

Lugares seguros, niños sanos

**Incorporación de prácticas informadas
sobre el trauma en entornos de cuidado
alternativo**

**GUÍA
PRÁCTICA**



**Lugares
Seguros,
Niños
Sanos**

IMPRESSUM

©Aldeas Infantiles SOS Internacional y CELCIS, Centro de excelencia para el cuidado y la protección de los niños, Universidad de Strathclyde, 2021

Publicado en Austria por Aldeas Infantiles SOS Internacional

Primera edición publicada en abril de 2021

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida, en cualquier forma ni ningún medio, sin el permiso previo por escrito de Aldeas Infantiles SOS Internacional y CELCIS, según lo expresamente permitido por la ley, o bajo los términos acordados con la organización de derechos de reprografía correspondiente. Las consultas en primera instancia relativas a la reproducción fuera del alcance de lo anterior deben enviarse a Aldeas Infantiles SOS Internacional a la dirección que figura a continuación.

Aldeas Infantiles SOS Internacional

Hermann-Gmeiner-Str.51

A-6020 Innsbruck

Austria

Correo electrónico: train4childrights@sos-kd.org

Citas

Las citas de adultos jóvenes con experiencia en el cuidado, profesionales y cuidadores incluidas en la guía práctica provienen de respuestas a cuestionarios realizados durante el ejercicio realizado en los seis países socios que participan en el proyecto Lugares seguros, niños sanos: incorporación de prácticas informadas sobre el trauma en entornos de cuidado alternativo (2020-2022).

Diseño y maquetación

Bestias Design

Ilustraciones

Stipe Kalajžić

Autores

Centro de excelencia para el cuidado y la protección de los niños (CELCIS)



Esta publicación se ha elaborado con la ayuda de la Unión Europea. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Aldeas Infantiles SOS Internacional y de ninguna manera puede considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

RECONOCIMIENTOS

Aldeas Infantiles SOS Internacional y CELCIS desean agradecer a todos los que han participado en este proyecto.

EQUIPO DEL PROYECTO A NIVEL DE SOCIOS

CELCIS: Linda Davidson, Marian Flynn, Miriana Girdi, Sarah Hume-Anthony, Ian Milligan, Leanne McIver, Susan Reid, Irene Stevens.

Aldeas Infantiles SOS Internacional: Teresa Ngigi, Artūrs Pokšāns, Francine Stansfield, Lubos Tibensky, Florence Treyvaud-Nemtzov, Elisabeth Ullmann-Gheri.

Aldeas Infantiles SOS Bélgica: Annelien Coppieters, Adeline Puerta, Kristien Schoenmaeckers.

Aldeas Infantiles SOS Bulgaria: Denitsa Avramova, Marin Zarkov.

Aldeas Infantiles SOS Croacia: Ljiljana Ban, Krešimir Makvić, Kruno Topolski.

Aldeas Infantiles SOS Grecia: Kostas Papadimitropoulos, Patricia Schoenweitz.

Aldeas Infantiles SOS Hungría: Edit Koles, Orsolya Szendrey.

Aldeas Infantiles SOS Serbia: Jelena Tanasijević, Nikola Tanasković.

Aldeas Infantiles SOS Internacional desea expresar un agradecimiento especial a la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea, por su apoyo financiero y su asistencia continua en los logros del proyecto.

La versión en español de este documento fue producida por el Global Programme Expert Group on MHPSS

PREÁMBULO

Esta guía práctica ha sido desarrollada con el objetivo de contribuir al conocimiento y habilidades de aquellos que cuidan y trabajan con niños que viven en cuidados alternativos y que se han visto afectados por un trauma. Reconoce que, aunque los niños que acuden a cuidados alternativos tienen más probabilidades de haber sufrido traumas, las formas en que les afecta no siempre se comprenden bien.

Reconocer que hay muchos factores que influyen en la recuperación del trauma, la crianza y las relaciones estables con los adultos son un componente vital para ayudar a los niños y jóvenes a superar los efectos del trauma. Las entrevistas entre pares realizadas durante proyectos anteriores cofinanciados por la UE dirigidos por Aldeas Infantiles SOS Internacional han demostrado que los jóvenes con experiencia en cuidados quieren sentirse atendidos, al tiempo que reconocen la necesidad de límites profesionales. Si bien el trauma más devastador ocurre dentro de las relaciones, las relaciones saludables son la clave para la curación. Esta guía práctica explorará por qué este es el caso y dará algunos consejos útiles sobre cómo trabajar con el trauma.

Esta guía práctica surge de un proyecto colaborativo financiado por la Comisión Europea, *Safe Places, Lugares seguros, niños sanos – Incorporación de prácticas informadas sobre el trauma en entornos de cuidado alternativo*, que busca mejorar la comprensión y la práctica de quienes cuidan y trabajan con niños que viven en cuidado alternativo sobre el tema del trauma y, en particular, su impacto psicosocial. El proyecto es una asociación entre Aldeas Infantiles SOS Internacional, el Centro de excelencia para el cuidado y protección de los niños (CELCIS) con sede en la Universidad de Strathclyde en Escocia y las asociaciones nacionales de Aldeas Infantiles SOS en Bélgica, Bulgaria, Croacia, Grecia, Hungría y Serbia.

Este proyecto se compone de varios componentes interrelacionados. Incluyen:

- Un ejercicio realizado con jóvenes con experiencia en cuidados y aquellos que los cuidan y trabajan con ellos. Esto se hizo a través de cuestionarios y una revisión documental.
- Un programa de sensibilización mediante e-learning.
- Una serie de elementos de formación, incluido un programa de formación de formadores, así como materiales de formación para quienes cuidan y trabajan con niños en los seis países socios del proyecto.
- Un plan de desarrollo organizacional que tiene como objetivo guiar la incorporación de la práctica informada sobre el trauma en organizaciones y sistemas. Por lo tanto, se recomienda que esta guía práctica no se utilice de forma aislada para estos otros componentes.

NOTA: Las palabras y frases en verde con un subrayado ondulado se pueden encontrar en el glosario al final de esta guía práctica.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	Introducción a la guía práctica	8
CAPÍTULO 2	Principios básicos de la guía práctica	14
CAPÍTULO 3	Poner el trauma en contexto	20
3.1	Factores que influyen en nuestra comprensión del trauma	20
3.2	Modelo ecológico de Bronfenbrenner	21
3.3	Reconocimiento de los traumas basados en la comunidad	23
3.4	Cómo aparece el trauma en entornos de bienestar infantil	26
CAPÍTULO 4	Comprender la respuesta al trauma humano	30
4.1	Formas de categorizar el trauma	30
4.2	Algunas definiciones del trauma	31
4.3	Por qué y cómo responde el cuerpo humano al trauma	33
4.4	La teoría de la vulnerabilidad latente	38
4.5	Factores que afectan a las respuestas de las personas al trauma	39
4.6	Ventana de tolerancia: una forma de entender las respuestas al trauma	40
CAPÍTULO 5	Trauma complejo: su significado e impacto en el desarrollo de los niños	48
5.1	Componentes críticos del desarrollo psicosocial de los niños	48
5.2	Autismo y mentalización	52
5.3	Cómo el impacto psicosocial del trauma puede afectar el desarrollo de los niños	53
5.4	Cómo puede manifestarse el trauma en los niños	57
5.5	Mostrar compasión por los padres	61
CAPÍTULO 6	Lo que nos dijeron los jóvenes y quienes los cuidan y trabajan con ellos	66
6.1	El esquema del ejercicio y algunas advertencias	66
6.2	Lo que nos dijeron los jóvenes les ayudó	67
6.3	Lo que nos dijeron quienes cuidan y trabajan con niños	70
CAPÍTULO 7	Práctica informada sobre el trauma en el cuidado diario	76
7.1	Componentes de la práctica informada sobre el trauma	76
7.2	Poner la teoría en práctica	77
CAPÍTULO 8	Cuidado de los cuidadores: mantener las buenas prácticas en cuidados alternativos	96
8.1	El impacto del trauma en quienes cuidan y trabajan con niños	96
8.2	Problemas particulares para quienes prestan atención directa	97
8.3	Problemas particulares para aquellos con responsabilidades de cuidado indirectas	98
8.4	Desarrollo de respuestas organizacionales informadas sobre el trauma	99
ANEXOS		
1.	Glosario de términos adicionales no explicados en el texto	104
2.	Páginas web de ayuda recomendadas	111
3.	Ideas/ herramientas para suscitar la conexión y la regulación	112
4.	Lecturas recomendadas adicionales	117



CAPÍTULO 1



Introducción



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

«En mi formación nunca me dijeron cómo impacta el trauma infantil en el desarrollo del niño y la vida adulta».

(Cita de un profesional, ejercicio, 2020)

«Un niño traumatizado es muy vulnerable. Hay que entenderlo».

(Cita de un profesional, ejercicio, 2020)

El propósito de esta guía práctica es mejorar la comprensión y la práctica en relación con el trabajo con el trauma experimentado por los niños que viven en **entornos de cuidado alternativo**. Se centra principalmente en aquellos que cuidan o trabajan con niños directamente, pero también se refiere a la gama más amplia de profesionales, por ejemplo, gerentes, jefes de presupuestos, formuladores de políticas, etc., cuyos puestos dan forma a y rigen cómo los niños experimentan el cuidado en su vida diaria.

Un proyecto anterior cofinanciado por la UE y dirigido por Aldeas Infantiles SOS Internacional¹ indicó que el **trauma y las necesidades psicosociales y de salud mental de los niños no se comprenden bien** y que es necesario aumentar la comprensión del trauma para quienes trabajan o cuidan a niños en entornos de cuidado alternativo. La experiencia también indica que con demasiada frecuencia las buenas prácticas solo ocurren gracias a individuos comprometidos. El cambio del sistema a nivel organizacional, impulsado por la legislación y la orientación de las autoridades municipales y nacionales, es la mejor manera de garantizar que un enfoque de trauma se integre de manera coherente en la práctica.

La guía práctica ha sido diseñada para cumplir dos funciones claras:

1. **Actuar como un apoyo continuo y un documento de referencia** para ayudar a aquellos que cuidan y trabajan con niños que viven en cuidado alternativo y que se han visto afectados por el trauma a reconocer y comprender el trauma y comenzar a abordar sus consecuencias.
2. **Formar parte de un proyecto más amplio de aprendizaje** y cambio que tiene como objetivo impulsar el cambio en la práctica, la política y la legislación. Como tal, ha sido diseñado para ser aplicable y adaptable a los países participantes y para sentarse junto a los otros componentes del proyecto *Lugares seguros, niños sanos*.

1. «Prepare for Leaving Care: A Child Protection System that works for Professionals and Young People» (2017-2019).

Esta guía práctica reconoce que **existirán buenas prácticas en cada uno de los países participantes** y que los lectores vendrán con **diferentes niveles de conocimiento y experiencia**. Para aquellos con poco o ningún conocimiento del tema, esperamos que proporcione una línea de base útil de conocimiento y sugerencias para la práctica. Para aquellos con una buena base del tema, esperamos que le anime a mirar este tema con nuevos ojos y a explorar cómo se puede utilizar el conocimiento para replantear la práctica y utilizarse de manera más efectiva. Como tal, la guía tiene tres objetivos principales:

- En primer lugar, busca basarse en la **comprensión de las personas sobre el trauma desde una perspectiva psicosocial** y las diversas formas en que impacta negativamente en el desarrollo de los niños.
- En segundo lugar, **anima a los lectores a reflexionar** sobre lo que pueden hacer dentro de sus propios contextos y culturas para desarrollar relaciones cálidas y enriquecedoras dentro de las cuales los niños puedan recibir apoyo para dar sus primeros pasos en su camino de cura.
- En tercer lugar, **proporciona herramientas e información** para promover el pensamiento sobre los ingredientes que conforman la atención cotidiana de calidad como requisito previo para permitir que los niños desarrollen su máximo potencial.

Debido a la naturaleza compleja del trauma, **ninguna voluntad puede esperar cubrir todas las necesidades que los niños puedan tener o proporcionar todos los apoyos necesarios**. Las necesidades de los niños tienen que ser vistas **holísticamente**, es decir, deben tenerse en cuenta las necesidades de todo el niño. Como tal, esta guía práctica anima a **las entidades y profesiones clave a planificar y trabajar juntas para desarrollar una comprensión compartida** del impacto del trauma de la primera infancia y **trabajar en colaboración** para garantizar que los apoyos y servicios necesarios estén disponibles.

En términos de estructura, la guía se divide en dos partes distintas. Los capítulos 2-5 ponen **un gran énfasis en la comprensión** de las diversas formas en que se puede entender el trauma y los factores que influyen en su impacto. Los capítulos 6-8 se centran más en la **práctica del mundo real**, observando inicialmente los comentarios que nos dan los jóvenes y profesionales como parte del ejercicio. Además del contenido, verá iconos que provocan una mayor participación:



Puntos a considerar: preguntas de reflexión para uso individual o grupal



Comentarios: breve diálogo de los autores sobre las preguntas de reflexión planteadas en los “Puntos a considerar”



Ver + considerar: sugerencias de material de vídeo adicional que puede mejorar la comprensión del lector (este material está en inglés)



Leer + considerar: sugerencias de material de lectura adicional que puede mejorar la comprensión del lector (este material está principalmente en inglés)

LIMITACIONES DE ESTA GUÍA PRÁCTICA

Antes de continuar, es importante reconocer las limitaciones de la guía práctica.

