



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

ACCOMPANYING EARLY ADVERSITY

Viedma Martín A.S, Viedma Martín I.

Asarav12@hotmail.com

trauma, trauma complejo

trauma, complex trauma

RESUMEN

Una propuesta de buenas prácticas desde la que aproximarnos a infantes y adolescentes que viven la devastadora experiencia de la traumatización repetida en la infancia

INTRODUCCIÓN. El encuadre de Trauma Complejo no es contemplado por la totalidad de la población clínica, por lo que existe una gran heterogeneidad en los diagnósticos que reciben y en la atención que se presta a este grupo de pacientes.

OBJETIVO. Visibilizar la entidad de Trauma Complejo y con ello, mejorar la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO. Presentamos, en primera persona, un caso de manejo complejo. En la historia familiar, han existido diferentes puntos de inflexión en los que se ha llegado a plantear el cese de la adopción tras ocho años de convivencia en el núcleo familiar.

RESULTADOS. Se trata del caso de una niña adoptada a los 6 años de edad, actualmente preadolescente, que a lo largo de su trayectoria clínica ha recibido múltiples diagnósticos y ensayado diferentes tratamientos psicofarmacológicos. Las conductas son especialmente disruptivas -o peor gestionadas- en el medio escolar, por lo que la menor, permanece expulsada del centro la mayor parte del tiempo.

DISCUSIÓN. Venimos observando que el trauma en las diferentes etapas madurativas, se vuelve a abrir. Es más, en la pre-adolescencia y en la adolescencia, "*sin querer-queriendo*", se empieza a revisar la propia identidad, se mira hacia atrás, puede empezar a resonar lo vivido y se revuelven experiencias vinculares previas.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

En el adolescente que convive con situaciones pasadas de trauma que aún hoy son presente, se produce una explosión desorganizada de los afectos.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The Complex Trauma setting is not contemplated by the entire clinical population, so there is great heterogeneity in the diagnoses they receive and the care provided to this group of patients.

Make the entity of Complex Trauma visible and thereby improve the quality of care.

MATERIAL AND METHOD. We present, in first person, a complex handling case. In family history, there have been two turning points in which the cessation of adoption has been raised after eight years of living together in the family nucleus.

RESULTS. This is the case of a girl adopted at 6 years of age, currently a pre-adolescent, who throughout her clinical career has received multiple diagnoses and tried different psychopharmacological treatments. The behaviors are especially disruptive -or worse managed- in the school environment, so that the minor remains expelled from the center most of the time.

DISCUSSION. We have been observing that the trauma in the different stages of maturation reopens. Furthermore, in pre-adolescence and adolescence, "without wanting-wanting", one begins to review one's identity, one looks back, what has been lived can begin to resonate and previous bonding experiences are stirred. In the adolescent who lives with past traumatic situations that are still present today, there is a disorganized explosion of affections

INTRODUCCIÓN

Las experiencias infantiles generan una profunda impronta no sólo en nuestro sentido del ser en sí mismo, sino también en quienes creemos que somos con respecto a terceros y, por supuesto, con respecto al mundo. Y podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que ésta, tendrá un peso más que sustancial en la narrativa vital que todos vamos construyendo al caminar por la vida.

A continuación hablaremos, a su vez de manera breve, pero aproximándonos a su intensidad, sobre la magnitud del trauma en los niños/as y tomaremos un primer contacto con el campo de la intervención en casos de manejo complejo que presentan antecedentes de adversidad temprana.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

Tanto en la práctica diaria con pacientes como en los grupos de apoyo y cuidado a las familias que tratan de primera mano a niños y niñas con historia de trauma infantil, hemos detectado la imperiosa necesidad de visibilizar las complejas situaciones que, muchas veces, ocurren en los hogares de los pacientes que se acercan a consulta en busca de soporte y ayuda y que no siempre se ven acogidos y acompañados desde el conocimiento más profundo, útil y efectivo del sostén, a la adversidad temprana y sus consecuencias en el presente. Se trata de un primer paso, del que sabemos constituirá un cuanto menos arduo y largo camino, dadas las lagunas y el desconcierto que a priori nos encontramos entre los propios compañeros y compañeras no específicamente formados en la materia, así como entre otros profesionales con los que es necesario hacer red para garantizar la mejor atención a los niños y sus familias, es el caso en ocasiones, también, del ámbito escolar y social, incluso de la propia red de apoyo familiar.

