

IFIV

**“ INSTITUTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACION-ACCION SOBRE LA
VIOLENCIA FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS”**

Apuntes

«Traumatismos infantiles y psicoterapia: Un modelo terapéutico, basada en relaciones de buenos tratos y apoyo a los recursos resilientes ».

Jorge Barudy Labrin

Maryorie Dantagnan Dantagnan

Introducción

Una realidad que nadie puede negar es el desarrollo en estas últimas décadas es la reciente toma de conciencia por parte del mundo adulto, de la necesidad de ofrecer protección y ayuda a los niños y niñas que son víctimas de malos tratos. Esto se ha ido concretizando a través de diferentes modelos de intervención que, en principio, intentan mejorar la situación de las víctimas, ya sea ofreciendo programas de ayuda a sus familias o un medio alternativo de vida, como son los centros y las familias de acogida.

En la medida que nuestros conocimientos emergen de una práctica de terreno, de experiencias en programas de atención a los niños y/o familias, podemos sostener que hemos participado en verdaderos “laboratorios” de investigación-acción, no sólo sobre el fenómeno del maltrato, sino sobre la coherencia y la utilidad de nuestras intervenciones.

Hoy estamos cada día más conscientes de que los sufrimientos de los niños y jóvenes están estrechamente ligados a los malos tratos que sufren en los contextos familiares, sociales y culturales en donde les toca crecer. A esto se suma el dolor y los traumatismos provocados por las intervenciones tardías, incoherentes y violentas que emergen de profesionales e instituciones que tienen como mandato educarles, cuidarles, sanarles o protegerles.

Los malos tratos infantiles son sobre todo una producción social, es decir, comportamientos de seres humanos adultos, resultado de ideologías que preconizan la violencia y favorecidos por contextos de estrés ambiental. En este sentido, los padres y los profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos que se ocupan de la infancia, nunca deben perder de vista que el sufrimiento infantil, es en gran parte el resultado de las incompetencias del mundo adulto en satisfacer las necesidades de los niños y niñas, y de garantizarles sus derechos.

Los diferentes tipos de malos tratos que sufren los niños y las niñas, denuncian la incompetencia de sus padres pero, sobre todo, la de una sociedad en que los adultos han sido incapaces de asegurarles el bienestar y el buen trato para todos ellos.

Desde nuestro punto de vista, queremos colaborar para validar esta opción, defendiendo la idea que unos de los derechos fundamentales de los niños y las niñas es que sus necesidades sean satisfechas, tanto por sus padres y cuidadores, como por el conjunto de la comunidad. En este sentido nos parece importante insistir que es responsabilidad de cada adulto y de cada Estado, de crear las condiciones para que todos los niños y niñas tengan acceso a los cuidados, la protección y la educación que necesitan para desarrollarse sanamente. Esto es una garantía para que éstos lleguen a ser ciudadanos y ciudadanas adultas, poseedores de una postura ética y de los comportamientos altruistas necesarios para establecer relaciones conyugales, parentales, familiares y sociales basadas en modelos de buenos tratos hacia sí mismos y hacia los demás. Por ello, nos parece relevante insistir en la idea que los programas de prevención y de tratamiento de los malos tratos infantiles tienen que anclarse en la promoción de dinámicas de buentrato de todos los niños y niñas en todos los ámbitos de la sociedad.

Nuestras experiencias clínicas nos han permitido ir descubriendo modos de intervención que consideramos de una coherencia operativa. Esto quiere decir, que

hemos determinado, a través de nuestra propia investigación clínica y el estudio de la literatura, cuáles son, dentro de las múltiples posibilidades de intervenir, aquellas actuaciones que nos permiten asegurar respuestas coherentes a los problemas. Es por esto defendemos la idea que, para ofrecer intervenciones adecuadas a las niños y niñas víctimas de malos tratos, para asegurarles buenos tratos es importante que los programas de protección infantil se organicen a partir de tres pilares:

- La evaluación y la rehabilitación de las incompetencias parentales, responsables de los malos tratos.
- La evaluación y el tratamiento del daño de los niños y niñas víctimas de malos tratos.
- El cuidado y el auto-cuidado de los profesionales que trabajan en los programas de protección infantil.

EL CONTENIDO DEL SUFRIMIENTO INFANTIL RESULTADO DE LOS MALOS TRATOS ASPECTOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS

Las diferentes concepciones de la infancia nos confrontan a dos lecturas del sufrimiento infantil y sus manifestaciones. En la primera, el niño es el objeto de una teoría, y la causa de sus sufrimientos se atribuyen a trastornos o enfermedades producidas en su organismo. En la segunda, el niño o la niña son seres vivos en interacción permanente con su entorno. Son sujetos que participan en relaciones interpersonales, incluso en su vida intrauterina. El conjunto de estas relaciones constituye su medio humano, que a su vez pueden facilitar o dañar su desarrollo.

En lo que se refiere al primer enfoque, muchos profesionales de la psicología, pedagogía, pediatría, trabajo social y de la justicia, están todavía prisioneros de sus representaciones y teorías, lo que les impide ofrecer un vínculo afectivo y de apoyo social a los niños y niñas. Otros, reducen a los niños a una visión patográfica reduciéndolos a sus síntomas y problemas de comportamientos, ofreciendo intervenciones que consideran sólo tratamientos individuales. De esta manera mistifican los entornos familiares y sociales que por sus carencias y malos tratos son en la mayoría de los casos, la causa de estos trastornos.

Nos hemos encontrado en nuestras prácticas con demasiados niños y niñas que han sido “revictimizados” en sesiones terapéuticas que ocurrieron de una manera y en contextos inadecuados. Para proteger la validez de sus teorías, y justificar los escasos resultados de sus tratamientos, los terapeutas de estos niños los encerraron en diagnósticos como psicosis o psicopatías, produciéndoles más confusión y culpabilidad. No es difícil atribuir a los niños la causa de sus sufrimientos designándolos como enfermos o malvados. Pero, esto induce mayor culpabilidad y confusión en ellos porque por su dependencia de los adultos, tienen pocas posibilidades para descubrir por sí mismos, las verdaderas causas de su sufrimiento. Esto es más difícil aún cuando los orígenes de éstos se encuentran en entornos carenciales y violentos producidos por sus propios padres. Como hemos mostrado en otros trabajos, (Barudy J., 1997) los niños asumen a menudo el papel de culpables de sus malos tratos, para poder controlar la angustia de saberse en peligro al lado de aquellos que tendrían que amarles, cuidarles y protegerles.

Al ser diagnosticados como portadores de un trastorno mental, se les confirma que ellos son el problema. Afortunadamente y gracias a las investigaciones sobre los factores resilientes, es decir, aquellos que permiten a los niños enfrentar mejor el daño que se les hace, muchos profesionales están integrando la importancia de ayudar a los niños maltratados a reconocerse como víctimas. La toma de conciencia que el sufrimiento es causado por los malos tratos resultado de la violencia de los adultos es un factor de protección para la salud mental infantil. Los niños y niñas tienen el derecho a saber y comprender que son sus padres que les han hecho daño,

no porque son malas personas sino, porque no han aprendido a ser padres competentes. Esto también es válido para los terapeutas cuando éstos son incompetentes y les hacen daño.

En un apartado anterior afirmábamos y dábamos argumentos para considerar a los niños y niñas víctimas de malos tratos, no sólo como víctimas de la violencia o negligencia de sus padres, sino también de la violencia institucional y social. Las consecuencias de estas fuentes de malos tratos se expresan en las diferentes formas de sufrimiento y daño que expondremos en esta sección, introduciendo además las bases conceptuales de los métodos terapéuticos para cada una.

Las diferentes manifestaciones del daño infantil

- 1) Los traumatismos infantiles provocados por los malos tratos y los abusos sexuales.
- 2). Los trastornos de los procesos de socialización y aprendizaje infantil.
- 3) Los trastornos de los procesos de desarrollo infantil con riesgo de retraso en todos los niveles de desarrollo, algunos de ellos irreversibles.
- 4) Los trastornos de los procesos resilientes.
- 5) Los trastornos del apego.

1) Los traumatismos infantiles provocados por los malos tratos y los abusos sexuales.

Los diferentes tipos de malos tratos son experiencias que provocan estrés y dolor crónico y de gran intensidad. Nos referimos no sólo al dolor físico, sino al psicológico, que no tiene una localización focal, pero compromete el conjunto del organismo. Otro aspecto traumático de los malos tratos es el hecho de que el dolor es provocado por aquellas personas significativas que son los padres, que dentro de sus funciones está la de ayudar a calmar el dolor de sus hijos a través del consuelo y el cariño. Numerosas investigaciones muestran que el cariño y el consuelo aumentan la producción de endorfinas naturales en caso de dolor, ayudando por esto a calmarlo (Goleman D., 1996). Además, se agrega la dificultad de construir por parte de las víctimas una explicación que le dé un sentido a lo que les ha pasado o les está pasando. Esta imposibilidad de encontrar un sentido a lo vivido es el resultado del carácter de doble vínculo que tienen los malos tratos infantiles, es decir, la paradoja monstruosa de ser dañados por aquellos que les dieron la vida y que tendrían que cuidarles, protegerles y educarles.

Al hablar **de traumatismo psíquico infantil**, nos referimos a las consecuencias de una agresión exógena, que provoca una sensación intensa de estrés, sufrimiento o dolor, y que al mismo tiempo, por su contenido es difícil de encontrarle un sentido o una explicación. Los traumatismos psíquicos son comparables a los traumatismos físicos, pero existen diferencias. Por ejemplo, si un niño o niña sufre múltiples fracturas como consecuencia de un accidente de tráfico tiene mucho dolor y estrés, pero el niño/a puede explicarse o integrar la explicación que le brinda un tercero sobre el accidente. El niño puede entender por qué sucedió, cómo ocurrió, quién es responsable, etc. El niño sufre, pero no queda traumatizado.

En el caso del traumatismo psíquico, las agresiones que lo provocan, como los malos tratos, producen también estrés, sufrimiento y dolor, pero la diferencia estriba en que es mucho más difícil para los niños darle un sentido y elaborar estas agresiones. Para

el niño o la niña será muy difícil entender, por qué su madre le pega o le rechaza, o su padre le abusa sexualmente, etc. Todas estas experiencias son psíquicamente traumáticas porque es muy difícil simbolizarlas después de haberles encontrado un sentido, es decir, comprenderlas. En estas circunstancias, los niños y niñas sufren, pero además pueden quedar traumatizadas, porque sin entender lo que pasó es casi imposible recuperar el sentimiento de control sobre su entorno y de protección frente a nuevas agresiones.

Según el contexto en que se han producido los malos tratos, podemos hablar de dos grupos:

- ◇ Aquellos niños que han vivido una violencia contextual junto con los otros miembros de su familia y/o de su comunidad. Este grupo corresponde al de los niños y niñas víctimas de la violencia organizada - guerras, terrorismo, genocidios- y al de los niños víctimas de la violencia social – exclusión, marginalidad, utilización comercial y publicitaria, pedofilización social, consumismo, comercio sexual, violencia institucional, etc.
- ◇ Los niños y niñas víctimas de violencia intra-familiar, víctimas de negligencia y abandono, malos tratos físicos, abusos sexuales, violencia psicológica.

Desde el punto de vista del contenido de las agresiones distinguiremos:

- ◇ **Los eventos traumáticos** para señalar cualquier hecho o acontecimiento que produce dolor y estrés (dolor físico, dolor psíquico o una experiencia de amenaza vital...) que sobrepasa los recursos naturales del individuo y de sus apoyos sociales para calmar el dolor y encontrarle un sentido a lo sucedido. Esto, como consecuencia de su contenido, intensidad o su duración.
- ◇ **Hablamos de proceso traumático** para nombrar el conjunto de eventos dolorosos y/o estresantes que emergen de relaciones interpersonales significativas y cuyo contenido, su duración e intensidad agotan los recursos naturales del niño o de la niña, así como el de sus fuentes de apoyo social. La consecuencia de esto es que este conjunto de acontecimientos perturba una parte o la totalidad de la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional del niño y de la niña.

No hay peor trauma que el producido dentro de la propia familia: sus consecuencias tan graves están asociadas al significado de las relaciones intrafamiliares, a la situación paradójica en la que los niños son maltratados por quienes se supone que tienen que cuidarles, protegerles y educarles. En el caso de que alguna circunstancia exógena les produzca dolor, son los padres que tendrían que calmarlos y consolarlos en esos momentos de aflicción.

Las consecuencias de los procesos traumáticos

Cuando el traumatismo se produce, tiene un impacto en las diferentes áreas de la personalidad del niño. Las consecuencias pueden ser consideradas como *trastornos o mecanismos adaptativos*. Esto último corresponde a los mecanismos de defensa que el niño desarrolla para hacer frente al dolor. De estas consecuencias mencionaremos:

- En la área afectiva:
 - Trastornos de la empatía,
 - Trastornos emocionales.
 - Trastornos de la autoestima
- En el área cognitiva:
 - Trastornos cognitivos
 - Trastornos disociativos
 - Trastornos de la identidad
- En la área conductual:
 - Conductas autodestructivas
 - Violencia hacia los demás
- En la área relacional:
 - Trastornos del apego o de la vinculación.
- Trastornos en la capacidad de reflexión ética:
 - El hecho de que sean los adultos quienes provocan daño, hace que el modelo ético que recibe y aprende el niño esté condicionado por esa experiencia.

Las vivencias internalizadas de las niñas y niños traumatizados

Sólo en los últimos 20 años se han desarrollado investigaciones clínicas dirigidas a ofrecer modelos terapéuticos especializados para niños que han sufrido traumatismos.

Una de las aportaciones de estos estudios, como la realizada por Beberly James (James, B.1996) nos ha permitido reconocer de manera más clara la dinámica vivencial de los niños maltratados. Su trabajo representa una expansión del concepto traumatogénico de Finkelhor y Browne (1985).

Puesto que uno de los ejes fundamentales del proceso terapéutico es el contenido del “traumatismo”, describiremos aquí algunas de las vivencias que se generan en los niños traumatizados a causa de los malos tratos. La siguiente descripción basada en los trabajos de James (1996), permite a los profesionales, en particular a los psicoterapeutas, analizar la dinámica de estas vivencias. Por supuesto, esto no puede cubrir todos los aspectos del mundo interno del niño maltratado, por tanto, lo ofrecemos sólo como una guía que puede ayudarnos para la valoración y también para el plan del tratamiento a realizar.

Cada una de estas características la trataremos en este libro de forma muy resumida, considerando los siguientes aspectos: su dinámica, impacto psicológico, las manifestaciones conductuales y las tareas terapéuticas básicas para tratarlas.

La culpa:

El sentimiento de culpa está presente en algún grado en todos los niños maltratados. La mayoría de ellos no la manifiestan verbalmente, pero muchos de ellos lo hacen a través de sus conductas. El niño se siente responsable de lo que le ha pasado. Para llegar a esta conclusión, el niño o la niña ha procesado cognitivamente lo siguiente:

1. Clasifica a las personas en buenas y malas.
2. No puede permitirse considerar a sus padres como personas malas, por tanto....
3. La falta de sentido o de explicación lógica a la situación de violencia, le lleva a creer que si él es maltratado es porque es malo, porque se lo merece.
4. El o ella es responsable de lo ocurrido, pues si no debía haber sido capaz de detener la situación abusiva. (pseudo capacidad de control)

El impacto psicológico de esta experiencia es: sentimientos de culpa, vergüenza, creer que es malo. Todo niño maltratado de algún modo vivencia estos sentimientos aunque no sean verbalizados explícitamente.

Las manifestaciones conductuales hacen visible el sentimiento de culpa a través de: conductas de aislamiento, intento de rectificar, auto-castigo, auto-lesiones, abuso de sustancias, sabotaje de sus logros. Nuestra experiencia clínica nos enseña que muchos de los comportamientos auto-destructivos que presenta los niños y niñas, particularmente adolescentes, muchas veces son la expresión de sentimientos de culpa.

Tareas terapéuticas: la única forma de sacarles de esta vivencia es ofrecerles un modo diferente de relación, de reacción a sus manifestaciones conductuales. Si el niño o la niña muestra conductas negativas y todo lo que recibe es castigo, se enclaustrará en su sentimiento de culpa. Es necesario desde el principio y durante el proceso terapéutico, desculpabilizar explícitamente al niño de su tragedia de malos tratos. Será inútil intervenir sobre las manifestaciones conductuales de la culpa sin trabajar sobre ella.

Es fundamental que como terapeutas, en nuestros primeros encuentros con un niño o niña mal tratada, nuestro primer mensaje explícito sea el reconocerle como víctima de una situación injusta.

La estigmatización:

Puesto que los niños son culpabilizados, denigrados y humillados; percibidos y representados como malos, enfermos, perversos, niños-problemas, etc. por quienes le rodean, acaban sintiéndose enajenados y diferentes de otros. Se sienten como “mercancía etiquetada” por lo que les ha ocurrido. Muchos de ellos y ellas están convencidos de que todos reconocen su historia de malos tratos.

El impacto psicológico es: sentimiento de culpa y vergüenza, baja autoestima, sentimiento de ser diferente de los otros chicos y chicas de su edad. Dicha diferencia siempre está en su contra o en desventaja.

Las manifestaciones conductuales son: aislamiento, evitación de logros y éxitos, abuso de sustancias, conducta autodestructiva, esfuerzo compulsivo por lograr algo,

pero con la sensación de que nunca es lo suficientemente bueno. Las conductas auto-destructivas también están presentes.

Tareas terapéuticas: consistirá en ayudar al niño o la niña a distinguirse del problema: *“el problema no soy yo”*. Esto puede conseguirse a través de las técnicas de externalización. Frente a esta experiencia, la actitud del terapeuta debe encontrar el equilibrio entre no dramatizar, pero tampoco banalizar la experiencia del niño. Para contrarrestar la estigmatización es necesario trabajar paralelamente sobre los recursos naturales y resilientes de los niños, a fin de potenciarlos y mejorar así su representación de sí mismos.

Impotencia :

Como hemos mencionado anteriormente, los niños víctimas de procesos traumáticos producto de los malos tratos han sido sobrepasados en extremo por estas experiencias. Este ambiente de desprotección, tragedia, e impredecibilidad que provoca miedos repetidos, lleva al niño a no tener control ninguno sobre lo que ocurre, quedando a la merced de los adultos. La sensación de impotencia, vulnerabilidad e incapacidad de hacer algo por salir o resolver su situación, contribuye al proceso de indefensión aprendida: *“Haga lo que haga, no hay salida”* o *“Haga lo haga, nadie me ayuda”*

El impacto psicológico puede ser: ansiedad, miedo, depresión, bajo sentido de eficacia, percepción de sí mismo como víctima, necesidad de control, identificación con el agresor, vivencia de estar dividido o fragmentado.

Las manifestaciones conductuales: pesadillas, problemas alimenticios, fobias, delincuencia, pseudomadurez, acting-out, agitación, retraimiento, ideación suicida, conductas agresivas y amenazantes a sus pares. Estos niños y niñas pueden establecer relaciones interpersonales agrediendo, protegiendo y cuidando, o complaciendo compulsivamente, como un modo de mantener el control del otro. Puede ocurrir que la impotencia invada el terreno social afectivo y sean duramente victimizados por otros, o al extremo, se replieguen sobre sí mismos para evitar relacionarse.

Tareas terapéuticas: como la sensación de invalidez e impotencia deja secuelas devastadoras en la representación del sí mismo del niño, como terapeuta debemos ayudarlo a reconocer que tiene poder y posibilidad de elecciones. Es tarea del terapeuta ayudarlo a utilizar este poder para ser constructivo y no destructivo. La relación terapéutica puede brindar la posibilidad de ofrecer una experiencia reparadora donde el niño o niña se sienta valorado, respetado y fuerte. La metodología utilizada debe permitirle sentirse protagonista del proceso terapéutico, donde se le invita a participar activamente en el plan de tratamiento. Esto le permitirá desarrollar un sentido de control, eficacia y valía personal que contrarreste su impotencia.

Pérdida:

Tanto las pérdidas significativas de su mundo afectivo, un padre protector, una madre incondicional y emocionalmente disponible, como su falsa expectativa de ser cuidado y protegido por ellos y/o por otros que le han conocido, llevan a convencerle de que no

La más grave consecuencia de la experiencia de malos tratos en los niños es la pérdida de la confianza, la sensación permanente de tener que cuidarse y protegerse de los otros. El creer que no hay nadie disponible, con buena voluntad o intención hacia su persona.

necesita a nadie o que no puede confiar en nadie.

El impacto psicológico es: entumecimiento emocional, negación, culpa, desconfianza, deseos suprimidos, cólera, desconfianza en sí mismos y en los otros.

Las manifestaciones conductuales: reacciones somáticas, sueños ansiosos, conductas regresivas, mutismo selectivo, apatía, hurtos, agresiones explosivas, evitación de la intimidad, dificultades de aprendizaje.

Tareas terapéuticas: estas vivencias son claramente resultado de un trastorno de apego, Es importante brindar al niño o niña espacio y tiempo para expresar su dolor producido por estas pérdidas y traiciones. Posteriormente, dar paso a elaborar el dolor, es decir, ayudarlo a encontrar un sentido a lo vivido. A partir de esto, recién en este momento se puede ayudar al niño a comprender cómo estas vivencias están presentes en sus relaciones actuales. La tarea fundamental aquí será ofrecer al niño o niña una relación terapéutica que ayude a reparar su confianza en el ser humano.

La rabia:

Los niños que crecen y se desarrollan en un ambiente familiar violento, negligente o caótico vivencian la rabia y el malestar constantemente. En un ambiente en que los adultos no han aprendido a manejar ni regular emociones intensas como la rabia, tampoco los niños logran esta habilidad, llegando a creer que sentir o tener rabia es lo mismo que agredir o destruir(se). Ocurre también que los niños y niñas muchas veces se asocian emocionalmente con el agresor, (que es más tolerable que conectar con sus propias vivencias de víctima.). Por la falta de comprensión ante lo que ha ocurrido, llegan a percibirse merecedores del castigo o del daño causado por él mismo o por los otros, quedando atrapado en un círculo vicioso donde la rabia frente a lo vivido circula interna y/o externamente, así los niños pueden manifestar comportamientos autodestructivos, destructivos, o ambos.

El impacto psicológico: la rabia refuerza el sentimiento de culpa, el autoengaño, y la vergüenza. El niño tiene un miedo atroz a perder el control de la situación. Aumenta la confusión respecto a su representación de sí mismo, a los otros y a los valores morales. La tensión, impotencia y dolor son aliviados a través de las conductas violentas y destructivas, generando muchas veces un ciclo adictivo.

Las manifestaciones conductuales: el niño o niña revela conductas violentas, destructivas hacia sí mismo, los otros, a seres vivos o el entorno. Puede mostrarse retirado, con fantasías de revancha. Muchas veces se reactúan partes o el todo de un evento traumático asociado a la violencia. Las conductas destructivas provocan un juego interminable si frente a ellas los adultos reaccionan también con agresión. Si esto ocurre, se provoca mayor intensidad en las conductas destructivas del niño, éste confirma la representación de sí mismo como intrínsecamente malo y refuerza la creencia de que la destrucción es necesaria para protegerse y sobrevivir. Cuando la rabia se vuelca contra sí mismo, los niños o niñas pueden presentar comportamientos autodestructivos de todo tipo.

Tareas terapéuticas: el niño o la niña necesitará espacios estructurados donde las reglas y límites sean claros, firmes y se mantengan en forma coherente. Para ello, se necesitará planificar un trabajo de equipo con los profesionales y referentes en torno al niño que garantice proteger al niño de su propia violencia y también a los demás. Sólo después de esto se podrá abordar terapéuticamente los elementos subyacentes de la conducta destructiva, de lo contrario la terapia será ineficaz para ayudar a estos

niños. La modulación afectiva, el desarrollo de habilidades sociales, la asertividad son parte complementaria a todo lo anterior. Un mensaje sencillo que podemos entregar es: *“puedes enfadarte, pero no puedes agredir”* o *“puedes enfadarte conmigo, pero no tienes derecho de agredirme”*.

