticipación y enfrentamiento del peligro.¹⁹ Si bien los seres humanos poseen estructuras corticales de alto nivel, la evidencia ha demostrado que en situaciones de peligro, nuestro cerebro mamífero emocional controla la conducta, y cuando esta experiencia de peligro se hace crónica, la persona adquiere un estilo crónico de funcionamiento “límbico-emocional”.²⁰

Por ende, en los niños y niñas con TC el peligro se transforma en la principal experiencia a detectar, organizar, anticipar, regular y evitar. En un nivel emocional-relacional, el TC genera una experiencia y una expectativa afectivas que se experimentan como si los otros no fueran entes protectores del peligro, debido principalmente al hecho de que han sido la fuente primaria de las amenazas a la sobrevivencia.²¹ Desde la

experiencia de 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) e hiperatencionales, buscando anticipar constantemente cualquier evento futuro 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.²² 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 necesarias para la continua adaptación a las demandas del ambiente).

Por lo tanto, un primer paso hacia 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 conductas. Todo lo anterior, repercute negativamente en todas las áreas del desarrollo y la adaptación vital.²³

Estados y estímulos disparadores

En situaciones de peligro agudo se activan las áreas “rápidas” relacionadas con la reacción inmediata del organismo para “pelear o escapar” del evento y se desactivan las áreas “lentas” relacionadas con la reflexión, mentalización y razonamiento abstracto.²⁴ 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 sólo 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 esté 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 (interno o externo) dispara la misma reacción, como si el peligro pasado fuera presente y real. En esos instantes, el niño entra en un estado “disparador”,

donde suele reaccionar del mismo modo que en el pasado. Por esta razón los niños con TC suelen tener reacciones hacia el exterior o hacia el interior, que desde el punto de vista de un observador, parecen desmedidas en relación con el estímulo que las disparó.²⁵ Los estímulos que suelen disparar las reacciones traumáticas pasadas pueden ser internos (un recuerdo, una sensación, una emoción, un pensamiento, un sueño), o externos (estímulos sensoriales, cambios inesperados, el contacto físico, una actitud autoritaria de un adulto, demasiado silencio, etcétera).

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 reactiva al encontrar similitudes estimulares (sean internas o externas) con las experiencias traumáticas reales pasadas y, por ende, se experimentan como si el presente fuera nuevamente el pasado.

Estrategias de afrontamiento o evitación de la experiencia traumática

Si toda experiencia emocional debe ser regulada,²⁶ entonces las experiencias traumáticas crónicas van a requerir estrategias más intensas de regulación o afrontamiento que cumplan 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 subcortical y son adaptativas en el presente, pero generan consecuencias negativas para la salud física y mental a largo plazo.²⁷ Estas estrategias tienen un fundamento evolucionista basado en la historia del enfrentamiento 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 y resiliencia) y externas (intensidad, severidad y cronicidad del trauma). Asimismo, se hipotetiza que cuando el trauma continúa 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 investigado son: 1) Pelear o escapar: a) cuando el peligro puede ser enfrentado o 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 el organismo evalúa que se pueda sobrevivir, se activa la *estrategia de escapar* (niños aislados, que evitan el contacto y la confrontación social); 2) complacer o aferrarse: evidencias actuales han demostrado que podrían existir diferencias de género

en el enfrentamiento del peligro.²⁸ Por un lado, los hombres tenderían más a utilizar estrategias de pelear, y las mujeres enfrentarían el peligro interpersonal a través de un cuidado complaciente y protector. Del mismo modo, otra estrategia en la misma línea, pero más extrema, de la complacencia, sería el aferramiento a alguna figura de apego, debido a experiencias o amenazas de abandono traumático;²⁹ 3) anestesiamiento o disociación: en algunas situaciones, el peligro no puede ser enfrentado ni evitado, y la amenaza de daño es altamente probable (debido a la severidad del peligro, y a las capacidades insuficientes del infante para enfrentarlo, debido a su desarrollo precario o a 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.³⁰

Entonces, dentro del modelo propuesto, la evaluación del tipo de estrategia que activa el infante arroja luz sobre la severidad y cronicidad del trauma, el pronóstico de adaptación, el estilo afectivo que se va desarrollando como consecuencia y, sobre todo, la experiencia de adaptación coherente que el infante va desarrollando.