Cuando hablamos de trauma, hablamos de la incapacidad para integrar lo que está ocurriendo en el significado de sí mismo y del propio mundo. En palabras de Van der Hart (2019), se trata de la "incapacidad para integrar las implicaciones de un evento, en las concepciones existentes de uno mismo y del mundo".

Llegados a este punto, cabe preguntarnos si Adversidad Temprana, Trauma Complejo y Trauma del Desarrollo, ¿son sinónimos?

Con respecto a la Adversidad Temprana, en el documento "El impacto de la adversidad en la infancia sobre el desarrollo de los niños" (http://www.escueladefamiliasadoptivas.es/wp-content/uploads/2020/06/04_EL-IMPACTO-DE-LA-ADVERSIDAD-3.pdf) , se recoge literalmente que "Las investigaciones sobre la biología del estrés durante la infancia temprana muestran cómo adversidades mayores, como la pobreza extrema, el abuso o la negligencia pueden debilitar la arquitectura del cerebro en desarrollo y poner al sistema de respuesta al estrés en permanente alerta. La ciencia muestra también que proporcionar relaciones estables, receptivas, enriquecedoras y propicias durante los primeros años de vida puede prevenir o incluso revertir los efectos perjudiciales del estrés temprano, con beneficios duraderos para el aprendizaje, el comportamiento y la salud...".

A fecha actual la OMS en su manual de clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) ya ha incorporado el diagnóstico de Trastorno por Estrés PosTraumático (TEPT) complejo para pacientes adultos, dicho diagnóstico se nutre prioritariamente de los aportes pioneros de Judith Herman y Bessel van der Kolk en dicha línea. Ocurre así que aunque a fecha actual tenemos un diagnóstico oficial específico para la población adulta relacionado

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

con la exposición a eventos traumatogénicos crónicos, no contamos con un diagnóstico oficial específico para población infanto-juvenil que se encuentra en la misma situación.

Lopez Soler describe la conceptualización para el DESNOS o Trastorno por Estrés Extremo no Especificado, propuesta por Herman, diagnóstico pensado originalmente para adultos.

En su artículo " Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El Trauma Complejo" del año 2008, López Soler recoge la tabla de Cook del 2005 donde se detallan los dominios afectados tras la exposición a trauma crónico en la infancia y adolescencia. Continúa aludiendo a la propuesta diagnóstica de Trastorno Traumático del Desarrollo, diagnóstico fue específicamente orientado a población infanto-juvenil, no aprobado (aún) como parte de la oficialidad diagnóstica actual.

OBJETIVOS

- Visibilizar dichas entidades y con ello, mejorar la calidad asistencial.
- Realizar una revisión operativa y destacar los aspectos clave a considerar.
- Expandir el entendimiento y la comprensión general sobre las dificultades de los niños y niñas, pero también de las de los padres y las familias que se enfrentan a estas situaciones.
- Contribuir al diseño de un plan de tratamiento eficaz.

MATERIAL Y MÉTODO

Recorremos la temática a través de la presentación del caso de una menor que se encuentra actualmente en la preadolescencia, de la que no facilitaremos más datos salvo los necesarios para poder contextualizar el proceso, con objeto de preservar de forma estricta la intimidad de la explorada.

Adoptada a los 6 años de edad, en compañía de una hermana de mayor edad, proveniente de unas condiciones de cuidados inexistentes y deplorables, de la que nos consta escasa información, salvo la extrema negligencia en los cuidados y la sospecha de muy probable situación de maltrato por parte de los adultos del entorno. En estas circunstancias y como era esperable, no se conoce la historia médica infantil ni de seguimiento durante su gestación.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

Como eventos estresantes en la historia clínica se recoge abandono infantil y vivencia de adopción en el año 2013, en una niña procedente de un poblado chabolista. Según el padre adoptivo, la menor ha presenciado actos sexuales antes de la adopción, si bien se desconoce si la niña fue abusada sexualmente.

Según las valoraciones que le han realizado, posee un nivel madurativo bajo (retraso madurativo); manifiesta rasgos disociales, transgrede las normas sociales cuando está con sus iguales y presenta dificultades en la relación, tiende a comportarse como una niña de menor edad *"se meten conmigo... dicen que soy infantil..."*; ha sido también diagnosticada de trastorno múltiple de la conducta (hurta, miente...) con una evolución tórpida y una mala adaptación a los diferentes ámbitos de la vida. En entorno escolar los profesores continuamente llaman la atención a la niña y a sus padres: siempre inquieta, llama continuamente la atención, no respeta normas ni figuras de autoridad.