Trastornos disociativos:

A partir de la capacidad biopsicológica para disociar las experiencias, el niño traumatizado hipertrofia esta capacidad para defenderse del dolor. Las experiencias traumáticas de miedo y dolor, que se generan en ambientes crónicamente inconsistentes, sobrepasan los recursos internos y externos de los niños. Por tanto, el mecanismo protector contra el dolor es disociarse. También puede ocurrir que las respuestas disociativas de los padres sirven de modelo para el niño. Más adelante describiremos cómo y por qué se produce el proceso disociativo.

El impacto psicológico: fragmentación de la personalidad, desarrollo inconsistente y distorsionado, despersonalización, alineación. El niño encapsula las emociones intensas.

Las manifestaciones conductuales: estados de trance espontáneos, identidad dual, niega las conductas que ha realizado, rendimiento escolar oscilante, autodestrucción, pérdidas de memoria, cambios bruscos de humor.

Tareas terapéuticas: el éxito del trabajo comienza haciendo un buen diagnóstico de la presencia del trastorno, lo cual no siempre es fácil. Contamos actualmente con instrumentos validados que nos ayudan a diagnosticar este trastorno, como es el *“Adolescent Inventory Scale”* de G. Dean (1986). El o la terapeuta deberá ayudar al niño o niña a monitorear, identificar y registrar los elementos o condiciones en las cuales aparecen las respuestas disociativas, identificar los sentimientos de tristeza, miedo, rabia que provocan estas situaciones, trabajar sobre otros modos de enfrentar situaciones difíciles para que la necesidad de disociarse disminuya. En esto los aportes de Eliana Gil (1991) son muy útiles como metodología eficaz para trabajar con chicos y chicas que sufren estos trastornos.

Un enfoque terapéutico de los traumatismos basado en los recursos naturales de los niños y niñas y su resiliencia.

En relación a las intervenciones para prevenir y tratar las consecuencias de los procesos traumáticos podemos distinguir tres niveles fundamentales:

- ◇ **Las medidas de protección:** es totalmente incoherente y además contraproducente de ofrecer tratamiento psicoterapéutico a niños víctimas de procesos traumáticos, sino se les ofrece primero un medio de vida en donde se les respeta, cuide, y proteja.
- ◇ **Calmar el dolor y el estrés:** se trata de un proceso por el cual a través de la movilización de los recursos naturales internos y el apoyo externo, como las sesiones de psicoterapia centradas en las consecuencias de los traumatismos y la medicación, se logra calmar el dolor y controlar los trastornos de estrés post traumáticos.
- ◇ **Elaborar el dolor:** se trata de acompañar a los niños y niñas a encontrar un sentido a la causas de sus sufrimientos, es decir, una explicación que

permita entender los contextos en las que se les ha hecho el daño, quiénes son los responsables y el por qué éstos les han maltratado o no les han protegido adecuadamente. El poder elaborar una explicación, aún para los acontecimientos más confusos y horribles es posible y necesario para todos los niños víctimas de malos tratos. Esto puede lograrse por la capacidad que tienen todos los seres humanos a darle un sentido a las experiencias, gracias al pensamiento simbólico. Esta capacidad debe ser apoyada y potenciada a través de una relación terapéutica donde el niño y la niña se sientan afectivamente e incondicionalmente apoyados.

Los niños víctimas de malos tratos han sufrido múltiples experiencias traumáticas. Para reparar el daño necesitan integrarlas en su mente de la forma más constructiva posible para poder seguir creciendo sanamente. Esta capacidad que es parte de los que se conoce hoy día como resiliencia puede ser el resultado de la afectividad reparadora de una relación terapéutica, así como el apoyo a la capacidad de reflexionar para encontrarle un significado a lo vivido. Aunque esto haya sido dramáticamente denigrante y doloroso.

Por lo tanto, todos los niños y niñas víctimas de malos tratos necesitan y tienen el derecho a participar en un programa terapéutico para calmar y elaborar sus dolores. Estos deben apoyar los recursos naturales propios del niño, proporcionar apoyo social, brindando un entorno protector y productor de buenos tratos. Este es el papel que deben jugar los centros o familias acogidas, así como la escuela, los grupos de pares, los espacios de tiempo libre, etc. Si todo esto es necesario, para la mayoría de los niños y niñas víctimas no es suficiente. Es fundamental ofrecer tratamientos psicoterapéuticos especializados, un acompañamiento educativo adecuado y a menudo un apoyo con psicofármacos.

El apoyo a los recursos naturales de los niños y niñas

Se sabe que el dolor es una de las reacciones del organismo para asegurar la movilización de los recursos necesarios para la reparación y la curación de un daño. El dolor es una señal de alarma que permite al cuerpo movilizar recursos para su curación. Anestesiarse el dolor demasiado rápido puede paralizar los recursos curativos naturales. En cambio, abrir al niño al dolor puede suponer una intervención terapéutica. En un proceso terapéutico el sufrimiento es necesario.

En otro orden de cosas, cabe decir que unos de los recursos fundamentales que utiliza el ser humano para afrontar el dolor de los traumatismos son los recursos cognitivos. El niño utiliza su inteligencia, sus recursos cognitivos, para hacer frente al dolor. Si el dolor le resulta insoportable, utilizará mecanismos que le permitan aislarse del dolor para que la vida cotidiana le resulte soportable. En la medida en que la experiencia dolorosa sea intensa y prolongada, buscará formas de alejarse de esa realidad, así como de sus recuerdos. La regulación de la memoria y la atención, así como los procesos disociativos serán parte de estos recursos. Cuando el niño o la niña están sometidos a un traumatismo crónico como el caso de los malos tratos, es probable que tendrán que hacer un uso repetido de esos mecanismos. Esto le puede conducir a estructurar un funcionamiento cada vez más marcado por esas prácticas, hasta el punto de presentar una identidad o personalidad disociada (ver esquema 1).

RECURSOS COGNITIVOS ANTE EL MALTRATO INFANTIL



Esquema 1

Normalmente, el niño funciona asociando e integrando sus experiencias. Al mismo tiempo, para hacer frente al dolor y al sufrimiento, tiene la capacidad de disociarse: eliminar áreas de su experiencia e hipertrofiar otras. Todos tenemos esa capacidad para disociarnos, pues así podemos no estar permanentemente conectados a experiencias o vivencias dolorosas para poder disfrutar de aspectos agradables o positivos de nuestra vida.

El problema es cuando el recurso de la disociación acaba imponiéndose, hasta poder convertirse en un mecanismo favorito para manejar y enfrentar situaciones de la vida diaria. En los niños y niñas el trastorno disociativo así como el trastorno de identidad disociada puede ser confundidos con trastornos psiquiátricos graves como una psicosis o una esquizofrenia, puesto que el niño tiene una apariencia y conductas extrañas: tiene ausencias, manifiesta personalidades diferentes, etc.

La capacidad de asociar e integrar la experiencia está en relación directa con el buen trato y el apoyo social. Cuando existen vivencias dolorosas continuadas, en contextos empobrecidos respecto al apoyo social y si, además, estas vivencias se producen a edad temprana, es muy posible que el niño llegue a presentar trastornos disociativos o una identidad disociada.

La intervención terapéutica va dirigida a ayudar al niño o niña a aprender estrategias más positivas de afrontamiento del dolor y la confusión provocados por los procesos traumáticos intrafamiliares múltiples, de forma que no se vea forzado a protegerse estructurando una personalidad que a la larga le hará aún más daño. En los procesos terapéuticos se trata de ayudar al niño o a la niña a encontrar la mejor forma de

hacer frente al daño, respetando sus recursos naturales y sus sistemas de afrontamiento del dolor.

Todo esto debe además ayudar a los niños y niñas a externalizar la causa de sus traumatismos. Es muy diferente afrontar el dolor y el sufrimiento cuando usted cree ser la causa de ese dolor que hacerlo cuando puede entender que es algo ajeno y exterior a usted.

Es importante no perder nunca de vista que si los niños y las niñas no están protegidos, es muy difícil ayudarles a encontrar formas sanas para enfrentar el estrés y el dolor.

En un contexto de violencia, la psicoterapia puede ser peligrosa para el niño, ya que puede llevarle a abandonar defensas necesarias para su supervivencia.

El trabajo terapéutico debe hacerse en un contexto que garantice la protección del niño, pero no solamente esto, sino también un ambiente donde se le posibilite nuevas formas de vinculación constructiva

2) Trastornos de la socialización

Los trastornos de los procesos de socialización y aprendizaje infantil, con la incorporación progresiva y acrítica de los comportamientos y creencias de sus padres maltratadores, conlleva a una transmisión transgeneracional del maltrato expresada por la violencia en la adolescencia, violencia conyugal y/o maltrato a los hijos.

Las investigaciones sobre los cuidados y el buen trato nos han permitido establecer que la buena salud y comportarse como una buena persona es el resultado de estos procesos. Un niño o una niña tratada con cariño, respeto y que recibe los cuidados que necesita es y será una persona sana, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y social. Los niños que son y se sienten amados desarrollan un apego seguro, por lo tanto tienen una seguridad de base, y lo que es más importante, una inteligencia emocional con la empatía necesaria para participar en dinámicas relacionales altruistas y de buen trato. Desgraciadamente, los niños y niñas víctimas de malos tratos se socializan en un contexto que en la mayoría de los casos –si no reciben una ayuda adecuada- les conduce a presentar trastornos de comportamientos, dañándose a sí mismos o a los demás. Un niño o niña que sufre malos tratos severos y crónicos puede que no aprenda a ser una buena persona porque no tiene a nadie significativo que se lo enseñe. Además, está obligado a aprender a sobrevivir evitando el dolor y el sufrimiento de su vida cotidiana. A este proceso lo hemos llamado la carrera moral de los niños maltratados (Barudy J, 1998). La consecuencia lógica de todo esto son los trastornos de la socialización, que se expresan por las dificultades que presentan estos niños en participar en relaciones de interdependencias sanas, caracterizadas por el respeto, la empatía y la reciprocidad.

3) Trastornos del desarrollo

Una familia donde uno o ambos padres tienen prácticas de abuso y de malos tratos impide o dificulta el desarrollo y el crecimiento sano de un niño o niña. Una parte importante de los recursos y de la energía necesaria para enfrentar los desafíos de crecer, deben ser utilizados para sobrevivir al estrés y el dolor permanente.

Diferentes investigadores han demostrado que los malos tratos provocan alteraciones importantes en el desarrollo del sistema nervioso central, que no siempre se pueden recuperar. Mientras más tardía es la intervención mayor es el riesgo de no poder

recuperar este daño. Por lo tanto, los profesionales tenemos responsabilidades cuando esto ocurre; como consecuencia de ello, muchos de estos niños presentan retrasos mentales y psico-afectivos irreversibles.

4) Trastornos de los procesos resilientes

Las capacidades resilientes son aquellas que permiten a los niños y niñas un desarrollo suficientemente sano, a pesar de los obstáculos y dificultades que derivan de sus vidas. La resiliencia es una capacidad que emerge de las relaciones familiares y sociales cuando éstas aseguran al menos un mínimo de experiencias de buenos tratos con adultos significativos. Esta capacidad de resistir a los embates de la vida, es el resultado entre otros de experiencias de apego seguro y de apoyo social mantenido y de calidad, por lo menos con un adulto significativo para el niño. La toma de conciencia precoz de la realidad familiar por muy dura que ella sea y una educación que integre valores que ayudan a dar un sentido a las experiencias, son otros de los ingredientes de la capacidad resiliente. Las experiencias de malos tratos alteran la resiliencia pues, producen todos los trastornos que ya hemos expuesto. A esto se agrega el poco apoyo social no sólo intrafamiliar, sino también extrafamiliar que los niños reciben. A menudo sus familias viven aisladas del entorno social y no se benefician del aporte de redes sociales sanas y nutritivas. También la dificultad de darle sentido a los comportamientos violentos y abusivos, así como los trastornos de la socialización operan en el mismo sentido negativo. Afortunadamente no existe un determinismo en este sentido, en la medida que nuestras experiencias y la de muchos otros investigadores e investigadoras nos han permitido descubrir que las capacidades resilientes pueden desarrollarse aún en presencia de todos los factores adversos indicados. Esto ocurre cuando los niños y niñas son protegidos adecuadamente y se les ofrecen relaciones reparadoras, tanto en el ámbito educativo como en el terapéutico. Todos los investigadores en este campo estamos de acuerdo que uno de los factores más importantes de la resiliencia es el de haber tenido por lo menos una relación durable y de buena calidad con un adulto significativo en la infancia. Esta adulto – mujer u hombre- ha sido capaz de transmitir a los niños que son personas válidas e importantes para él o ella. Además, han permitido a través de múltiples conversaciones co-construir una narrativa desculpabilizadora. Uno de los ejes del trabajo terapéutico de reparación del daño de los malos tratos infantiles es ofrecer y ofrecerse a los niños como tutores o tutoras de resiliencia (Cyrulnik B.2002)

5) Los trastornos del apego.

Una de las consecuencias más graves de los malos tratos son los trastornos del apego. Estos constituyen “**el trastorno de los trastornos**”, puesto que existe un daño en una de las capacidades que definen el ser humano: la de relacionarse consigo mismo y los demás de una forma sana y constructiva. Con ello, se lograría participar en dinámicas de cuidados mutuos, buenos tratos y en la construcción de tejidos familiares y sociales afectivos, justos y solidarios. Por esta razón hemos dedicado una sección completa a estos trastornos.

LOS TRASTORNOS DEL APEGO CONSECUENCIA DE LOS MALOS TRATOS: ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Uno de los requisitos fundamentales para asegurar el buen trato de los niños es que los vínculos de los padres con sus hijos sean sanos. La existencia de relaciones sanas entre padres e hijos depende en buena parte del cómo se produjeron los procesos de apego. Numerosos autores a partir de Bowlby (1973,1988) han insistido en la importancia de un apego sano como un factor de prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil, (López, F. 1993; Barudy, J. 1997; Cyrulnik, B. 1993). En el marco de nuestro modelo, consideramos el apego como el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores, a través de un proceso relacional que para la cría es primeramente sensorial durante la vida intrauterina (reconocimiento del olor, la voz y el tacto de los progenitores), pero que apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción del adulto de una afectividad que puede ser positiva o negativa según los contextos y las experiencias de vida – sobre todo infantiles- de la madre y secundariamente del padre. El apego es lo que produce los lazos invisibles que crean las vivencias de familiaridad caracterizada por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. En otras palabras, el apego une a padres e hijos en el espacio y en el tiempo, lo que se manifiesta sobre todo durante la infancia por la tendencia a mantener una proximidad física, y cuya expresión vivencial o subjetiva cuando este apego es sano, es la sensación de seguridad. (Bowlby, J., 1973; Barudy, J 1998). El establecimiento del apego permite, no sólo que el niño discrimine a partir de un momento de su desarrollo a familiares y extraños, sino también que disponga de una representación interna de sus figuras de apego, como disponibles, pero separada de sí mismo pudiendo evocarlas en cualquier circunstancia. Por esta razón, el niño o niña reaccionará normalmente con ansiedad ante la separación o la ausencia de su figura de apego (principalmente la materna o su substituta) calmándose y mostrando alegría en el reencuentro. La interiorización de una figura estable y disponible, pero separada de sí mismo le permite al niño o a la niña utilizar a ésta como base de seguridad para explorar su entorno y los extraños. Es esta seguridad la que facilitará la diferenciación necesaria para llegar a ser un adulto capaz de ofrecer en su momento una vinculación de apego sano a sus propios hijos.

Un apego sano evoca sentimientos de pertenencia a una relación donde el niño o niña se siente aceptado y en confianza. Los padres, por quienes el niño siente un apego seguro son interiorizados como fuente de seguridad. A partir de aquí el niño o niña podrá sentir placer por explorar su entorno, construyendo poco a poco su propia red psico-socio afectiva. Cuando esta relación de apego se ha construido sanamente, la separación del niño de sus padres provocará en éste signos de ansiedad acrecentados acompañados de una demanda de reunirse con ellos.

Es a partir del primer año de vida del niño que podemos considerar si las diferentes fases del proceso de apego han permitido o no una vinculación selectiva a las figuras parentales, asegurándole adecuadamente la seguridad de base que será el punto de partida para el desarrollo paulatino de la confianza en él o ella misma y en su

entorno.

El apego es por lo tanto, fundamental para el establecimiento de la seguridad de base, a partir de la cual el niño llegará a ser una persona capaz de vincularse y aprender en la relación con los demás. La calidad del apego también influenciará la vida futura del niño en aspectos tan fundamentales como, el desarrollo de su empatía, la modulación de sus impulsos, deseos y pulsiones, la construcción de un sentimiento de pertenencia y el desarrollo de sus capacidades de dar y de recibir. Un apego sano y seguro permitirá además, al niño o la niña, la formación de una conciencia ética, así como el desarrollo de recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles como las separaciones que acarreen pérdidas y rupturas.

Sabemos que si un niño o niña no ha tenido la posibilidad de establecer un apego primario o selectivo de calidad en el curso de su primer año o en el máximo de los dos primeros años de vida, él o ella tendrán siempre lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales que podrán dañar gravemente sus capacidades de vincularse positivamente con los demás, así como de obtener buenos resultados en los procesos de aprendizaje especialmente en el ámbito escolar. Existe una relación directa entre trastornos del apego e incompetencia conyugal y parental. Nuestras experiencias clínicas nos permiten afirmar, que en todos los tipos de malos existe un trastorno del apego. Los malos tratos agravan estos trastornos creándose una espiral que se alimenta a sí mismo y que requiere de una intervención social y terapéutica. (Barudy y col. 1998,1999).

Los diferentes tipos de apego

La tipología utilizada en nuestra práctica, está basada en la clasificación de Mary Ainsworth y col. (1978). Ella y sus colaboradores perfilan tres estilos de apego: apego inseguro evitativo (grupo A), apego seguro (grupo B), y apego inseguro resistente o ansioso. ambivalente (grupo C). A esto sumaremos una nueva categoría cuya validación empírica se ha acumulado en los últimos 10 años, se trata del estilo de apego inseguro desorganizado (grupo D), propuesta por Main y Solomon (1986). En el marco de este trabajo, nos detendremos en la descripción de los tres tipos de estilos de apego disfuncionales:

- TRASTORNO DEL APEGO: INSEGURO EVITATIVO
- TRASTORNO DEL APEGO INSEGURO ANSIOSO – AMBIVALENTE
- TRASTORNO DEL APEGO INSEGURO DESORGANIZADO.

La coautora de este libro es responsable de una investigación-acción realizada en el marco de un programa psicoterapéutico especializado para niñas y niños víctimas de malos tratos, que presentan estos tipos de trastornos. Estas experiencias nos permite aportar los elementos diagnósticos fundamentales para cada uno de ellos. Aunque los aspectos del tratamiento de estos trastornos serán presentados en una publicación posterior, aquí presentamos los conceptos básicos a tener en cuenta.

TRASTORNOS DEL APEGO: INSEGURO EVITATIVO

El estilo de apego evitativo se caracteriza porque el niño o niña utiliza como mecanismo de autoprotección evitar o inhibir los elementos de su conducta que buscan la proximidad con su figura de apego. Esto, porque las respuestas obtenidas por parte de ésta, no sólo no satisfacen las necesidades afectivas del niño, sino también son generadoras de estrés, angustia y dolor; así, al inhibir sus conductas de

apego, como todo lo relacionado a su mundo emocional, le proporcionarán una vivencia de seudo seguridad.

Según las investigaciones, existe entre el 15% y 23% de niños y adolescentes con estilos de apego inseguro evitativo dentro de la población de niños víctimas de malos tratos.

Desarrollo del trastorno de apego inseguro evitativo.

Niñez temprana:

Las investigaciones nos muestran que los niños que han desarrollado un estilo de apego evitativo han sido cuidados en su primera infancia por padres o cuidadores cuyas relaciones con el niño son una combinación de angustia, rechazo, repulsión y hostilidad. Todo esto se expresa por actitudes o conductas controladoras, intrusivas y sobre-estimulantes, en los casos más graves estas conductas podrían ser consideradas como “intoxicantes” Barudy J. (1998). Las investigaciones y numerosos estudios sobre la dinámica de las relaciones tempranas de bebés con sus madres, nos ayudan a comprender cómo y por qué un niño o una niña desarrolla este estilo de apego inseguro. (Bowlby, 1988; Crittenden,1992, 1995 ; Kaplan & Main, 1985; Rosemberg,1984)

Un bebé que llora, que está agobiado o incómodo ya sea por una necesidad insatisfecha, cansado o temeroso, al parecer, hace emerger en su cuidador-madre o padre- una incomodidad o una tensión de tal intensidad que no le es fácil de manejar, sintiéndose entonces amenazada por el estado emocional y las conductas que presenta su bebé. Por lo tanto, una de las formas en que la madre o cuidador intentará manejar esta situación sin que la sobrepase es, ya sea, negar las necesidades de su bebé, diciendo, por ejemplo, que realmente éste no está cansado, hambriento o con dolor. La respuesta es tomar distancia del estado emocional del bebé, por ejemplo, forzándolo a modificar su estado emocional o distorsionando los sentimientos en otros más tolerables para ella, dando su propia lectura de lo que su bebé vivencia. Esta lectura impuesta y alejada de la vivencia propia del bebé le impide a éste desarrollar confianza en sus propias percepciones. Con esta forma intrusiva de responder a las necesidades del bebé la cuidadora intenta controlar o manejar emociones o sentimientos intensos que le causan malestar.

Bowlby y sus colaboradores (1988) nos enseñan cómo un bebé cuidado por personas con estos estilos de cuidados parentales, organizará una estrategia evitativa para relacionarse con ellas y por consiguiente, con los demás. Este proceso se puede describir a través de la siguiente ilustración: imaginémos a Marcos, un hermoso bebé de 7 meses, que al activar de modo natural sus conductas de apego dirigidas a obtener cuidado, protección, alivio en la proximidad con su madre, parece producir el efecto contrario, es decir, rechazo, distancia, con menor disponibilidad emocional. El buscar a su madre para satisfacer sus necesidades y aliviar sus temores y sus afectos negativos, es motivo de rechazo. Mientras Marcos menos solicita a su madre, o en otras palabras, menos manifiesta su conducta de apego, menos será rechazado por ella. Por tanto, la estrategia que el niño utilizará será inhibir poco a poco, tanto su conducta de apego como la expresión de sus afectos. Paulatinamente desconectará de sus sentimientos de preocupación, de sus necesidades e incluso de su propia excitación. Esta estrategia le permitirá asegurar lo máximo de disponibilidad de su cuidadora con la mínima cuota de rechazo y de angustia posible. Respecto a esto, Crittenden (1995) señala: “la inhibición de signos afectivos tiene el efecto predecible

de reducir el rechazo maternal y la rabia como también enseñar al bebé que la expresión del afecto es contraproducente.”.

Podemos darnos cuenta cómo el bebé va organizando su sistema de apego a fin de conseguir algún modo la cercanía afectiva con su cuidadora, a pesar del sufrimiento tremendo que esto le produce. Este sistema organizado de apegarse, como diría Bowlby, le permite mantener una relación funcional con los otros. Ahora bien, ¿Cómo este bebé, como Marcos, está aprendiendo a modular sus afectos o regular sus emociones? Podríamos decir: obviándolos, negándolos, o haciéndolos pasar por otros afectos o emociones. Esto le lleva a falsificar o disfrazar sus propias vivencias internas. Por supuesto, esto le produce a corto y largo plazo un coste remarcable en su mundo afectivo, enajenándole de sí mismo y de los otros e impidiendo el desarrollo de relaciones cercanas sanas, cálidas, íntimas, empáticas, confiables. La evitación de la experiencia emocional provoca un gran riesgo para el futuro emocional del niño. Todo lo que se va quedando relegado puede expresarse más tarde de forma inadecuada. El niño podrá difícilmente controlar su rabia y la impaciencia e intolerancia repentinamente irrumpirán. Además cuando el niño se halla en situaciones conflictivas o de frustración no podrá manejarlas adecuadamente, puesto que la percepción, la reflexión y otras funciones cognitivas se verán afectadas o contaminadas por esta emocionalidad herida.