1. Dada la amplitud y complejidad del tema, este documento **no puede cubrir todos los detalles sobre un tema determinado**. Lo que busca hacer, sin embargo, es proporcionar una narrativa coherente que pueda basarse en y animar a una mayor exploración.
2. La guía práctica se basa en una **base de evidencia de investigación y práctica relacionada con el trauma que es sustancial, pero está evolucionando y contiene muchas brechas**. En particular, el concepto de práctica informada sobre el trauma es un campo de trabajo nuevo y en desarrollo y los primeros resultados son mixtos.²
3. Dependiendo de la edad del niño y la naturaleza del trauma, su ocurrencia y sus efectos pueden **almacenarse en el subconsciente del niño**. Por ejemplo, hay una mayor probabilidad de que esto suceda si un niño experimenta un trauma antes de que pueda hablar. Las sugerencias en esta guía práctica, por lo tanto, **no son un sustituto del apoyo terapéutico especializado** que puede funcionar con los niños en este nivel subconsciente. Las mejores prácticas sugieren que la participación de profesionales cualificados y del desarrollo de la salud mental en la evaluación y planificación de la atención de múltiples entidades brinda la posibilidad óptima de que se aborden las necesidades holísticas de los niños.
4. Esta guía práctica **solo hace referencia de pasada a categorías de diagnóstico clínico** asociadas con traumas. Muchos niños en entornos de cuidado alternativo son excluidos de los servicios formales de salud mental ya que sus problemas de entrada no encajan perfectamente ni cumplen con las categorías de diagnóstico. Margaret de Jong, psiquiatra infantil con sede en el Reino Unido, ofrece una visión útil sobre la necesidad de repensar los enfoques clínicos establecidos.³
5. La guía práctica no explora el trabajo preventivo que podría llevarse a cabo con los niños en sus familias de origen, lo que podría haber evitado la necesidad de cuidados alternativos.



2. Early Intervention Foundation (2020). Adverse childhood experiences: What we know, what we don't know, and what should happen next <https://www.eif.org.uk/report/adverse-childhood-experiences-what-we-know-what-we-dont-know-and-what-should-happen-next>.

3. DeJong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 589-599.

UNA NOTA SOBRE LA TERMINOLOGÍA

Reconocemos que los niños se identifican en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño como «todo ser humano menor de 18 años, a menos que, en virtud de la ley aplicable al niño, la mayoría de edad se alcance antes». La OMS define a los jóvenes como de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años. Sin embargo, para facilitar la lectura en esta guía práctica, usamos la palabra «niños» como genérico para todos los niños, así como para los jóvenes y adultos jóvenes de 0 a 24 años, que viven o han vivido en entornos de cuidado alternativo. Además, usamos la frase «los que se preocupan por y trabajan con niños» como genérico de la gama de cuidadores y profesionales de niños y jóvenes que tienen diferentes responsabilidades para el cuidado de los niños y que se describirán de manera diferente en los seis países socios.

Un glosario de términos clave que se destacan a lo largo de la guía práctica se puede encontrar en el **anexo 1**.





CAPÍTULO 2



Principios básicos de la guía práctica

CAPÍTULO 2

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA GUÍA PRÁCTICA

«Puedo sugerir que se familiaricen con el desarrollo psicológico del niño, así como con sus luchas. Deben conocer los antecedentes del niño lo más a fondo posible. Deben ser pacientes y cariñosos con el niño. Pero nunca deben mentir con hechos ni con palabras, porque podemos notarlo»
(Cita de un joven, ejercicio, 2020)

INTRODUCCIÓN

Este capítulo reúne en un solo lugar los cinco principios transversales e interrelacionados que abordan el desarrollo de esta guía práctica. Estos principios constituyen «hilos» a lo largo de la guía y se recuerdan, explícita o implícitamente, en varios puntos cuando son particularmente relevantes para cuestiones específicas que se están tratando. Las explicaciones detalladas de palabras y conceptos se darán más adelante en el documento.

Principio 1

LA RECUPERACIÓN DEL TRAUMA SOLO ES POSIBLE DENTRO DE RELACIONES DE CUIDADO COHERENTES

Muchos niños en cuidado alternativo han experimentado traumas en el contexto de las relaciones. Esto sucede no solo en su familia de origen, sino que, con demasiada frecuencia, se agrava aún más por sus experiencias en el cuidado alternativo. Por lo tanto, es importante cuando buscamos estar informados sobre el trauma que prestemos atención a **la importancia de construir relaciones sólidas, así como al contenido de lo que se proporciona**. Los enfoques basados en las relaciones reconocen que **los niños son únicos y, por lo tanto, las respuestas deben ser flexibles y estar en sintonía con las circunstancias individuales [ver la sección 5.1, parte (e)]**. Las experiencias de cuidado inmediato de los niños deben ser cálidas, estables, seguras y cariñosas para que se nutra la «confianza» y una «base segura» (ver sección 5.1) y se desarrollen formas alternativas de relacionarse consigo mismos y con los demás. A través de tales relaciones, los niños pueden **desarrollar sus fortalezas y talentos**, thereby allowing them to **desarrollar nuevas narrativas personales** (historias sobre sí mismos) y hacer conexiones comunitarias más amplias y saludables.

Principio 2

EL TRAUMA DEBE ENTENDERSE DESDE UNA PERSPECTIVA ECOLÓGICA Y DE DESARROLLO INFANTIL

Esta guía práctica sugiere que el trauma **se entiende mejor en un niño con un contexto de desarrollo y ecológico** (ver la sección 3.2). Desde una perspectiva de desarrollo infantil, necesitamos una comprensión integral de cómo los niños se desarrollan típicamente para que podamos apreciar **cómo el trauma interrumpe este proceso de desarrollo**. Dentro de esto, debemos ser particularmente conscientes de otros factores, por ejemplo, una discapacidad o condición del desarrollo neurológico, que también dan forma al progreso del desarrollo de un niño. Dentro de este marco, sugerimos que debemos **prestar más atención al impacto del trauma en el desarrollo de las mentes de los niños**, particularmente en relación con el sentido de sí mismo de una persona y cómo se relacionan con los demás.

También debemos asegurarnos **de no separar las experiencias traumáticas individuales de sus contextos sociales, culturales y económicos mucho más amplios**. Es aquí, en este ámbito mucho más amplio, donde podemos comenzar a comprender las múltiples influencias que dan forma a la ocurrencia del trauma, su impacto y los «significados» que se le atribuyen. Todo esto impacta al individuo y da forma a nuestras respuestas personales y a las de la organización a través de **enfoques de «salud pública» basados en la población** etc.

Principio 3

EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL TRAUMA DEBE SER UNA ASOCIACIÓN

Los niños que tienen antecedentes de trauma a menudo han experimentado impotencia y aislamiento. Por lo tanto, es importante que las «profesiones de ayuda» no caigan en la mentalidad de «hacer algo para» el receptor. Para contrarrestar esto, la recuperación del trauma debe consistir en permitir una sensación de **«seguridad sentida» y «voluntad»**.

Los niños y los jóvenes deben ser socios en su plan de atención, un plan que debe contener una comprensión clara de cómo el trauma les ha afectado y compromisos explícitos con la recuperación del trauma. Un enfoque basado en el trauma reconoce que **la participación y la asociación pueden contribuir significativamente al sentido de empoderamiento del niño** y que el papel de los niños como «actores» en este proceso **es vital para su camino de recuperación**.

Principio 4

LAS PRÁCTICAS INFORMADAS SOBRE EL TRAUMA SE BASAN EN LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño establece claramente que los niños en cuidado alternativo **tienen derecho a ayuda y protección especial del Estado** si sus familias no pueden cuidarlos (artículo 20). Además, establece que los niños deben recibir apoyo para que participen plenamente en su cuidado y tengan derecho a «expresar libremente sus opiniones en todos los asuntos» (artículo 12) y que las decisiones deben tomarse en el interés supremo del niño (artículos 3.1.). Para cumplir con estos deberes, esta guía práctica afirma que **los niños en cuidado alternativo tienen derecho a que se aborde su trauma**. Se sugiere que **la adopción de una práctica basada en el**

trauma es un medio importante por el cual los Estados pueden cumplir con sus responsabilidades en virtud de esta Convención. Las Naciones Unidas también han publicado las directrices para el cuidado alternativo de los niños. Las directrices reafirman y establecen orientaciones que mejorarán la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, prestando especial atención a los niños en otros tipos de cuidado o en riesgo de ingreso.

Principio 5

EL LENGUAJE QUE USAMOS SOBRE EL TRAUMA DE LOS NIÑOS NECESITA REFORMULARSE

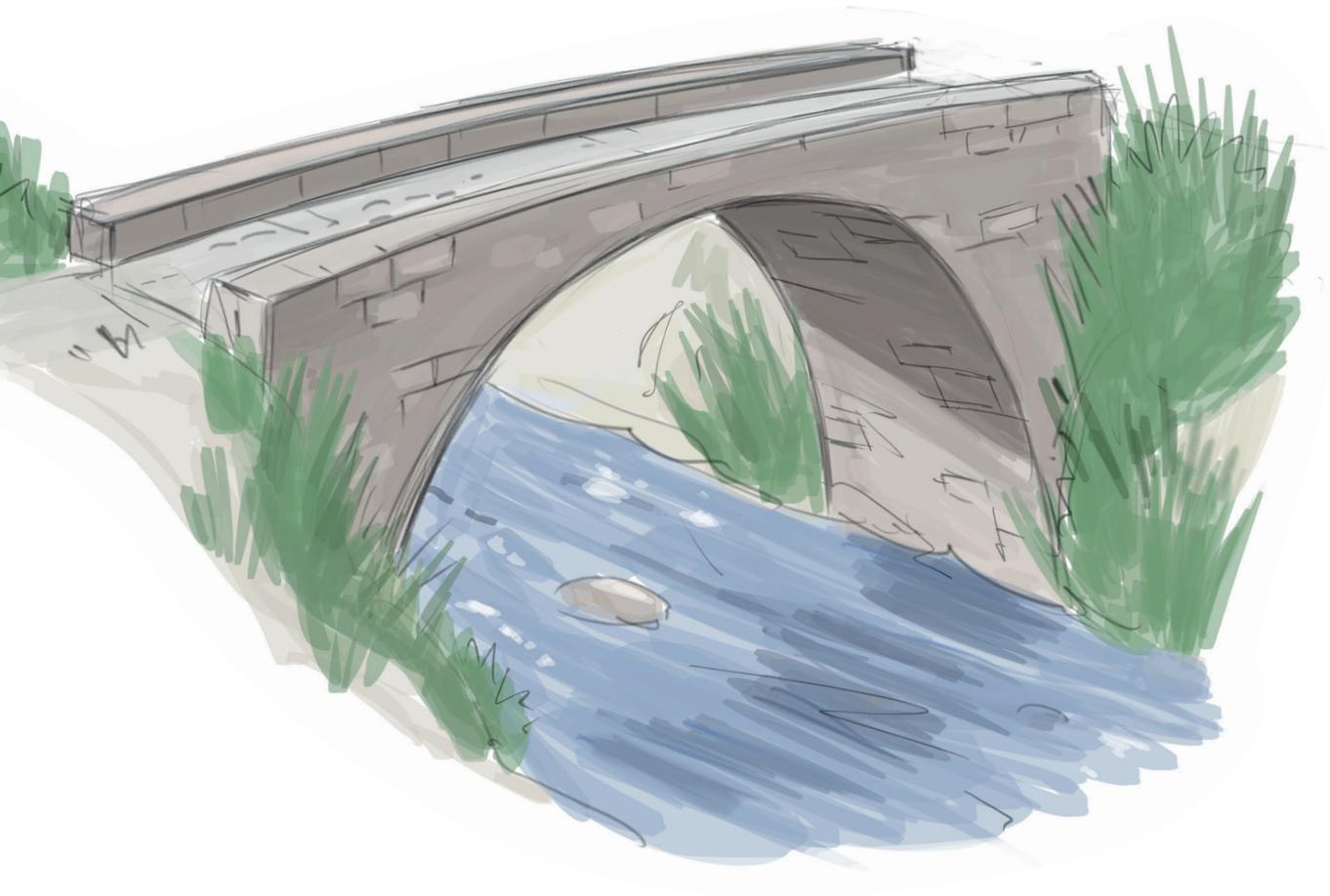
El lenguaje que utilizamos para describir y explicar las experiencias traumáticas de los niños y sus consecuencias es poderoso. **Simboliza nuestra comprensión, da forma a lo que creemos que es posible e influye en cómo las personas piensan sobre su propio trauma.**

Por lo tanto, esta guía práctica busca cambiar el pensamiento de un modelo de «déficit», donde las respuestas de los niños al trauma se consideran patológicas, desordenadas o anormales, a un modelo «adaptativo», donde las respuestas de los niños se ven como adaptaciones que han contribuido a su supervivencia en circunstancias extremas. Algunos ejemplos son:

- **Replantear el «comportamiento desafiante» como «comportamiento de angustia»** tiene el potencial de cambiar una respuesta que atribuye intenciones y motivaciones negativas a una en la que se involucran la compasión y la curiosidad de los adultos.
- **Repensar el lenguaje de los «trastornos» que se encuentran en muchas categorías** de diagnóstico clínico puede ayudar a explorar cuestiones que existen más allá de la del niño.
- **Alejarse del lenguaje y el pensamiento que es determinista** en su perspectiva (es decir, ver las cosas como «fijas») abre la posibilidad de «esperanza» y exploración de oportunidades para el cambio.