Durante algún tiempo, y de forma episódica, ha llegado a manifestar no querer a nadie, así como su deseo de irse de casa, roba e inicialmente parece no mostrar arrepentimiento, parece además tener dificultad para empatizar, tiende a repetir conductas, presenta obsesión por la comida (siempre tiene hambre) y por las necesidades primarias y básicas, precisa ayuda a nivel de autonomía personal. Generalmente suele rechazar el contacto físico.

No responde a correcciones ni positivas ni negativas. Amenaza con fugarse "con un millón de cosas, no responde... ella es muy lista... cuando no consigue su objetivo no da su brazo a torcer...se vuelve del revés, empieza por no dormir...se ríe de los psicólogos es como si se convirtiera en otra niña, su versión gamberra...cuando entra en crisis no responde a nada...".

En el colegio no progresa adecuadamente. Su rendimiento académico no es satisfactorio. Ha repetido curso en varias ocasiones y se la ha cambiado de clase, también en diferentes ocasiones, con la intención de que mejorara su comportamiento al variar el entorno y las compañías.

Los padres, más pronto que tarde, han sido conscientes de que se trata de un maternaje que exige una mirada y unas habilidades que difieren significativamente, en el caso de niños/as gravemente dañados, del maternaje propio de la crianza biológica.

Desde prácticamente su llegada al hogar es atendida por diferentes especialistas y profesionales de la salud mental, no consiguiendo los resultados deseados.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

La menor presenta un CI dentro de la normalidad y el despistaje orgánico, se informa como "*sin hallazgos*".

Inicialmente la menor es diagnosticada y tratada como TDAH desde el Servicio de Neurología, prescribiéndosele tratamiento con metilfenidato 36mg 1-0-0. Las mejoras fueron leves pero le permitieron seguir adelante con la escuela, aunque con dificultades intermitentes que no remitieron a pesar del tratamiento.

Uno de los profesionales de la psicología que se ocupa del caso recoge en la historia clínica "...tiene comportamientos fuera de contexto, te mira mucho para ver cómo es tu estado de ánimo, parece no reconocer o copiar las emociones de los rostros... tiene actuaciones fuera de lugar, cuando no te lo esperas...parece contar un discurso aprendido que reproduce desde la deseabilidad social... ". Aunque a nivel madurativo se observa un descuadre con respecto a su edad cronológica su madre relata que "...es como si se perdiera del todo... antes hacía travesuras de niñas, con la mentalidad de una niña pequeña pero ahora continúa con la mentalidad de una niña pequeña pero con los recursos de una niña de su edad, el desfase es total...también, después de las crisis, suele llorar y venirse abajo, prometiendo no volver a reincidir en dichos comportamientos... volviendo consecutivamente a la misma conducta...manifiesta no poder ni saber controlarse...".

Los padres refieren que se han visto obligados a encerrarse en dormitorio durante la noche, al llegar a temer por su propia integridad física, dado que la niña amenaza sin llegar al paso al acto hasta la fecha.

Otro de los profesionales que acceden a la menor desde el rol terapéutico recoge "...su comportamiento... una especie de adaptación "como-si" en la que predomina la identificación especular con el otro como semejante; una especie de alienación al otro y a su ambiente y consignas. Por otra parte, en la conversación con el padre adoptivo, se evidencia algún fenómeno... ¿voces? en su cabeza que, a veces, irrumpen y le dicen o conminan a hacer o decir alguna cosa...".

A pesar del interés, del compromiso y de la buena voluntad paterna, ambos con un alto nivel educativo, en consulta los padres exponen una vivencia continuada en el tiempo de desbordamiento, que describen literalmente como "*de pesadilla*". A fecha actual, se plantean un cese de la convivencia con la menor y su entrada en un centro de protección, sin que exista actualmente un claro acuerdo al respecto entre ambos progenitores.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

Resulta reseñable que la menor ha sido ella misma quien ha solicitado en diferentes ocasiones en los últimos tiempos su salida del domicilio familiar *"para no hacer sufrir más a mi madre"*, desplazándose para ello, en diferentes ocasiones, al Cuartel de La Guardia Civil verbalizando *"ser mala"* y haciendo hincapié en sus dificultades para gobernar su conducta.