Alrededor de los dos años, cuando el niño explora su entorno, la experiencia le va enseñando que comportándose “bien” y siendo “bueno” lo menos demandante y lo más auto-suficiente posible, será beneficioso para procurarse algo de proximidad y la mejor disposición que su cuidador o cuidadora y otros adultos pueden ofrecerle.

Erikson (1984) nos enseña, por ejemplo, que el niño en esta fase del desarrollo necesita afirmar su sentido de autonomía, quiere explorar su mundo. Cuando las frecuentes demandas del niño provocan respuestas incontroladas de la madre como son las respuestas hostiles éstas pueden llegar a ser formas crónicas de violencia psicológica y física. Por lo tanto, esta fase del desarrollo que ya no ha podido ser precedida por el logro de la confianza en su primer año de vida, el niño puede acentuar su autonomía, ocultando sus necesidades y sus deseos por estar cerca del otro. Estos niños desarrollan por tanto una “seudo-seguridad” como estrategia para protegerse del rechazo y del temor al abandono.

Niñez:

Según Brandon y col. 1999, en la etapa pre-escolar cuando aumenta la capacidad simbólica, los niños con estilos de apego evitativo reemplazan su conducta de evitación por una inhibición psicológica. Esto se expresa a través del interés que van teniendo para ellos las actividades, las cosas, los objetos sobre las emociones o las relaciones; Todo lo que no entra en el ámbito emocional puede ir bien, muchas veces muy bien, porque a través de los logros físicos, académicos, etc, este niño puede mantener a los padres interesados en él, por lo tanto, pueden mostrarse cooperadores solícitos, perfeccionistas, pero sin dar espacio a la intimidad.

En un estudio longitudinal, Lutkenhaus, Grossmann & Grossmann, (1985), con niños que habían presentado a los 12 meses estilos de apego evitativo, demostraron cómo estos niños a los tres años ya enmascaran sus sentimientos negativos, no sólo con sus cuidadores primarios, sino también en sus otras interacciones sociales.

A fines de la etapa pre-escolar cuando la personalidad comienza estabilizarse e integrarse a los 5 ó 6 años, el concepto de sí mismo ya no dependerá exclusivamente de la mirada de sus cuidadores primarios sobre él o ella, sino también dependerá de

la mirada de los otros y de lo que es capaz de hacer. Recordemos que según Erikson (1984) los niños adquieren un sentido de iniciativa, donde a través de la realización de actividades logran dominar tareas específicas. Los niños con estilo de apego evitativo van a aprovechar su desarrollo evolutivo para centrarse naturalmente en las tareas y logros escolares y así, por otro lado, escapar de la afectividad de las relaciones. Por ejemplo, estos niños o niñas, pueden concentrarse en tareas o actividades que requieren poca interacción social y ser realmente exitosos en éstas, sin embargo, a nivel de su sociabilidad pueden manifestar dificultades de relación con sus pares, sobre todo con los adultos que les rodean.

Las observaciones de niños alrededor de los 6 años con este estilo de apego, sugieren que éstos tienen una representación de los otros como no disponibles y una representación de sí mismos como fuertes, capaces de controlarlo todo y de no dejar afectarse por las relaciones fácilmente. La representación de las relaciones interpersonales es insegura por parte de los otros e invulnerable por su parte. Pareciera que estos niños están en un permanente conflicto entre un deseo de conectarse emocionalmente con los otros y a la vez de ser exageradamente autónomos. Aunque ellos pueden representarse como fuertes e independientes, sorprende muchas veces los bajos niveles de autoestima obtenidos en los test o en las observaciones clínicas. Las diversas experiencias de rechazo, de un cuidado de pobre calidad y ausencia de sintonía emocional por parte de su cuidador primario, le han convencido de su escaso valor como persona. Esto les ha impedido desarrollar confianza en sí mismos y en lo que los demás le pueden ofrecer. Por otro lado, el no experimentar una “aceptación fundamental” en sus relaciones tempranas, estos niños difícilmente pueden desarrollar confianza y valía personal, y una autonomía basada en una base segura de apego y no en la evitación social. Por lo tanto, lo que les queda es utilizar esta estrategia de protección para sostenerse en una especie de autosuficiencia emocional que les da la ilusión de no necesitar a otro.

En las relaciones familiares, estos niños probablemente no mostrarán abiertamente su rabia ni entrarán fácilmente en el conflicto, más bien presentarán conductas hostiles en forma pasiva, lo que provocará mayor irritación a los padres, más rechazo y menos posibilidad de que el niño salga de su burbuja emocional.

En el contexto escolar, estos niños y niñas pueden llevarse relativamente bien con toda la clase, pero son relaciones de poca intimidad. Aunque pueden llegar a entender lo que les pasa a otros compañeros, no entienden lo que pasa con ellos a nivel emocional. A nivel de su rendimiento académico pueden no presentar mayores problemas, por el contrario, pueden destacarse por sus logros, como afirmamos anteriormente. En la sala de clases, por ejemplo, estos niños no van a ser chicos participativos ni demandantes de la profesora o profesor, más bien pueden pasar desapercibidos, porque no provocan grandes molestias ni preocupaciones en los profesores debido probablemente a que se desenvuelven aparentemente bien en todas las áreas de su desarrollo.

Adolescencia:

A medida que el niño va creciendo y entrando a la etapa de adolescencia, va utilizando diferentes estrategias para rehuir de todos los aspectos que tengan que ver con los vínculos interpersonales, los afectos, las emociones. Fácilmente puede minimizar la importancia de estos aspectos de la vida así como el contenido emocional de las relaciones presentes y pasadas. Esto se expresa por la poca emoción que manifiestan en sus conversaciones con sus pares y los demás. Como

hemos dicho anteriormente, la evitación de la afectividad puede llegar a tal punto que los contenidos históricos cargados afectivamente muchas veces están excluidos de la conciencia y sencillamente el niño o joven no sólo evita, sino además no puede acceder a ellos. Esto es un mecanismo o estrategia para protegerse y adaptarse a la vida con la menor angustia posible. Estos adolescentes presentan frecuentemente respuestas disociativas en relaciones que impliquen expresar emociones, que cuando son crónicas pueden transformarse en trastornos disociativos.

Cabe decir también que no todos los adolescentes presentan este estilo de relación en el mismo grado, algunos de ellos pueden ser socialmente reservados, concentrados constructivamente en alguna tarea o actividad en la cual son exitosos, a ser compulsivamente auto-dependientes con dificultades relacionadas a su vida social.

En general, a pesar de las dificultades asociadas al plano afectivo, los adolescentes no presentan grandes influencias en otras áreas de funcionamiento, por lo tanto, éste puede mantenerse con buen nivel de funcionamiento fuera del ámbito de las relaciones cercanas e íntimas. Sin embargo, las investigaciones y nuestra experiencia clínica sostienen que este estilo de apego puede llevar algunos adolescentes a presentar problemas conductuales importantes, especialmente en situaciones de estrés, cambios en el entorno o cambios evolutivos como es la entrada a la adolescencia. La incapacidad del adolescente, por ejemplo, para pedir ser reconfortado o aliviado o para compartir y reflexionar sobre sus experiencias puede fácilmente llevarlo a tener comportamientos hostiles y antisociales. Ya en 1944, Bowlby afirmaba que estas incapacidades pueden ser precursoras de personalidades antisociales, lo que más tarde las investigaciones y estudios longitudinales han confirmado. Esto dependerá de la naturaleza de la relación con sus cuidadores primarios, sus características y recursos personales, de la calidad de las experiencias relacionales y afectivas a lo largo de su infancia, pero particularmente de la calidad de relaciones interpersonales que se le ofrezcan en su contexto de vida en el momento de la adolescencia.

Tanto en su relación con sus pares como con los adultos, estos chicos tienden a mostrarse lo más independiente posible; no demandan mucho de las relaciones ni tampoco invierten tiempo en definirla y cuestionarla. Las relaciones sociales tienen un fin o una funcionalidad, por ejemplo, jugar, ver una película, fumar, conseguir algo, aprender algo, etc. Muchas veces pueden dar la imagen de tener una relación de amistad o intimidad, pero que en realidad no siempre la es.

Recordemos lo que Crittenden (1992, 1995) señala al respecto: “para estos niños, ser aprobados es ser queridos”. La gente puede por tanto llegar a ser socialmente astuta respecto al comportamiento de los demás. Esto produce una respuesta ‘camaleónica’ en las situaciones sociales”. Claro, la respuesta camaleónica o la expresión “donde calienta el sol” refleja una manera protectora no confrontadora para relacionarse con los otros con buen grado de distancia emocional. Ya veremos más adelante cómo estos niños en el espacio terapéutico manifiestan indirectamente esta necesidad de reconocimiento y aprobación.

Podemos comprender también que las relaciones sociales en general, pueden ser relativamente estables siempre y cuando el ambiente no se cargue de mucha cercanía afectiva y dependencia. Si fuera así, éstas pueden volverse conflictivas o inestables por la inseguridad que la vinculación provoca. A partir de sus malas experiencias relacionales, ellos o ellas dan por sentado que si se vinculan genuinamente, sintiendo y expresando sin temor sus afectos, acabarán siendo rechazados y/o abandonados por el otro. Por ello, cuando las relaciones personales comienzan a tornarse íntimas, con

cierta dependencia, éstas y los sentimientos que conllevan, se manejan de forma distante, racional o fría. En algunos casos, los y las adolescentes evitan sentimientos de preocupación y angustia, desarrollando conductas y obsesiones compulsivas. Estas conductas son un intento de ganar algún control personal sobre los acontecimientos o situaciones que les han generado un grado elevado de ansiedad. Las barreras que intenta imponer entre él o ella y los otros también pueden expresarse a través de su descuido en la higiene personal u optar por una apariencia que, a pesar de ser llamativa, produce reacciones de desagrado y conductas de rechazo en su entorno. En la adolescencia estos chicos o chicas pueden ya sea, acentuar sus rasgos evitativos de relacionarse o, por el contrario, si encuentran apoyo y recursos resilientes, como por ejemplo, encontrar personas que puedan ofrecerles vínculos de calidad, mejorar su modo de relacionarse.

Manifestaciones del trastorno de apego inseguro evitativo en el espacio terapéutico:

La terapia con niños, niñas y adolescentes con estilo de apego evitativo tiene características particulares, puesto que se trata muchas veces de niños que a pesar de haber sido víctimas de violencia física en su infancia, siendo muchas veces testigos directos o indirectos de escenas traumáticas de violencia conyugal, no presentan un deterioro considerable en su desarrollo. Son niños o adolescentes que no participan regularmente en los programas terapéuticos, probablemente por el bajo porcentaje de niños con este trastorno, pero quizás también porque en general, las dificultades que estos niños presentan no son tan “problemáticas” o difíciles de manejar para los educadores o cuidadores, en comparación con las de niños con estilos de apego desorganizado.

El estilo de apego evitativo de los chicos y chicas se expresa en el proceso terapéutico a través de dos parámetros: en el modo que éste interacciona con la persona del terapeuta y con el trabajo terapéutico, y por otro lado, el contenido de este trabajo.

Respecto al modo de interacción: en general, a estos niños y adolescentes se les hace muy difícil implicarse en un trabajo terapéutico. Presentan gran oposición y dificultad en aceptar venir a la terapia, es un gran esfuerzo para ellos adaptarse a esta nueva situación que amenaza en algún sentido su “burbuja emocional” en la que viven. Si bien es cierto que la relación terapéutica siempre genera un grado importante de ansiedad para los niños víctimas de malos tratos, para aquellos con estilos de apego evitativo este grado de amenaza es intenso, dificultando mucho la relación terapéutica. Si el o la terapeuta hace frente a esta dificultad con asertividad, respeto y perseverancia, probablemente el chico o la chica aceptará participar en la terapia. Sin embargo, una vez puesto en marcha el proceso terapéutico, los chicos pueden manifestar diferentes formas de resistencia a continuar en la terapia, manifestándolo directamente al terapeuta o indirectamente en forma más sutil, por ejemplo, no venir por tener que estudiar, por los deberes escolares, etc., no traer las tareas o ejercicios, no hablar en toda la sesión o simplemente oponerse a trabajar y mostrar una actitud de rechazo frente a la terapeuta.

Puesto que la autosuficiencia emocional es percibida por estos chicos no como una incapacidad, sino como una fuerza, esta percepción fácilmente suele jugarles una trampa en sus relaciones.

Aunque muchos de estos niños mostrarán una actitud negativa hacia el proceso

terapéutico, también podemos encontrar a niños/as que al comienzo de la terapia aparentan una buena disposición. Esto se explica por la necesidad de aprobación que tienen estos niños, lo que se manifiesta sobre todo en la fase inicial de la terapia. Como decíamos anteriormente Crittenden (1995) llama a esto la “respuesta camaleónica”.

Marta, de 9 años, desde el inicio de las sesiones se muestra interesada en la sala de terapia, sobre todo con la caja de arena, presenta una actitud terapéutica positiva y se esfuerza por hacer y responder adecuadamente, sutilmente deja ver su necesidad de hacer todo lo “correcto” para agradar a la terapeuta, desea agradarle y ser querida por ésta (aunque duda de si puede lograrlo), se esfuerza entonces de hacer “todo bien y correctamente”, estrategia aprendida en sus primeros años.

Desde los primeros meses de vida, estos chicos son muy sensibles a las reacciones de los otros y se vuelven perspicaces en detectar en qué registro emocional los otros se encuentran y cómo pueden atinar en complacerlos.

Como ya hemos dicho, los niños o niñas y adolescentes con apego evitativo intentarán de mantenerse alejados de relaciones que requieran cierto grado de intimidad, por lo que la relación terapéutica puede vivirse como una amenaza. Estos chicos y chicas dan la sensación al terapeuta que ellos se las arreglan lo suficientemente bien solos o solas, sin necesidad de ayuda, incluso muestran suficiente fuerza y seguridad en ellos mismos para afrontar sus problemas. Como terapeutas nos impresiona su pseudo-seguridad, la cual a simple vista no la podemos conectar con todas las experiencias difíciles que relatan los diferentes informes sobre las historias de vida de estos niños, previamente estudiados, o los contenidos de su situación actual que se conocen a través de sus referentes y cuidadores. Por supuesto, esta impresión no dura mucho tiempo, ella cambia bruscamente cuando por ejemplo, constatamos una sobre-reacción emocional que el niño o adolescente no logra entender o regular, ya sea dentro de la relación terapéutica, como en sus otras relaciones sociales, estas sobre reacciones pueden subir de intensidad y pasar a convertirse en trastornos importantes de comportamiento, con pasajes al acto agresivos resultado de una rabia que no pueden regular ni manejar.

Respecto al contenido narrativo, verbal y no verbal: para estos niños y adolescentes no se les hace nada fácil trabajar en la terapia, ya que ésta por sí misma exige focalizar la mirada en los acontecimientos dolorosos que el niño/a quiere tratar de evitar, sobre todo en el niño herido. A menudo explicamos a los chicos y chicas con éste y otros estilos de apego, cómo y por qué hay que ser valientes para trabajar en la terapia, por esa razón hemos designado el lugar de trabajo con el nombre de “la sala de valientes”.

En relación al contenido verbal, por ejemplo, existe gran dificultad de hablar sobre las personas significativas en su vida, sobre cómo y qué siente o sintió frente a determinada persona o evento difícil de su vida. El niño o adolescente con trastorno de apego evitativo simplemente minimiza, niega o distorsiona el impacto de éstos, tratando de protegerse de la angustia que provoca el recordar o pensar en ello. Es frecuente, por ejemplo, que cuando se habla de los padres, estos son idealizados o incluso pueden ser descritos críticamente reconociendo sus limitaciones, pero sin manifestar algún grado de impacto emocional, incluso puede dar la falsa impresión que quizás algunos eventos evidentemente traumáticos de su vida familiar no lo han sido para él o ella. Ellos describirán situaciones de injusticia, de violencia o malos

tratos refiriéndose a los otros, los causantes de sus desgracias, pero evitarán hablar de ellos mismos, de sus sentimientos y emociones emergidos en estas situaciones. En el caso de los adolescentes particularmente, los temas de conversación serán relacionados al colegio, el trabajo u otros aspectos de su vida que no estén en el terreno afectivo. Si se centra la conversación en estos aspectos, el punto de mira de los niños serán los otros, lo que los otros hacen o dicen teniendo dificultad en situarse como protagonistas de la conversación. Como ilustración de las dificultades de estos niños veamos el siguiente ejemplo:

En el espacio terapéutico y en las primeras sesiones, Juanito de 7 años y medio se mueve lentamente para conseguir un juguete, observando de reojo la reacción de la terapeuta, a fin de no desagradarla. Su participación en las conversaciones es mínima y restringida, con escaso y a veces ningún contacto visual y moviéndose todo el rato en su silla. Más adelante, Juanito logra centrarse más tarde en las tareas sin mucha dificultad, sin embargo, el contenido de ellas, ya sea en el dibujo, el juego, la caja de arena, presentan en general, escaso contenido emocional. Puede describir relativamente bien lo que está pasando, pero sin entrar a detallar sobre los sentimientos o emociones de sus personajes. Podemos encontrar también la preferencia de objetos y cosas sobre personas y animales. Juanito, por ejemplo, construye al comienzo muchas veces cajas de arena con transportes y árboles, caminos y objetos de carretera, pero sin caracteres humanos ni animales que participen en sus escenas.

Respecto a este punto, Un estudio por Rosenberg (1984) sobre la imaginación libre, la fantasía en el juego, observó que los niños con estilo de apego evitativo parecen actuar en una forma más bien literal, con poca imaginación. Un juego corto, empobrecido sin mucha elaboración.

Las investigaciones de Kaplan & Main, (1985), también nos enseñan y nos confirman que la expresión afectiva restringida en los niños con apego evitativo también es clara en sus dibujos, por ejemplo, si le pedimos un dibujo de su familia (petición que debería hacerse con extremo cuidado a los niños víctimas de malos tratos), los chicos tenderán hacer las figuras humanas muy similares entre ellas, con muy pocos rasgos de individualidad, los cuerpos son más bien tensos y rígidos. Los rostros de estas figuras son más bien estereotipadas muchas veces con sonrisas muy enfatizadas. Da la impresión también que, aunque es un grupo familiar cada figura es independiente de la otra.

Respecto a las historias creadas a través de cuentos, cajas de arena, juegos, títeres, etc., éstas muestran la tendencia a minimizar la experiencia de afectos negativos del niño protagonista, los adultos o cuidadores no cuentan en la historia como fuente de alivio y apoyo. El niño o la niña puede incluso contar un evento de su vida personal cuyo contenido narrativo está cargado de injusticias y malos tratos, manifestaciones de incompetencias parentales evidentes por parte de los personajes adultos. A nivel cognitivo el niño reconoce como injustos o inadecuados, pero como hemos dicho anteriormente, su actitud emocional e incluso física mientras relata estas historias es de mucha distancia y rigidez; su restricción defensiva frente al relato de estos eventos dolorosos es obvia. Si preguntamos sobre lo que siente el niño en la historia, no sabe cómo responder, se paraliza, continúa la historia o responde con pocas palabras mostrando una especie de barrera para manejar los contenidos en un nivel afectivo. La breve ilustración nos muestra claramente estos aspectos:

Santiago, de 12 años, en la fase intermedia del proceso terapéutico, ante la gran

dificultad de poder expresar con palabras la representación construida de su propia historia de abandono y negligencia, acepta la invitación de la terapeuta a trabajar con los títeres. A través de éstos cuenta su historia, donde claramente deja entrever su vivencia de abandono. Santiago es generoso en su descripción y deja clara su representación sobre sí mismo como un niño injustamente tratado, cuya responsabilidad la tienen los otros (objetivo terapéutico que aquí parece haberse logrado después de 7 meses de trabajo). Sin embargo, durante su juego, Santiago intenta mantenerse emocionalmente alejado de su relato y lo hace enmascarando su dolor con una sonrisa nerviosa que le acompaña durante toda la puesta en escena. Es muy difícil y doloroso para Santiago expresar y compartir sus sentimientos de abandono, rabia y dolor directamente o a través del títere que le representa.

En otro trabajo profundizaremos las técnicas terapéuticas a aplicar en estos casos, aquí sólo mencionamos muy brevemente que el fin último de la terapia con estos niños respecto a sus estilos de apego, es ofrecer una experiencia relacional reparadora inmersa en un trabajo que ayude a los chicos a pensar y cuestionar sus estilos relacionales, no para cambiar sus estilos, sino más bien para que éstos sean los menos destructivos y perniciosos posibles. Uno de los principales objetivos terapéuticos será trabajar en la habilidad del niño para reconocer y comunicar sus emociones, reduciendo el sentido de amenaza, de vulnerabilidad y de peligro que los niños experimentan cuando intentan expresar éstas. Por ello, insistimos en la importancia del “espacio terapéutico” (físico, temporal y relacional) para que los niños puedan lograr sentirse a salvo y protegidos.

Por último, es importante recalcar que los terapeutas debemos ser sumamente precavidos y cautos en no infravalorar el mundo emocional de estos chicos o chicas, recordarnos que éste siempre existe, pero que por sus estrategias auto protectoras no permiten que éste sea visibilizado.

Así como cuando el nivel de una represa sube y necesita ser vaciada lenta y sutilmente de forma controlada para evitar una inundación peligrosa, los y las terapeutas debemos ayudar a los niños y niñas con trastornos de apego evitativo a abrir las compuertas sin ser heridos, poco a poco, con grandes dosis de cariño, paciencia, persistencia y firmeza.

TRASTORNO DEL APEGO INSEGURO ANSIOSO – AMBIVALENTE

El trastorno de apego inseguro ansioso-ambivalente se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso o valiosa, así como una gran preocupación por el interés o desinterés y la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él o ella. El niño o la niña desarrollará sentimientos de ambivalencia ante las figuras de apego debido a sus necesidades afectivas insatisfechas. Por lo tanto, la estrategia de pseudo-seguridad, será incrementar las conductas de apego como un modo de mantener la proximidad de la figura de apego.

Alrededor de un 20 % de la población de niños víctimas de malos tratos presenta este estilo de apego.

Desarrollo del trastorno del apego inseguro ansioso-ambivalente.

Niñez temprana:

Varios autores como Bowlby, Cassidy y Crittenden entre otros, concluyen que los niños y niñas que desarrollan un estilo de apego inseguro ansioso ambivalente, han sido cuidados en su primera infancia por padres o cuidadores que principalmente han fallado en ofrecer una disponibilidad emocional y una implicación consistente para satisfacer las necesidades de sus bebés. Esto nos dice que tanto las necesidades físicas como los estados emocionales pueden pasar desapercibidos por periodos considerables de tiempo. La sincronía emocional de la que nos habla D. Stern en su libro “La constelación maternal” (1997), también está ausente o mínimamente presente en la relación del bebé con su cuidador/a. Podríamos hablar también de la existencia de periodos de ausencia física de la madre, pero sobre todo lo que prima es la falta de disponibilidad psicológica que hace que los cuidados cotidianos hacia el o la bebé se vuelvan incoherentes, inconsistentes e impredecibles.

Cassidy, J. & Berlin, L.(1994) describen a estas madres de la manera siguiente: ... “su compromiso e interés permanece poco fiable e impredecible. Madres inconsistentes están algunas veces cómodas, enfadadas y algunas veces son ineficientes con sus hijos”.