Por lo tanto, el modelo de peligro desorganizado propone una estrategia de operación para comprender y evaluar la experiencia de niños que han sufrido vulneraciones crónicas en su integridad física y psicológica.

PROGRAMA DE APEGO Y TRAUMA COMPLEJO (PAT) PARA NIÑOS EN SITUACIONES DE INSTITUCIONALIZACIÓN TEMPRANA O VULNERABILIDAD EXTREMA EN CHILE

Durante los últimos años, el Centro de Apego y 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 socioemocional 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).³¹

Uno de estos programas llamado Programa de Apego y Trauma Complejo (PAT), está destinado al fomentar el 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 TC. Las trayectorias tempranas de vulneración de estos infantes empiezan a nivel prenatal (abuso de drogas, alcohol, violencia intrafamiliar, depresión e historias de trauma), sigue a nivel posnatal (maltrato, abuso, negligencia, violencia y múltiples estresores crónicos) y prosigue en los

ambientes de institucionalización (separación de sus cuidadores, cuidados inadecuados, soledad e incertidumbre). Debido a lo anterior, las intervenciones deben ser cuidadosamente elaboradas, considerando las necesidades y prioridades de los niños y niñas, donde no basta asumir que sólo 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).³²

Más específicamente, el fundamento conceptual central del PAT 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 al mundo.³³ Esta pérdida de la seguridad genera a su vez una cascada de deterioro de los procesos del desarrollo, no solo a nivel socioemocional, sino también psicofisiológico y cognitivo. Por lo tanto, sólo en la medida en que el infante recupere y restablezca algún sentido de seguridad emocional en su vida, el resto de los procesos del desarrollo se podrán ir recuperando. Desafortunadamente, también se ha demostrado que la condición de institucionalización temprana suele constituir en sí misma un factor traumático, debido a aspectos propios de los centros (alta rotación de cuidadores, demasiados niños para un solo cuidador, cuidados no personalizados, ausencia de cuidadores específicos, baja estimulación cognitiva y socioemocional, ambientes cargados de estrés y conductas desorganizadas, entre otros).³⁴ Entonces, el programa PAT es un modelo de intervención que busca, ante todo, restablecer niveles adecuados de seguridad emocional, al ofrecer a todos los adultos que están a cargo de los niños y niñas, una serie de conocimientos, condiciones, herramientas y estrategias para que comprendan, mentalicen, respeten y regulen la experiencia traumática que viven cotidianamente estos infantes. Entonces, sólo si los centros se constituyen como “sistemas de cuidado respetuoso”, podrán generar un impacto positivo en la vida y desarrollo de los niños con trauma complejo. Este objetivo no se puede concretar con unas horas de psicoterapia a la semana, sino únicamente modificando el contexto relacional y emocional cotidiano de los niños.

El programa PAT 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.³⁵ El programa en cuestión está pensado para ir aumentando progresivamente las capacidades de cuidado de todas las personas que componen el “sistema de cuidado” del infante, siempre con el propósito fundamental de desarrollar una actitud mental y emocional de “tener en mente la mente del niño” mediante la puesta en práctica de un cuidado respetuoso que considere las necesidades, experiencias e intereses de los niños y niñas de cero a cuatro años que han sufrido múltiples traumas en su vida. Se espera que en el trabajo sistemático, sesión por sesión,

el “sistema de cuidado” pueda comprender, reflexionar, entrenar y poner en práctica, las habilidades anteriormente mencionadas.³⁶

Más específicamente, las fases y competencias del programa son:

1. *Psicoeducación y sensibilización*. Se busca que todos los actores involucrados en las residencias o centros puedan conocer y sensibilizarse sobre lo que es un trauma complejo, sus características, síntomas, experiencias y sentido adaptativo.
2. *Apego I. Condiciones de seguridad emocional*. En esta fase se considera que lo primario y esencial en la ayuda a niños y niñas vulnerados es buscar restablecer niveles básicos de seguridad emocional en el contexto general de cuidado, a través del aumento y 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 de 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 ofrece una serie de estrategias concretas para manejar y regular las instancias estresantes y desbordantes de los niños y niñas institucionalizados.