A fecha actual la menor está expulsada del instituto de forma casi permanente, roba en el domicilio y fuera de él, miente y agrede y desafía a adultos e iguales sin distinción. En diferentes ocasiones se ha fugado del domicilio familiar, teniendo que ser llevada a casa por las Fuerzas del Orden Público. Las conductas mejoraron durante los periodos de confinamiento domiciliado en el contexto de pandemia covid, si bien es cierto que para el buen desarrollo de la convivencia familiar la paciente según nos explica su progenitora *"tiene que ser el centro de la planificación familiar, para que el resto de los miembros estén en equilibrio, es necesario que ella esté bien, tranquila"* y empeoran de nuevo al volver a integrarse, como el resto de sus compañeros, en el medio académico. Sus padres describen como las conductas más preocupantes, la ira, las explosiones de agresividad y la incapacidad de la niña para prever el peligro o ser capaz de anticiparse a las consecuencias de sus actos.

Observamos un desbordamiento general de todos los entes implicados. La familia se ve sobrepasada. El sistema educativo desbordado. El sistema sanitario, en más ocasiones de las deseables, parece emitir un diagnóstico poco concluyente de TDAH, o de trastorno vincular, o de trastorno de la conducta, etc., cuando la situación clínica de esta población se entiende, al profundizar en la temática, desde una problemática considerablemente más compleja. Asimismo, el sistema de red de las familias, muchas veces, tiende a juzgar la conducta del niño/a y/o las pautas educativas de los padres y su efectividad, en muchas ocasiones considerando que los progenitores ofrecen límites demasiado laxos y/o que el niño/a es un "consentido" o está sobreprotegido, cuando, de nuevo, la problemática va mucho más allá de estas simples consideraciones.

En la actualidad la menor está en tratamiento psicofarmacológico con:

Intuniv	2mg/24h
Concerta	54mg/24h
Aripiprazol	10mg/24h
Oxcarbazepina	600mg/12h

Paralelamente recibe tratamiento psicoterapéutico.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

El tratamiento farmacológico se ha integrado en el plan de tratamiento como un recurso más, más eficaz al inicio del proceso terapéutico, que parece, dado el devenir de los acontecimientos, haber comenzado a agotar su efecto contenedor y modulador de la conducta de la niña.

A fecha de última consulta, en el plan de tratamiento del caso se propone su ingreso en jornada de día en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de la provincia. Pendiente a fecha de hoy de la aceptación de la propuesta de caso.

RESULTADOS

La menor que nos ocupa es una niña adoptada que ha pasado por la experiencia de la desprotección, con la que el trabajar desde la teoría del apego nos permite interpretar de forma diferente y más adaptativa la conducta que presenta.

Parece que la niña de la viñeta que aquí pretendemos dibujar, a pesar de contar con un entorno familiar implicado en su proceso, respetuoso, amoroso y contenedor, no ha podido establecer consigo misma y con su entorno un modelo de relación personal e interpersonal sano.

Lo más destacable del compendio de síntomas que presentamos para contextualizar el caso que nos ocupa es que a su vez, puede a los clínicos traernos a la mente de forma simultánea "un batiburrillo de diferentes trastornos" que no se delimitan claramente entre sí y que debieran ponernos sobre la pista, si hubiera antecedentes, del cuadro que aquí se describe.

Si bien los menores que vienen de una vivencia de adversidad temprana pueden presentar síntomas comunes, también hemos de tener en cuenta que la sintomatología puede presentarse en diferentes grados de intensidad.

Para concluir que un niño o adolescente tiene un diagnóstico posible de Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD) se deben considerar los criterios de exposición y la presencia de sintomatología de desregulación propuesta en las diversas áreas afectadas. Recordemos que hay traumas que no son traumáticos y que sufrir adversidad no implica necesariamente sufrir un trauma. En el caso que nos ocupa la paciente tiene una hermana mayor con la que llegó en adopción conjunta, esta última a sus 9 años de edad, que no ha presentado dificultades significativas, hasta la fecha, en su desarrollo o en la convivencia familiar.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

Recogemos a continuación la propuesta diagnóstica de Sandra Baita para el diagnóstico de Trastorno Traumático del Desarrollo:

"A. Exposición. El niño/ adolescente ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos a lo largo de un período de por lo menos un año comenzando en la infancia o adolescencia temprana, incluyendo:

A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal, y

A.2. Disrupciones significativas en los cuidados básicos como resultado de cambios repetidos de cuidador primario, separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de la activación (arousal), incluyendo por los menos dos de los siguientes ítems:

B.1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de, estados afectivos extremos (miedo, enojo, vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos o inmovilización.

B.2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (perturbaciones persistentes en el sueño, alimentación y control esfinteriano; híper o hipo-reactividad al tacto y a los sonidos; desorganización durante la transición entre rutinas).

B.3. Reconocimiento disminuido/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales [despersonalización, desrealización, discontinuidad en los estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad para el reconocimiento de emociones].