Imaginémonos en este caso la gran incertidumbre que tendría un bebé de 10 meses o más, de cuándo y cómo vendrá su madre a atenderle, cuidarle o a responder a su demanda, cuando la respuesta de la madre es cambiante e impredecible, tanto en su intensidad como su contenido emocional. Esto le crea una falta de sentido a lo que está pasando y también de control sobre su entorno extremadamente importante, que le repercutirá de modo significativo más adelante, puesto que para el bebé no existe ninguna relación directa o conexión secuencial entre lo que él o ella hace y la respuesta de su madre. Este estilo de cuidado va a generar en el bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. Por lo tanto, la manera de salir de estos dominios emocionales nefastos para su desarrollo cargados de angustia será aumentar sus conductas de apego, es decir, insistir en sus demandas, sus llamados de atención y cuidado, tales como: llorar, gritar, jalear, haciendo demandas constantes, gritando y pegándose a su madre. Persistir en su petición parece provocar una reacción del otro, en última instancia, tardía, lo que le dará la ilusión de alguna manera de lograr un sentido de seguridad y de alivio de su angustia. Esto nos hace pensar que si bien es cierto que la característica principal del estilo de cuidado parental de niños clasificados como ansioso-ambivalente es la negligencia, tanto física como emocional, la estrategia de persistencia de la demanda del niño hacia los padres conduce a estos fácilmente a la intolerancia, la exasperación y finalmente a la agresión verbal y/o física.

Podemos ir observando entonces cómo a través de las conductas de apego super activadas, un niño va a organizando una manera o un estilo de interactuar y estar con su figura de apego, a fin de conseguir su proximidad poco consistente, pero de algún modo presente.

Puede ocurrir también que niños de padres severamente negligentes con pocas destrezas parentales manifiesten una dependencia pasiva, depresiva que disminuyen la intensidad de su demanda, por lo que los cuidadores menos responden a éstas. Cuando esto ocurre, la angustia que emerge en el niño es extrema y puede enmascarse, por ejemplo, con enfermedades psicosomáticas o cuadros depresivos, generando mayor perturbación y angustia en la madre.

Sabemos que si no hay conexión secuencial entre dos elementos tampoco habría

predecibilidad y menos control de la situación, al contrario, ésta se torna amenazante. Esto es lo que pasa con estos niños; ellos no logran obtener la suficiente confianza para sentirse relajados y fuera de peligro cuando la madre no está próxima, por lo que aumenta su angustia y su necesidad imperiosa de estar cercano a su figura de apego. Pero tampoco cuando la madre está cerca es suficiente, el niño o la niña pedirá más y más. Lamentablemente, esta incoherencia entre lo que el bebé hace y la respuesta de la madre, influirá negativamente sobre el desarrollo de los procesos cognitivos, sobre todo en los aspectos relacionados al terreno social-afectivo.

Crittenden (1997) señala: “Un hecho clave de esta estrategia (de incrementar la conducta de apego) es debido a que si los cuidadores son inconsistentes, los niños son incapaces de hacer predicciones. Esto significa que son incapaces de organizar su conducta sobre la base de predecir mentalmente la respuesta de su cuidador. En otras palabras, la cognición les falla.” Estos niños no pueden preguntarse, ni tampoco pueden pensar flexiblemente sobre cómo sería mejor conseguir algo del otro de la mejor manera, ni cómo, ni cuándo, ni cuánto. La conducta de apego está activada al máximo la mayor parte del tiempo dejando poco espacio para pensar y deducir qué sería lo mejor en determinadas situaciones. Detrás de esta conducta, por supuesto, está presente ese dolor inmenso de no sentirse suficientemente amado, querible, agradable para el otro, sentimientos que mellan la autoestima y el autoconcepto, como también la visión del mundo. Estas experiencias les programan de alguna manera para dar por sentado que nadie podría interesarse realmente por ellos, ni mucho menos llegar a quererles. Por tanto, sus estilos relacionales van a girar en torno a este supuesto y todo lo que el otro haga o no haga en la relación será medido desde allí. Las distorsiones cognitivas, las interpretaciones o lecturas erróneas de lo que ha ocurrido en la relación estarán muy presentes ahora y en el futuro.

Brandon y col.(1999) nos señalan que la vivencia de tener necesidades y deseos no satisfechos a la par con la vivencia de rabia, resentimiento y ansiedad que esto le provoca, hace que estos dos elementos al estar generalmente unidos se mezclen y se confundan, así el niño se le dificulta discriminar entre unos y otros. Retomaremos este aspecto más adelante.

Las investigaciones realizadas, también nos demuestran que, alrededor de los dos años, cuando el desarrollo motor y del lenguaje le permiten explorar y conocer mejor su entorno, los niños con estilo de apego inseguro ambivalente van a presentar muchísima ansiedad cuando se trate de tener oportunidad de mostrar conductas exploratorias y de curiosidad. Por supuesto, si se invierte el máximo de energía para mantener la figura de apego tan próxima sea posible, habrá un mínimo deseo y necesidad de explorar el entorno. A diferencia de los niños con estilo de apego evitativo, aquí se prefiere la intimidad o más bien, la fusión relacional por sobre la autonomía. Por otro lado, muchas de las madres se sentirán incómodas ante los intentos de independencia y autonomía que haga el niño, algo que puede ser percibido como un mensaje de rechazo y de no reconocimiento hacia ellas.

Recordemos que la dinámica de las familias negligentes y con falta de destrezas parentales se caracteriza por un ambiente frecuentemente caótico, con poca estructura y jerarquía entre los subsistemas familiares, con carencias afectivas importantes en los adultos, y por ende en los niños, con demandas constantes de cariño y amenazas de dejar dar afecto y cuidado entre uno y otro miembro familiar. No nos extrañará tampoco encontrar en estas familias a hijas adolescentes o jóvenes con hijos intentando ejercer su parentalidad cuando aún no han logrado diferenciarse de su propia madre. La parentalidad en estos casos se hace difícil y exasperante, sobre todo cuando su propia madre toma el rol de madre con su nieta y deja al

margen o descalifica a su propia hija de su rol de madre.

En esta etapa evolutiva del niño o niña, la inconsistencia de la madre también es percibida a través del lenguaje que el niño va comprendiendo mejor.

Ilustremos esto con el siguiente ejemplo:

Pablo de tres años, después de despertar de una siesta por la tarde, se levanta llorando y pidiendo los brazos de su madre. Ana, su madre, le dice que se ponga a jugar con su prima, mayor que él, mientras sale a comprar y que regresará en unos minutos. Ana regresa sin embargo, en la noche para darle de comer y acostarlo. Pablo, por supuesto, tan pronto sale la madre llora desconsoladamente y aunque su prima intenta entretenerlo con la televisión, Pablo está emocionalmente secuestrado y muy angustiado. Varias horas más tarde, cuando regresa su madre, él se pega al cuerpo de ella sollozando ansiosamente y reclamándole por su demora, la madre le grita y se exaspera intentando controlarle. Pablo insiste y aumenta la intensidad de su demanda hasta que la madre termina enfadándose y perdiendo el control de la situación. Pablo termina en su habitación llorando hasta quedar exhausto y quedarse dormido. Frente a este tipo de experiencias que se repiten una y otra vez en la cotidianidad de Pablo, inconsistencias, promesas incumplidas, falta de empatía y de respuestas mediadas por un lenguaje que explique, argumente lo que ha ocurrido y que además "semantice" la vivencia del niño, provocan en niños como Pablo un sentimiento profundo de ambivalencia con la figura de apego, ya sea siendo "pegajoso", conducta que al generar rechazo en la madre se refuerza y se crea un círculo vicioso inagotable que hace sino confirmar la representación que el niño tiene del otro como desinteresado, rechazante y poco disponible; otras veces agresivos, lo cual también genera rechazo y amenazas de abandono. Esto último aumentará más la angustia, la soledad, la rabia y el deseo insaciable de sentirse aliviado y amado por su madre.

En este ejemplo también podemos observar que esta experiencia relacional temprana, no le permite al niño aprender a identificar y reconocer sus sentimientos de miedo, rabia, impotencia, etc. ni tampoco a entender la conducta incoherente de su madre, porque como mencionábamos antes, todo está mezclado: miedo, rabia, reclamo, soledad, desamparo, llanto, regaño, necesidades. El tipo de respuesta que Ana da a su hijo también impide que éste aprenda a manejar y regular sus emociones que le permitan salir de su estado angustiante, puesto que ella no puede ofrecerle un registro emocional que permita al niño apoyarse y aliviarse, ni tampoco puede la madre hacer de puente que lleve al niño de un dominio emocional cargado de angustia a un dominio emocionalmente positivo, reconfortante y calmo. También podemos con este ejemplo observar, cómo la ausencia de palabras que explique, ordene y de sentido de algún modo a la experiencia, hará que más adelante, situaciones parecidas, de tensión en sus interacciones afectivas, le gatillarán estos sentimientos de desamparo, de pérdida, inseguridad y mucha ansiedad que le será difícil de regular. Frente a esto, el niño o la niña intentará solucionar conductualmente y no a través de la palabra, el pensamiento y la reflexión. La angustia de sentirse abandonado afectivamente "otra vez" no dará espacio a los procesos cognitivos.

Niñez:

A medida que el niño va creciendo, se le va expandiendo su mundo social el cual debe afrontar, en nuestra cultura esto se logra comúnmente con la entrada al jardín

infantil o la guardería.

Brandon y sus colaboradores(1999), basados en los trabajos de Crittenden, sostienen que los niños, a partir de los 3 ó 4 años van a desarrollar “estrategias coercitivas” que les permitirán obtener algún dominio sobre su mundo social, tales como: conductas agresivas, de enfado, amenazas, etc. que provoquen una respuesta o una llamada de atención, y por otro lado, conductas de indefensión y desamparo para provocar cuidado y protección; ambas permitirán mantener al otro activamente involucrado el máximo tiempo posible.

a)La estrategia coercitiva – agresiva: donde los niños reclaman, demandan constantemente, se enfadan, amenazan, culpabilizan, etc., provocará en los cuidadores gran ansiedad y sensación de incompetencia o ineficacia, de injusticia y de no ser suficientemente queridos. Algunas madres van a responder y escalar agresivamente con sus hijos hasta presentar conductas verbales y/o físicas abusivas, como son las amenazas de abandono, el aislamiento o el castigo físico.

b)En la estrategia coercitiva – indefensa: los niños en vez de reclamar, agredir y/o presentar una conducta que termina siendo incontrolable para la madre, van más bien a inhibir sus sentimientos de rabia y a presentar comportamientos de dependencia excesiva: “pegándose” a los otros o mostrando conductas “encantadoras” incluso con desconocidos. En otros casos se presentarán como víctimas produciendo piedad y compasión de la parte de los adultos.

Muchas de las madres de estos niños han esperado satisfacer sus propias necesidades afectivas y de apego a través de la cercanía e intimidad que les ofrece la maternidad, como esto no les resulta, la maternidad se vuelve una tarea estresante y desesperanzadora, disminuyendo así su habilidad para responder y ofrecer cuidados y apoyo a sus hijos. La inseguridad y sensación de ineficacia frente a su hijo que demanda, puede paralizar a la madre o cuidadora y entonces volverse sumamente negligente. Generalmente la vida familiar de estos niños gira en torno a ellos y su madre, el padre queda fuera de esta relación. La relación con éste y el niño es mínima a excepción de aquellos padres que abusan sexualmente a sus hijos, que en estos casos, según señala Crittenden, (1992) se trataría de una “ansiedad incansable” de atención e intimidad, algo que también confirmamos en nuestra práctica clínica. En este ambiente familiar no hay espacio ni tiempo para satisfacer las necesidades del niño y, como anteriormente decíamos, si éste utiliza la estrategia de indefensión, la pasividad y ausencia de rabia, éstas no motivarán a la madre a responder, por lo que se cronifican las conductas de dependencia y se refuerzan las representaciones de sí mismo como no “querible”, indefenso y solo, y la de los otros como inaccesibles, insensibles, no fiables.

En el contexto escolar, a nivel de rendimiento académico, estos niños mostrarán pobres niveles de concentración. Pueden distraerse fácilmente, moviéndose de un lugar a otro. Al contrario de los niños con estilo de apego evitativo, éstos hacen demandas constantes de atención al profesor, por ejemplo, ya sea porque dicen no entender lo que se les explica, no saben cómo hacer sus tareas solos, demostrando así mucha indefensión y dificultad para trabajar independientemente, o presentan problemas conductuales en los que el profesor debe intervenir. Ya hemos dicho que la energía de estos niños se concentra en el terreno afectivo, por ello le queda poco para invertir en las tareas cognitivas, tareas de logro, de exploración, de curiosar y conocer, el juego constructivo, en general, para el aprendizaje en sí. Encontraremos a menudo niños con fracasos escolares, bajo rendimiento escolar, trastornos del aprendizaje, trastornos de déficit de atención y trastornos de hiperactividad.

A nivel social, en el contexto escolar como extra-escolar, tendrán dificultades para

ser aceptados por el grupo de pares, la búsqueda constante de aprobación, la rivalidad con otros compañeros, las conductas impulsivas frente a conflictos relacionales no se lo permiten. Impera constantemente una gran preocupación por sentirse aceptados y reconocidos por los demás, entrando rápidamente a conflictos que tienen que ver con celos, posesividad, deseos de exclusividad, etc.

Por ejemplo,

Brenda, una niña de 8 años que llega al centro de acogida de urgencia es recibida por María, que será desde ahora su educadora referente, ella ya tiene otras dos niñas a su cargo, una pequeña de tres y otra de 11 años.

Brenda dice a la de 11 años tan pronto la conoce: “Ahora tengo algo que te pertenece: mi tutora, María. Así comienza una relación que con el tiempo se vuelve importante, pero conflictiva y de gran ambivalencia para Brenda.

Muchas veces, también estos niños se sienten atraídos de participar o conformar pandillas, la pandilla está ahí presente, pero también aquí mostrarán conductas inmaduras, con dificultad de poner límites entre ellos y los otros, pues la fusión da la ilusión de sentirse más seguros y fuertes. En general, en su grupo de pares tenderán ya sea a agredir o a victimizarse.

Veamos el siguiente ejemplo:

“Retsi, es hija de una familia de 8 hermanos, nacidos casi uno tras de otro, con padres que se casaron siendo adolescentes sin preparación y con muchas carencias afectivas. Ambos padres tienen historias de malos tratos en sus familias respectivas. Además con escasa red y apoyo social. Retsi no solamente ha sido víctima de negligencia física y afectiva, sino también de abuso físico y sexual por parte de su padre. Cuando tiene 4 años, ingresa con sus hermanos a un centro de acogida. Ella presenta muchos trastornos emocionales como pesadillas, miedos, dependencia excesiva y muchas manifestaciones de sufrimiento que ya conocemos. Su autoestima es muy pobre en todas las áreas. Pero veamos cómo va utilizando estrategias que le permiten aliviar la angustia del abandono y de no ser suficientemente querida. En ese entonces, las personas que la conocen desde su ingreso al centro, la describen como la más tierna de los hermanos, le dan el sobrenombre de “osita de felpa” por estar siempre apegada a alguien, sobre todo a sus referentes. Siempre demanda atención constante de los mayores, provocando sentimientos de indefensión y desamparo. Muchas veces ha sido el foco de atención de los demás niños que la molestan y se burlan todo el tiempo de ella. Ha tenido dificultades importantes para realizar sus deberes escolares sin intervención de su referente. En torno a los 9 años cambia su estrategia a una más activa. Continúa haciendo las demandas de atención y de cariño, pero en vez de mostrar directamente su indefensión, reclama y agrede a los mayores. Si estos no le dan lo que ella pide termina agrediendo verbalmente con explosiones de llanto incontrolados. Por otro lado, los niños más pequeños del centro comienzan a quejarse por las amenazas y los mandoneos que ella impone a los demás. Sus relaciones con sus pares y sus hermanos han sido conflictivas y difíciles.

Adolescencia:

Las investigaciones y la práctica clínica nos permiten sostener que los niños con estilo de apego ansioso-ambivalente van a continuar utilizando estrategias coercitivas que harán de las relaciones interpersonales algo doloroso de manejar. Estos adolescentes tienen mucha dificultad para saber cómo mantener una relación y disfrutar la vida a partir de ella, porque todo se concentra en definirla, cuánto, cómo, con quién, etc. La relación con sus pares se torna negativa con sentimientos de inseguridad, rabia y frustración, y con un alto nivel de angustia. Las conductas agresivas y de frustración pueden llegar a ser altamente disruptivas, con mucha impulsividad y dificultad de controlarse. Los cambios de ánimo propios de la adolescencia se viven intensamente en ellos, haciendo también que el contenido emocional pase de un extremo a otro completamente opuesto, se puede percibir a un amigo en un momento como “super”, maravilloso y más tarde insoportablemente odioso y cruel. En realidad, el miedo que invade a estos chicos y chicas es ser abandonados, miedo que está de manera omnipresente en todas sus relaciones significativas.

Continuando con el ejemplo anterior,

Retsi ya tiene 12 años, edad en que inicia un trabajo psicoterapéutico. Ella va manifestando una dependencia excesiva con su educadora referente; aparecen los celos, la necesidad de exclusividad total para ella. La posesividad por su educadora y la gran ilusión obsesiva que ella le satisfará sus necesidades afectivas caracterizan esta relación que se vuelve la más y lo más importante para esta chica. Aunque siempre ha tenido dificultad para regular sus emociones, ahora se le hace extremadamente difícil, lo que la lleva a explotar agresivamente frente a las frustraciones y caer en un llanto incontrolado difícil de parar. Se queja todo el tiempo que su tutora no tiene tiempo para ella y se resiste a hacer los deberes sin estar acompañada de ella. Sus fines de semana son emocionalmente agónicos. Tanto las conversaciones como la respuesta empática y comprensiva de su referente no son suficientes para que Retsi salga de estos secuestros emocionales. La palabra y la auto-reflexión están prácticamente ausentes. Adolescentes como Retsi no pueden equilibrar la balanza de dar y recibir en las relaciones, ni tomar conciencia de su responsabilidad frente a ellas, porque todo lo que (le) ocurra siempre dependerá del otro. Esto, en parte manifiesta que las habilidades cognitivas para pensar, reflexionar, cuestionar lo que (le) sucede en las relaciones, de conversar y negociar las diferencias están melladas por su emocionalidad traumatizada.

Si no tenemos claridad ni comprendemos cómo el trastorno del apego influye en la vida de estos niños como Retsi, nos va a ser difícil comprender, en el marco psicoterapéutico cómo se sitúa y cómo regula ella sus relaciones interpersonales, su conducta y sus discursos, que dejan ver su “necesidad sin fondo” con ser cuidada y mimada, sus conflictos con sus pares, los chantajes y manipulaciones afectivas, su miedo de terminar la terapia, o más bien, la relación terapéutica, así como sus dificultades de tener logros académicos.

Manifestaciones del trastorno de apego inseguro ansioso-ambivalente en el espacio psicoterapéutico:

Respecto al parámetro sobre el modo que los niños y niñas interaccionan con la persona del terapeuta y con el trabajo terapéutico, observamos que, al contrario de los niños que presentan apego evitativo, donde la implicación al proceso terapéutico es mínima, los chicos con estilos de apego ansioso-ambivalente se implicarán sin muchas dificultades, al contrario, la terapia y sobre todo, la relación terapéutica se convertirá en algo muy importante para ellos, aunque no exenta de angustia, miedos y dificultades. Los niños y niñas más pequeños e incluso más mayorcitos, si vienen acompañados de sus cuidadores o educadores referentes pueden oponerse a entrar solos a la sala y mostrarán gran ansiedad al comienzo. En general, la mayoría de los niños suelen mostrarse al principio de la terapia muy inhibidos y con mucho miedo de ser desaprobados y criticados.

“Solange de 12 años, por ejemplo, en la primera sesión acompañada de su referente no puede articular palabra alguna, con la cabeza gacha y muy ansiosa, mientras su referente habla tanto de sus recursos como de sus dificultades. Recién pasados unos meses de sesiones semanales, ella explica a su terapeuta lo ocurrido en este primer encuentro: “no me gustó que mi tutora hablara sobre mí porque pensaba que te enfadarías conmigo y no te agradaría”.

Generalmente, en la fase inicial de la terapia se mostrarán ansiosos y extremadamente alertas a las respuestas y reacciones del terapeuta; algunos pueden mostrar conductas “encantadoras”, sobre todo los más pequeños, caricias, abrazos y mensajes tales como: eres la mejor psicóloga del mundo, te quiero mucho, etc., y otros mensajes que dejan ver sus carencias afectivas. Otros niños desde muy temprano comienzan a utilizar estrategias más coercitivas.

Marla de 9 años, al salir de su primera sesión, mira uno de los dibujos pegados en la pared y lo observa, al darse cuenta que lo ha firmado Inés, otra chica que ella conoce, dice a su terapeuta: “seguro que tú quieres mucho a Inés...claro....ya estás acostumbrada a ella...”

Estos niños a menudo se muestran preocupados por lo que pasará la siguiente sesión, si el o la terapeuta cumple con lo prometido, como por ejemplo, esperarle la semana siguiente. Algunos rápidamente querrán adueñarse del espacio terapéutico dejando huellas o recuerdos de su existencia. También este espacio les dará la oportunidad de utilizar sus estrategias coercitivas cuando algo no les resulte de su agrado. Durante el transcurso de la terapia, probablemente estos niños pedirán ser acogidos o adoptados por el o la terapeuta, serán extremadamente sensibles a los cambios o suspensiones de las sesiones, aún señalados con anticipación.

La experiencia clínica también nos enseña que con frecuencia los niños y adolescentes intentarán triangular con el terapeuta en contra de sus referentes o cuidadores; es decir, intentarán obtener el apoyo del terapeuta en momentos de conflictos. Aunque esto no es exclusivo de los niños con este estilo de apego, esta dinámica es más frecuente y evidente en estos niños y niñas.

En general, el proceso terapéutico es un proceso largo y complejo con estos niños. Primero, es difícil que se perciban como víctimas de malos tratos, objetivo fundamental, de la terapia. Luego, es un desafío ayudarles a verse como sobrevivientes, que deben utilizar sus habilidades y recursos personales, así como el

apoyo social, para tomar la responsabilidad sobre sus vidas (Barudy J. 1997). Al vivirse como víctimas, ellos pueden intentar demostrar todo el tiempo a su terapeuta que, no sólo han sido víctimas, sino que lo siguen siendo en cualquier circunstancia, presentando una gran dificultad de reflexionar sobre la responsabilidad que tienen en el presente, en sus relaciones interpersonales. Las distorsiones cognitivas, su selectividad en focalizar en lo negativo del otro, sus exigencias y reclamos provocarán en los demás agotamiento y desagrado, confirmando nuevamente su sentimiento de abandono y de poca valía personal.

La relación terapéutica con estos niños, niñas y adolescentes brinda una rica oportunidad al terapeuta para ejercitar su paciencia y perseverancia, trabajar sobre su modo de relacionarse y estar con el otro y ejercitar su creatividad.

Todo esto sería insuficiente si no brindáramos, la posibilidad de una experiencia relacional reparadora, al ofrecerles una vinculación segura, estructurada, confiable y afectiva que podrá permitirles mejorar su estilo de relación y su modo de estar en el mundo.

No está demás decir que con frecuencia, estos niños despiertan sentimientos de gran compasión, tristeza y ternura en los terapeutas, al mismo tiempo de deseos de ofrecer una especie de maternaje que pueda suplir las carencias afectivas de estos niños y niñas, con el riesgo de dejar u olvidar los objetivos terapéuticos. Para evitar este fallo, debemos siempre tener esto presente, no para evitar estos sentimientos y deseos que son legítimos, sino para regularlos y así proteger tanto la relación terapéutica como la terapia misma de nuestras propias necesidades.

Respecto al contenido narrativo, ya sea verbal o no verbal que traen los niños, podemos “observar” rápidamente, ya sea a través de su juego, sus dibujos, cajas de arena, cuentos, títeres, narraciones, etc., contenidos cargados de afectividad: sentimientos, emociones, deseos y necesidades que dejan traslucir su sufrimiento de no sentirse lo suficientemente amados.