CONCLUSIÓN

El TC en las etapas tempranas de la vida sigue siendo un tema que permanece en el ámbito de lo “no dicho”, no sólo para los padres, educadores y diversos profesionales de la salud, sino también para muchos psicólogos. Esta especie de negación (históricamente observada en los diversos problemas de la infancia) ha retrasado enormemente la investigación e intervención apropiadas en relación con la ayuda a estos niños. Así mismo, debido a que las reacciones de estos niños y niñas son extremas, suelen ser diagnosticados tempranamente con algún trastorno psiquiátrico (déficit de atención, trastorno de conducta, depresión y otros), lo que impide una verdadera comprensión (y aceptación) de la experiencia y no deja ver las 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, ya sea debido a un proceso de negación o de sobrediagnóstico 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.³⁷

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 TC, su implementación es una tarea que urge realizar.

BIBLIOGRAFÍA

- Barudy, J., *Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación*, Galdoc, Santiago de Chile, 1999.
- Blaustein, M. E., y K. M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-regulation, and Competency*, The Guilford Press, Nueva York, 2010.
- Bowlby, J., *Attachment and Loss*, vol. 2. *Separation*, Basic Books, Nueva York, 1973.
- Bracha, H. S., “Freeze, Flight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum”, *CNS Spectrums*, núm. 9, 2004, pp. 679-685.
- Chu A. T., y A. F. Lieberman, “Clinical Implications of Traumatic Stress from Birth to Age Five”, *Annual Review of Clinical Psychology*, núm. 6, 2010, pp. 469-494.
- Cohen, J. A., A. P. Mannarino y E. Deblinger, *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, The Guilford Press, Nueva York, 2006.
- Crittenden, P. M., “Danger and Development: The Organization of Self-protective Strategies”, en J. I. Vondra y D. Barnett (eds.), *Atypical Attachment in Infancy and Early Childhood among Children at Developmental Risk. Monographs of the Society for Research on Child Development*, 1999, pp. 145-171.
- Crusto, C. A., M.-L. Whistson, S. M. Walling, R. Feinn, S. Friedman, S. Reynolds, M. Amer y J. Kaufman, “Posttraumatic Stress among Young Urban Children Exposed to Family Violence and other Potentially Traumatic Events”, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 23, núm. 6, 2011, pp. 716-724.
- D’Andrea, W., J. Ford, B. Stolbach, J. Spinazzola y B. van der Kolk, “Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis”, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 82, núm. 2, 2012, pp. 187-200.
- David, D. H., y K. Lyons-Ruth, “Differential Attachment Responses of Male and Female Infants to Frightening Maternal Behavior: Tend of Befriend versus Fight or Flight?”, *Infant Mental Health Journal*, núm. 26, 2005, pp. 1-18.
- Debiec, J., y R. M. Sullivan, “Intergenerational Transmission of Emotional Trauma through Amygdala-dependent Mother-to-infant Transfer of Specific Fear”, *Proceedings of the National Academy of Sciences in the United States of America*, vol. 111, núm. 33, 2013, pp. 12222-12227.
- Dozier, M., y M. Rutter, “Challenges to the Development of Attachment Relationship Faced by Young Children in Foster and Adoption Care”, en J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, 2a ed., Guilford Press, Nueva York, 2008, pp. 698-717.
- Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards, Robert F. Anda, Mary P. Koss y James S. Marks, “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults”, *American Journal of Preventive Medicine*, núm. 14, 1998, pp. 245-258.
- Finkelhor, D., R. K. Ormrod y H. A. Turner, “Poly-victimization: A Neglected Component in Child Victimization”, *Child Abuse & Neglect*, núm. 31, 2007, pp. 7-26.
- _____, “Poly-victimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort”, *Development and Psychopathology*, núm. 19, 2007, pp. 149-166.
- Gross, J. (ed.), *Handbook of Emotion Regulation*, 2a ed., The Guilford Press, Nueva York, 2015.
- Hughes, D., *Building the Bonds of Attachment. Awakening Love in Deeply Troubled Children*, Jason Aronson, Northvalley, N. J., 2006.
- Hughes, D., y J. Baylin, *Brain-Based Parenting*, Norton & Company, Nueva York, 2012.