B.4. Dificultad en la descripción de emociones y estados corporales [dificultad para describir estados internos o para comunicar necesidades tales como hambre o la evacuación y eliminación].

C. Desregulación Atencional y Conductual. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con el mantenimiento de la atención, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

C.2. Deterioro en la capacidad de auto protegerse, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones violentas [conductas sexuales de riesgo, descontrol impulsivo, subestimación del riesgo, dificultad para comprender las reglas, para planificar la conducta y anticipar las consecuencias].

C.3. Intentos desajustados de auto-calma (movimientos rítmicos o rocking, masturbación compulsiva) [incluye consumo de sustancias]

C.4. Auto injuria habitual (intencional o automática) o reactiva [cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse].

C.5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objetivo [falta de curiosidad, dificultades para planificar o completar tareas, abulia].

D. Desregulación del Self (sí mismo) y Relacional. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con su sentido de identidad personal e involucración en las relaciones, incluyendo por lo menos tres de los siguientes ítems:

D.1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos (incluyendo una actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultades en la tolerancia al reencuentro con los mismos luego de una separación.

D.2. Persistente sentido negativo de sí mismo, incluyendo odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.

D.3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en las relaciones cercanas con adultos o pares [incluye expectativa de ser victimizado por otros].

D.4. Reactividad física o agresión verbal [impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora] hacia pares, cuidadores u otros adultos.

D.5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluyendo –pero sin limitarse a- la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva en pares o adultos en busca de seguridad o reaseguro.

D.6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática (empathic arousal) evidenciado por una falta de empatía por, o intolerancia a, las expresiones de estrés de los otros, o excesiva respuesta al distrés/ perturbación de los otros.

E. Espectro de Síntomas Postraumáticos. El niño exhibe por lo menos un síntoma en al menos dos de los tres criterios (B, C y D) de síntomas del TEPT.

F. Duración del trastorno. (Síntomas en el TTD Criterios B, C, D y E) al menos 6 meses.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

G. Dificultades funcionales. El trastorno causa distrés/perturbación clínicamente significativa o incapacidad en al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento: Escolar, ...familiar...grupo de pares... legal... salud ... y vocacional...".

Un encuadre diagnóstico acertado nos permite un plan mejor afinado de tratamiento.

En el caso que nos ocupa, aunque no se recogen aquí explícitamente –fundamentalmente por motivos de limitaciones de extensión de este trabajo-, existen criterios de exposición y criterios sintomatológicos derivados, de forma que el conjunto de ambos factores aunados conforma la entidad denominada Trauma del Desarrollo, compatible con la descripción del TEPT Complejo (diagnostico orientado a población adulta) éste último sí incluido en la CIE-11.

Cuando trabajamos con niños con diagnóstico de Trauma del Desarrollo incluir a la familia en el tratamiento resulta, si no imprescindible, muy relevante. Cuando los padres son capaces de entender estas conductas desde una perspectiva alejada de la afrenta personal, les resulta más fácil seguir mostrando una actitud positiva, abierta y cariñosa hacia el niño.

En este sentido, deberemos así mismo promover el conocimiento de las consecuencias de la traumatización crónica, la capacidad reflexiva y de mentalización (entendiendo mentalizar como la capacidad de interpretar la conducta de los otros y de uno mismo) de los padres y del niño. Si los padres son capaces de contener y de poner palabras a los estados mentales, a veces confusos, de los menores, estos podrán dar una respuesta más adecuada a las necesidades del niño (Fonagy et al., 2002). He aquí la importancia del rol paternal a la hora de hacer una primera digestión de las vivencias para los menores.

En el caso que nos ocupa, se ponen de manifiesto varias cuestiones, todas ellas orientadas a proporcionar un acompañamiento adecuado:

-Como punto de partida, atender a la premisa de que ni la voluntad ni el amor bastan para tratar el trauma.

-La importancia de la aceptación incondicional del niño/a, ¿cómo? con mucha más calma, con mucha más conexión, con mucho más cuidado de la relación con el menor. Para ello, debemos aprender a ser capaces y entrenarnos en la facultad de separar el comportamiento, de la persona del niño. Ser capaces de parar, de distanciarnos y de revisar qué es lo que se me está activando de mi propia historia, cuando el niño/a nos desborda.