El abandono, el temor al abandono, la pérdida, la soledad, la tristeza, la falta de valía personal, la visión de un mundo injusto, etc. son contenidos recurrentes en los trabajos realizados por los niños y niñas con este tipo de apego en la terapia. Los test proyectivos nos ayudan mucho a poder entrar al mundo afectivo de estos niños, reconfirmándonos lo que ya “observamos” en sus estilos relacionales, sus comportamientos y todos los aspectos de su vida en relación a su trastorno de apego. Los temas de conversación que traerán a la terapia estarán focalizados en su relación con los otros más que en cualquier otro aspecto de su vida, la disponibilidad o falta de ésta que tienen los otros con ellos. Si trabajamos con el diario de vida o el cuaderno de creaciones literarias, donde los niños escriben sus redacciones libres o con títulos propuestos por la terapeuta: poemas, cuentos o historias, podremos “observar” que la afectividad o más bien, la carencia de ella siempre está presente.

Nuestro quehacer terapéutico será ofrecer a estos niños y niñas herramientas y técnicas que les ayuden a conectarse y comprender sus emociones y sentimientos, a auto-observarse, a pensarse, a revisar sus distorsiones cognitivas y entonces releer o redefinir sus conflictos interpersonales

TRASTORNO DE APEGO DEL APEGO INSEGURO DESORGANIZADO

Como hemos visto, los niños con estilos de apego inseguro tanto evitativo como ansioso-ambivalente organizan su forma de comportarse a fin de obtener una vivencia de cercanía con su figura de apego, ya sea inhibiéndose o sobreactivándose. Pero los niños con estilos de apego inseguro desorganizado, como la palabra lo indica, tienen experiencias relacionales tempranas tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse para responder de una forma regular y característica en su relación con sus cuidadores. Sus estrategias defensivas colapsan. Main y Solomon (1990) fueron los primeros en reconocer y caracterizar este cuarto estilo de apego (grupo D) en niños con estilos de apego inclasificables en la prueba de la situación extraña a través de la revisión de las videocintas de la prueba, es decir, que no correspondían a ninguna de las clasificaciones de apego tradicionalmente conocidas, como las propuestas por M. Ainsworth y col. (1978), a saber: evitativo, seguro, y ansioso-ambivalente. De acuerdo a autores como Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Crittenden, 1985; Egeland & Soufre, 1981; Lyons-Ruth, Connell, Zohl & Stahl, 1987, este estilo de apego es el de más alto riesgo para los niños y las niñas de todos los grupos de apegos inseguros estudiados. Este estilo se genera en ambientes familiares cuyo padres o cuidadores han ejercido estilos de relaciones parentales altamente incompetentes y patológicos. Esto, como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas y/o pérdidas múltiples no elaboradas en su propia infancia. Experiencias que no pudieron ser elaboradas, pues estos padres como infantes no recibieron ni protección ni ayuda terapéutica. Alrededor del 75 y 80 % de la población de niños maltratados presenta estilos de apego desorganizado.

Desarrollo del trastorno de apego inseguro desorganizado

Primera infancia:

Según las investigaciones en esta última década, este estilo de apego o trastorno de apego, lo presentan aquellos niños y niñas cuyas madres o padres han sufrido sin poder elaborar pérdidas de personas significativas y a la vez, han vivido procesos traumáticos severos, como el haber sido víctima de malos tratos físicos graves, negligencia grave y abusos sexuales. Los niños que presentan este estilo de apego son hijos de padres con incompetencias parentales severas y crónicas con frecuencia irrecuperables. Con mucha frecuencia estos padres presentan una patología psiquiátrica crónica, son alcohólicos o toxicómanos.

Lo más probable es que lo que caracteriza la vida psíquica de los bebés con padres, que por las características descritas presentan un estilo parental violento, desconcertante, temible e impredecible, que genera terror, impotencia y falta absoluta de control sobre lo que ocurre. Como afirman Solomon & George (1999), la vivencia de estos niños ante estos padres es “atemorizante”. En estos casos, cuando el bebé intenta acercarse y buscar respuestas de su figura de apego para satisfacer sus necesidades físicas y afectivas, provocará la ansiedad de ésta. Por el contrario, si se aleja también la figura de apego se sentirá provocada, canalizando su ansiedad a través de comportamientos hostiles y rechazantes. Por lo tanto, para el bebé el resultado será la vivencia repetida de angustia, miedo y desesperanza. La figura de apego se convierte en una paradoja vital imposible de resolver para el niño; él o ella, de quien depende totalmente y de quien espera sea su fuente de seguridad, es al mismo tiempo la fuente de su temor. Para este pequeño, la relación con la

figura de apego se va convirtiendo en un callejón sin salida, pues haga lo que haga ésta responderá tarde o temprano con rechazo, hostilidad o intrusión y no habrá nada que el niño pueda hacer para disminuir su ansiedad, ganar cercanía afectiva, ni para comprender lo que pasa o sentirse más seguro y protegido.

Estos modelos relacionales donde los padres son severamente insensibles y terriblemente violentos conduce a la larga a que los niños se representen como indignos y malos, y que perciban a los otros como inaccesibles, peligrosos y abusadores. Su mundo interpersonal estará impregnado de un miedo crónico intenso. Como afirma Solomon & George (1999), se trata de padres y madres que rechazan las conductas de apego de sus hijos, utilizando muchas veces amenazas indirectas o directas de abandonarlo o enviarlo a otro lugar. En otros casos, estos niños con este estilo de apego han vivido separaciones repetidas, pasando de un cuidador a otro. El niño desde su nacimiento, pasa de una casa a otra, de una familia a otra, o de su familia a una residencia y en adelante a otras residencias en repetidas ocasiones. Las consecuencias de este proceso se le conoce como “síndrome del peloteo” Barudy, (1999). Este síndrome está en relación directa con el trastorno de apego desorganizado. Los continuos cambios abruptos en el contexto de vida que sufre un niño, van desgastando sus capacidades de vincularse, de confiar y creer en ellos mismos y en los otros.

Lyón –Ruth y Block (1996) afirman que mientras más severa es la historia de violencia y abuso de los padres, más hostil e intrusiva parece ser la relación con sus hijos.

Como decíamos anteriormente, estos niños son hijos o hijas de padres que han vivido también procesos traumáticos y pérdidas no elaboradas en su infancia. Estas experiencias impregnan sus prácticas parentales de miedos intensos y angustias que se transforman en rechazo, violencia física, abuso sexual. Estos padres son vivenciados por sus hijos como pavorosos, temibles e imprevisibles. Main (1995) explica que esta sensación crónica de pavor no permite a los niños identificar la fuente de alarma, es decir, no pueden discriminar de dónde o quién provoca este estado, al extremo de llegar a pensarse como productores de su propio pavor. A partir de esto, los niños pueden desarrollar diversas fobias y miedos inexplicables e incomprensibles incluso para los profesionales.

Por otro lado, si relacionamos este trastorno de apego con la memoria, veremos que los procesos traumáticos, se almacenan en la memoria “implícita” y no en la memoria “narrativa”. Esto es, lo que diferentes autores denominan “las memorias traumáticas”. El contenido de estas memorias se caracterizan por sensaciones y afectos intensos y fragmentados, y a menudo, con escaso o ningún contenido verbal. (Van der Kolk, 2001). Por tanto, estas experiencias tempranas y traumáticas de dolor, pérdida, abuso, acumuladas en su memoria, les hacen tener expectativas negativas del presente, dejando poco espacio para disfrutar experiencias positivas y gratificantes. Por eso, como no entienden lo que les pasa en estas situaciones, ni tampoco pueden explicarlo a través de la palabra, se resienten y pueden llegar a ser agresivos con quienes intentan ayudarles. Los niños mal tratados, están constantemente invadidos en el presente por estas memorias traumáticas que mellan su percepción, sus sensaciones, su cuerpo, sus conductas, sus emociones.

Los contenidos de la memoria traumática pueden manifestarse en la forma de diversos trastornos como: el trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos y trastornos de la memoria y atención. Los niños y adolescentes presentarán estos trastornos sin poder entender sus causas.

Niñez:

Alrededor de los dos años, después de haber estado intentando fallidamente de encontrar una estrategia conductual que le sirva para apaliar sus miedos, angustia y ansiedad en su relación con su figura de apego, el niño o la niña va a utilizar los recursos que tiene para adaptarse de la mejor forma a estas situaciones. Algunas veces mostrará una inhibición profunda, tratando de “hacerse invisible”, como “que no está”, o al contrario, presentará estallidos de cólera y hostilidad o comportamientos demandantes. Estas estrategias son una forma de adaptarse a la situación y su contenido dependerá en gran parte de los estilos parentales que presenten sus cuidadores. Estos pueden ser hostiles y físicamente abusivos, negligentes, psicológicamente violentos o una combinación de estos (Le Doux, 1998). Sin embargo, lo que prima en los comportamientos de un niño un apego desorganizado, es el intento desesperado de tener cierto control sobre el ambiente, particularmente, sobre la relación con sus cuidadores. Esta necesidad de control, se manifiesta a través de comportamientos a menudo violentos, de enfado, pero también de cuidado y/o complacencia hacia los otros a fin de no perderlos, estilos relacionales poco comprensibles para el observador poco informado.

En situaciones más graves, es doloroso constatar cómo algunos de estos niños no les queda otra cosa que optar por auto-estimularse a través de balanceos, darse contra la cabeza o haciendo movimientos estereotipados a fin de calmar su dolor psíquico. Las conductas de exploración típicas en esta etapa también se caracterizan por ser desorganizadas o incoherentes, sin continuidad en el tiempo ni en el espacio. Estos niños comienzan a descubrir un sentido de libertad y autonomía gracias a sus capacidades de desplazarse sin depender de los demás. Lo mismo sucede con el desarrollo de su capacidad de comunicarse. Sin embargo, estos logros van a generar un temor y una ansiedad difícil de manejar, pues no tienen el apoyo afectivo mínimo necesario. Estos niños pueden así paralizarse y disminuir enormemente su motivación para curiosear, explorar, conocer su entorno. Por el contrario, pueden ser bruscos e impulsivos no se dan cuenta de las consecuencias de sus comportamientos, realizando movimientos y conductas desbordantes y mucho más peligrosas para ellos, que los típicamente manifestados en esta etapa. Estos niños no pueden percibir su entorno de manera realista, como por ejemplo, prever el peligro en situaciones que niños bien tratados con la misma edad, sí lo podrían hacer.

La percepción que los niños van construyendo de los otros y de sus relaciones también es procesada selectivamente. Los niños bloquean la información que resulta insoportable para ellos. Para evitar mayor sufrimiento, filtran las experiencias y recuerdos con relación a sus padres, aferrándose y amplificando las buenas y gratificantes, y escondiendo en los rincones de su memoria las malas y dolorosas. La idealización de los padres, por tanto, les permitirá mantenerlos cerca y salvaguardar su imagen. Estos procesos toman relevancia cuando los niños o niñas son separados de sus padres tras una medida de protección. (Cyrulnick, B. 2003). En estos momentos, manifestarán sus deseos de volver a casa y culpabilizarán a quienes intentan protegerles de los malos tratos. Este fenómeno se utiliza algunas veces, como argumento por los responsables de la medidas de protección sin la formación necesaria, para defender una reintegración del niño a su familia.

Otro aspecto interesante de mencionar, es que debido a la falta de confianza, cuidados, protección y coherencia en las respuestas provistas por la madre o cuidadora, el niño no puede aprender a utilizar a su cuidadora como fuente de seguridad y alivio.

Si vamos a un parque y observamos, por ejemplo, que cuando un niño de alrededor de dos años, suficientemente bien cuidado, juega y le ocurre un percance cualquiera como caerse, hacerse daño o entrarle arena en los ojos, va a recurrir probablemente llorando a buscar a su madre o cuidador. Los niños con estilo de apego desorganizado probablemente se quedarán llorando solos o darán vueltas por el parque, sin saber cómo buscar ayuda.

Alrededor de los 4 ó 5 años, el desarrollo evolutivo les permite intentar elaborar estrategias un poco más organizadas. Esta pseudo-organización dependerá del carácter prevalente de las relaciones con sus cuidadores, como hemos mencionado antes. En el caso de malos tratos severos, el estilo de apego desorganizado puede manifestarse con comportamientos característicos propios de otro estilo de apego o una mezcla de varios: el evitativo, el ansioso-ambivalente o incluso seguro.

Diferentes investigadores han señalado que alrededor de los 5 años, los niños con apego desorganizado van gradualmente utilizando estrategias que buscan controlar a los padres. Estas van desde conductas castigadoras o vengativas, a protectoras y de cuidado inadecuadas a su edad. (Cassidy & Marvin, 1992; Main y Cassidy, 1988).

Esto explica que madres o padres se quejan y sufren por la conducta dominante de su hija, que apenas tiene 6 años, y que no puede manejar, o por el contrario, que una madre con comportamientos abusadores que al no considerarse la responsable del daño de su hija, habla de los comportamientos parentificados de su hija, y se enorgullece de su “madurez”.

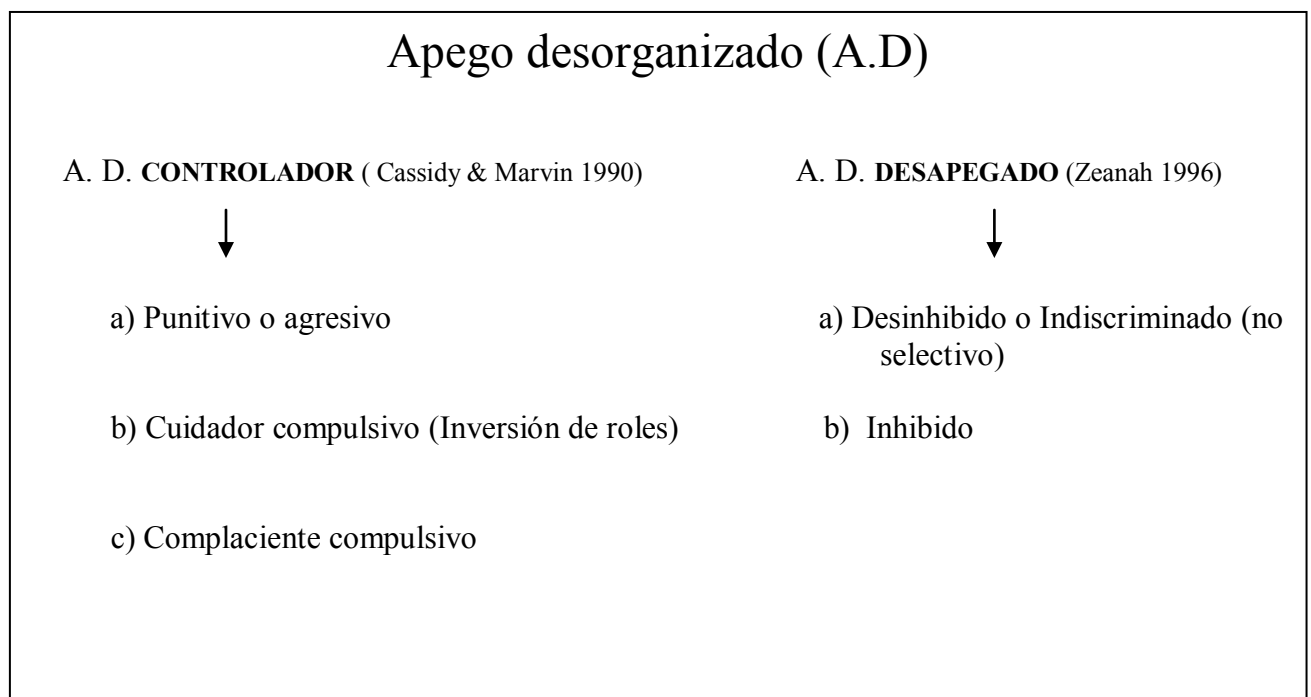
En el contexto escolar, los niños que sufren un apego desorganizado tendrán muchas dificultades para respetar las estructuras de una sala de clases. A nivel social, son chicos que presentan trastornos importantes del comportamiento, son conocidos y terminan siendo estigmatizados como problemáticos, disturbadores de la paz social reinante en la clase, o como los matones o agresores que protagonizan las peleas dentro y fuera de la sala. Sus reacciones frente a la autoridad termina por ser insoportable a la vista del profesor cuanto mayores son los niños: faltan el respeto, intentan probar los límites establecidos o simplemente agreden y amenazan verbal o físicamente. Puede ocurrir también que como condicionante de género, sobre todo las niñas presenten conductas antisociales no explícitamente violentas, por ejemplo, robos, mentiras, hacer trampas, manipular a los otros o al contrario, dejarse manipular o victimizar. Las chicas y chicos con apego desorganizado también pueden presentar comportamientos bizarros, excesiva inhibición, aislamiento, y rechazo a ser considerados parte del grupo, cualquiera de los dos extremos son notorios y no pasan fácilmente desapercibidos por los profesores.

A nivel de rendimiento académico, sus dificultades para concentrarse, permanecer en una tarea concentrado e interesado en aprender, los lleva a conseguir pocos logros académicos, el fracaso escolar, la repitencia o suspensiones son frecuentes y conforman parte de su historia académica. El proceso de un aprendizaje exitoso requiere poner en marcha muchas funciones cognitivas tales como la memoria, la percepción, la atención, el pensamiento y la reflexión. Estas funciones o capacidades han sido afectadas a causa de los traumatismos vividos, por lo tanto, desarrollar estas tareas cognitivas en forma satisfactoria es un gran desafío para un niño con apego desorganizado. Como consecuencia de esto, la mayoría de estos niños y niñas, se encuentran a nivel escolar en uno o más niveles inferiores al promedio de la clase. El aprendizaje en sí mismo se convierte en una tarea sumamente fastidiosa e inalcanzable, sobre todo si sus demás compañeros son buenos estudiantes. Desde muy temprano estos niños han comenzado a perder el placer o el gusto por conocer y descubrir su entorno. La información que logran obtener de éste es confusa,

incoherente y generadora de dolor. ¿Qué sentido tendría para este niño o niña aprender algo en el colegio mientras crece en un entorno caótico?. El niño o niña con apego desorganizado difícilmente logra mantener y desarrollar su funcionamiento cognitivo al margen de su historia de dolor y caos. El cúmulo de experiencias traumáticas en sus primeros años provocará muchas veces daños irreversibles en esta área del desarrollo, (Barahal, Waterman & Martín, 1981; Pezzot & Pezzot- Pearce, 1997. Tanto el trastorno de déficit de atención como el trastorno de hiperactividad también están presente con mucha frecuencia en estos niños, pues lo que subyace en ellos es un estado de marcada hipervigilancia. La cronicidad de situaciones traumáticas lleva a programar al cerebro a esperar que los próximos eventos sean también traumáticos, de aquí la necesidad de estar en constante alerta.(Van der Kolk. 1996)

Sabemos que los estilos de cuidados parentales abusivos y violentos son sumamente complejos y todavía es difícil para los investigadores conceptualizarlos y clasificarlos claramente, lo mismo ocurre con los comportamientos característicos que se presentan en los diferentes estilos de apego. A menudo éstos se confunden y traslapan. Sin embargo, aquí utilizaremos los criterios de clasificación más conocidos planteados por los siguientes autores: Crittenden (1992), Zeanah (1996), Cassidy, J., & Marvin, R. (1990) Main & Solomon (1990) y Lyon-Ruth (1996).

Existen dos grandes grupos de apego desorganizado y dentro de estos, hay subclasificaciones o subgrupos:



Como podemos observar, dentro del estilo de apego desorganizado se pueden desgranar varios tipos, que como ya hemos dicho, no siempre son fáciles de distinguir uno de otro. A nivel práctico, lo más importante es poder llegar a reconocer e identificar los comportamientos en los niños dentro de la categoría de apego desorganizado y posteriormente, dentro de uno de los dos grandes grupos: controlador o desapegado. A nivel teórico, describiremos cada una de estos tipos basándonos en las investigaciones de Zeanah,(1996) y Cassidy & Marvin.(1990).

Modelos de apego desorganizado – controlador:

Se pueden observar tres estilos de comportamientos que caracterizan este modelo:

- a)punitivo agresivo.
- b)cuidador compulsivo.
- c)complaciente compulsivo.

Para Crittenden (1995) estos tres subgrupos pueden ser considerados variantes dentro de los estilos de tipo evitativo, porque ellos, aunque representan intentos de mantener el acceso al otro significativo, lo hacen, pero sin intimididad. Esta autora también ha argumentado que estos estilos controladores presentes en el período pre-escolar y escolar conforman una estrategia, conductualmente organizada, pero mal adaptada, a fin de lograr y mantener el acceso a las figuras de apego. Estos pueden ser planteados hipotéticamente como una estrategia compensatoria para enfrentar las conductas amenazantes del cuidador - padre o madre -, a través de éstas el niño intenta defenderse de las agresiones intra-familiares, o hacer frente a deficiencias parentales importantes (Crittenden, 1962; Solomon & George, 1999; Main & Cassidy,1986). Cabe señalar que estas estrategias compensatorias conductualmente organizadas, a nivel de la representación mental en el niño, se mantienen desorganizadas, teñidas de miedo, confusión, caos, y/o inhibición (George & Solomon, 1996).

a) El apego desorganizado agresivo o punitivo:

Los niños con este estilo de apego los vemos con bastante frecuencia quienes trabajamos con niños maltratados. Como lo hemos señalado es característico de estos niños y niñas, que no pueden “sincronizar” sus comportamientos con las respuestas de sus cuidadores a sus demandas de cuidados, apoyo o protección, ya que a ellas responden con violencia, abuso, negligencia y abandonos constantes y repetidos. El miedo y la impotencia los inundan y su grado de temor y rabia es tan intenso que lo canalizan agrediendo y haciendo daño a otros. A estos niños no les queda otra que tomar el control de la situación, de sí mismos y de los otros a través de la cólera y el abuso. No confían ni esperan confiar en nadie, y como afirma Keck y Kupecky (1995) cuando se refiere a estos niños: “ el único modo que aprende para actuar recíprocamente con otros es por la agresión y la violencia.”. Las respuestas punitivas o controladoras son la forma en que se relacionan con sus padres, para adaptarse a la situación, lo que más adelante va a extenderse con otros adultos o cuidadores. Por tanto, lo que caracteriza este estilo es el control de la relación a través de conductas que castigan, avergüenzan y agreden. Frente a los malos tratos,

el niño o la niña responderá de todas las formas defensivas que le son posibles: comportamientos de apego contradictorios, confusos, mezclados con conductas de irritación, evitación y rechazo, conductas coercitivas y de retirada. Las conductas agresivas pueden ir directamente a sus cuidadores, a otros y hacia ellos mismos. Cuando revisamos la literatura sobre los niños con este estilo de apego, encontraremos varios comportamientos típicos que están presentes en diferentes grados en todos los niños y niñas que lo presentan y que hemos tratado en nuestro programa expuesto en otro capítulo.

- Comportamiento superficial con desconocidos.
- Propensión a actuar con grandiosidad y hacer reclamaciones extravagantes.
- Agitación.
- Rechazo de contacto físico o contacto inadecuado e invasivo.
- Estallidos de cólera, rabia y violencia.
- Comportamientos oposicionistas, agresivos con sus pares y niños más pequeños.
- Culpabilizan a los que quieren ayudarlo.
- Poco contacto visual.
- Pobre sentido del humor.
- Conductas coactivas.
- Mentiras.
- Robos.
- Relaciones con pares pobres.
- Falta de conciencia, empatía y sensibilidad moral.
- Crueldad hacia los animales.
- Negligencia y/o agresión hacia sí mismo, auto-lesiones, etc.
- Estos niños también y con mucha frecuencia presentan trastornos sexuales y alimenticios.