Como alternativas, sugerimos que **entendamos el comportamiento de los niños como comunicación** con los adultos, adoptando una postura de curiosidad en cuanto a lo que hay debajo del comportamiento presentado. Reconocemos que las estrategias «adaptativas» que han ayudado a los niños a sobrevivir a corto plazo pueden no servirles bien a largo plazo o en entornos más amplios. Sin embargo, **las estrategias alternativas de enfrentarse a los problemas deben introducirse con sensibilidad.** Nuestro lenguaje necesita **promover la posibilidad de cambio** basado en las habilidades de los niños para adaptarse y prosperar en nuevos entornos.









CAPÍTULO 3



Poner el trauma en contexto

CAPÍTULO 3

PONER EL TRAUMA EN CONTEXTO

«Muchos viven en una profunda pobreza de la que no hay salida por generaciones. En las fincas, los valores desaparecen, se desgastan, y las familias se construyen en torno a la explotación».

(Cita de un profesional, ejercicio, 2020)

INTRODUCCIÓN

Este capítulo busca ilustrar que nuestra comprensión del trauma (cómo se desarrolla, cómo se define, dónde es más probable que ocurra, etc.) está influenciada por una serie de factores históricos, sociales, culturales y políticos. Igualmente, busca enfatizar que el trauma es solo uno de los muchos componentes que pueden influir en el desarrollo de la vida de los niños. Por lo tanto, al trabajar con niños, es importante que estemos constantemente alertas a cómo las experiencias de trauma de los niños y su necesidad de reconexión dan forma y se moldean con estos factores estructurales y ambientales más amplios.

3.1 Factores que influyen en nuestra comprensión del trauma

Comprender el trauma puede no ser nada sencillo porque se **basa en una amplia gama de investigaciones y prácticas de las ciencias humanas y sociales**, su base de conocimientos se **expande constantemente**, y está **influenciada por múltiples voces y factores ambientales**. Por ejemplo, en la década de 1970 hubo un interés considerable en torno al trauma con el regreso de los soldados estadounidenses de la guerra de Vietnam. El trabajo en esta área finalmente condujo a la creación del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Esto, junto con otras categorías diagnósticas, ha tenido una poderosa influencia en la configuración de la narrativa del trauma. Casi al mismo tiempo, una narrativa alternativa estaba surgiendo del trabajo respectivo de la psiquiatra estadounidense Judith Herman, y la profesora estadounidense, Sandra Bloom, con supervivientes adultos de abuso sexual infantil y violencia doméstica. Aquí, se prestó mayor atención a afirmar la «experiencia vivida», a arrojar luz sobre temas previamente tabú y a colocar el abuso y la violencia experimentados por mujeres y niñas dentro de una comprensión más amplia del género. En la década de 1980, las innovaciones técnicas en el mapeo cerebral llevaron a una explosión de investigación dentro del campo de la neurología. Por lo tanto, los científicos pudieron progresar desde la experimentación animal hasta ver el funcionamiento del cerebro humano y el sistema nervioso en tiempo real.

En 1998 se llevó a cabo un importante estudio poblacional a gran escala, realizado por Felitti y Anda, sobre el impacto a largo plazo de experiencias adversas en la infancia (EAI). De él resultó una clara asociación entre la existencia de eventos traumáticos en la infancia y la **mayor probabilidad de resultados físicos, mentales y sociales negativos en todas las etapas de la edad adulta** (aunque se quiso señalar que tales resultados no son inevitables a nivel individual). Además, encontró que las EAI:

- **Son comunes** entre la población.
- **Su impacto es de por vida.**
- A menudo **no ocurren solas.**
- **Su efecto es acumulativo** (es decir, el impacto aumenta con cada adversidad adicional).

Si bien el estudio original ha sido criticado por su muestra de población limitada y su enfoque en diez tipos específicos de adversidad, estudios posteriores en todo el mundo han ampliado su rango en ambos aspectos y han producido resultados similares. Aunque sus hallazgos no fueron inicialmente bien recibidos ni generaron especial atención, recientemente ha servido para resaltar el impacto generalizado y significativo del trauma y trasladar la discusión a un espacio público mucho más amplio. Muchas autoridades de salud pública están adoptando cada vez más los amplios hallazgos de la investigación de EAI para dar forma a sus estrategias de «prevención» y «mitigación», y esto se ha convertido en una de las narrativas impulsoras detrás del cambio a políticas y prácticas informadas sobre el trauma.



Ver + considerar:

Una presentación útil por el Dr. Robert Anda, uno de los investigadores principales del estudio EAI original. Habla sobre su investigación y cómo ha sido malinterpretada y mal aplicada.

Inside the ACE Score: strengths, limitations and misapplications (Abril 2020)

<https://www.youtube.com/watch?v=Kfx5vOHFfxs>

3.2 Modelo ecológico de Bronfenbrenner's

Un modelo útil que se puede utilizar para comprender cómo el trauma **se encuentra junto e interactúa con una serie de otros factores sociales, económicos y políticos**, es el ideado por el psicólogo del desarrollo, Urie Bronfenbrenner. En él, identifica cinco sistemas clave que influyen en el crecimiento y las oportunidades de los niños. Lo que el modelo sugiere es que se debe prestar atención no solo a cómo funcionan los componentes de **cada sistema, sino también a cómo los diversos sistemas se interrelacionan e influyen entre sí.**

Los cinco sistemas son:

1. **El microsistema** incluye las relaciones y los espacios con los que los niños interactúan habitualmente, por ejemplo, su familia, amigos, escuela, vecindarios, actividades, etc.
2. **El mesosistema** es donde dos de estos componentes del microsistema interactúan, por ejemplo, los vínculos entre la escuela y la familia del niño, el sentido de seguridad y la conexión de la familia dentro de su comunidad.

3. **El exosistema** incluye factores que no interactúan directamente con los niños, pero que influyen en la calidad de sus vidas, por ejemplo, la estabilidad del empleo de los padres, las oportunidades de empleo, la provisión de vivienda, las conexiones de transporte, la provisión de bienestar social, la disponibilidad de educación, etc.
4. **El macrosistema** se refiere a los factores culturales y estructurales generales que dan forma a las experiencias y entornos de los niños, por ejemplo, género, raza, condiciones socioeconómicas, discapacidad, etc.
5. **El cronosistema** llama la atención sobre las transiciones y los cambios en la vida de los niños que ocurren a través del tiempo. Los ejemplos incluyen establecerse en una nueva comunidad, el cambio provocado por la separación o el duelo de los padres, las actitudes que cambian con el tiempo, las etapas de desarrollo de los niños, etc.

La figura 1 ilustra cómo se podría aplicar una comprensión ecológica dentro de un sistema de atención social.

Como psicólogo del desarrollo, Bronfenbrenner sugirió que la **mayor influencia en los niños ocurre dentro de su entorno inmediato (microsistema)**, ya que es aquí donde se nutren las relaciones,

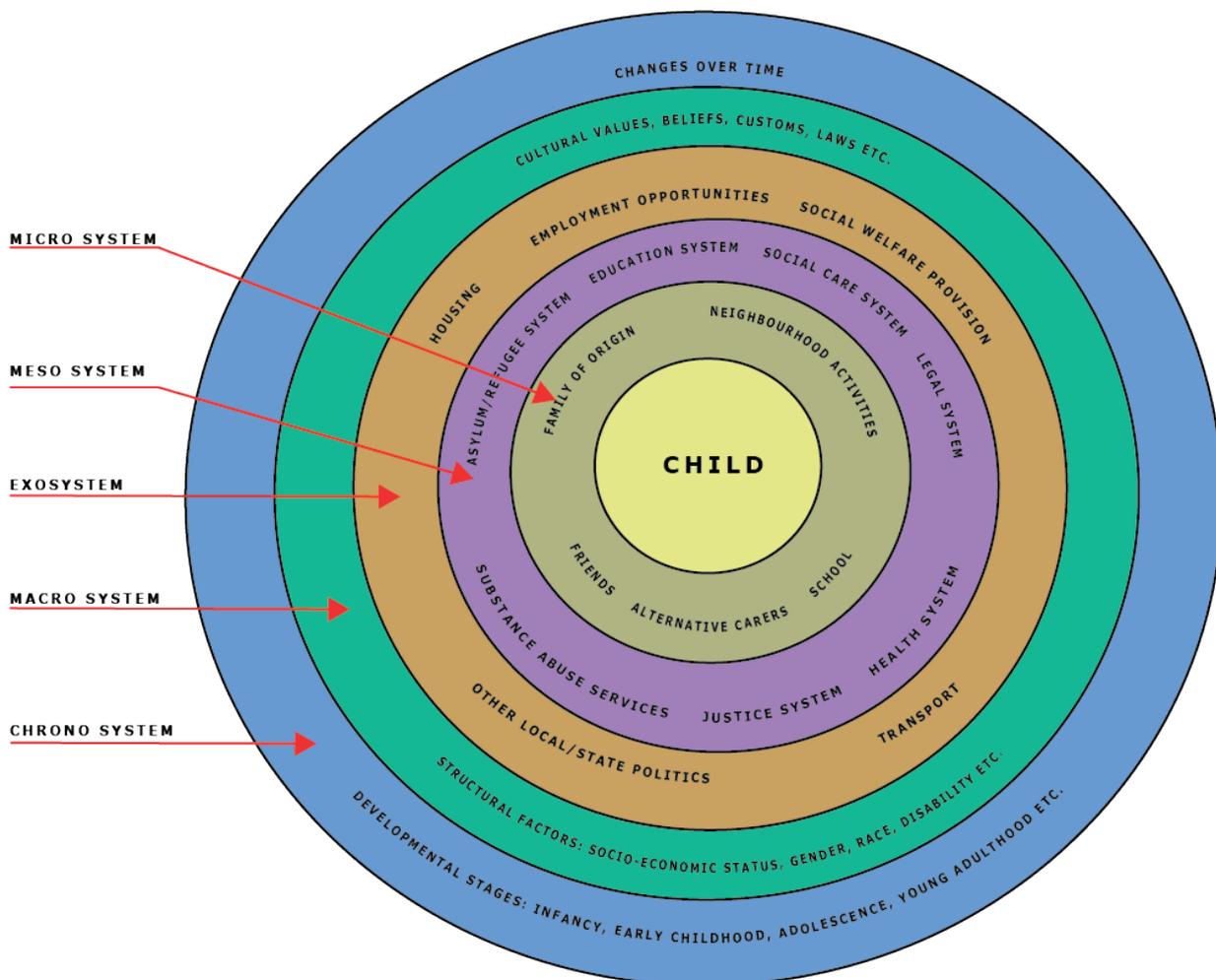


FIGURA 1
CELCIS - UNA ADAPTACIÓN DEL MODELO ECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER'S PARA UN SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIAL

las habilidades sociales, los talentos y el sentido de pertenencia. Estos proporcionan los bloques de construcción que luego **ayudan a los niños a desarrollar resiliencia y estrategias de enfrentarse a problemas con el fin de funcionar en el mundo en general.**

Este modelo de sistemas ecológicos nos ayuda a hacer dos cosas importantes. En primer lugar, nos ayuda a tener en cuenta los múltiples riesgos y factores de protección que dan forma a los resultados de los niños. En segundo lugar, las organizaciones y las autoridades estatales pueden usarlo como un marco para pensar en el trauma a través de una lente ambiental y luego identificar los posibles múltiples puntos de entrada para las intervenciones que mitigan el impacto del trauma y/o reducen la probabilidad de que ocurra un trauma en primer lugar.

Dentro de la literatura, se presta considerable atención a los vínculos entre la pobreza y el trauma, y puede surgir cierta tensión entre los autores si se considera que se está dando mayor prioridad a un tema a expensas del otro. Sin lugar a dudas, existe una estrecha asociación entre la pobreza y el trauma: **la pobreza puede desempeñar un papel importante en la exacerbación de cómo se experimenta el trauma y puede impedir el acceso a los mismos servicios que podrían mitigar su impacto.** Sin embargo, si bien existe una fuerte relación entre los dos temas, **debemos tener cuidado de no mezclarlos (es decir, combinarlos).** Esto es importante por dos razones:

- En primer lugar, si lo hacemos, existe el riesgo de que podamos estigmatizar a las familias que viven en dificultades económicas y hacer suposiciones infundadas sobre su capacidad para proporcionar una atención cálida y enriquecedora a sus hijos.
- En segundo lugar, el trauma se experimenta en todos los niveles de la sociedad y centrarse desproporcionadamente en su asociación con un grupo de personas ignora los niveles de daño que ocurren en todo el espectro y las desigualdades culturales y estructurales adicionales que también están en juego.