- Karr-Morse, R., y M. S. Wiley, *Scared Dick. The Role of Childhood Trauma in Adult Disease*, Basic Books, Nueva York, 2012.
- Lecannelier, F., “Programas de prevención en el fomento de la seguridad en el apego en contextos vitales del niño: la experiencia chilena”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, núm. 20, 2012, pp. 19-27.
- _____, “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*, núm. 1, 2013, disponible en: <<http://revistamentalizacion.com/ultimonumero.html>>.
- _____, *Programa Apego y Trauma Complejo. Manual de intervención*, Universidad del Desarrollo/Ministerio del Desarrollo Social, 2014.
- _____, “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 y M. G. Strepparava (eds.), *Psicoterapia de procesos de significado: Manual teórico práctico*, Casa Alpes, Roma, 2014.
- _____, “A.M.A.R., un modelo de intervención basado en el fomento del apego”, en G. Posada, B. Torres y J. Causadias (eds.), *Investigación y aplicaciones clínicas de la teoría del apego*, Psimática, Madrid, 2014.
- _____, *Apego, mentalización y regulación emocional en trauma complejo: guías prácticas*, ONG Raíces/Servicio Nacional de Menores, 2015.
- Lecannelier, F., V. Undurraga, A. M. Olivares, J. Rodríguez, J. C. Núñez, M. Hoffmann, N. Goldstein y C. Larraín, “Estudio de eficacia sobre dos intervenciones basadas en el fomento del apego temprano en díadas madre-bebé provenientes de la región metropolitana en Santiago de Chile”, *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, año XVIII, 2009, pp. 143-155.
- Lecannelier, F., F. Flores, M. Hoffmann y T. Vega, “Trayectorias tempranas de la agresión: evidencias y la propuesta de un programa preventivo”, en D. Sirlopu y H. Salgado (eds.), *Infancia y adolescencia en riesgo. Desafíos y aportes de la psicología en Chile*, Universidad del Desarrollo, 2010.
- Lecannelier, F., J. Silva, R. Morales, R. Melo y M. Hoffmann, “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*, vol. 35, núm. 2, 2014, pp. 151-159.
- Lieberman, A. F., y P. van Horn, *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*, The Guilford Press, Nueva York, 2008.
- Lieberman, A. F., A. Chu, P. van Horn, W. W. Harris, “Trauma in Early Childhood: Empirical Evidence and Clinical Implications”, *Development & Psychopathology*, vol. 23, núm. 2, 2011, pp. 397-410.
- Liotti, G., “Disorganization of Attachment as a Model for Understanding Dissociative Psychopathology”, en J. Solomon y C. George (eds.), *Attachment Disorganization*, The Guilford Press, Nueva York, 2009, pp. 318-346.
- Main, M., y E. Hesse, “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 y E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, University of Chicago Press, Chicago, 1990, pp. 161-184.
- Osofsky, J. D. (ed.), *Clinical Work with Traumatized Young Children*, Guilford Publishers, Nueva York, 2011.
- Pankseep, J., y L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, 2012.
- Phelps, E. A., “The Human Amygdala and the Control of Fear”, en P. J. Whalen y E. A. Phelps (eds.), *The Human Amygdala*, The Guilford Press, Nueva York, 2009.
- Saxe, G. N., B. Heidi y J. B. Kaplow, *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach*, The Guilford Press, Nueva York, 2009.
- Sheeringa, M. S., y C. H. Zeanah, “A Relational Perspective on PTSD in Early Childhood”, *Journal of Traumatic Stress*, núm. 14, 2001, pp. 799-815.
- Van der Kolk, B., “Developmental Trauma Disorder”, *Psychiatry Annals*, vol. 35, núm. 5, 2005, pp. 401-408.
- _____, *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Healing of Trauma*, Viking, Nueva York, 2014.
- Van IJzendoorn, M. H., J. Palacios, E. J. S. Sonuga-Barke, M. R. Gunnar, P. Vorria, R. McCall, L. LeMare, M. J. Bakermans-Kranenburg, N. A. Dobrova-Krol y F. Juffer, “Children in Institutional Care: Delayed

Development and Resilience”, *Monograph of the Society for Research in Child Development*, vol. 76, núm. 4, 2011, pp. 8-30.
Zeanah, C. (ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, 3a ed., The Guilford Press, Nueva York, 2012.