-La necesidad de formar profesionales especializados en la materia, en diferentes ámbitos: salud, administración, ámbito social y ámbito educativo.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

-La necesidad de acompañar a las familias y a los profesionales implicados, sin juzgar a los implicados, si no poniendo el foco en construir y en acompañar de manera fiable, respetuosa y no invasiva, para facilitarles que puedan ser guías o acompañantes, no perfectos pero sí lo suficientemente buenos.

-La necesidad de cuidar a las familias para que éstas a su vez, puedan cuidar.

DISCUSIÓN

¿Qué pautas funcionan mejor en la crianza de niños y niñas que han sufrido adversidad temprana?

Los terapeutas, ¿Más allá de hablar, de razonar con el niño o con sus padres o de intentar convencer al niño/a que cambie su comportamiento, más allá de revisar cogniciones, qué podemos hacer en el tratamiento de estos casos? Muchas veces, venimos de la herencia que nos dejó la creencia de que el trabajo terapéutico se agota en la conversación terapéutica y en la reflexión que trae el revisar cogniciones, creencias personales y episodios disruptivos. La práctica nos muestra que esto no es tal que así y que además de tejer un traje a medida en terapia, deberemos trazar un mapa de tratamiento basado en los conocimientos de los que disponemos, aún y a nivel global no extraordinariamente amplios sobre la intervención y el trabajo con niños gravemente traumatizados.

Sabemos que las relaciones reparadoras se construyen en la experiencia y para poder ser construidas con solidez es necesario saber qué falló y cómo se expresa hoy aquello que falló en el pasado del menor.

El punto de partida de la terapia será diseñar un plan de tratamiento eficaz que contemple las siguientes premisas:

-Debemos conectar con el menor desde un acompañamiento respetuoso.

-Conocer su edad de desarrollo. Recordar que a veces los niños/as no son lo suficientemente maduros como para según qué peticiones o requerimientos externos se les presenten.

-Como terapeutas debemos conocer, en la medida de lo posible, acerca de sus vínculos tempranos

-Ayudar al niño/a a desarrollar una narrativa coherente sobre su vida y sobre sí mismo.

-Ayudar al niño/a a resolver los dominios del deterioro causado por los trauma del desarrollo.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

-Muy relevante este punto, el de reparar la relación después de la corrección.

Trabajar o acompañar a los niños y niñas desde esta perspectiva, nos permite acceder al pasado pero desde una visión menos punitiva en el presente, que termina desarrollando una visión más constructiva de futuro.

Pareciera que estos niños están hiperadaptados al estrés al que, a su vez, son hipersensibles. Y en una situación de amenaza o en una situación interpretada como tal, que generalmente obedece a disparadores rutinarios, el sistema de alarma se enciende y se prepara para la lucha, la huida o la sumisión. Debemos tener presente que estos niños/as tienen este sistema de alarma alterado y responden de una manera desproporcionada al estrés cotidiano. Una vez que la "hiperactivación" baja, la corteza prefrontal puede filtrar lo que está ocurriendo y el niño/a regresa al estado basal.

Se trata de reconfigurar un cerebro dañado que tiende a funcionar predominantemente en modo supervivencia (lucha, huida, sumisión), es el liderazgo del cerebro más primitivo, el que obedece en primera instancia a los instintos. Así nuestra intervención puede ser más eficaz si sigue un orden neurosecuencial que naturalmente facilite la recuperación funcional y nos ayude a conseguir una mejor adaptación al entorno. Este trabajo como refiere Schore (1994) será co-regulado de hemisferio derecho a hemisferio derecho. Por supuesto, deberemos partir de la seguridad física para abordar el sentido y el sentimiento de seguridad interno o "mental".

Tendemos a automáticamente clasificar a los niños y niñas en "buenos" y "malos", según su comportamiento, según su rendimiento académico, según su respuesta a nuestras indicaciones -a las de los padres, a las de los profesores, a las del monitor de comedor, a las del responsable del aula matinal, a las del conductor del autobús escolar, etc., etc-. Sin embargo, los niños y niñas con historia de adversidad temprana tienen una serie de particularidades a las que debemos atender. Generalmente son niños/as que responden con enorme dificultad al estrés y que se desbordan con gran facilidad. Entonces nuestro acompañamiento en su desarrollo debe adaptarse lo mejor posible a sus características, las comunes y por supuesto a las individuales de todos los niños/as. Venimos observando, que en general son niños/as para los que el refuerzo-castigo tiene escasa eficacia a la hora de conseguir conductas más adaptativas y una mejor autorregulación del menor.