3.3 Reconocimiento de los traumas basados en la comunidad

Dentro de la literatura, existe una creciente conciencia sobre cómo los traumas individuales son experimentados colectivamente por grupos y comunidades y, de hecho, cómo el trauma puede transmitirse en todos estos niveles a través de generaciones. En este contexto, las «comunidades» pueden definirse geográficamente (como en los vecindarios), virtualmente (como en una identidad, etnia o experiencia compartida) u organizativamente (como en un lugar de trabajo, aprendizaje o culto). Un ejemplo actual de una comunidad que « nombra » y busca un cambio en relación con el trauma histórico y actual y la injusticia se observa en el movimiento Black Lives Matter. Otros ejemplos también se reflejan en la lucha por la igualdad en todo el mundo de los pueblos indígenas y los grupos nacionales y étnicos que experimentan desastres naturales, guerras o migraciones forzadas. Teresa Ngigi, psicóloga clínica, describe estos patrones de transmisión como trauma intergeneracional o ancestral. Además, una rama de la ciencia llamada «epigenética» está comenzando a explorar la posibilidad de que la experiencia del trauma se transmita de generación en generación a través de la forma en que se lee nuestro material genético en nuestros cuerpos. El grado en que las comunidades tienen la capacidad, el conocimiento y las habilidades para comprender y responder al trauma y la asistencia y dignidad que reciben las autoridades estatales puede tener un impacto significativo en la vida de los niños.

Visto en este contexto, el trabajo sobre el trauma a nivel comunitario puede ser muy beneficioso y de gran alcance. Basándose en su experiencia de trabajar con trauma en múltiples contextos, Ngigi (2019)⁴ reconoce que algunas prácticas culturales pueden tener efectos negativos en el desarrollo de los niños y pueden interferir con el proceso de cura donde se ha producido un trauma. Sin embargo, descubrió que cuando se ayuda a las personas a replantear prácticas inútiles a través de una comprensión del trauma, se puede cambiar su enfoque. Dio un ejemplo de Sierra Leona, donde el concepto de «los niños pertenecen a la sociedad» permite que los niños se muevan entre diferentes cuidadores desde una edad muy temprana. Cuando los maestros de guardería aprendieron sobre el trauma, pudieron ver los efectos dañinos de esta práctica y replantear su comprensión utilizando su nuevo conocimiento de la adversidad en la primera infancia. A partir de su trabajo, está claro que **las comunidades que están capacitadas para proporcionar un contexto de comprensión pueden facilitar la recuperación del trauma.**



Puntos a considerar:

Pensando en un niño con el que ha trabajado, use la versión adaptada del modelo de Bronfenbrenner en la figura 1 para dibujar un mapa ecológico aproximado que identifique las múltiples influencias que tuvieron un impacto en sus experiencias traumáticas, por ejemplo, la pobreza, la discriminación de género, la calidad de la atención recibida, la violencia basada en la comunidad, el abandono, la exclusión por parte de la comunidad, el trauma intergeneracional, la huida de la guerra, el desplazamiento debido a un desastre natural, etc.



4. Ngigi, T. (2019) *Breaking the Cycle: The Role of Auntie Rosie in Childhood Trauma-Informed Care.*



Puntos a considerar:

Muchas estrategias pueden ayudarnos a desarrollar la autoconciencia, especialmente en relación con la raza, el género, la discapacidad o la orientación sexual. Todos tenemos estereotipos y prejuicios que forman parte de los juicios que hacemos en la vida cotidiana. Este sencillo ejercicio le ayudará a ser más consciente de algunos de tus propios prejuicios o estereotipos. Escriba brevemente sus respuestas a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible.

1. ¿Las formas en que me describo (por ejemplo, raza, género, clase, orientación sexual, capacidad, etc.) son valoradas por la sociedad y la cultura en la que vivo?
2. ¿Cómo me conecto con otras personas que usarían descripciones similares de sí mismas a la mía?
3. ¿Cómo me conecto con personas que no son valoradas donde vivo?
4. ¿Los grupos a los que pertenezco ayudan o dificultan el progreso en mi carrera profesional?
5. ¿Cómo se ayuda u obstaculiza en sus carreras profesionales a las personas que pertenecen a diferentes grupos?
6. ¿Cómo afecta mi percepción a mi comportamiento y motivación para progresar en mi vida?
7. ¿Cree que hay una cultura étnica o racial dominante en su país que influye en quién tiene o no tiene acceso al poder, recursos, etc.?



Comentario:

No es fácil afrontar partes de nosotros mismos de las que somos menos conscientes o que son contradictorias con nuestros valores. Puede alimentar emociones dolorosas como la culpa, la vergüenza, la ira o la actitud defensiva. Sin embargo, el primer paso en el proceso de cambio es la concienciación. Debemos aprender a observar nuestras reacciones con curiosidad en lugar de juicio. Continúe preguntándose sobre el capital social que posee y cómo puede usarlo para resaltar las muchas formas en que funcionan las desigualdades estructurales en la vida cotidiana.

3.4 Cómo aparece el trauma en entornos de bienestar infantil

Dentro de los sistemas de bienestar infantil, el trauma puede aparecer en múltiples ámbitos. Lamentablemente, muchos de los impactos psicosociales de las experiencias traumáticas de los niños se reproducen en las mismas estructuras en torno al niño que deberían proporcionar apoyo y seguridad.

- **Para los niños** – las experiencias traumáticas pueden promover un sentido de vergüenza, estigma, aislamiento, desconexión y falta de autoestima y dominio sobre sus propias vidas.
- **Para los padres** – las experiencias traumáticas de los niños pueden promover una sensación de vergüenza (ya que no pudieron proteger a su hijo), estigma (ya que sus acciones pueden haber dañado a su hijo), aislamiento y desconexión (ya que pueden sentir o se considera que han fallado en sus deberes de crianza) y desencadenamiento (ya que puede despertar consciente o inconscientemente recuerdos de su propio trauma).
- **Para aquellos que cuidan o trabajan con niños** – las experiencias traumáticas de los niños también pueden reavivar sus propias respuestas traumáticas, crear una sensación de impotencia, provocar traumas indirectos o fatiga por compasión (ver capítulo 8) y provocar sentirse abrumados al lidiar con el dolor que puede sentir un niño que experimenta un trauma.
- **Para grupos profesionales** – organizaciones o sistemas, las experiencias traumáticas de los niños pueden traer tensión y frustración a las relaciones profesionales, traer un sentimiento de sentirse abrumado por exigencias cada vez más complejas y conducir al desarrollo de «culturas de culpa» (es decir, donde los individuos son responsables de los fallos en el sistema más amplio). Además, las estructuras y procesos que se desarrollan pueden exacerbar inadvertidamente el dolor de los niños o aumentar la sensación de «ser diferente».
- **Para las comunidades y la sociedad** – el trauma plantea preguntas importantes sobre el poder, la injusticia y la desigualdad, factores que pueden socavar las estrategias de afrontar problemas de las personas. Además, una negación colectiva del abuso y el maltrato que experimentan los niños servirá para profundizar su angustia.

Se incluye más sobre estos temas a lo largo de esta guía práctica y los otros componentes de este proyecto. Por ahora, es importante reconocer que **en todos los niveles tratar de abordar los problemas de trauma es difícil** debido al dolor, la culpa y la desconexión que crea.



Leer + considerar:

¿Con qué está usted de acuerdo y en desacuerdo en este artículo de opinión de Adam Burley, psicólogo clínico con sede en Escocia?
“Childhood Adversity Studies as an Antidote to the Predominance of Neo-liberal Thinking in the Field of Mental Health” (2020)
<https://www.eupublishing.com/doi/pdfplus/10.3366/scot.2020.0344>

Recuerde

- Nuestra comprensión del trauma está en constante evolución y expansión y se saca de múltiples fuentes de conocimiento, incluida la experiencia vivida, la investigación académica y las disciplinas profesionales.
- Si bien el impulso para la adopción de enfoques basados en el trauma es un fenómeno relativamente nuevo, existe una sólida base de evidencia que destaca la prevalencia del trauma infantil y sus posibles consecuencias sociales, de salud y económicas para toda la vida.
- Múltiples narrativas dan forma a cómo entendemos y hablamos sobre las experiencias traumáticas. Si bien el modelo de diagnóstico utilizado en la práctica clínica es una narrativa poderosa e influyente, las voces crecientes tanto dentro de la profesión como de aquellos con experiencia vivida están comenzando a ofrecer entendimientos alternativos.
- Las experiencias traumáticas de los niños y las de sus familias deben entenderse de manera integral y dentro del contexto de sus entornos más amplios.
- Las respuestas informadas sobre el trauma deben tratar de identificar los múltiples puntos de intervención en los que se puede reducir el trauma y fortalecer los factores de protección.





CAPÍTULO 4



Entender la respuesta al trauma humano

CAPÍTULO 4

ENTENDER LA RESPUESTA AL TRAUMA HUMANO

«Parece ser que los trabajadores sociales evitan este tema. A sus ojos era irrelevante, a pesar de que como persona joven esto siempre te persigue». (Cita de un profesional, estudio, 2020)

INTRODUCCIÓN

Esta sección explorará algunas de las muchas maneras en que el trauma puede describirse y entenderse. Al centrarnos en la condición humana en general, nos recuerda que el trauma se desarrolla a lo largo de la vida y que para mejorar nuestra práctica en relación con los niños, también debemos ser conscientes y estar alerta a cómo el trauma también puede moldear nuestros comportamientos y respuestas como adultos.

4.1 Formas de categorizar el trauma

Hay muchas definiciones diferentes y formas de entender el trauma. A lo largo de la literatura, el término se utiliza de varias maneras para describir:

- Un acontecimiento **adverso significativo o exposición al trauma**
- **La experiencia subjetiva** de una persona de un acontecimiento
- **La respuesta** de una persona a un acontecimiento y/o
- **El impacto** de un acontecimiento.

A veces el trauma se usa indistintamente con los términos «adversidad» o «estrés severo o tóxico». En gran parte de la literatura, las definiciones tienden a ser genéricas para la condición humana en su conjunto y, aunque hablan del trauma experimentado en la infancia, su enfoque es a menudo desde una perspectiva adulta, mirando los posibles impactos y resultados del trauma más adelante en la vida. Por lo tanto, debemos ser conscientes de que se presta suficiente atención y recursos a las necesidades de los niños aquí y ahora.

El trauma que se define con referencia al **acontecimiento o la exposición al trauma** a menudo se ilustra a través de una larga lista de agresiones, abusos y daños e incluye experiencias tan variadas como el abuso y la explotación sexual, la huida de la guerra, la violencia basada en la comunidad y el abandono físico o emocional, entre otros. Los puntos de vista alternativos sugieren que **el trauma no ocurre en el acontecimiento en sí, sino por el impacto que ese acontecimiento tiene en la vida de una persona**. Aquí el enfoque se vuelve más sobre la experiencia subjetiva de trauma de una persona y cómo «da sentido» (la historia que se cuenta a sí mismo) a lo que ha sucedido.

Algunas explicaciones diferencian entre diferentes tipos de trauma, es decir, si el trauma fue un incidente único y excepcional, se describe como **trauma agudo**, o acontecimientos repetidos, se denomina **trauma complejo**. El trauma agudo podría surgir, por ejemplo, de un accidente automovilístico o de presenciar una explosión. El trauma complejo, por otro lado, se asocia con acontecimientos que son **crónicos y repetidos, a menudo ocurren durante la infancia y, lo que es más importante, ocurren en el contexto de las relaciones**. Los ejemplos en esta categoría podrían incluir un niño expuesto a violencia doméstica o que experimenta maltrato físico o sexual (también se utiliza, en ocasiones, para describir la experiencia de víctimas adultas en situaciones de violencia de pareja). La Red de estrés de trauma infantil sugiere que el trauma es:

«... *Naturaleza severa, generalizada e interpersonal de abuso y negligencia repetidos que crea niveles de complejidad*». ⁵

4.2 Algunas definiciones del trauma

Una **definición ampliamente utilizada de trauma** proviene de la Administración americana de servicios de salud mental y abuso de sustancias. Captando experiencias agudas y complejas y cubriendo «el acontecimiento» y el «impacto a lo largo del tiempo», define el trauma como: «Un solo acontecimiento, múltiples acontecimientos o un conjunto de circunstancias que experimenta un individuo como física y emocionalmente dañino o amenazante y que tiene efectos adversos duraderos en el bienestar físico, social y emocional del individuo...» (SAMHSA, 2014)⁶

Una variación de esta definición (usando aquí el descriptor de «experiencias adversas de la infancia»), pero desarrollada pensando en los niños, sugiere que:

«Las experiencias adversas de la infancia (EAI) se definen como acontecimientos o situaciones altamente estresantes que ocurren durante la infancia y/o la adolescencia. Puede ser un solo acontecimiento o incidente, o amenazas prolongadas a la seguridad o integridad corporal de un niño o joven. Estas experiencias requieren importantes adaptaciones sociales, emocionales, neurobiológicas, psicológicas y conductuales para sobrevivir». (Young Minds, 2019)⁷

Aquí, se destaca el impacto que el trauma tiene en la sensación de seguridad e integridad corporal de una persona, al igual que la respuesta de supervivencia «adaptativa» que las personas deben aprovechar en una variedad de dominios. La integridad corporal se refiere a la importancia de la autonomía personal, la propiedad de uno mismo y la autodeterminación de los seres humanos sobre sus propios cuerpos.