-
- ¹ J. Barudy, *Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación*, Galdoc, Santiago de Chile, 1999.
- ² A. Chu y A. Lieberman, "Clinical Implications of Traumatic Stress from Birth to Age Five", *Annual Review of Clinical Psychology*, núm. 6, 2010, p. 472.
- ³ B. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder", *Psychiatry Annals*, vol. 35, núm. 5, 2005.
- ⁴ F. Lecannelier, "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 y M. G. Strepparava (eds.), *Psicoterapia de procesos de significado: Manual teórico práctico*, Casa Alpes, Roma, 2014; A. Lieberman y P. van Horn, *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*, The Guilford Press, Nueva York, 2008.
- ⁵ D. Hughes, *Building the Bonds of Attachment. Awakening Love in Deeply Troubled Children*, Jason Aronson, Northvalley, N. J., 2006; F. Lecannelier, V. Undurraga, A. M. Olivares, J. Rodríguez, J. C. Núñez, M. Hoffmann, N. Goldstein y C. Larraín, "Estudio de eficacia sobre dos intervenciones basadas en el fomento del apego temprano en díadas madre-bebé provenientes de la región metropolitana en Santiago de Chile", *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, año XVIII, 2009; F. Lecannelier, "Programa de intervención...", *op. cit.*; M. Sheeringa y C. Zeanah, "A Relational Perspective on PTSD in Early Childhood", *Journal of Traumatic Stress*, núm. 14, 2001.
- ⁶ Aunque etimológicamente, el concepto *infancia* se entiende como el periodo de los cero a los tres años, aquí se considerarán las nuevas propuestas sobre la ampliación hacia los seis años.
- ⁷ A. Lieberman, A. Chu, P. van Horn y W. Harris, "Trauma in Early Childhood: Empirical Evidence and Clinical Implications", *Development & Psychopathology*, vol. 23, núm. 2, 2011; D. Finkelhor, R. Ormrod y H. Turner, "Poly-victimization: A Neglected Component in Child Victimization", *Child Abuse & Neglect*, núm. 31, 2007.
- ⁸ A. Chu y A. Lieberman, "Clinical...", *op. cit.*
- ⁹ A. Lieberman *et al.*, "Trauma...", *op. cit.*
- ¹⁰ C. Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health*, 3a ed., The Guilford Press, Nueva York, 2012.
- ¹¹ D. Hughes, *Building...*, *op. cit.*; J. Osofsky, *Clinical Work with Traumatized Young Children*, Guilford Publishers, Nueva York, 2011.
- ¹² C. Crusto *et al.*, "Posttraumatic Stress among Young Urban Children Exposed to Family Violence and Other Potentially Traumatic Events", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 23, núm. 6, 2010.
- ¹³ D. Finkelhor, R. Ormrod y H. Turner, "Poly-victimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort", *Development and Psychopathology*, núm. 19, 2007.
- ¹⁴ V. Felitti *et al.*, "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults", *American Journal of Preventive Medicine*, núm. 14, 1998.
- ¹⁵ L. Lieberman, A. Chu, P. van Horn y W. Harris, "Trauma in Early Childhood: Empirical Evidence and Clinical Implications", *Development & Psychopathology*, vol. 23, núm. 2, 2011.
- ¹⁶ D. Hughes y J. Baylin, *Brain-Based Parenting*, Norton & Company, Nueva York, 2012.
- ¹⁷ W. D'Andrea, J. Ford, Stolbach, B. Spinazzola y J. van der Kolk, "Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 82, núm. 2, 2012; A. Lieberman y P. van Horn, *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*, The Guilford Press, Nueva York, 2008.
- ¹⁸ F. Lecannelier, *Programa Apego y Trauma Complejo. Manual de intervención*, Universidad del Desarrollo/Ministerio del Desarrollo Social, 2014.
- ¹⁹ P. Crittenden, "Danger and Development: The Organization of Self-protective Strategies", en J. I. Vondra y D. Barnett (eds.), *Atypical Attachment in Infancy and Early Childhood among Children at Developmental Risk*, Monographs of the Society for Research on Child Development, 1999; J. Debiec y R. Sullivan, "Intergenerational Transmission of Emotional Trauma through Amygdala-dependent Mother-to-infant Transfer of Specific Fear",

Proceedings of the National Academy of Sciences in the United States of America, vol. 111, núm. 33, 2013; J. Panksepp y L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology, 2012.

²⁰ E. Phelps, “The Human Amygdala and the Control of Fear”, en P. J. Whalen y E. A. Phelps (eds.), *The Human Amygdala*, The Guilford Press, Nueva York, 2009.

²¹ M. Main y E. Hesse, “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 y E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, University of Chicago Press, Chicago, 1990.