Se trata de niños y niñas con muchas dificultades para regularse, que fácilmente despiertan en el adulto inexperto en psicotrauma, una marcada reactividad frente a la ofensa o a la desobediencia que pueden interpretar en primera instancia como una afrenta personal.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

Sin embargo, son niños/a que tienen un daño invisible provocado por experiencias traumáticas vividas en la primera infancia, que son las que, muchas veces en primer plano, condicionan su funcionalidad cotidiana. Los estudiosos del tema observamos y así lo recoge la, desafortunadamente, no muy amplia literatura en castellano al respecto, son niños/as que van a presentar mayores dificultades en el proceso de crianza.

En estos niños/as en los que en su historia vienen etiquetados por "la diferencia", por sentirse en algún modo u otro diferentes, bien por la diferencia de experiencias de vida del tipo contar al menos con más de una mamá, historia de institucionalización, padres biológicos diferentes a los cuidadores y padres de presencia actual, etc., muchas veces aparece en una posición predominante la ira y la rabia, la culpa por un comportamiento que muchas veces no es que no quieran cambiar, no es que no quieran evitar, si no es que no saben cómo hacerlo o no pueden cambiarlo o evitarlo por sí mismos. Lo anterior suele acompañarse de un sentimiento falta de valía personal. Y el enfado continuo hacia el niño no conseguirá más que debilitar la ya de por sí deteriorada autoestima.

Muchas veces los niños y niñas que han sufrido adversidad temprana no se muestran lo suficientemente maduros acorde a su edad biológica, por lo que deberemos adaptar nuestra intervención a la edad madurativa del niño.

Como venimos recogiendo, generalmente estos niños/as funcionan con un nivel de habilidades más propio de niños más pequeños, entonces necesitan el mismo grado de experiencias intersubjetivas, supervisión y expectativas que podríamos dar a un niño/a más pequeño.

En nuestro caso presentamos, para ilustrar este trabajo, el caso de una niña adoptada, si bien nos parece interesante reseñar, que en el contexto de la traumatización crónica infantil, en lo referido al marco de la institucionalización, se erige como una premisa de calidad el que los equipos de trabajo con los menores sean especialmente sensibles a las necesidades de los niños y niñas que están bajo el cuidado de la Administración y que por supuesto posean nociones básicas acerca del tema que nos ocupa.

Daniel A. Hughes (2018) nos sumerge en lo que llama "Actitud PACE" (Alegoría, Aceptación, Curiosidad y Empatía) para relacionarnos satisfactoriamente con los niños con dificultades de apego. La actitud PACE garantiza que las intervenciones del tratamiento serán terapéuticas -con suerte exitosas- pero no punitivas ni humillantes. Así puedo separar su experiencia -que acepto-, de su comportamiento -que quizás deba limitar-. Así puedo continuar mostrándome alegre y cariñoso/a en mis respuestas.

El niño/a no puede controlar mis emociones y así soy capaz de usarlas ("sin que me las secuestre") para conseguir implicarme emocional y afectivamente con él o con ella.

ACOMPañANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

En su blog Buenos tratos. Apego, trauma, desarrollo, resiliencia, José Luis Gonzalo Marrodán, en su artículo *Cómo reparar el trastorno del apego: estrategias para acogedores y familias adoptivas y sus terapeutas* (O a propósito del libro de Hughes "Construir los vínculos de apego") recoge en palabras de Hughes, página 77: "Cuidar a niños con dificultades de trauma o apego es una tarea extremadamente difícil que ocupa las veinticuatro horas del día. Requiere un alto grado de madurez personal, autocontrol, empatía por el niño y capacidad para tolerar largos periodos de estrés. Requiere que estos padres de acogida manifiesten resolución en sus propias historias de apego. La buena crianza de acogida requiere que las agencias mantengan un alto nivel de detección, formación y apoyo. Incluso entonces sigue existiendo el riesgo de que un niño determinado sea demasiado difícil para los padres de acogida. Cuando esto ocurre, nuestra solución a la tragedia del maltrato y el abandono de los niños no ha hecho más que empeorar el problema. Debemos reducir estos fallos del sistema tanto como sea posible. Nuestro compromiso debe comenzar con la selección, formación y apoyo del padre (o madre) de acogida individualmente. Sin un cuidador cualificado, el sistema general no podrá satisfacer las necesidades de un niño en concreto".