5. Trauma types (2014). <https://www.nctsn.org/>.

6. SAMHSA (2014). Concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Página 7 https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf.

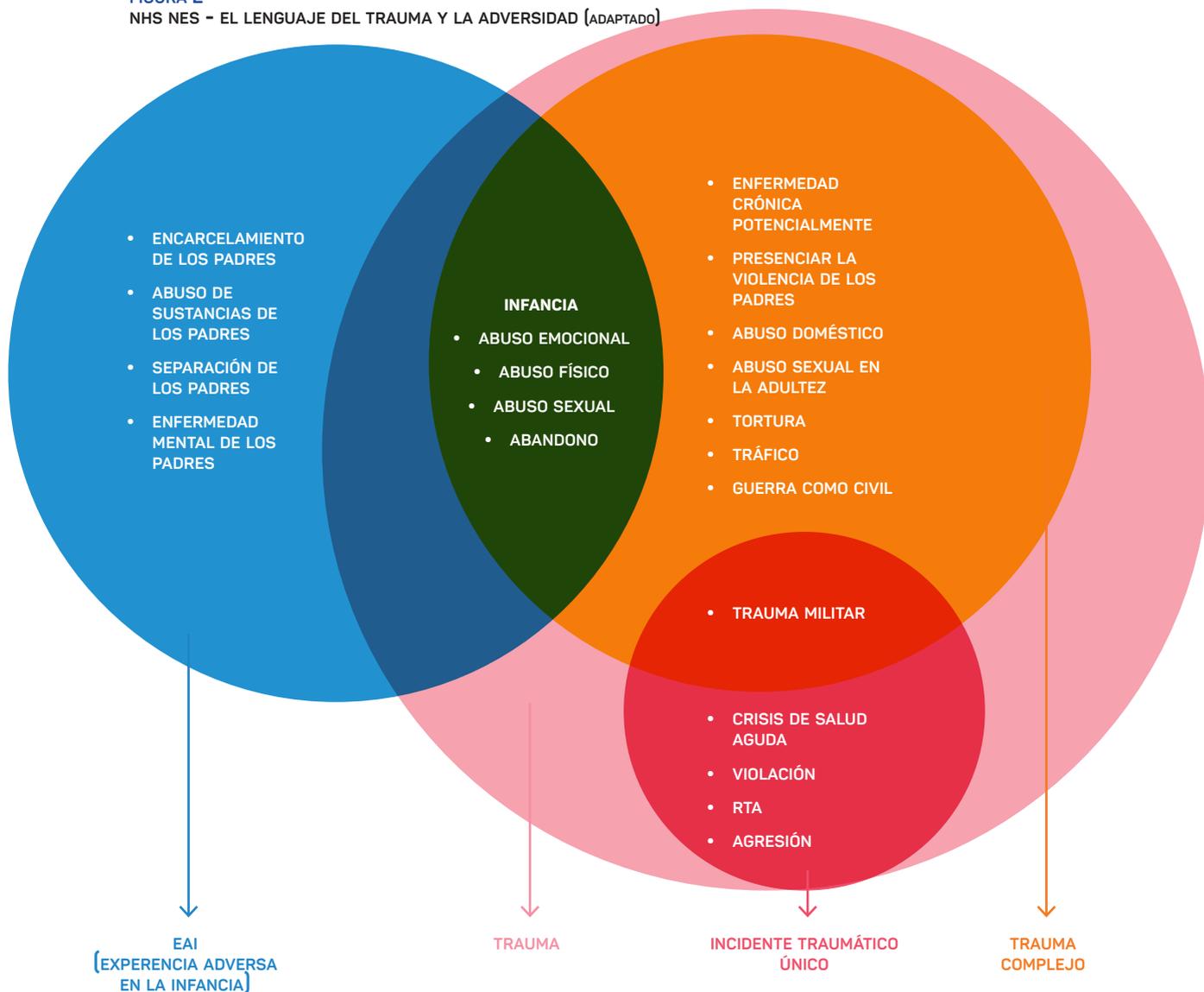
7. Young Minds (2019). Adversity and trauma-informed practices. Página 5. <https://youngminds.org.uk/media/3091/adversity-and-trauma-informed-practice-guide-for-professionals.pdf>.

Una definición fácil de recordar sobre el trauma es que es:
 «...una respuesta normal a circunstancias anormales». (Fuente desconocida)

Esta definición simple pero poderosa nos recuerda que las respuestas al trauma son razonables y parte de la condición humana: es el acontecimiento o acto traumático que se encuentra fuera de los valores y expectativas de la experiencia humana ordinaria.

Puntos a considerar:
 El siguiente diagrama del NHS Education for Scotland busca ilustrar las formas diferentes y superpuestas en que se puede entender el trauma. ¿Qué opina de esta ilustración? ¿Cree que es una forma útil de desentrañar los diversos elementos asociados con el trauma?

FIGURA 2
 NHS NES - EL LENGUAJE DEL TRAUMA Y LA ADVERSIDAD (ADAPTADO)



4.3 Por qué y cómo responde el cuerpo humano al trauma

La evidencia sobre por qué y cómo los humanos responden al trauma es **vasta, complicada y en evolución**. Abarca múltiples disciplinas (teorías evolutivas, biología, neurociencia, genética, psicología del desarrollo, etc.) e, incluso dentro de estos campos, hay **mucho debate**. Si bien en los últimos tiempos se ha prestado una atención significativa a las respuestas psicológicas al trauma basadas en el cerebro, existe consenso y una creciente evidencia en torno a **dos grandes puntos**:

1. Cuando se experimenta un trauma, se crea una serie de reacciones neurológicas, biológicas y psicológicas, lo que significa que **debemos prestar atención a lo que está sucediendo en las mentes y cuerpos de las personas, así como en sus cerebros**.
2. **Que las circunstancias ambientales y la composición genética de una persona** darán lugar a una serie de factores «protectores» y de «riesgo» que darán forma tanto a la **probabilidad de exposición al trauma en primer lugar como a los recursos a los que pueden acceder para ayudarles a recuperarse en caso de que experimenten un trauma**.

Dan Siegel, profesor estadounidense de psiquiatría, ha acuñado el nuevo término «neurobiología interpersonal» en un intento de capturar cómo la mente, el cerebro y las relaciones se integran para alterarse entre sí.

Si bien esta guía práctica se centra en el impacto psicosocial del trauma, se admite que los recuerdos del trauma se pueden almacenar en el cuerpo. Bessel van der Kolk escribe sobre la posibilidad de una desconexión mente-cuerpo causada por el trauma y afirma que la persona necesita apoyo para nombrar lo que está sucediendo en su cuerpo:

*«Las víctimas de trauma no pueden recuperarse hasta que se familiaricen y se hagan amigas de las sensaciones en sus cuerpos. Tener miedo significa que vives en un cuerpo que siempre está en guardia... Para cambiar, las personas necesitan tomar conciencia de sus sensaciones y de la forma en que sus cuerpos interactúan con el mundo que los rodea. La autoconciencia física es el primer paso para liberar la tiranía del pasado».*⁸

Una tarea clave para aquellos en puestos de ayuda es encontrar formas de ayudar a aquellos que han experimentado un trauma a reconectarse con sus cuerpos. Desarrollar un sentido de dominio sobre su cuerpo puede ayudar a restaurar la salud, la fuerza y el bienestar. Las actividades regulares que incluyen un elemento de trabajo en equipo (por ejemplo, fútbol, escalada, canto colectivo, etc.) también son útiles porque promueven una conexión con los demás y un sentido de pertenencia.

8. Bessel Van der Kolk (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin/Random House; New York. <https://www.brainpickings.org/2016/06/20/the-body-keeps-the-score-van-der-kolk/>.

Al igual que otras especies y otros mamíferos, la forma en que los humanos responden a la amenaza está determinada en gran medida por nuestra historia evolutiva y está estrechamente ligada a nuestra necesidad fundamental de supervivencia. Aquí consideramos el esquema de dos explicaciones neurológicas sobre cómo nuestros cuerpos responden a la amenaza:

- a) Respuesta a la amenaza impulsada por el cerebro.
- b) Respuesta a la amenaza del sistema nervioso autónomo.



FIGURA 3
ILUSTRACIÓN GENERAL DE REGIONES DEL CEREBRO HUMANO

a) Respuesta a la amenaza impulsada por el cerebro

Desde una perspectiva neurológica, cuando se percibe una amenaza, nuestros cerebros responden inmediatamente para evaluar la situación, ya sea utilizando **la conciencia consciente o señales subconscientes**. Cuando usamos la conciencia consciente, podemos detectar la naturaleza de la amenaza usando nuestra conciencia consciente y ajustar nuestras respuestas en consecuencia. Por ejemplo, si estamos conduciendo y vemos un accidente por delante, podemos usar nuestro cerebro «pensante» para ajustar nuestra posición en la carretera, la velocidad y la atención para garantizar nuestra seguridad y la de otros usuarios de la carretera. Sin embargo, si percibimos la amenaza como aguda e inmediata, nuestra conciencia se pasa por alto y nuestro cerebro desencadena rápidamente **respuestas en nuestros cerebros y cuerpos que priorizan la seguridad**. Comúnmente conocido como nuestras respuestas de «lucha», «huida» o «congelación» (algunas también incluyen «fingir» o «fracasar»), estas se manifiestan de muchas maneras:

- En el modo «lucha» o «huida», nuestra frecuencia cardíaca aumenta para bombear sangre más rápido a nuestras extremidades más grandes; nuestras pupilas se dilatan para ayudar a

nuestra visión; una oleada de adrenalina nos proporciona un estallido instantáneo de fuerza; y otra hormona, cortisol, aumenta el azúcar en la sangre para suprimir el sistema inmunológico y dirigir la energía para abordar la amenaza percibida atándola o saliendo de la situación.

- En **el modo de «congelación»** la frecuencia cardíaca de una persona disminuye, respira más lentamente y puede volverse débil o muy tranquila.

Las respuestas de «lucha», «huida» y «congelación» **son estrategias de protección inconscientes.** Cuando el cerebro detecta que no es útil para una persona intentar «luchar» o «huir» (a menudo el caso en el que los niños se encuentran), puede hacer que el cuerpo se «congele» (mostrando que no son una amenaza). Si la situación es tan abrumadora para el individuo, puede llevar a la persona a retirarse psicológicamente en sí misma e incluso a desconectar por completo de lo que está sucediendo.

Por lo general, una vez que el peligro inmediato ha pasado, nuestros cerebros envían señales químicas para permitir que el cuerpo vuelva a un cierto sentido del equilibrio. Sin embargo, para las personas que experimentan traumas repetidos, sus **sistemas internos (particularmente a través de la producción de la hormona cortisol) pueden permanecer en alerta máxima mucho después de que el peligro haya pasado.** Cuando los bebés y los niños pequeños habitualmente tienen sus necesidades insatisfechas y/o las señales de peligro están constantemente presentes en sus entornos, sus vías neuronales reflejarán estas experiencias.

b) Respuesta a la amenaza del sistema nervioso autónomo – La teoría Polyvagal

Una segunda explicación neurológica de cómo y por qué los humanos responden a la amenaza proviene del trabajo de Stephen Porges, científico y profesor de psiquiatría con sede en los Estados Unidos, y se conoce como la Teoría Polyvagal. A veces conocida como «la ciencia de la conexión o la compasión», esta teoría basada en la evidencia tiene muchas similitudes con los enfoques orientados al cerebro, pero pone un mayor énfasis en el papel del sistema nervioso autónomo como el principal intérprete de señales de protección y peligro en nuestras respuestas corporales. El sistema nervioso autónomo es un sistema de control que actúa en gran medida inconscientemente y regula las funciones corporales. Está vinculado a todos los órganos principales del cuerpo y, por lo tanto, controla la frecuencia cardíaca, la digestión, la frecuencia respiratoria, etc. Este **sistema** es el mecanismo principal en el control de la respuesta de lucha o huida. La teoría tiene tres principios rectores:

- **Jerarquía** – nuestro sistema nervioso autónomo tiene tres estados clave que **nos ayudan a navegar por el mundo y se activan en un orden predecible.** Estos son el sistema de compromiso social que guía nuestra conexión con los demás (sistema vago ventral), la movilización o las respuestas de lucha / huida (sistema simpático) y colapso / desconexión (dorsal vago).
- Neurocepción – lo que Porges describe como «detección sin conciencia». Nuestro sistema nervioso autónomo está constantemente **alerta a las señales de seguridad, peligro y amenaza para la vida** desde dentro de nuestros cuerpos, desde nuestro entorno y desde el mundo social que nos rodea. Debido a que **sucede por debajo del ámbito del pensamiento consciente,** sugiere que antes de que el cerebro entienda, el sistema nervioso ha evaluado la situación y ya ha comenzado a reaccionar.