²² A. Lieberman y P. van Horn, *Psychotherapy...*, *op. cit.*

²³ Existe amplia evidencia neurobiológica y psiconeuroinmunológica que apoya la presente propuesta, pero debido a limitaciones de espacio, no se articularán en este capítulo.

²⁴ H. Bracha, “Freeze, Flight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum”, *CNS Spectrums*, núm. 9, 2004.

²⁵ W. D’Andrea, J. Ford, B. Stolbach, J. Spinazzola y B. van der Kolk, “Understanding...”, *op. cit.*

²⁶ J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation*, 2a ed., The Guilford Press, Nueva York, 2015.

²⁷ R. Karr-Morse y M. Wiley, *Scared Dick. The Role of Childhood Trauma in Adult Disease*, Basic Books, Nueva York, 2012.

²⁸ D. David y K. Lyons-Ruth, “Differential Attachment Responses of Male and Female Infants to Frightening Maternal Behavior: Tend of Befriend versus Fight or Flight?”, *Infant Mental Health Journal*, núm. 26, 2005.

²⁹ J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 2. *Separation*, Basic Books, Nueva York, 1973.

³⁰ G. Liotti, “Disorganization of Attachment as a Model for Understanding Dissociative Psychopathology”, en J. Solomon y C. George (eds.), *Attachment Disorganization*, The Guilford Press, Nueva York, 2009.

³¹ F. Lecannelier, “Programas de prevención en el fomento de la seguridad en el apego en contextos vitales del niño: la experiencia chilena”, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, núm. 20, 2012; “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*, núm. 1, 2013; F. Lecannelier, “Programa de intervención...”, *op. cit.*; F. Lecannelier, “A.M.A.R., Un modelo de intervención basado en el fomento del apego”, en G. Posada, B. Torres y J. Causadias (eds.), *Investigación y aplicaciones clínicas de la teoría del apego*, Psimática, Madrid, 2014c; F. Lecannelier *et al.*, “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, 2009; F., F. Flores, M. Hoffmann y T. Vega, “Trayectorias tempranas de la agresión: evidencias y la propuesta de un programa preventivo”, en D. Sirlopu y H. Salgado (eds.), *Infancia y adolescencia en riesgo. Desafíos y aportes de la psicología en Chile*, Universidad del Desarrollo, 2011; F. Lecannelier, J. Silva, R. Hoffmann, R. Morales y M. Melo, “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*, vol. 35, núm. 2, 2014.

³² Las intervenciones empíricamente validadas sobre el trauma en niños suelen estar focalizadas desde los seis años (M. E. Blaustein y K. M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-regulation, and Competency*, The Guilford Press, Nueva York, 2010; J. A. Cohen, A. P. Mannarino y E. Deblinger, *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, The Guilford Press, Nueva York, 2006; G. N. Saxe, B. Heidi y J. B. Kaplow, *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach*, The Guilford Press, Nueva York, 2009). Asimismo, aquellas que se centran en etapas más tempranas poseen como condición básica la presencia de un cuidador significativo estable y continuo en la vida del niño o niña (J. Osofsky, *op. cit.*; A. Lieberman y P. van Horn, *op. cit.*). 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 es todavía cuestionable.

³³ D. Hughes, *Building the Bonds of Attachment. Awakening Love in Deeply Troubled Children*, Jason Aronson, Northvalley, N. J., 2006; M. Dozier y M. Rutter, “Challenges to the Development of Attachment Relationship Faced by Young Children in Foster and Adoption Care”, en J. Cassidy y P. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, 2a ed., Guilford Press, Nueva York, 2008.

³⁴ M. van IJzendoorn *et al.*, “Children in Institutional Care: Delayed Development and Resilience”, *Monograph of the Society for Research in Child Development*, vol. 76, núm. 4, 2011.

³⁵ F. Lecannelier, *Programa Apego y...*, *op. cit.*; *Apego, mentalización y regulación emocional en trauma complejo: Guías prácticas*, ONG Raíces/Servicio Nacional de Menores, 2015.

³⁶ Es importante resaltar que si bien este programa fue creado para contextos de institucionalización temprana, debido al hecho de que muchos niños que viven con sus padres o cuidadores alternativos han sufrido vulneraciones importantes de su sentido de seguridad emocional, se puede aplicar a contextos familiares.

³⁷ B. van der Kolk, “Developmental...”, *op. cit.*