Jimmy tiene 7 años, es el segundo de tres hermanos es un niño más bien expansivo, activo y muy nervioso. Jimmy ha nacido y crecido en un ambiente de violencia y caos familiar, ha recibido malos tratos físicos constantes por parte de su madre quien tiene una larga historia de toxicomanía. A los 6 años Jimmy es ingresado junto a su hermano mayor a un centro de acogida. La sintomatología presente en ese momento hace que un psiquiatra le diagnostique un cuadro “pre-psicótico”. Durante los primeros 6 meses en el centro, Jimmy presenta graves problemas de comportamientos y los educadores tienen gran dificultad para poder ayudarlo a controlar los estallidos de rabia y los comportamientos agresivos. En este contexto, Jimmy entra a nuestro programa de psicoterapia. Jimmy presenta enuresis secundaria, encopresis diurna esporádica, escasa modulación emocional, conductas destructivas hacia las personas y el entorno, propensión a accidentes y trastorno de sueño. Aunque prefiere relacionarse mayormente con su educadora referente, su modo de vincularse a ella es agresivo. En los momentos de visita con su madre, Jimmy se muestra muy ansioso frente a la idea de ver a su madre, pero una vez estando con ella, no sabe qué hacer, se vuelve inquieto, y se mantiene alejado de ella durante la mayor parte del tiempo de la visita. Por un lado, en las entrevistas con las profesionales del caso, la madre insiste que Jimmy es un niño trastornado y nadie puede con él, “si no fuera así todos estaríamos juntos y bien” por otro lado, su hermano mayor con

quien Jimmy está siempre en conflicto, le ha hecho saber explícitamente que su mal comportamiento ha provocado el ingreso al centro, el sufrimiento de su madre y de todos. Además, no puede explicarse por qué su hermano pequeño está con su madre y él no.

b) Apego desorganizado cuidador compulsivo o con inversión de roles:

Es muy frecuente ver hijos parentificados o “conyugalizados” en las familias cuyos padres presentan incompetencias parentales severas y crónicas (Barudy, 1997). Estos niños o niñas no sólo desempeñan tareas y responsabilidades hogareñas, sino que sobre todo se hacen cargo del cuidado de sus padres. Seguramente, la única manera de sentirse competentes y con algo de control, y de estar en cercanía con sus padres es tratando de satisfacerlos. En vez de solicitar cuidado de los padres, lo ofrecen evitando sentirse indefensos. Se muestran extremadamente solícitos hacia sus padres o cuidadores. Esto vale también en el caso de niños o niñas complacientes compulsivos. Estos niños muestran una mezcla de conductas de evitación, inhibición de sus afectos negativos y conductas exageradamente afectuosas a sus cuidadores. Este estilo de apego se desarrolla como una respuesta a la insuficiencia de cuidados parentales, por ejemplo en el caso de madres víctimas de violencia conyugal, con muchas carencias, depresivas, pasivas-dependientes.

Este es el caso de Gema, la segunda de un grupo de 5 hermanos, víctima de malos tratos severos por parte de ambos padres, un padre extremadamente violento y abusivo y una madre extremadamente pasiva y no protectora. Se trata de una familia con escasa red social, con carencias socioeconómicas extremas y niños no escolarizados. Gema tiene 8 años cuando es ingresada junto a sus hermanos en un centro de acogida de urgencia. Su hermana mayor abusada sexualmente por su padre presenta un caso típico de conyugalización forzada y abusiva. La dinámica familiar y los recursos propios de Gema se ajustan para que adopte un rol de cuidadora y protectora de su madre desde pequeña. Por lo que Gema y sus hermanos relatan, ella se convierte en enfermera y madre de su madre a lo largo de su infancia. Al salir de casa, continúa en este rol siendo ahora la madre de sus hermanos.

Este estilo de apego, como el estilo complaciente compulsivo podemos relacionarlos con los conceptos de: “alienación sacrificial” de Barudy (1997), cuando hace referencia que la niña sexualmente abusada al silenciar el abuso de su padre, sacrifica su persona y se aliena de sus emociones a fin de proteger no sólo al agresor, sino también a la familia. Otros conceptos interesantes al respecto son “el otro dirigido” de Briere (1992) que hace referencia a la conducta hipervigilante del niño hacia su cuidador –madre o padre- para “protegerles” de no cometer más abusos. Con esto, el desarrollo de su identidad se ve seriamente comprometida. Por último, el concepto de la “exclusión defensiva” de Mc Crone(1994) que para prevenirse del dolor, la rabia e impotencia producida por la incompetencia parental de sus cuidadores, el niño tiende a idealizarlos y así salvaguardarlos de su propia rabia.

c) El estilo de apego desorganizado complaciente compulsivo:

Más que cuidar y proteger a los adultos o sus cuidadores, los niños y las niñas con

este estilo de apego muestran una necesidad exagerada para dar el gusto y complacer a los cuidadores y otros adultos, sacrificando sus propias necesidades afectivas con el mismo objetivo que los niños cuidadores compulsivos. Son niños que muestran un alto grado de ansiedad y miedo frente a sus cuidadores. Generalmente, estos niños que ejercen este rol adaptativo de “complacientes” son hijos y sobre todo hijas de padres con prácticas abusivas y violentas que despiertan una tensión permanente en el hogar. Estas niñas manifiestan miedo y una marcada hipervigilancia hacia sus cuidadores.

Es el caso de Maritza, de 10 años, la hermana mayor de Gema, hija predilecta de su padre quien la ha abusado sexualmente desde que era una niña, Maritza, víctima de este proceso de conyugalización forzada, existe para el padre y sus necesidades afectivas parecen no encontrar satisfacción, sino complaciendo al padre y de algún modo, también a su madre, cómplice directa de la situación abusiva. Su estilo de apego nos permitirá reconocer que paradójicamente el sacrificio de sus propios deseos y necesidades ha sido su única estrategia de sobrevivir a este horror.

Estilos de apego desorganizado desapegado:

Estos estilos de apego surgen debido a la ausencia de relaciones afectivas duraderas y continuas en el tiempo. Esto corresponde a la experiencia de niños que han sido víctimas del “síndrome del peloteo”. Los continuos y repetidos traslados de un lugar a otro no le han permitido formar relaciones de apego selectivas, por lo que fallan en saber utilizar una figura de apego como base segura cuando el ambiente es amenazante o peligroso. Las relaciones son básicamente superficiales con todos y todas y no hacen gran diferencia en su trato con ninguna persona. No acuden como lo harían otros niños a buscar ayuda o refugiarse en otra persona que les brinde alivio, aunque sea momentáneo. También es posible encontrar niños con padres con graves dolencias psiquiátricas que sólo pueden ofrecer a sus hijos vinculaciones caóticas y extrañas en donde los niños tienen gran dificultad de construir una identidad propia.

Recordemos la importancia que tiene el cómo el niño ha desarrollado sus tareas evolutivas en el segundo año de vida. La carencia de relaciones cálidas cercanas y continuas durante los dos primeros años de vida priva al cerebro de experiencias sociales y emocionales durante una fase importante de reorganización neuronal, y por consiguiente, la interacción neuronal del cerebro se afecta desfavorablemente. En los casos de negligencia afectiva severa o de hijos que han crecido con padres con trastornos psiquiátricos graves, este daño neurológico puede ser tan importante que las funciones cognitivas fallan cuando se trata de reconocer y manejar estímulos sociales y afectivos.

Los niños con este estilo de apego “desapegado” parecen haber agotado o anulado sus habilidades y capacidades para vincularse y construir relaciones constructivas. Para estos niños y niñas, por sus experiencias tempranas, no hay nada placentero por descubrir en las relaciones ni el entorno como para no replegarse sobre sí mismo. Estos niños pueden presentarse socialmente inhibidos o desinhibidos:

a) Niños con estilos de apego desapegado o indiscriminado inhibido:

Se trata de niños pasivos, que siendo hiper-vigilantes en relación a sus padres u otros adultos, muestran poco interés por la relación, el juego y la exploración, así como pocos afectos en su presencia. Estos niños parecen tener poco interés en el placer espontáneo de la interacción social, parecen estar replegados sobre sí mismos la mayoría del tiempo. Son comunes los balanceos y mecimientos rítmicos cuando son pequeños, aunque estos pueden manifestarse en otros momentos de su desarrollo. Por ejemplo, cuando se vuelven a enfrentar a situaciones estresantes que les sobrepasan. Estos niños también pueden manifestar comportamientos tipo autísticos o bizarros, los cuales muchas veces plantean diagnósticos erróneos. Estos son nefastos para el niño o la niña porque los estigmatizan y los privan de tratamientos eficaces que logren rescatar sus habilidades para vincularse de forma más constructiva y placentera.

Rafael, 10 años, muy delgado sólo mira de reojo. Su postura corporal es siempre la de un niño encorvado que se balancea continuamente, haciéndonos recordar aquellos niños víctimas de hospitalismo. Hijo único de una madre con una patología psiquiátrica diagnosticada como trastorno paranoide y un padre con déficit intelectual que también presenta comportamientos de balanceos, sobre todo cuando se le dirige la palabra. La pareja ha establecido una frontera impermeable alrededor del núcleo familiar, manteniendo alejados a los miembros de sus familias de origen, teniendo además una escasa red social. Ambos reciben una pensión de invalidez. Rafael presenta fracaso escolar repetido, entre otras razones, por haber asistido a más de nueve colegios diferentes. En el momento en que los profesores de un colegio comenzaran a interesarse por la vida familiar de Rafael para explicar sus trastornos de aprendizaje y de comportamientos, los padres retiraban al niño del colegio y lo inscribían al año siguiente en otro. De esta manera Rafael creció sin poder vincularse de forma sana y continua con nadie, sino con sus padres cuya vinculación no le ha permitido desarrollar una identidad ni satisfacer sus múltiples necesidades. En el centro de acogida, Rafael a sus 10 años, se muestra inhibido, rehuye mirar a las personas, comunica verbalmente muy poco, si lo hace es sobre todo para reclamar por no estar en su casa. No tolera ningún contacto físico. No soporta bañarse y se refugia en conductas obsesivas a la hora de comer, de ir a la cama, etc. Sus pares lo encuentran raro porque nunca juega ni se ríe. Presenta movimientos estereotipados en las manos cuando está muy ansioso y estallidos de rabia incontrolados.

b) Niños con estilo de apego indiscriminado desinhibido:

Este estilo es frecuente en niños que les ha tocado vivir desde muy temprana edad en una o varias instituciones de acogida. Lo que los caracteriza es que manifiestan un afecto confuso o tienen poco criterio frente a los extraños. La persona que visita, por ejemplo, un centro de acogida por primera vez y que desconoce el mundo del niño maltratado y mucho más los trastornos de apego, nos comentarán de lo tierno y

amoroso que ha sido un niño o una niña que intempestivamente se acerca y le abraza nada más entrar.

En el área social, las relaciones con sus pares son pobres y escasas pues son rechazados por sus compañeros de edad similares. Las relaciones con los adultos son de poco valor e importancia para ellos, a no ser que se establezcan con un fin funcional. Frente a la partida de un adulto de su lugar de vida, educadores, padres acogedores, profesores, por ejemplo, responden sin mayores problemas o signos de angustia. Según Lieberman y Pawl, J. (1988) estos niños muestran daño en su desarrollo en tres áreas: relaciones interpersonales, control de impulsos y regulación de la agresión. A estos niños a largo plazo se les va haciendo difícil establecer relaciones emocionalmente significativas. A medida que crecen, la cólera, los comportamientos destructivos, la ausencia de empatía, les lleva a presentar conflictos interpersonales dentro y fuera de su lugar de vida. Si las relaciones se tornan cercanas para ellos, esto les aumenta su ansiedad intentando manejarlas a través de conductas de “control”, exigencia, miedo. También la experiencia nos enseña que gran parte de estos niños se adaptan mejor a contextos bien estructurados, donde los límites y las reglas están claras y bien definidas. Esto explica, por ejemplo, que cuando estos niños están acogidos en una institución, aumentan sus dificultades cuando acaban el año escolar y enfrentan los meses de vacaciones, sobre todo si no hay ya una agenda previamente organizada con horarios y actividades que los orienten sobre lo que pasará en su día a día en vacaciones.

Zeanah (1996) describe también un subgrupo dentro del estilo de apego desorganizado, que él llama apego desorganizado con auto-riesgo, que incluye a niños que son imprudentes o que son propensos a los accidentes. Estos comportamientos que pueden observarse ya desde muy pequeños, 3 y 4 años, se explican por la inaccesibilidad o inadecuación de la respuesta de la madre. Por lo tanto los niños no pueden usar a ésta como base segura cuando exploran el ambiente, haciéndose entonces insensibles al peligro. No sólo no perciben o mal perciben las fuentes de peligro, sino también la angustia y el dolor físico que éste les causa.

Adolescencia y apegos desorganizados

Las tareas propias de la adolescencia y los cambios que conllevan en la vida de un niño son desafíos gigantescos cuando se trata de aquellos que han vivido un estrés y un traumatismo crónico a causa de malos tratos familiares e institucionales en toda su infancia. Los malos tratos y los abruptos y múltiples cambios de cuidadores y de contextos de vida, sobrellevados por una personalidad profundamente herida no hacen sino emerger el dolor de los múltiples traumas en una fase de la vida sumamente vulnerable.

Si no brindamos experiencias alternativas que modifiquen su modo de verse y ver a los otros- por lo tanto su modo de estar en el mundo- estos adolescentes que se preparan para ser y parecer adultos, reafirmarán su percepción de ser indignos de ser amados y apreciados. Al mismo tiempo, reforzarán su imagen de ser poderosamente malos y peligrosos. Si conviven o más bien, “sobreviven” como mejor lo permiten sus estrategias, en contextos que reaccionan represivamente y que no responden, para ayudarles a calmar su dolor enmascarado por sus agresiones. Los adolescentes sólo desarrollarán relaciones interpersonales superficiales, cortas y conflictivas o duraderas pero destructivas. Los comportamientos de apego de éstos están constantemente balanceándose entre el acercamiento desconfiado y la retirada

impulsiva con gran intensidad.

Muchas de las características identificadas en los estilos de apego desorganizado en la niñez, continúan afianzándose en la adolescencia y edad adulta. Por ejemplo, el estilo agresivo en los y las adolescentes se manifiesta porque el modo de interactuar es básicamente antisocial, agresivo y violento a fin de controlar las relaciones.

Mario, 14 años, víctima de malos intrafamiliares e institucionales. Desde muy pequeño ha tenido que ser tratado por varios psiquiatras y psicólogos, pero los diversos tratamientos y los esfuerzos de muchos no han podido concretizarse para ofrecerle un contexto que ofrezca experiencias segurizantes, que le permitan re-aprender otra forma de vincularse que no sea a través de la violencia. Sus visitas con su familia de origen son irregulares. Mario no tiene ninguna vinculación afectiva presente en la que pueda apoyarse para hacer frente a su vida en un centro de acogida. Está actualmente medicado por su psiquiatra. Mario ha sido expulsado del colegio ya varias veces y sus referentes no saben qué instancia educativa puede contenerle con sus trastornos de comportamiento. Presenta conductas provocadoras a sus maestros y en clase consigue rápidamente la fama de “matón” entre sus compañeros. Las mentiras y manipulaciones que hace con los adultos para conseguir lo que se propone le juegan una mala pasada. Lo que está preocupando actualmente a sus referentes es que el grupo de amigos que comienza a frecuentar Mario, ya tienen antecedentes policiales por robos y agresiones.

Probablemente, por los condicionantes de género, este estilo lo vemos más en varones que en mujeres. El estilo cuidador compulsivo con inversión de roles, particularmente en las jóvenes que entran en relaciones de dependencia con alguien que tampoco puede ofrecerles una experiencia afectiva reparadora y constructiva. Por ejemplo, encontraremos una chica en pareja con un chico drogadicto, al cual espera ayudar y proteger. El modelo complaciente compulsivo se desarrollará también de la misma forma, buscando y manteniendo relaciones afectivas co-dependientes con compañeros que exigen, controlan o abusan. En estos dos últimos modelos, los jóvenes no tienen oportunidades de satisfacer sus necesidades de apego, si no más bien, la de sus compañeros. Estos estilos probablemente también los vemos más frecuente en las chicas que en los chicos, por los condicionantes de género, sin embargo, también podemos encontrar a jóvenes con este estilo de apego.

Este es el caso de Jony, adolescente de 17 años, hijo de padres alcohólicos, hermano mayor de dos hermanos. Jony nació con síndrome alcohólico fetal, a los tres años fue retirado de su casa y puesto en un centro de acogida de urgencia durante 6 meses. Luego, pasa a un centro de acogimiento residencial por un año y medio. Quienes intervienen en el caso deciden que vuelva a casa puesto que los problemas de alcoholismo aparentemente han disminuido. Sin embargo, Jony sigue viviendo malos tratos severos por parte de su madre. Su padre muere de cirrosis en su casa y el niño presencia su muerte. A partir de aquí Jony es víctima de negligencia severa y violencia física por parte de su madre, por lo que se decide volver a ingresarlo a un centro de urgencia. Ya con 6 años y medio se intenta integrar a Jony a una familia acogedora. Desde aquí en adelante hasta cuando Jony cumple 16 años pasará por 5 familias distintas y si contamos bien ya son 10 cambios de

residencia. Jony tiene grandes dificultades en el área cognitiva; asiste a un colegio para chicos con dificultades de aprendizaje y se esfuerza por aprender, sin embargo sus múltiples traumatismos no le permiten avanzar, sino hasta un cierto nivel de aprendizaje. A nivel social afectivo, Jony se las arregla para entrar en contacto con la gente de forma amable y amistosa, pero sus relaciones son muy superficiales e inestables; cuando logra relacionarse más profundamente con amigos o adultos, incluso cuando se esfuerza por establecer una relación de noviazgo, entra en una relación de dependencia tal que se deja manipular y victimizar, es así como ha conocido los porros, los robos, etc. No es la agresión lo que le caracteriza, aunque presenta estallidos de cólera en momentos de angustia y estrés, sino más bien la desvalidez frente a una relación afectiva nociva para él. Presenta mucha dificultad ante las frustraciones y no puede regular sus emociones frente a eventos que le causan dolor. Hasta los 17 años, Jony es considerado por los médicos y varios psiquiatras como un joven esquizofrénico y es tratado como tal. De los cuatro que lo trataron, nadie consideró su historia de vida, ni menos la existencia de este trastorno de apego.

Estos jovencitos y jovencitas politraumatizadas, con historias de pérdidas afectivas importantes, con experiencias de malos tratos severos en su infancia que no han podido comprender, elaborar ni manejar sus experiencias traumáticas están constantemente “contaminando” sus relaciones actuales con estos contenidos traumáticos y dolorosos, dejando poco espacio para “rehacer” su modo de estar en el mundo. Posteriormente, como padres en sus prácticas parentales activarán sus traumas no resueltos y probablemente intentarán fallidamente curar sus heridas afectivas abusando, maltratando, descuidando o abandonando a sus hijos. La descripción de las carreras morales de los niños maltratados (Barudy, 1997) física y sexualmente, nos brinda mayor claridad sobre el proceso en el que se desarrollan los trastornos conductuales, afectivos y de la personalidad que estas víctimas presentan. Muchos de estos jóvenes acaban presentado trastornos depresivos crónicos, comportamientos sociopáticos y trastornos límites de la personalidad. También investigadores clínicos como Fonagy (1995) y otros, nos enseñan cómo y por qué el apego desorganizado se relaciona, por ejemplo, con los trastornos de la personalidad borderline. Los estudios longitudinales de bebés clasificados con estilos de apego desorganizado han encontrado un riesgo sumamente elevado de desarrollar más tarde, comportamientos agresivos, desórdenes mentales, trastornos del comportamiento en la escuela y otras psicopatologías (Greenberg y col, 1991; Solomon y col, 1995, Main, 1996).

Manifestaciones del trastorno de apego inseguro desorganizado en el espacio terapéutico:

Desgraciadamente, cuando hablamos de niñas y niños víctimas de malos tratos, por padres con incompetencias parentales severas y crónicas estamos refiriéndonos en su mayoría a niños con estilos de apego desorganizado. A fin de reconocer estos

estilos es importante no descuidar en nuestra valoración del niño o adolescente, aspectos tales como: la historia personal y familiar, los estilos de cuidados parentales recibidos, la historia de sus vinculaciones, los informes antiguos y actuales de los referentes o cuidadores, así como de sus profesores, y por último, su actitud y aptitud en el espacio terapéutico.

Antes de conocer a este chico o chica, ya habremos constatado en los informes que logramos recopilar, la existencia de una historia personal cargada de sufrimiento y múltiples experiencias traumáticas: hijo o hija de padres con incompetencias parentales severas, la mayoría de las veces, acompañada de una permanencia prolongada en un ambiente familiar de extrema violencia. Además estos niños tienen una historia de separaciones y rupturas familiares e institucionales múltiples y una historia escolar en la que podemos hacer un largo listado de los colegios a donde el chico o la chica ha asistido. Los informes recientes realizados por sus referentes y profesores describen muchos de los comportamientos típicos de este estilo de apego listados anteriormente. Nos ha sido de mucha utilidad, por ejemplo, utilizar instrumentos, tales como el listado de síntomas del trastorno de apego de Levy & Orlans (1998) (ver anexo) para validar la existencia de un trastorno de apego, a través de las observaciones de los educadores o cuidadores actuales del chico.

La relación terapéutica con niños y niñas con apego desorganizado

Quizás lo que más llama la atención al terapeuta con algunos de estos niños, es su urgencia de controlar la relación, ya sea en forma implícita o explícita. Recordemos que estos niños muchas veces suelen percibirse como fuertes y poderosos, pero también peligrosos y malos y van a encargarse de convencer al terapeuta que esto es así. La relación terapéutica en realidad desde su punto de vista les complicará más la vida, sobre todo por lo que exige esta relación. En otros casos, nos llamará la atención el modo extraño en que algunos niños se relacionan con los elementos de la sala y con el o la terapeuta.

Estos niños, dependiendo de su estilo de apego desorganizado específico, muestran oposición o rechazo a venir a la terapia, pueden intentar agredir al terapeuta, se pueden mostrar “seductores” o encantadores en un momento y hostiles en otro. Pueden pasar de un entusiasmo total y remarcable a un rechazo tácito a la terapia; pueden entrar a la sala y dirigirse a uno de los rincones haciendo caso omiso de la presencia del terapeuta; mostrarse provocadores, inhibidos o extremadamente pasivos y tímidos. Algunas de estas maneras de interactuar pueden coexistir claramente en el transcurso de una sesión o en el transcurso de la terapia.

En general, la psicoterapia con niños que sufren un trastorno de apego desorganizado, sea controlador o desapegado, resulta ser una tarea ardua y lenta para el o la terapeuta y los otros profesionales en torno al caso, y se requerirán grandes dosis de cariño, compromiso y paciencia para hacer un trabajo lo más eficaz y coherente posible. Este esfuerzo se duplica cuando se trata de niños mayores o adolescentes. Respecto a esto Barudy (2002) afirma: “cuando se trata de pre-adolescentes y adolescentes, ello representa un gran desafío para los educadores y terapeutas que intentan ayudarles. De hecho, este tipo de apego dificulta mucho la construcción de un lazo de confianza mínima por parte de los adolescentes con respecto a los adultos. Además los comportamientos agresivos, disruptivos, y provocadores de éstos agotan las fuerzas personales de los profesionales y los recursos de los equipos”. Esto explica que a pesar del tiempo que transcurre de un trabajo conjunto entre adolescentes y terapeutas, puede que estos últimos

experimenten la sensación de un vacío de vínculo en la relación terapéutica. Por ello, la perseverancia de los terapeutas es fundamental y necesaria para que los adolescentes perseveren en mejorar sus relaciones y su modo de vivir. Aunque el objetivo de este artículo no es ofrecer técnicas o intervenciones para tratar los trastornos de apego, sino más bien para comprenderlos y reconocer su tipología, no podemos dejar de resaltar aquí la gran importancia que tiene el ofrecer, desde la psicoterapia, al niño con estilo de apego desorganizado, una vinculación afectiva y estructurante donde exista un compromiso genuino por él o ella. Esta vinculación debe ser ofrecida en el marco de una psicoterapia rigurosamente estructurada la hora de comenzar y terminar la sesión, la sala y el lugar de cada elemento dentro de ésta, los diversos rituales que acompañan el proceso terapéutico, el respeto de los límites y las reglas, son elementos fundamentales en la terapia de estos niños y adolescentes. El carácter previsible de la sala, del trabajo posible de hacer y de su duración, así como de la actitud del terapeuta le brindarán al niño víctimas de malos tratos un sentido de seguridad y de control que minimice su sentido de vulnerabilidad frente a un adulto a solas, (visto por el niño como potencialmente peligroso). A fin de ayudar a contrarrestar el carácter imprevisible y desorganizado del mundo interpersonal del niño o adolescente, estos elementos se convierten en condición indispensable de la psicoterapia. Esto, dentro de un marco de trabajo coordinado en equipo con los otros profesionales y referentes, educadores, referentes o padres acogedores, en contacto con el chico o la chica. En relación al contenido narrativo verbal y no verbal: nos referimos aquí a las actividades y tareas realizadas por el niño en la terapia, todo lo que el niño o la niña trae a través de sus comportamientos, sus discursos y sus metáforas. Encontraremos también aquí una amplia variedad de respuestas, pero que en su mayoría tienen denominadores comunes, por ejemplo: sus historias son generalmente pobres, caóticas o catastróficas, sin orden secuencial, lógica o un fin a seguir; lo mismo que sus expresiones gráficas, sus dibujos o sus creaciones artísticas, tanto en el procedimiento como en el contenido. Muchos de sus dibujos, por ejemplo, no pasan desapercibidos por su apariencia grotesca, o más bien por el contenido de violencia que se expresa. Frente a las situaciones difíciles o los problemas representados por ellos mismos o planteados por el o la terapeuta, los niños acaban ya sea con soluciones inadecuadas o violentas, catastróficas o sin solución. Es común también observar juegos repetitivos, estereotipados, desorganizados, sin fin ni lógica que los conduzca.