- **Corregulación** – es a través de la regulación recíproca de nuestros estados autónomos con otra persona como **nos sentimos seguros para entrar en conexión y crear relaciones de confianza**. Dana usa la frase africana «Ubuntu» traducida libremente como «una persona se convierte en una persona solo a través de otras personas» para enfatizar la naturaleza de esta conexión.⁹

HUMAN NERVOUS SYSTEM

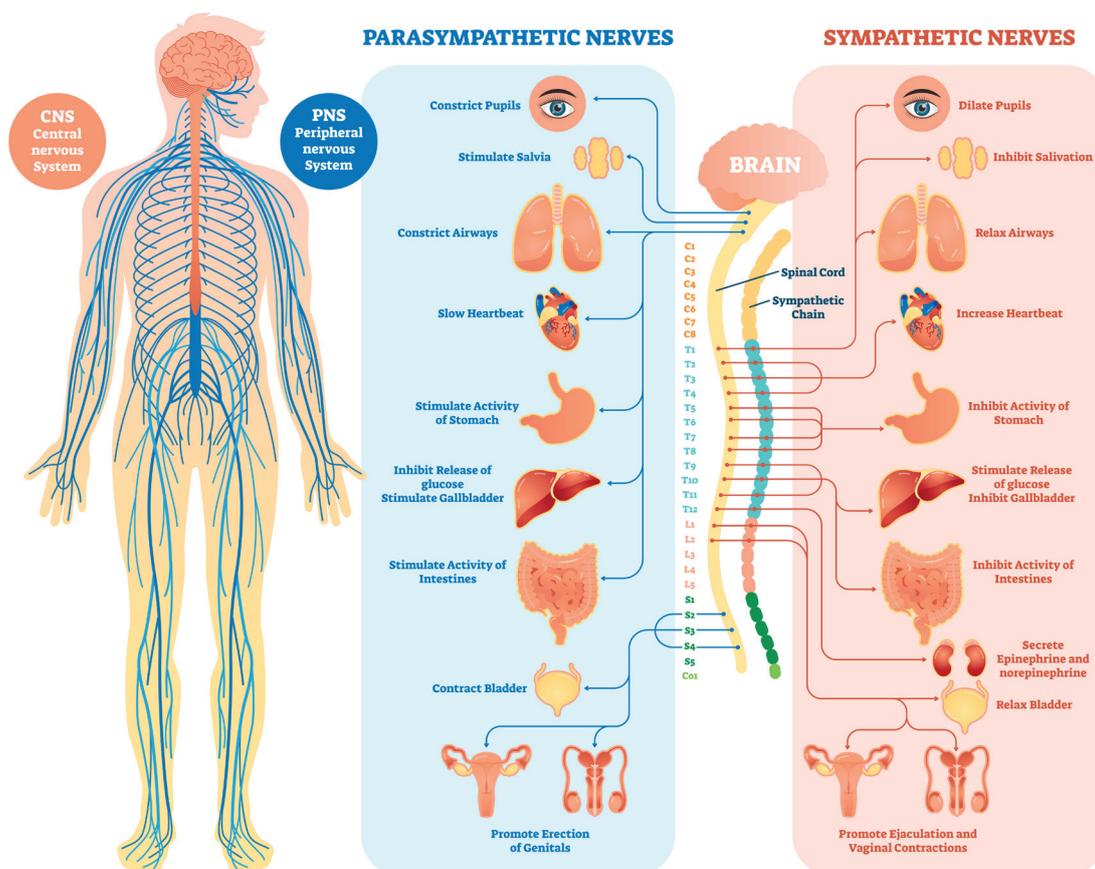


FIGURE 4
ILUSTRACIÓN GENERAL DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA NERVIOSO HUMANO

9. Dana, D. A. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation* (serie Norton sobre neurobiología interpersonal). WW Norton y Company, página 48.

Si bien los tres estados del sistema nervioso autónomo necesitan cooperar para desarrollar una sensación encarnada de bienestar, es la **vía vaga ventral o el compromiso social** lo que nos lleva a ese lugar de seguridad y conexión. La vía vaga ventral describe las partes del sistema nervioso que:

- Conecta el corazón y los músculos de los ojos, los oídos, la voz y la cabeza. Controla cómo nos vemos e interpretamos las expresiones faciales, cómo escuchamos y oímos detrás de las palabras, cómo escuchamos y usamos el tono de voz y cómo inclinamos la cabeza para indicar preocupación por otro. Nos **prepara no solo para señalar pistas de seguridad, sino también para buscarlos en otros.**
- **Nos ayuda a regular los latidos de nuestro corazón y mantener** el ritmo del corazón durante la respiración espontánea. Refiriéndose a esto como el **«freno vagal»**, Porges sugiere que ofrece a nuestro sistema nervioso autónomo la flexibilidad y la capacidad de pasar de un estado corporal de estrés a uno de calma.

Cuando se basa en el sistema de compromiso social de la vía vaga ventral, no todo puede ser perfecto en nuestro mundo, **pero somos capaces de reconocer nuestra angustia y llegar a otros en busca de apoyo.** Sin embargo, si nuestra neurocepción comienza a captar señales de amenaza, nuestro sistema simpático se activa y comenzamos a movilizarnos para luchar o huir. Si la señal de peligro es de bajo nivel (por ejemplo, escuchamos un automóvil contraproducente o reaccionamos a una araña), nuestra vía vagal ventral aplica el freno vagal y volvemos a un estado de calma. Este proceso ocurre habitualmente a lo largo de nuestro día.

Si nuestra **neurocepción detecta que la señal es potencialmente mortal**, la vía vaga dorsal responderá para inmovilizarnos (la respuesta de «congelación»), para sacarnos de la conexión y llevarnos a un estado protector de colapso. Con el tiempo, la presencia de una figura correguladora ayuda a restablecer el equilibrio de nuestro sistema nervioso autónomo mediante la activación del sistema de compromiso social. Sin embargo, en situaciones donde el trauma es crónico y repetido o falta una figura correguladora, nuestro sistema nervioso autónomo puede ser incapaz de aplicar el freno vagal y, por lo tanto, permanecer en estado de alerta máxima o incluso desconectarnos.

La teoría Polivagal **proporciona una narrativa alternativa sobre cómo nuestros cuerpos responden al trauma** y puede ayudar a explicar cómo:

- Una persona **puede tener dificultades para acceder a la ayuda** relacional que indica señales de seguridad.
- Los músculos del oído medio **se sintonizan con los sonidos de peligro** y no con los sonidos de conexión.
- **Las señales faciales pueden malinterpretarse** para que las expresiones neutrales puedan interpretarse como amenazantes o peligrosas.
- La liberación de la hormona del estrés cortisol puede conducir a un estado crónico de alerta para que una persona **no pueda concentrarse, o se inquiete o responda con agresión.**
- En un estado disociado, una persona puede exhibir **un comportamiento que no corresponde, tener una mirada vacía o una postura colapsada.**

En línea con los principios de esta guía práctica, esta teoría sugiere que una persona que ha experimentado un trauma necesita ayuda para acceder a los efectos calmantes de su sistema de compromiso social a través de la conexión con el de otro.



Ver + considerar:

Teoría Polyvagal

En este video, Stephen Porges da un breve resumen de la Teoría Polyvagal: <https://www.youtube.com/watch?v=ivLEAlhBHPM>
De la discusión, anote 3 cosas que podría usar para ayudarle a mejorar la forma en que se relaciona con alguien con un posible historial de trauma.

4.4 La teoría de la vulnerabilidad latente

Ambas explicaciones neurológicas resuenan en el trabajo de Eamon McCrory (profesor de neurociencia del desarrollo y psicopatología) y sus compañeros del University College de Londres. Trabajar con jóvenes que habían experimentado diversos grados de trauma en su vida, McCrory ha podido demostrar que el abuso y el maltrato **afectan las representaciones de los jóvenes de sí mismos y de los demás**. Deseosos de enfatizar que la comprensión en este campo se encuentra en una etapa temprana, su trabajo ha demostrado que los adolescentes que han estado expuestos a adversidades tempranas:

- Muestran **una mayor actividad en áreas específicas del cerebro (sistema límbico)** comparable a la de los soldados que han experimentado el combate y los adultos con enfermedad mental diagnosticada. El sistema límbico es responsable de la evaluación de la información de los sentidos (por ejemplo, el oído o la vista) con el fin de detectar amenazas y prevenir situaciones peligrosas o desencadenar acciones de protección.
- **Experimentan esta actividad inconscientemente.**
- Demuestran una memoria autobiográfica demasiado generalizada, lo que significa que no pueden aprovechar los detalles de la experiencia previa para ayudarles a navegar por las situaciones actuales. Esto puede afectar a las habilidades de los niños para **resolver problemas en situaciones sociales y para negociar futuras amenazas y factores estresantes**.
- Tienen a **adoptar una inferencia más negativa y un estilo rumiante. Esto significa que pueden tender a enfocarse y detenerse en pensamientos y experiencias negativas** incluso cuando recuerdan recuerdos positivos cotidianos. Estos patrones también se observan en adultos con depresión y trastorno de estrés postraumático.

McCrory sugiere que estos hallazgos son ejemplos de cómo los niños aprenden a adaptarse a las experiencias traumáticas. Por ejemplo, si la memoria traumática de un niño se ha activado, puede responder de maneras que le ayudaron a protegerse cuando ocurrió el trauma original. Sin embargo, a largo plazo, estas respuestas adaptativas pueden no servirles bien en diferentes entornos. McCrory utiliza el término **vulnerabilidad latente** para sugerir que sin la ayuda adecuada que se ofrece a los niños, estas respuestas adaptativas pueden sentar las bases para futuras dificultades de salud mental. Pueden **predisponer a los niños a daños posteriores**, por ejemplo, factores estresantes y/o traumas adicionales, y **pueden afectar a sus habilidades para entablar relaciones de protección** con adultos y compañeros.

Junto con otros investigadores, McCrory destaca que debido a la **neuroplasticidad** del cerebro (la capacidad del cerebro para crear nuevas vías neuronales, **los resultados no son determinantes, es decir, no son inevitables**. Por lo tanto, si bien el trauma puede ser devastador para el cerebro en desarrollo, los cambios realizados pueden superarse si se da el tipo correcto de **relaciones de reparación** y experiencias. McCrory y sus compañeros sugieren que esta evidencia indica la necesidad de un **cambio fundamental de los modelos de tratamiento existentes** a otros que sean más **preventivos en su enfoque** y que busquen comprender mejor las experiencias de los niños.



Ver + considerar:

El trauma infantil y el cerebro

Basado en el trabajo del profesor Eamon McCrory, este vídeo animado analiza cómo el trauma en la infancia puede afectar a diferentes sistemas cerebrales. ¿Cómo podría usar esta información para ayudar a los adultos a pensar en cómo responder de manera diferente a los niños con antecedentes de trauma? ¿Qué opinión tendrían los niños de esta animación?
<https://uktraumacouncil.org/resources/childhood-trauma-and-the-brain?cn-reloaded=1>

4.5 Factores que afectan a la respuesta de las personas al trauma

Las **formas en que las personas responden al trauma son muy diversas y únicas para el individuo**. Dos personas que experimentan el mismo acontecimiento o que forman parte de un grupo de hermanos expuestos a las mismas circunstancias familiares tendrán diferentes respuestas. Además, sus reacciones pueden cambiar con el tiempo. Se han desarrollado cuatro grandes caminos o trayectorias para ayudarnos a tener en cuenta la posibilidad de respuestas diferenciadas.¹⁰

- **Resiliente:** el trauma tiene poco impacto en el nivel de angustia o capacidad de la persona para hacer frente a la situación, inmediatamente después del acontecimiento o más tarde.
- **Recuperación:** inicialmente la persona puede estar muy angustiada y tener dificultades para hacer frente al trauma. Con el tiempo, esto disminuye y comienza a gestionarse nuevamente.
- **Retrasado:** al principio, puede haber poco impacto obvio del trauma, pero en una etapa posterior, las dificultades y la angustia comienzan a desarrollarse.
- **Duradero:** las personas experimentan dificultades y angustia durante o poco después del trauma y estas dificultades permanecen.



10. Brennan, R. et al. (2019). *Adversity and Trauma-Informed Practice: a short guide for professionals working on the frontline*. Young Minds publications, página 8. <https://youngminds.org.uk/media/3091/adversity-and-trauma-informed-practice-guide-for-professionals.pdf>.

Es muy probable que las personas afectadas por un trauma complejo caigan probablemente en la categoría «duradera», sin embargo, no se debe asumir automáticamente que este será el caso. Del mismo modo, si bien es muy probable que las personas que experimentan un trauma de un solo incidente tengan menos probabilidades de tener problemas duraderos, esto, para una pequeña minoría, puede no ser siempre el caso. La experiencia del trauma es subjetiva.