Contextualizar el encuadre clínico y adaptar nuestra intervención a él, no es, por supuesto, validar el comportamiento inadecuado de los menores -que precisa de límites que dan seguridad y que enseñan al menor a funcionar en sociedad-, sino que persigue mejorar la efectividad de la intervención terapéutica. Ello requiere de una revisión continua de mi propio estado emocional como adulto/a (figura de apego con características de continuidad y permanencia en el tiempo) o terapeuta (quien refleja sin constituirlo, aspectos de la figura de apego y que deseablemente tiene un rol provisional y limitado en el tiempo), de mi propia autorregulación, lo que me lleva a poder preguntarme a mí misma/o, a poder preguntarnos, sin acritud, ¿puedo ser yo en ocasiones, sin quererlo, un disparador del niño/a?

Validar su estado emocional resulta imprescindible para reconducir la conducta.

En este mismo sentido resulta muy interesante aprender a reconocer cuando el niño/a entra en bucle o en situación de no retorno. Entonces, puedo necesitar darle, o incluso darme, algo de tiempo y permitirle tomar cierta distancia y evitar intervenir, si el niño/a en ese momento no acoge de buen grado mi presencia, hasta que vuelva a un estado de calma, salvo para evitar conductas de riesgo o peligro para el menor.

ACOMPAÑANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

Proceder de otra manera en estos casos suele llevarnos a entrar en un estado circular y a propiciar que un conflicto que inicialmente se limita a una cuestión concreta y que ha generado una problemática desproporcionada con respecto al evento que la suscitó, se generalice a otros aspectos generales de la vida familiar.

Nos parece importante recoger aquí, que hemos oído frecuentemente a familias e incluso a compañeros del ámbito de la salud mental, hablar de "fracaso", un término que preferimos no emplear porque parece aniquilar la esperanza. Solemos hablar de "fracaso" cuando no se cumplen nuestras expectativas adultas con respecto a lo que creemos que debe o que tiene que ocurrir, si bien cuando hablamos de acompañar a un niño/a en su crecimiento es necesario sacudirnos si no todas, la mayoría de las expectativas preconcebidas y acoger lo que venga, como un regalo.

Recordar que nuestra labor se orienta, en esencia, a construir con el niño/a los cimientos para su desarrollo pleno como persona.

Recogemos aquí un cambio de mirada, de la que nos gustaría contagiar tanto a familias como a los profesionales implicados. Os invitamos a cambiar la perspectiva y a volver a mirar desde este prisma. Os invitamos a evitar colocar etiquetas negativas y desafortunadas "lento, vago, delincuente en potencia..." a situaciones, muchas veces, más complejas de lo que nos puede parecer a priori.

Un cambio de mirada que entendemos básico con objeto de modificar "hacia lo sano, hacia lo adaptativo" el curso de los acontecimientos y poder así acompañar de manera más eficaz en su desarrollo y/o en su proceso terapéutico a estos niños y niñas que han sufrido adversidad temprana y que sufren en su piel y hasta el día de hoy, la falta de respuesta del mundo adulto a sus necesidades.

ACOMPañANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

BIBLIOGRAFÍA

1. Baita, S. (2007). Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación. Vol. 4. Num. 1, 2012. ISSN: 2007-8544.
2. Courtois, C.A. (2004). Complex Trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: theory, Research, Practice, Training*, 41(4).
3. Escuela de familias adoptivas. Documento "El impacto de la adversidad en la infancia sobre el desarrollo de los niños". (http://www.escueladefamiliasadoptivas.es/wpcontent/uploads/2020/06/04_EL-IMPACTO-DE-LA-ADVERSIDAD-3.pdf)
4. Herman, J.L (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivor of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
5. Hughes, D. (2019). Construir los vínculos del apego. Cómo despertar el amor en niños profundamente traumatizados. Barcelona: Eleftheria.
6. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
7. Liotti, G. (2006). Disorganized/Disoriented Attachment in the etiology of Dissociative Disorders. *Dissociation*, Vol V, nº1. Dec.
8. López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo.
9. Main, M & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or parental behavior the linking mechanism? In M.T Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (eds.), *Attachments in the pre-school year*. Chicago: Chicago University Press, 161-182.
10. Gonzalo Marrodán, J.L. Blog de Buenos tratos. Apego, trauma, desarrollo, resiliencia. El blog de la RED APEGA de profesionales.
11. <http://www.buenostratos.com/2019/12/como-reparar-el-trastorno-del-apego.html>
12. Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. L. Erlbaum Associates.
13. Silberg, J. (2019). El niño superviviente: curar el trauma de desarrollo y la disociación. Desclée de Bower. Bilbao. pp80.

ACOMPañANDO LA ADVERSIDAD TEMPRANA

14. Van der Kolk, B.A. (1985). Adolescent vulnerability to posttraumatic stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 339-389.