Veamos el ejemplo de Jimmy, a quien hemos hecho referencia al describir el trastorno de apego desorganizado de tipo agresivo. Jimmy está convencido de que es malo, se comporta como malo y ha convencido a sus pares y a algunos adultos que lo es. Jimmy hace de la caja de arena su herramienta de trabajo por elección. Desde su inicio en la terapia trabaja varias semanas montando escenas con personas, personajes como superman, monstruos, brujas, animales salvajes y objetos bélicos. Estas figuras, a pesar de lo que representan, se ubican en la caja sin ningún orden ni un fin a seguir que no sea el destruirse o matarse. Son escenas absolutamente caóticas, ni siquiera se podrían distinguir personajes buenos y malos, porque todos están envueltos en esta lucha destructiva. Después de pasadas varias semanas, a medida que transcurren las sesiones, Jimmy va lentamente pasando del caos a escenarios algo más organizados, ya elige personajes

que desempeñan roles o tareas, ya comienza a clasificar dentro de este mundo actos buenos de actos malos, entonces, personas buenas, que rescatan y salvan o personas malas que agreden y hacen daño. Las personas malas en sus escenas son severamente castigadas, dice, por ejemplo “ te irás mil años a la cárcel sin comida...sin agua...sin nada.....

Es interesante cómo los niños como Jimmy, nos ayudan a través de “sus trabajos”, y no necesariamente a través de sus palabras, a conocerlos y percibirlos como niños profundamente heridos, cuya percepción de sí mismos resulta de la vivencia crónica de experiencias de vida sumamente violentas y caóticas.

También, y no menos frecuente, puede ocurrir que las historias proyectivas o representaciones a través del juego u otras herramientas terapéuticas, como los comics, los títeres, los dibujos, etc. pueden representar historias idealizadas donde todo parece ser maravilloso, excluyendo o negando todo el dolor y los sentimientos negativos vivenciados, tal cual lo hacen los niños con estilo de apego evitativo. Además, tampoco es extraño encontrarnos con historias o juegos con personajes sobrenaturales, seres o monstruos omnipotentes, animales o personajes inexistentes con los más grandes poderes para destruir, cambiar o salvar. En estos casos, la amenaza de ser destruidos o quedarse solos ha sido tan impensable y sobrenatural que para contrarrestarla también parece llevar a los niños a crear en su imaginario, personajes, humanos en el mejor de los casos, con grandes poderes para protegerles y cuidarles.

Como ya dijimos al comienzo, en nuestro programa de psicoterapia la gran mayoría de los niños presentan alguno de estos trastornos de apego. Constatamos que si bien es cierto que la cuota básica de sufrimiento en los niños y niñas se produce por malos tratos intra- familiares, los malos tratos intra y/o inter-institucionales muchas veces agregan el resto. Sabemos, que a pesar de los esfuerzos continuos de muchos y muchas profesionales para ofrecer recursos de calidad para estos niños, niñas y adolescentes, los sistemas de protección presentan carencias enormes. Dentro del espacio psicoterapéutico es importante tener esto en cuenta, particularmente cuando se trata de niños con estilos de apego desorganizado.

La experiencia clínica nos demuestra que es imprescindible que nuestro trabajo, como psicoterapeutas de niños y adolescentes víctimas de malos tratos, se desarrolle paralelamente a un trabajo coordinado de la red de profesionales que garantice y promueva los buenos tratos en el contexto vital del niño.

Para terminar, nos parece importante recalcar que cuando los terapeutas trabajamos con niños víctimas de malos tratos debemos hacer el esfuerzo de poder comprender y darle un sentido a los comportamientos que tiene el niño, la niña o adolescente, dentro y fuera del espacio psicoterapéutico. Esto, a la luz de las aportaciones que tantos autores y autoras nos brindan sobre el apego; sólo así podremos ofrecer una metodología acorde también a sus estilos.

Es imprescindible, ser constantes, coherentes y perseverantes cuando comenzamos a trabajar con un niño, o para decirlo de mejor forma, cuando comenzamos a vincularnos con él o con ella.

REPARAR EL DAÑO DE LOS MALOS TRATOS INFANTILES Y CUIDAR A LOS PROFESIONALES DE LA INFANCIA A TRAVÉS DE PRÁCTICAS DE BUENOS TRATOS Y DE TRABAJO EN RED.

Nuestras experiencias nos permiten afirmar que las relaciones son ‘terapéuticas’, cuando los profesionales son capaces de asociarse a los recursos naturales y a las competencias que las personas tienen para resolver problemas, solucionar conflictos y enfrentar el daño sufrido por las agresiones. Por esta razón consideramos ‘terapeutas’ en este sentido amplio a cualquier profesional de la salud, de la educación o de la justicia, comprometido en la mejora de las condiciones de vida de sus semejantes.

Los profesionales de la infancia como promotores de buenos tratos y de resiliencia

El buen trato, debe ser el pilar de cualquier actuación que se defina como terapéutica y el apoyo de la resiliencia su objetivo fundamental.

Para lograrlo, es necesario poseer o desarrollar diferentes capacidades tales como:

1) Capacidad de vincularse como personas a otras personas.

Esta capacidad implica poder ofrecer a los niños y a sus padres un ambiente emocional afectuoso y de respeto que les transmita un mensaje de aceptación incondicional de su condición de persona. Para implicarse en dinámicas de ayuda, los profesionales debemos movilizar nuestros recursos para apegarnos emocionalmente a las personas, transmitiéndoles que son importantes para nosotros. Se trata de construir con ellos relaciones de confianza y de seguridad, en el marco de las cuales sea posible expresar nuestro desacuerdo con las prácticas parentales violentas y abusivas. Eso sí, tal desacuerdo, debe ir acompañado de la expresión de nuestra confianza en sus posibilidades de cambiar, precisamente, como una manifestación de este respeto. Lo dicho vale también cuando los niños manifiestan sus sufrimientos a través de comportamientos violentos hacia los demás o hacia sí mismos. Es el compromiso con las personas lo que nos conduce a implicarnos en la protección de los niños y las niñas y en la reparación terapéutica de sus heridas, pero también en la ayuda a las madres y a los padres para que desarrollen competencias parentales y parentales. Esta misma razón nos conduce a facilitar la reconstrucción de tejidos familiares más nutritivos y seguros para todos.

2) Capacidad de facilitar conversaciones.

Ayudar a las personas implica, también ser facilitadores de espacios de diálogos para definir, en conjunto, lo que provoca el sufrimiento y sus orígenes, así como los logros a alcanzar para superarlos. Co-construir explicaciones que le den un sentido a la existencia de malos tratos en una familia, respetando la dignidad de los implicados, es otro de los ejes para promover la resiliencia humana.

El uso de un lenguaje respetuoso, evitando cualquier término que estigmatice a los padres o victimice a los niños es fundamental en esta labor. Es importante hacer esfuerzos para referirse a los padres y a las madres que dañan a sus hijos, como ‘personas con prácticas negligentes, abusivas o maltratadoras’, en vez de hablar de ‘padres maltratadores o abusadores’.

Facilitar la resiliencia, es también para nosotros acompañar a los protagonistas de estos dramas en la recuperación de sus memorias. Por ejemplo, todo niño o niña víctima de malos tratos tiene el derecho de acceder a un relato o narrativa tanto de su historia, como de la historia de sus padres y la de su familia. Muchas partes de esta historia están contenidas en los múltiples informes que los profesionales han escrito sobre su situación. Cuando a los niños se les da la posibilidad de acceder a estas informaciones, sus contenidos les pueden ayudar a comprender lo que les ha pasado, incluyendo el por qué de las medidas que se han tomado para protegerles. Justamente si los niños son acompañados en estos procesos por un adulto competente, pueden ser capaces de externalizar las causas de sus sufrimientos, y darse cuenta que ellos no son los culpables de lo que les aconteció, sino que las causas que son exógenas. De este modo se abren alternativas para trabajar y superar los trastornos consecuencias del daño infligido por sus padres y otros adultos. Gracias a estas conversaciones las víctimas son los verdaderos sujetos de sus procesos de recuperación.

Otro ejemplo que nuestra práctica nos ha permitido constatar, es la importancia que tiene para los niños el comprender los factores y circunstancias que impidieron a sus madres y a sus padres aprender a cuidarles, protegerles y educarles. El integrar a su conciencia que sus progenitores le han hecho daño porque no tienen las competencias para ser madres o padres, les permite dar un sentido a lo ocurrido y a la vez facilita los procesos de duelo necesarios para reconstruir y aceptar un nuevo proyecto de vida, ya sea en un centro o en una familia de acogida.

3) Capacidad de trabajar en red para proporcionar apoyo a todos los implicados.

Si bien cada situación de malos tratos implica el fracaso de muchas personas, la superación del daño en los niños y niñas, así como el cambio de las dinámicas del mal trato y abuso, necesita del compromiso, la generosidad y la valentía de muchos más. Las prácticas de redes son el instrumento de elección para afrontar las múltiples tareas que implica tanto la protección, la reparación del daño en los niños, así como el desarrollo de programas para apoyar a los padres y sostener, cuando es posible, una mejoría de sus competencias.

4) Capacidad de elegir el espacio relacional más adecuado para intervenir.

La eficacia de las intervenciones terapéuticas, tienen que ver también con la elección adecuada del sujeto de la intervención. En las situaciones de malos tratos, el elegir el sistema social más idóneo para actuar es fundamental. En este sentido los profesionales tienen diferentes opciones:

a) Trabajar con la familia como sistema.

Al trabajar con la familia, estamos optando por mejorar el “cuerpo familiar” bajo la hipótesis que de este modo se van a mejorar a las personas, tanto en el sentido de reparar las heridas de las víctimas, como en el de rehabilitar las conductas de los responsables de los malos tratos. Esta opción nos parece válida, sólo cuando los padres tienen recursos y capacidades personales para aceptar su responsabilidad en el sufrimiento y daño que presentan sus hijos. En esta labor la familia colabora

activamente con los profesionales que le ofrece ayuda, presentando indicadores de cambio a medida que avanza en el proceso terapéutico. Los niños y niñas que se benefician con estas intervenciones terapéuticas familiares, son los hijos e hijas de padres o madres que presentan diferentes grados de incompetencias transitorias, en donde la acumulación de factores de estrés presentes en el entorno, juegan un papel fundamental.

b) Trabajar con las personas que componen la familia.

Existe la opción de ofrecer espacios diferenciados a cada miembro de la familia, pero considerando siempre la importancia de ésta como contexto. Este enfoque que denominamos “individual sistémico”, tiene como objetivo ofrecer un espacio personal a cada uno de los protagonistas de este drama, con el fin que cada uno de ellos, en su lugar, reciba los cuidados que necesita. La opción está destinada también a preservar y proteger a los niños y niñas, de la negación y las estrategias de manipulación de él o los padres responsables de sus malos tratos. Brinda también una posibilidad de proteger y lograr una alianza con la madre que, en ocasiones, es víctima de violencia y acoso por parte de su cónyuge. Este modelo de intervención es aplicable en los casos en que los padres presenten indicadores que hagan deducir la existencia de una incompetencia parental crónica, severa y probablemente irreversible, ya que en estos casos, los padres no tienen los recursos para colaborar realmente con los profesionales, debido a que no reconocen los malos tratos, ni menos su responsabilidad en el origen del daño y sufrimiento provocado a sus hijos. Estos casos generalmente se presentan en familias cuyos padres tienen, a su vez, una historia infantil de malos tratos y abusos, sin que hayan recibido la protección necesaria ni el reconocimiento de sus sufrimientos como víctimas.

Es por esta razón que nuestro modelo tiene como objetivo prioritario restituir un ambiente de buenos tratos para los niños, proporcionándoles los recursos necesarios para reparar el daño provocado por los malos tratos, de modo de ofrecerles también, nuevas experiencias de relaciones familiares, para que puedan integrar modelos más competentes y sanos de parentalidad o marentalidad.

El foco de la intervención no es conservar la familia en tanto institución, sino restablecer una dinámica de respeto y de protección de todas las personas y, fundamentalmente, de las más vulnerables. Lo único urgente es detener el abuso y proteger a las víctimas.

Cualquiera sea la opción a la hora de actuar, nunca se debe perder de vista que lo que organiza la intervención en el caso de los malos tratos infantiles, es la protección de los niños y niñas, incluyendo a la mujer cuando existe violencia conyugal. El cómo influir en las personas que maltratan, para que aprendan a convivir sin violencia ni abuso, es una etapa que sigue a la primera.

La finalidad fundamental de las y los profesionales, debe ser su compromiso ético y político con sus semejantes. **Ético**, porque su accionar está destinado a proteger los derechos de las personas y restablecer el respeto de la vida. **Político**, porque se reconoce que la violencia y los malos tratos son una manifestación de abuso de poder y, por lo tanto, la alianza social fundamental debe destinarse primero con la protección y la reparación del daño de las víctimas.

La erradicación de las prácticas maltratantes para restaurar dinámicas de buenos tratos es una forma de prevenir la repetición de los circuitos de violencia.

Un modelo de intervención en situaciones de malos tratos para asegurar el buen trato de las niñas y los niños.-

Nuestra experiencia clínica nos ha permitido ir descubriendo modos de intervención que consideramos operativos. Esto quiere decir, que hemos determinado, a través de nuestra propia investigación clínica y el estudio de la literatura, cuáles son, dentro de las múltiples posibilidades de intervenir, aquellas actuaciones que nos permiten asegurar respuestas coherentes a los problemas. En el marco de este libro, defendemos la idea que, para ofrecer un ambiente de buenos tratos a niños y niñas maltratados, hay tres niveles operativos fundamentales:

- La evaluación y la rehabilitación de las incompetencias parentales, responsables de los malos tratos.
- La evaluación y el tratamiento del daño de los niños víctimas de malos tratos.
- El cuidado y el auto-cuidado de los profesionales que trabajan en los programas de protección infantil.

1. La evaluación y la rehabilitación de las incompetencias parentales.

Cuando sostenemos la idea que, uno de los ejes de nuestras acciones para asegurar el buen trato infantil, es el de las competencias parentales, nos referimos a la necesidad de evaluar e intervenir las prácticas parentales incompetentes. En otras palabras, intervenir para ayudar a los padres a mejorar las prácticas sociales de su función, respetando siempre la importancia simbólica de la filiación biológica. En

función de los intereses, derechos y necesidades de los niños y de las niñas, lo que importa es saber si sus progenitores disponen de los recursos mínimos necesarios para asegurarles un crecimiento y un desarrollo sano.

El desafío de la intervención, es reconocer a la parentalidad biológica el lugar simbólico que tiene que tener, pero sin sacrificar a los niños en aras de ésta (Berger M., 1992). La intervención terapéutica en los casos de padres que producen malos tratos, consistirá en aportar a los niños complementos de parentalidad, si sus padres son incompetentes, mientras se les ayuda, a través de programas educativos y terapéuticos, a desarrollar esta competencia. En el caso que los procesos de evaluación entreguen información sobre el carácter irrecuperable de ésta, deben ser otros los adultos que ofrezcan a los niños una parentalidad social compatible con sus derechos y necesidades, ya sea a través de un acogimiento residencial o familiar, o de una adopción. El objetivo es ofrecer a los niños y niñas otras condiciones de vida en donde puedan recibir los cuidados, la protección y la educación que necesitan. Este modelo puede funcionar sólo si se regulan de una forma adecuada los contactos y visitas con sus padres biológicos.

Para poder aceptar este modelo, los profesionales deben asumir que las historias de vida y los factores contextuales, no permitieron que un grupo de padres y madres desarrollaran competencias para cuidar a sus hijos y que, algunos, apenas tienen recursos para cuidarse ellos mismos. Probablemente como consecuencia de que muchos de estos padres fueron, a su vez, víctimas de malos tratos severos en su infancia, sin que se les haya otorgado también una adecuada protección. En vez de ello, ingresaron a una institución en donde no tuvieron posibilidades de conocer una vida familiar y, por ende, no tuvieron experiencias sociales que les permitieran conocer modelos para aprender a ser futuros padres o madres competentes.

Afortunadamente esta situación ha ido evolucionando y en muchos programas se considera la necesidad que los niños y niñas protegidas tengan la posibilidad de tener contactos con experiencias familiares. Los programas de acogimiento familiar han mostrado su utilidad en este sentido, lo mismo la existencia de centros de acogida con una dimensión y un funcionamiento que permite una experiencia de vida más en familia. Asimismo existen Centros de acogida que desarrollan programas de apadrinamiento familiar o de familias de apoyo, en donde familias solidarias ofrecen a los niños o niñas residentes, la posibilidad de compartir experiencias o momentos como pasar fines de semana o periodos de vacaciones con ellos¹.

LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL DAÑO EN LOS NIÑOS Y NIÑAS PROVOCADO POR LOS MALOS TRATOS.

Como ya lo planteábamos, el carácter extremadamente mórbido de los malos tratos se explica no sólo por el contenido y la intensidad de éstos, sino porque, sobre todo, son el

¹ El avance de nuestras investigaciones nos ha permitido establecer un conjunto de criterios técnicos que han dado origen a la que hemos denominado “Guía de valoración de competencias parentales” (Barudy, J., & Dantagnan, M. 1999), cuyo objetivo es ayudar a los y las profesionales a fundamentar sus medidas e intervenciones terapéuticas, a partir de criterios clínicos. A través de esta guía, se puede recoger información para decidir cuál es la intervención más adecuada con los padres, ya sea para complementar, rehabilitar o sustituir la parentalidad social.

resultado de acciones provenientes de las personas más significativas para los niños. No se trata de adultos en general, sino que de los propios padres, es decir, son dañados por aquellas personas que tendrían que cuidarles, protegerles y educarles. Los malos tratos tienen consecuencias concretas para los niños, no siempre visibles e imaginables, pero siempre presentes.

De esta situación se deriva la complejidad del daño consecuencia de los malos tratos en los niños y las niñas, y justifica la necesidad de ofrecerles un apoyo educativo y psicoterapéutico singular y especializado que se inserte en la práctica de los buenos tratos.

Como profesionales de la salud, nuestra finalidad última es la co-construcción de modelos de relaciones interpersonales, familiares, profesionales y sociales que sean altruistas, de cuidados y de buen trato. Estas relaciones constituyen la base de moléculas sociales cuya cohesión se basa en la vinculación amorosa, en la reflexión permanente, en una ética del riesgo y en una práctica de la defensa de los derechos humanos y de respeto a la naturaleza.

El tratamiento especializado a que todo niño o niña tiene derecho, tiene una triple finalidad:

- Contribuir a la reparación del daño traumático (físico, psicológico y social) provocado por los diferentes malos tratos, así como a la reparación de sus consecuencias en el ámbito de sus procesos de aprendizaje y de desarrollo.
- Prevenir y contrarrestar el daño iatrogénico de las intervenciones de protecciones tardías o inadecuadas, tanto en el ámbito administrativo como judicial.
- Facilitar y potenciar las capacidades de resiliencia de los niños.

I. La reparación del daño en los niños y las niñas

Los diferentes tipos de malos tratos que los niños sufren, no son ni accidentes ni hechos aislados en su vida sino que, al contrario, constituyen un cúmulo de sufrimientos que van a determinar en gran parte su personalidad, su forma de ser y de relacionarse con los demás. Por esa razón, consideramos a los niños y niñas maltratados víctimas de ‘procesos’ traumáticos, más que de ‘eventos’ traumáticos.

Debido a lo anterior, es importante recordar que muchos niños y niñas viven años en constante situación de malos tratos antes que sean detectados y que se les brinde protección. Precisamente en los casos en que no reciben una ayuda precoz y eficaz, algunos niños son capaces de desarrollar mecanismos de adaptación para sobrevivir en estos contextos adversos.

Muchas veces estos mecanismos se expresan a través de síntomas que un observador podría calificar de trastornos del comportamiento, pero que en realidad son una manifestación del daño provocado y las conductas que les han permitido sobrevivir. Si no se les aporta el apoyo y la ayuda terapéutica necesaria, pueden perder toda capacidad de vivir y convivir en forma sana y constructiva en el futuro.

Los mecanismos que estos niños pueden desarrollar para protegerse del sufrimiento pueden traducirse en conductas agresivas o autolesivas, comportamientos

disruptivos, trastornos disociativos, dificultades de aprendizaje, precocidad o promiscuidad sexual, entre otros. Sin protección ni terapia reparadora, existe el gran riesgo de que cuando sean mayores, puedan ser destructivos consigo mismos, maltraten a sus parejas o a sus hijos.

El daño producido por los malos tratos no sólo produce importantes trastornos del apego y diferentes traumatismos, sino también trastornos y retrasos importantes del desarrollo de los niños.

Los hijos, por su dependencia bio-psicosocial a sus padres y a los adultos en general, creen que los malos tratos son legítimos, puesto que los adultos no sólo los provocan sino que los justifican con buenas “razones”. Así, los golpes y las palizas son presentados como un medio necesario para asegurarles una “buena educación” o que se lo merecen “porque se portan mal”. En casos de abusos sexuales, éstos son presentados como “formas de cariños necesarios para iniciar a las niñas a la sexualidad”. En casos más perversos, hay adultos abusadores que acusan a sus víctimas de haberlos provocado.

El adulto que quiere ayudar realmente a un niño que ha sido víctima de malos tratos, tiene que perseverar en la relación con éste, de modo que logre un vínculo de confianza en que el niño sienta realmente que se interesan en él como una persona singular, y que a pesar de sus problemas y comportamientos, se les quiere y tiene confianza en sus recursos y capacidades.

Hay que tener presente que para ayudar a los niños se requiere por parte del adulto, de un esfuerzo para adaptarse a los modos de comunicación infantiles. No se puede esperar ni pedir a los niños que hablen de sus experiencias, de sus vivencias, emociones o sentimientos como lo harían los adultos. Los mecanismos que se ponen en juego para enfrentar el sufrimiento y el dolor, así como la dinámica relacional inducida por los adultos, conducen a que los niños no puedan, o no quieran, hablar de sus experiencias. Como ya lo hemos señalado, los adultos maltratan en un marco de comunicación que impide a los niños y niñas reconocerse como víctimas, utilizando las mentiras, las amenazas de abandono, la imposición de secretos, la negación y el chantaje afectivo.