Muchos factores **pueden influir en cómo una persona responde al trauma**. Estos pueden ser factores de riesgo o de protección. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:

- La composición **genética, la edad y la capacidad intelectual de una persona**.
- El nivel de **recursos internos** a los que una persona puede recurrir, por ejemplo, si tiene un sentido positivo de sí mismo.
- La **naturaleza y las circunstancias del trauma**, por ejemplo, el trauma relacional, una experiencia o la persona se ha visto obligada, a través de amenazas o un sentido de estigma, a guardar silencio.
- Si la persona ya experimentó uno o más acontecimientos traumáticos en su vida.
- **Cómo responden los que rodean a la persona**, por ejemplo, si se les cree, si tienen a alguien que les ayude a regular sus emociones y si hay otra persona presente que pueda ayudar a «dar sentido» a la experiencia.
- las **respuestas de las autoridades locales y estatales**, por ejemplo, cómo funcionan las entidades de socorro en momentos de un desastre natural o la disponibilidad de servicios de apoyo especializados integrados en torno a la agresión sexual.

4.6 Ventana de tolerancia: una forma de entender las respuestas al trauma

Un marco que es popular dentro de los círculos de psicología y es una forma útil de comprender el impacto y la respuesta de las personas al trauma es el de la «**ventana de tolerancia**», desarrollado por Dan Seigel (2010), profesor clínico de psiquiatría con sede en Los Ángeles, Estados Unidos. Usando la idea de 3 zonas, la ventana de tolerancia es una metáfora y una representación visual que ilustra cómo las personas **gestionan el estrés en general, pero particularmente en el contexto del trauma**. Para ilustrar el concepto, nos hemos basado en diagramas desarrollados por NHS Education for Scotland¹¹ organizados de la siguiente manera:

- a) Zona verde – representa un nivel óptimo de agitación en el que podemos hacer frente y gestionar los altibajos de la vida diaria.
- b) Zona roja – representa un estado **hiperalterado** (se siente demasiado).
- c) Zona azul – representa un estado **hipoalterado** (se siente demasiado poco).

11. NES (2019). Window of tolerance. <https://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/psychology/multiprofessional-psychology/national-trauma-training-framework/scottish-national-trauma-training-video-series.aspx>.

a) Nivel de alteración óptimo (zona verde)

Haciéndose eco del sistema de compromiso social de Porges, la figura 5 destaca la zona verde, el nivel óptimo de alteración en el que sentimos una sensación de estabilidad y calma y en el que podemos pensar, planificar y conectarnos con los demás. Mientras estamos en esta zona también podemos experimentar dificultades (por ejemplo, dolor, pena, ira, ansiedad, etc.) que pueden llevarnos a los bordes de nuestra ventana de tolerancia. Sin embargo, somos ampliamente capaces de tolerar estos factores estresantes y, aunque nuestro funcionamiento diario puede verse afectado, podemos recurrir a fuentes de apoyo internas y externas para superar los momentos difíciles.

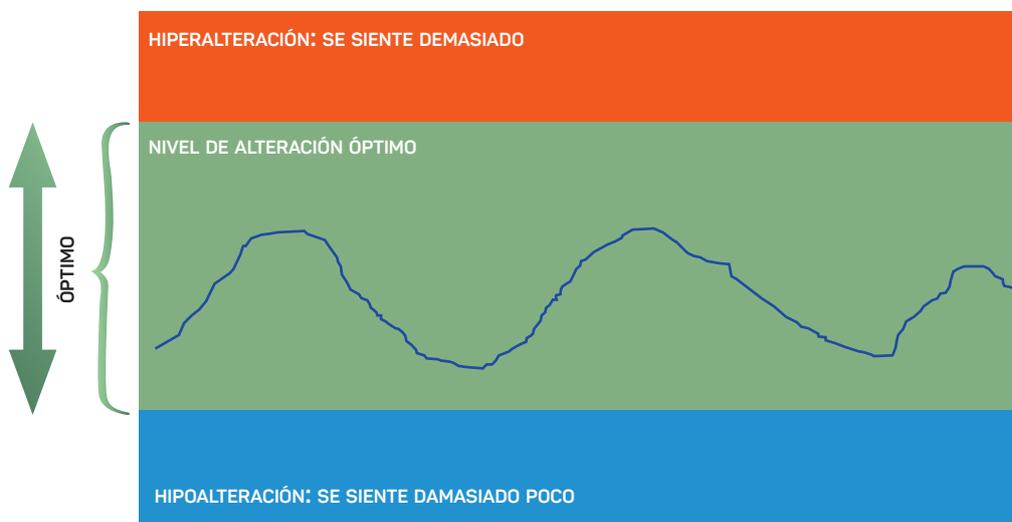


FIGURA 5
NHS NES, VENTANA DE TOLERANCIA: NIVEL DE ALTERACIÓN ÓPTIMO (ADAPTADO)

b) Tener una ventana de tolerancia más estrecha como resultado de un trauma

Sin embargo, esta ventana no es un estado fijo: las personas que han experimentado un trauma crónico y experimentan el mundo como inseguro pueden tener una ventana de tolerancia más estrecha, que también es menos flexible (figura 6). En estas circunstancias, una persona puede responder incluso a factores estresantes menores al volverse hiper o hipoalterada rápidamente. Lo que desencadena los niveles de estrés de una persona puede ser un recuerdo consciente, pero es más probable que sea una sensación o estímulo inconsciente, por ejemplo, un olor, un tono de voz, un sentimiento de vergüenza o humillación, etc. Los desencadenantes son numerosos y únicos para cada persona.



FIGURA 6
NHS NES, VENTANA DE TOLERANCIA - VENTANA MÁS ESTRECHA COMO RESULTADO DE UN TRAUMA (ADAPTADO)

c) Volverse hiperalterado (zona roja)

Cuando nos volvemos hiperalterados debido al trauma (figura 4) (lo que Porges llamó la movilización, el estado simpático), nuestros sentimientos pueden intensificarse e intensificarse y somos menos capaces de recurrir a estrategias que podrían ayudarnos a autocalmarse es decir, a llevarnos a una posición de calma. Nuestras habilidades para pensar con claridad y resolver problemas pueden disminuir, y podemos experimentar energía / activación excesiva que conduce a sentimientos de ansiedad, pánico e inquietud. Esto puede manifestarse como dificultades para dormir, comer y la digestión y para gestionar nuestras emociones. Trabajar con personas en este estado puede ser difícil, ya que parecen no estar escuchando o dispuestos a seguir consejos. Esto no es intencional por su parte; son sólo incapaces de volver a esa zona verde óptima.

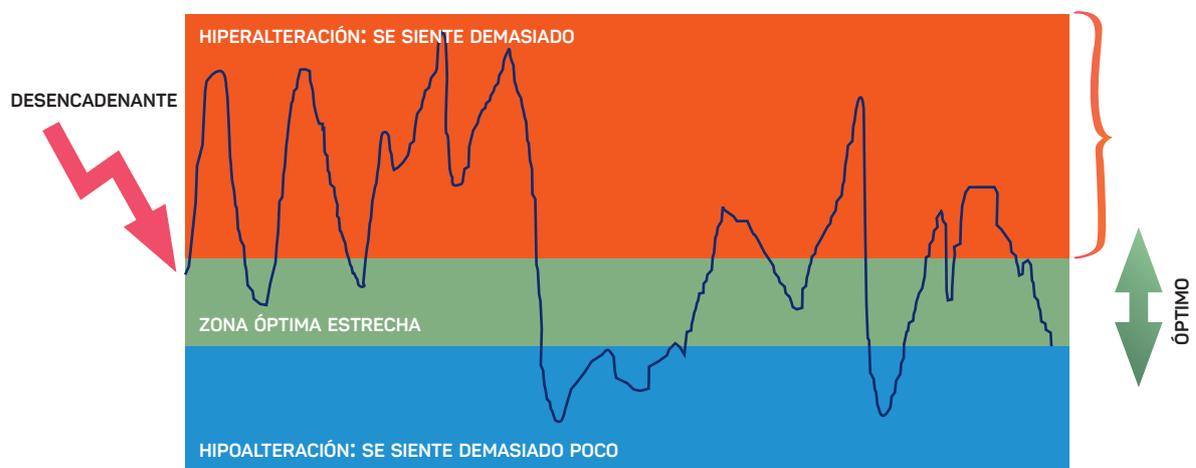


FIGURA 7
NHS NES, VENTANA DE TOLERANCIA - VOLVERSE HIPERALTERADO (ADAPTADO)

d) Volverse hipoalterado (zona azul)

Cuando nuestras respuestas al trauma nos hacen «congelarnos», adormecernos o apagarnos, se dice que estamos en un estado hipoalterado, lo que Porges describió como activación de la vía vaga dorsal (figura 5). Aquí, agotados de energía, podemos sentirnos agotados, deprimidos y desconectados, y nuestras emociones pueden sentirse embotadas. Una vez más, dormir (demasiado), comer y la digestión pueden verse afectados. Del mismo modo, trabajar con personas cuando están hipoalteradas no es fácil, ya que pueden parecer desmotivadas, aburridas y no responden a las ofertas de ayuda.

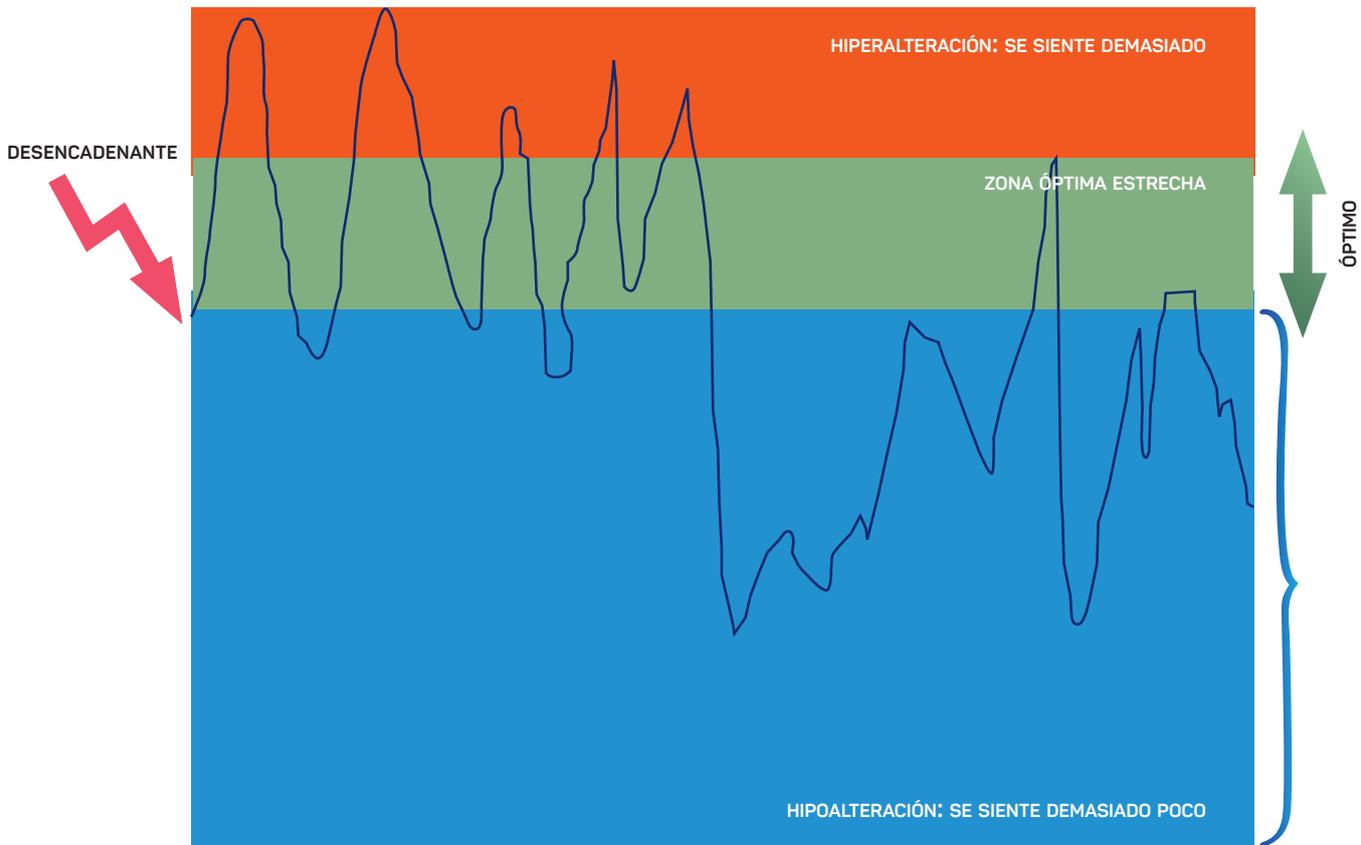


FIGURE 8
 NHS NES, VENTANA DE TOLERANCIA – VOLVERSE HIPOALTERADO (ADAPTADO)

Es importante tener en cuenta que las personas pueden pasar de un estado hiperalterado a uno de hipoalteración, posiblemente debido a que la mente, el cerebro y el cuerpo se sienten tan abrumados que ya no pueden permanecer en ese estado de alteración. Las personas también pueden tratar de cambiar de estado por sí mismas a través del uso de sustancias externas o mediante la participación en actividades, a menudo arriesgadas, ya sea para hacerse sentir más vivas o más tranquilas, por ejemplo, uso de sustancias, autolesiones, etc.