A partir de lo señalado, es indispensable y urgente incorporar en los programas de protección, programas terapéuticos y educativos especializados para contribuir a la reparación del daño y del sufrimiento traumático de los niños y niñas. Además, al incorporar estos programas, se puede prevenir una serie de problemas que los niños pueden presentar en la adolescencia y que provocan alarma social. Nos referimos, por ejemplo, a los comportamientos violentos, a la deserción escolar, al uso de drogas, a los comportamientos delictivos o las agresiones sexuales juveniles. Por otro lado, nuestra experiencia y la investigación clínica muestra la relación evidente que existe entre las experiencias de malos tratos y la incapacidad que presentan las víctimas, una vez adultos, de ejercer, de una forma suficientemente adecuada, las funciones conyugales y parentales. Por tanto, cuando los niños o niñas no son ayudados a la reparación del daño provocado por sus propios padres, existe un riesgo considerable de que estos niños no desarrollen las competencias parentales mínimas suficientes para asumir los cuidados y la protección de los que serán sus hijos.

Nuestro modelo de terapia reparativa para niños y adolescentes víctimas de malos tratos.

La terapia especializada para niños y niñas víctimas de malos tratos es relativamente nueva. Sólo en los últimos veinticinco años, se han venido desarrollando diversas metodologías específicas para ofrecer, a los niños y niñas que han sufrido politraumatismos a causa de los malos tratos en cualquiera de sus formas, tratamientos acordes a sus necesidades y características.

Las investigaciones clínicas y las experiencias de terapeutas pioneros, así como los resultados de nuestra investigación-acción en este campo, nos han conducido a sostener la idea que todos los niños y niñas maltratadas tienen derecho a un tratamiento reparador del daño infligido por sus padres o cuidadores. Este tratamiento debe ser adaptado a la singularidad de cada niño o niña, al mismo tiempo que debe ser especializado e integral, es decir, que considere todos los niveles de daño provocado por los diferentes niveles de victimización infantil.

Denominamos a nuestro modelo como: **“Terapia individual sistémica de los daños traumáticos, basada en los recursos resilientes de niños y niñas víctimas de malos tratos”**.

En nuestro modelo el tratamiento del sufrimiento y los daños de niños y niñas víctimas de malos tratos incluye varios niveles:

- Un tratamiento psicoterapéutico destinado a la reparación de los trastornos del apego, al tratamiento y la elaboración de los traumatismos infantiles múltiples, así como a los déficits y retrasos del desarrollo.
- Un tratamiento psico-farmacológico destinado a aliviar y curar los contenidos ansiosos y depresivos de los trastornos de estrés post-traumáticos agudos y de evolución crónica.
- Un acompañamiento psico-socio-educativo destinado a ayudar a los niños y niñas, a desaprender los elementos interiorizados de las culturas, que sostienen la legitimidad de los malos tratos y de los abusos. Esto, facilitando el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento, a través del desarrollo de un control emocional adecuado, de una mayor confianza en sí mismos y en los otros, y de un mejor manejo de la agresividad y de la pulsión sexual.

Paralelamente, se les enseña a desarrollar destrezas sociales que les permitan establecer relaciones interpersonales constructivas y, por lo tanto, no violentas.

Este acompañamiento implica también, facilitar conversaciones para que los niños comprendan el contenido y las causas de las dificultades de sus madres y padres, para asegurar una función parental adecuada. Hay que considerar que, a veces, se debe abordar y apoyar la idea de la desvinculación afectiva del niño o niña, de uno o de los dos padres biológicos, para que puedan hacer un proceso adecuado de apego con otros cuidadores que les puedan asegurar su integridad.

- Un programa de apoyo escolar, a través de trabajos de estimulación y rehabilitación, para contribuir a recuperar los trastornos del aprendizaje. Por ejemplo, haciendo tomar conciencia a los maestros y otros profesionales, sobre la necesidad de ofrecer una atención escolar personalizada y adecuada a las necesidades y al nivel de desarrollo evolutivo en que se encuentra el niño o la niña.

- Un conjunto de acciones destinadas a favorecer el desarrollo de la resiliencia infantil. Por ejemplo, promoviendo la participación de estos niños en actividades y grupos de la comunidad.

En lo que se refiere a los recursos profesionales, el apoyo terapéutico debe ser ofrecido por profesionales de la psicología o de la psiquiatría infantil que, en el ámbito personal, tengan por lo menos, una predisposición a realizar ellos mismos un trabajo terapéutico personal y así como a aceptar la necesidad de un acompañamiento de su trabajo. La formación especializada y continua en modelos terapéuticos para reparar el daño de la victimización infantil, es evidentemente indispensable. Conscientes de la carencia de Centros de Formación a este respecto, hemos formado a los terapeutas de nuestro programa, donde contamos ya con dos psicólogos con la formación necesaria, así como el proyecto de ofrecer un Programa de Formación para otros profesionales².

II. El acompañamiento terapéutico para contrarrestar los efectos iatrogénicos de las intervenciones de protección.

Cualquier intervención destinada a ayudar a un niño o niña víctima de la violencia por parte de los adultos, en su familia, puede provocarle dolor. Ello es casi inevitable en la medida que se está interviniendo una parte importante de su mundo, de “su cuerpo familiar”. Las acciones de protección pueden compararse metafóricamente, a las intervenciones quirúrgicas que un niño o una niña pueden sufrir a causa de una enfermedad o de un accidente. No porque las operaciones sean dolorosas son necesariamente traumáticas, si lo llegan a ser, es porque algún factor iatrogénico, como la falta de un acompañamiento psico-social adecuado, complica la elaboración del sufrimiento provocado por la intervención.

Desgraciadamente, como ya lo exponíamos en otro capítulo, son muchos los efectos dañinos que los niños y las niñas pueden sufrir por intervenciones de protección infantil intempestivas e incoherentes, haciendo que el sufrimiento por las mismas, se transforme en un traumatismo. En el caso de los malos tratos intra-familiares, las víctimas infantiles no están en condiciones de darse cuenta de las incoherencias de estas acciones, porque son presentadas como ayudas, corriéndose el riesgo que sean nuevamente inundados por una vivencia traumática que se suma a lo vivido en la familia. Por lo tanto, uno de los objetivos de los programas terapéuticos, es el de ayudar a los niños a ser protagonistas participativos y reflexivos de las intervenciones, para que puedan siempre tener la posibilidad de transformar las vivencias traumáticas en experiencias elaborables. Para lograrlo, hay que ayudarles a tomar conciencia, no sólo de las dinámicas abusivas intra-familiares que les han dañado, sino también de las incoherencias de los sistemas de protección y judiciales que tienen la responsabilidad de ayudarles.

En relación con los efectos iatrogénicos de las intervenciones de los profesionales, nos detendremos en el análisis de tres situaciones: a) la detección tardía, b) la prolongación innecesaria de los procesos de validación y, c) la falta de preparación de los niños en la aplicación de las medidas de internamiento.

² Formación que brinda el *Instituto de Formación e Investigación-Acción sobre la violencia intrafamiliar y sus consecuencias*, desarrollada en Barcelona desde el año 2000, a cargo de los autores de esta publicación

A propósito de la detección tardía, es evidente que las políticas de protección infantil han mejorado la sensibilidad del mundo adulto sobre la existencia de los niños víctimas de malos tratos, produciendo que este fenómeno dramático se transforme en un problema social visible y, por ende, con posibilidad de poder ser transformado. Esta sensibilización ha permitido, sin duda alguna, una detección mayor y más precoz de los malos tratos, pero son los recursos para la validación o diagnóstico de éstos los que no son suficientes ni adecuados.

Tampoco lo son los recursos terapéuticos destinados a las víctimas y a sus padres. Estas carencias están produciendo nuevas formas de sufrimiento, no sólo para los niños y los miembros de sus familias, sino también para muchos profesionales que trabajan en los diferentes niveles de la protección. Es importante reconocer que una parte de las dificultades de la validación o diagnóstico del maltrato infantil es consecuencia de las características singulares de las dinámicas familiares y sociales en que éste se produce. Pero, a esto se suma el hecho de que a menudo, los profesionales no cuentan con la formación adecuada, ni tampoco con la posibilidad de una supervisión continuada, ni mucho menos, con un acompañamiento que les permita evaluar el impacto de sus intervenciones. De este modo, son numerosas las situaciones en que los diagnósticos son vagos o insuficientes. El diagnóstico requiere de competencias profesionales, porque la mayoría de los casos de malos tratos no pueden objetivarse a través de signos exteriores, y los niños y las niñas, por el tipo de relación impuesta por sus padres, no están en condiciones de revelar lo que les ocurre realmente en el seno familiar. Además, con frecuencia los demás miembros de la familia prefieren guardar silencio o negar la existencia de la violencia.

En este contexto de dificultades, los profesionales no sólo deben contar en el ejercicio de sus funciones, con la formación que mejore sus competencias, sino que además, deben ser nutridos continuamente de los resultados de las investigaciones. Sus diagnósticos deben, no solamente permitir la toma de una decisión en lo que se refiere a la medida de protección más adecuada, sino también la propuesta de un proyecto terapéutico. Este proyecto debe incluir acciones destinadas tanto a reparar el daño en las víctimas, como a la recuperación o el desarrollo de las competencias parentales o parentales. Las carencias actuales a este respecto, traen como consecuencia numerosos casos de niños que permanecen largo tiempo en una situación de desatención, mientras los profesionales buscan estar seguros de sus diagnósticos. No olvidemos que la “noción de tiempo” para un niño, no es la misma que para un adulto. Un niño en un contexto de malos tratos y de negligencia, puede dañarse en forma irreversible en muy poco tiempo.

Por otra parte, resulta imprescindible que cuando se tome como medida de protección la separación de la niña o del niño de su familia, se les acompañe en el momento de su ingreso a un centro o de una familia de acogida, ofreciéndoles un espacio de conversación para ayudarles a dar un sentido constructivo a dicha medida.

Asimismo, nos interesa insistir en que los niños tienen el derecho de saber que cuando una medida de protección llega demasiado tarde, o cuando ella es inadecuada, la causa se debe a que existe una disfunción del sistema social. El reconocimiento de la injusticia, es uno de los factores de resiliencia más importantes para cualquier persona, pero especialmente para los niños y niñas.

Hay que prevenir que un niño o una niña ingrese a un centro o familia de acogida, con la vivencia y la representación de que él o ella, es culpable de los problemas en su familia o, lo que es más grave, asumiendo la culpa del sufrimiento de sus padres. Cuando esto ocurre, se ven reforzados los mecanismos de culpabilización utilizados por los padres, así como los procesos de estigmatización

social que el niño o la niña pueden estar viviendo. Este puede ser el caso, por ejemplo, de los trastornos conductuales de un niño o niña en la escuela, donde las consecuencias de los malos tratos, pueden convertirlos rápidamente en perturbador de la clase.

III Facilitar y potenciar las capacidades de resiliencia de los niños.

Esto a través de procesos educativos y terapéuticos de reparación basados en el apoyo a las capacidades de resiliencia en los niños. Si bien el concepto de resiliencia es un término relativamente nuevo, desde el comienzo de nuestro trabajo con víctimas de violencia dicho concepto estaba implícito. Esto, en la medida que siempre hemos centrado nuestras intervenciones terapéuticas, en el apoyo de los recursos naturales o competencias que tienen las personas para hacer frente a los problemas, conflictos o dificultades que enfrentan en su vida. (Barudy J., 1971, 1972, 1978). Como se explicaba anteriormente, la noción de resiliencia hace referencia a la capacidad o recursos de un niño o una niña para desarrollarse normalmente, a pesar de las condiciones difíciles en que ha vivido. Esta capacidad, lejos de ser una característica meramente individual, es resultado sobre todo, de los procesos relacionales en que el niño o la niña están inmersos, desde su concepción, durante su vida intrauterina, en el nacimiento y posteriormente en su desarrollo, como niño y luego como adolescente.

El concepto de resiliencia permite comprender teóricamente los pilares de nuestro modelo terapéutico educativo con el que intentamos ayudar a niños y niñas víctimas de malos tratos (Vanistendael, S & LeComte, J. 2000; Manciaux, M. Vanistendael, S. Cyrulnick, B. 2003; Rutter, 1993; Cyrulnick, 2003; Bowlby, 1972).

Entre los factores que se han podido identificar como contribuyentes al desarrollo de la resiliencia infantil se encuentran:

1) **El apego seguro**, es decir, una vinculación sana entre los niños y sus figuras de apego. Esta experiencia es el fundamento de una seguridad de base, que permite al niño poder hacer frente a los desafíos de adaptación a los diferentes cambios que implica el crecer. Aunque la experiencia de apego haya sido deficiente en la familia, es posible, hasta cierto punto, repararla ofreciendo una relación de calidad y de este modo, contribuir al desarrollo de capacidades resilientes. Por esta razón, uno de los ejes de nuestro modelo es la calidad de la relación terapéutica.

2) **La toma de conciencia de la realidad individual, familiar y social**. Mientras más precozmente el niño o la niña son ayudados a comprender su condición de víctima de malos tratos, más posibilidades tendrán de buscar creativamente alternativas constructivas para hacer frente al daño y optar por formas diferentes de relación en el futuro. De nuestras experiencias podemos afirmar que son numerosos los niños y niñas maltratados que se dieron cuenta precozmente de su condición y, que a partir de esa experiencia, pudieron hacer una opción de futuro como la siguiente: “cuando sea grande, no haré nunca a mis hijos lo que mis padres me han hecho a mí”. El darse cuenta de una situación injusta, se ve casi siempre favorecida por la vinculación afectiva con personas significativas que ayudan al niño o a la niña a tomar conciencia de su situación. Estas personas son, al mismo tiempo, fuentes de diferentes formas de apoyo social.

El acompañamiento terapéutico tiene también como objetivo facilitar la emergencia de una narrativa que permita al niño y a la niña apropiarse de la verdad de su historia, por muy dolorosa que ésta sea.

“ El horror de lo real siempre tiene un punto de esperanza. El horror de lo imaginario es total”.

B. Cyrulnick

3) **El apoyo social.** El sentimiento de sentirse apoyado, comprendido y ayudado por otras personas, tanto por parte de los adultos como por parte de sus pares, es otro de los ingredientes de la resiliencia. Esta realidad explica nuestra insistencia en que los terapeutas que trabajan con niños y adolescentes, promuevan y trabajen con la red social y profesional en que está inserto el niño o la niña. Como terapeutas, deberíamos facilitar dinámicas de red con los profesionales que se ocupan de ayudar a estos niños (educadores, padres de acogida, equipos técnicos de centros o programas de acogimiento familiar, equipos de atención a la infancia, profesores, etc.) El trabajo en red, otro eje de nuestro programa terapéutico, debe ser la metodología de elección en lo que se refiere a la coordinación de los recursos terapéuticos ofrecidos a estos niños, para evitar así que ellos sean rehenes de diferencias de modelos y de poder entre los profesionales que se ocupan de ellos.

Otra de las formas concretas de apoyo social a los niños y adolescentes que han sufrido malos tratos es, por ejemplo, organizar actividades terapéuticas de grupo, como complemento del trabajo individual. Es en el grupo donde los niños pueden participar de una dinámica social que les permite recibir y también dar apoyo a sus pares que han estado viviendo dificultades semejantes. Además, las dinámicas de grupo son una posibilidad de nuevos aprendizajes para comunicar, actuar y reflexionar con relación a lo pasado para “descontaminarse” de lo aprendido en los procesos abusivos y maltratadores.

Las terapias grupales en nuestro programa:

Lo señalado anteriormente explica la importancia que tiene en nuestro programa, la realización de talleres terapéuticos grupales.

Las terapias grupales tienen tres objetivos fundamentales:

- Ser fuente de apoyo social.
- Permitir expresar y elaborar las experiencias traumáticas, para así aprender nuevas formas de relación, sin victimizar a nadie, ni victimizarse.
- Aprender nuevas habilidades sociales para reconocerse, expresar emociones, manejar sentimientos, verbalizar sus experiencias, desarrollar capacidades empáticas, aprender a respetar y respetarse, así como acceder a una percepción y a una manera sana de modular la agresividad y la sexualidad.

El carácter terapéutico del trabajo educativo

Una de las consecuencias más graves de los maltratos intrafamiliares e institucionales en los niños y niñas, es el daño de sus capacidades para apegarse sanamente a los adultos y relacionarse sanamente consigo mismos y con los demás. Por ello, uno de los desafíos principales para los educadores es ofrecer a los niños y niñas experiencias relacionales alternativas basadas en una vinculación afectiva de

respeto incondicional, de autenticidad y de empatía para facilitar la emergencia de experiencias de apego seguro para el niño o adolescente. En otras palabras, la relación terapéutica debería contar siempre con los siguientes ingredientes:

- **Amor:** apego seguro es sinónimo de amor, es decir, la habilidad de sentir un cuidado especial y genuino así como un compromiso real con otro ser humano. Los niños con trastornos de apego son generalmente incapaces de experimentar y demostrar amor hacia ellos mismos y hacia otros, debido al vacío de una relación temprana de apego necesaria para crear ese sentimiento.

Nuestro modelo educativo-terapéutico provee un contexto relacional, basado en el cariño y el compromiso por el niño. Una relación humana basada en el amor, el respeto, el interés por el otro, puede convertirse para un niño víctima de malos tratos, en un factor resiliente fundamental para su vida. Sólo cuando un niño o niña se da cuenta que es verdaderamente importante para alguien, puede mostrar signos de resiliencia y optar por una vida más sana y constructiva.

- **Estructura.** El educador como el o la terapeuta, debe proveer una relación por sobre todo cálida y nutriente, pero al mismo tiempo estructurante.

Una estructura estable debe ser consistente y predecible, de modo tal que permita al niño o niña sentirse tranquilo, seguro, protegido y confiado. Ofrecer un ambiente con estas características ayuda a contrarrestar el mundo desorganizado, impredecible y violento que el niño o adolescente ha vivido crónicamente a lo largo de su infancia.

Esta relación estructurada, también debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de desarrollo del niño o de la niña.

Es fundamental ser firmes y consistentes cuando el niño o la niña, con sus comportamientos o actitudes, puedan provocar la tendencia al rechazo o a ser furiosos o abusivos con ellos. El mensaje es: *“Yo te ayudaré a sentirse seguro y protegido. Recibirás de mí respeto y aceptación fundamental, pero también te haré saber que no permitiré que controles nuestra relación, ni el espacio terapéutico o educativo de modo destructivo”; “me puedo enfadar contigo, pero no por ello te haré daño o te abandonaré”*. (Dantagnan M.2003).

- **Sensibilidad.** Los educadores deben ser sensitivos a las necesidades del niño o niña, a sus sentimientos y a su modo de relacionarse dentro y fuera del espacio terapéutico. Por ejemplo, es fundamental que, a partir de la sensibilidad por el sufrimiento infantil, se comprenda que la hostilidad de los niños o adolescentes, así como sus modos para controlar la relación, son una estrategia defensiva para protegerse de sus sentimientos reales y de su dolor y que, en el fondo, son síntomas de una vulnerabilidad extrema, de un miedo profundo a no ser amados, a ser rechazados o abandonados nuevamente o a sufrir daño físico o psicológico.

- **Empatía.** El profesional debe mantenerse proactivo, empático, cálido y cuidador. Estas actitudes le protegerán de reaccionar negativamente, con hostilidad, distancia o indiferencia frente a las provocaciones de los niños. El mensaje educativo y terapéutico a transmitir a través del discurso, los gestos y las conductas es el siguiente: *“Es muy injusto y muy triste todo lo que has vivido y siento mucho que hayas sido tratado de ese modo; comprendo lo que sientes y me pudo imaginar cuánto dolor hay dentro de ti”*.

- **Apoyo.** El o la educadora-terapeuta también provee a los niños y adolescentes de un sostén, es decir, de una especie de bastón psicológico en donde apoyarse mientras las heridas se reparan. Las respuestas de apoyo deben ser adaptadas a las necesidades y capacidades del niño o niña en particular. Por ejemplo, durante la fase inicial del tratamiento, los educadores-terapeutas deben implicarse y

participar más activamente en la relación, ofreciendo o proponiendo un abanico de herramientas y diversas técnicas activas para que el niño o la niña puedan comunicarse y expresarse.

El cuidado y el autocuidado de los profesionales que trabajan en los programas de protección infantil.

Los Programas de Protección Infantil dependen, en gran medida, del compromiso de los profesionales. Este compromiso está sujeto de algún modo, a la capacidad de las instituciones en que trabajan de desarrollar programas que les ofrezcan los cuidados necesarios a fin de protegerlos del "síndrome de queme" o de agotamiento profesional. La prevención de este 'queme profesional' de ser la finalidad fundamental de cualquier programa de apoyo a la infancia.

El compromiso del profesional con los niños, debe ser comprendido como una implicación emocional en el sentido de la "emocionalidad del amor" (Maturana H. 1990), lo cual quiere decir que la fuente de este compromiso, es la vinculación afectiva y solidaria que éste ofrece a los niños y niñas que se benefician de su ayuda.

Para lograr este compromiso, es fundamental que los profesionales sean bien tratados en sus respectivos centros de trabajo, que sus necesidades y dificultades sean reconocidas y que sus logros sean celebrados.

Las dificultades que los profesionales resienten, así como sus sentimientos de vulnerabilidad, no solo tienen que ver con el contenido de su trabajo, sino también con las innumerables paradojas y los conflictos éticos que resultan de mandatos a menudo contradictorios.

En muchas instituciones, los directivos no están aun suficientemente conscientes que el 'queme de un profesional o de un equipo', implica una pérdida inaceptable de recursos humanos. Esta pérdida no solo se restringe al aspecto económico -por el alto costo que implica perder un profesional formado y con experiencias, sino que principalmente implica la pérdida de una persona significativa para muchos niños que necesitan, para reparar el daño de sus malos tratos, no sólo cuidados y protección, sino que, sobre todo, de una continuidad en sus vínculos afectivos con las personas que le son significativas.

En este sentido, toda institución incapaz de cuidar a sus profesionales y de promover programas de autocuidado, puede provocar un doble daño. A los profesionales y a los niños que reciben sus cuidados.

Resulta útil destacar que la noción de 'autocuidado' debe ser considerada en una doble perspectiva: la primera, se refiere a la necesidad de que las instituciones cuiden la salud de sus profesionales. La segunda, a la capacidad de los profesionales de 'autocuidarse'.

En esta última perspectiva, la noción de auto-cuidado corresponde al concepto de "justicia relacional" que Boszormenyi -Nagy (1980), aplicó a los procesos familiares. Con este concepto el autor se refiere al hecho que, en una familia cada miembro aporta cuidados y protección a los otros miembros de acuerdo a sus posibilidades y habilidades, para recibir a cambio, cuidados y protección de parte de estos. Este mismo proceso puede extenderse a otros dominios, como los equipos de trabajo, en donde cada miembro puede ser una fuente de apoyo para su equipo, y recibir de parte de este un apoyo recíproco y equivalente.

BIBLIOGRAFÍA

- BARUDY J., “El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica”. Editorial Paidós, Barcelona, 1998.
- BARUDY, J. & DANTAGNAN, M. “ Guía de valoración de competencias parentales” Ed. IFIVF , Barcelona . 1999.
- BARUDY, J., “ Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y reparación” Ed. Galdoc. Santiago de Chile. 2000.
- BERGER, M. L’ echec de la protection de l’enfance. Ed. Dunod. París. 2003.
- BOWLBY, J. Cuidado maternal y amor. Ed. Fondo Cultura Económica, México. 1972
- CYRULNICK, B. El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma. Ed. Gedisa. Barcelona. 2003.
- CYRULNICK, B., “Los patito feos. La resiliencia; una infancia infeliz no determina la vida. Ed. Gedisa . Barcelona .2001
- DANTAGNAN, M., CUETO, J., & BARRERA, E. El auto concepto en niños de 5 y 6 años en desventaja socioeconómica. Universidad del Norte, Barranquilla. 1993.
- .MANCIAUX M., VANISTENDAEL S., LECOMTE J., CYRULNICK B., “La resiliencia: estado de la cuestión”. En: “La resiliencia resistir y rechazarse” Ed. Gedisa. Barcelona. 2003.
- VANISTENDAEL, S., & LECOMTE, J., La felicidad es posible: despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Ed. Gedisa, Barcelona. 2000