La ventana de tolerancia es un concepto útil porque:

- Invoca un sentido de compasión y comprensión en aquellos que actúan con capacidad de ayuda.
- Nos recuerda que las respuestas que entran en la categoría de «hipoalterados» también son signos de angustia, aunque puedan provocar menos de una reacción hiperalterada en nosotros. El niño tranquilo puede haber aprendido a permanecer «fuera del radar» para que no sufra daños.
- Nos impulsa a prestar atención a nuestras propias experiencias y respuestas.
- Nos anima a replantear el lenguaje que usamos al informar o registrar el comportamiento de las personas.
- Proporciona una herramienta accesible para compartir con los niños y los padres con el fin de ayudarles a comprender su comportamiento e identificar sus estados mentales.
- Nos ayuda a entender qué estrategias podrían ser útiles para devolver a una persona a un sentido de equilibrio.



Ver + considerar:

Aquí, Caroline Bruce, psicóloga clínica de NHS Education for Scotland, aplica la ventana de tolerancia a cómo los testigos que han experimentado un trauma pueden recibir un mejor apoyo al declarar ante el tribunal. ¿Qué sugiere que se puede hacer para evitar la «nueva traumatización»?

Ways to avoid re-traumatizing witnesses part 3: Window of tolerance
<https://vimeo.com/378985172>.



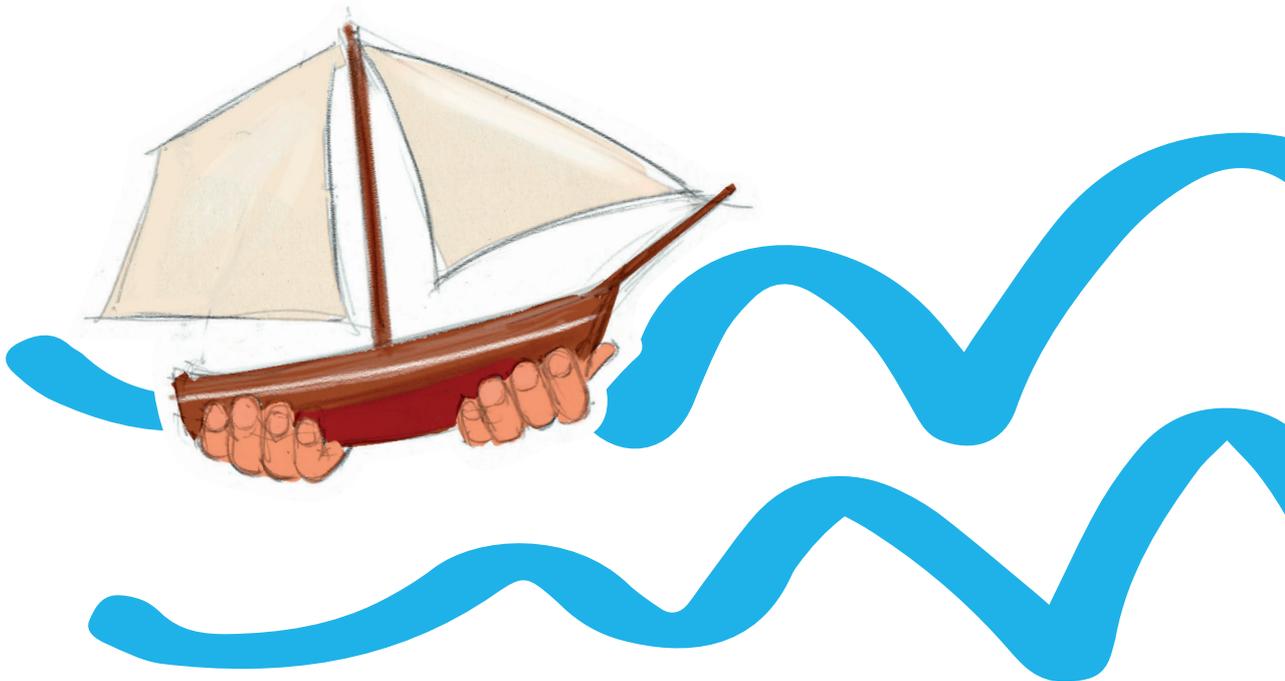
Puntos a considerar:

Piense en un encuentro reciente en su trabajo con un niño o un adulto cuando su comportamiento le dio algún motivo de preocupación. Trate de recordar cuantos detalles pueda sobre el encuentro. ¿Cómo podría ayudarle la ventana de tolerancia a cambiar la forma en que piensa o describe lo que está sucediendo para a) el niño / adulto y b) para usted? Reflexionando sobre este encuentro, ¿qué haría ahora de manera diferente para ayudarle a sí mismo y a la otra persona a permanecer en o volver a su ventana de tolerancia?

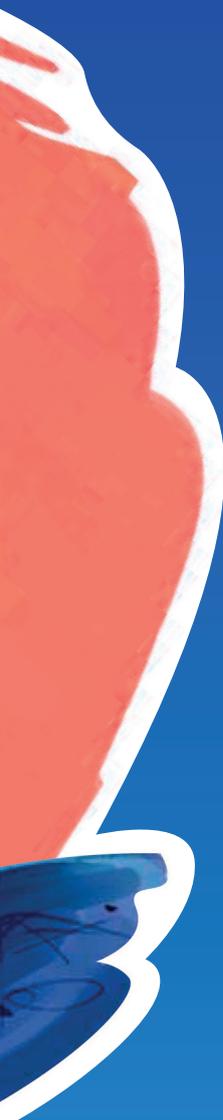
Recuerde

La literatura ofrece múltiples formas de enmarcar o definir el trauma. Algunos enfatizan el acontecimiento, mientras que otros se centran en el impacto del mismo. Es útil diferenciar entre trauma agudo y complejo. Ambos afectan a la sensación de seguridad de una persona, pero son sustancialmente diferentes con respecto al impacto en el sentido de sí mismo de una persona y cómo se relaciona con los demás, particularmente si el trauma se experimenta a una edad temprana.

- Las respuestas al trauma son parte de la condición humana y se ven mejor como **«comportamiento adaptativo»** que ha permitido a una persona sobrevivir a su experiencia traumática. Ocurren a menudo a un nivel subconsciente y, por lo tanto, es posible que las personas no siempre puedan explicar fácilmente con palabras por qué reaccionaron de una manera particular.
- Las personas responderán al trauma de varias maneras dependiendo del equilibrio de los factores de riesgo y protección que estén presentes en sus entornos. La confianza relacional y el apoyo son componentes clave en las habilidades de las personas para recuperarse del trauma y, sin embargo, estos pueden ser los componentes que se han visto más afectados en situaciones de trauma complejo.
- Ayudar a las personas a comprender cómo el cerebro, el cuerpo y la mente responden al trauma puede ayudar a las personas a tener una comprensión más autocompasiva de sus historias de trauma y les ayudará a desarrollar nuevas narrativas sobre lo que les sucedió.
- Armados con este conocimiento, los profesionales y las organizaciones deben comenzar a revisar y evaluar cómo sus prácticas, procesos, estructuras, etc. actuales pueden volver a traumatizar inadvertidamente a las personas con antecedentes de trauma.







CAPÍTULO 5



**Trauma
complejo:
su significado
e impacto en el
desarrollo de los
niños**

CAPÍTULO 5

TRAUMA COMPLEJO: SU SIGNIFICADO E IMPACTO EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS

« Creo que los profesionales a veces subestiman lo que los niños pueden entender. Los profesionales a veces no pueden imaginar aquello a lo que los niños ya han tenido que enfrentarse».
(Cita de un profesional, ejercicio, 2020)

INTRODUCCIÓN

Esta sección explora con más detalle el concepto de trauma complejo, ya que este es el tipo de trauma que los niños en cuidado alternativo tienen más probabilidades de haber experimentado. En línea con el principio de que el trauma debe entenderse desde una perspectiva de desarrollo infantil, inicialmente prestaremos atención a algunos de los componentes críticos que dan forma al desarrollo psicosocial de un niño y luego veremos el impacto potencial del trauma complejo y cómo podría presentarse en los pensamientos, sentimientos, acciones y en la salud física de los niños.

5.1 Componentes críticos del desarrollo psicosocial de los niños

El desarrollo de los niños puede entenderse desde varias perspectivas distintas pero superpuestas. En la literatura, a menudo se presta atención a diferentes dominios del desarrollo, por ejemplo, físico, psicológico, neurodesarrollo, cognitivo, sexual, espiritual, etc. o pensando en diferentes etapas del desarrollo, por ejemplo, prenatal, infancia, niñez temprana, infancia media, adolescencia, adultez temprana, etc. Aquí, prestamos especial atención al desarrollo psicosocial de los niños, conscientes del hecho de que este es solo un aspecto de las necesidades holísticas de los niños.

El desarrollo cerebral de un niño está fuertemente influenciado por las experiencias de la vida, especialmente aquellas que ocurren cuando el niño está en el útero (antes de nacer) y en la primera infancia. El cerebro se desarrolla **de forma secuencial**, lo que significa que a través de acciones repetitivas, las vías y conexiones se construyen en pasos lógicos dentro y entre diferentes áreas del cerebro, lo que permite un **crecimiento progresivo** de habilidades, talentos y aptitudes.

Desde una perspectiva psicosocial, el pensamiento del desarrollo infantil se basa en gran medida en el trabajo de John Bowlby, psicólogo y psicoanalista inglés. Su **teoría del apego**, que describe cómo los niños, en la búsqueda de su necesidad de sobrevivir, **buscan consuelo y tranquilidad** de su(s) cuidador(es) principal(es) en **momentos de angustia**, proporciona las bases para comprender la naturaleza y el impacto del trauma complejo en la vida de los niños. La **teoría del apego** sugiere que cuando las necesidades de supervivencia de los niños se satisfacen mediante el establecimiento de una base segura [su relación con su(s) cuidador(es) principal(es)], solo entonces son libres de explorar

su mundo, seguros de que sus necesidades de comodidad y conexión serán satisfechas cuando sea necesario.

En las primeras fases de la teoría del apego, se prestó mucha atención a identificar y responder al tipo de «estilo de apego» que un niño podría desarrollar en respuesta a su crianza temprana y que reproducirá a lo largo de la vida. En tiempos más recientes, la ciencia del apego sugiere que los estilos de apego son más matizados y, debido a la capacidad del cerebro para cambiar (neuroplasticidad), son quizás menos fijos (determinantes) de lo que se ha descrito anteriormente. Hoy en día, los teóricos buscan combinar la narrativa original sobre la «supervivencia» con una en la que el apego se entiende como **«proceso» continuo en el que se adquieren y nutren habilidades de desarrollo interrelacionadas.**

Sugerimos que comprender el trauma complejo a través de una lente del desarrollo infantil es esencial porque nos coloca en una mejor posición para comprender cómo el trauma puede descarrilar el desarrollo de los niños y qué podemos hacer para ayudar a los niños a volver a su proceso de desarrollo. Si bien a continuación hablamos de una serie de componentes psicosociales a través de las primeras experiencias relacionales de los niños, es importante tener en cuenta que son características de la vida diaria durante la infancia y más allá. El elemento de formación de esta iniciativa explorará estos asuntos con mayor detalle.

a) Los humanos son animales sociales por naturaleza

Ya hemos aprendido que debido a nuestra historia evolutiva, **los humanos somos animales innatamente sociales y tenemos una necesidad de «pertenecer»:** es lo que nos ha permitido sobrevivir y desarrollarnos como especie. Como tal, **muchos de nuestros sistemas corporales están orientados hacia la conexión social y las relaciones.** A diferencia de otros animales, las crías humanas tardan mucho tiempo en madurar y funcionar de forma independiente, por lo que dependen de su(s) cuidador(es) principal(es) por ser una fuente constante de seguridad, estabilidad y crianza. Por lo tanto, cualquier acción que haga que un niño se sienta desconectado o a la deriva de su red social se sentirá amenazante y provocará la respuesta humana al estrés.

b) Los niños son actores activos en su desarrollo

Los bebés y los niños pequeños no son espectadores pasivos en su desarrollo. **Desde el momento en que nacen, los bebés buscan activamente apegarse a su(s) cuidador(es) principal(es), acercándolos cada vez más para mayor seguridad y protección.** Estas son las primeras señales de que los niños expresan un **«sentido de voluntad»**. Como señala la Red nacional de estrés por trauma infantil, desarrollar un «sentido de voluntad» (o **«dominio»**) es fundamental en el desarrollo de los niños, ya que establece una:

«...habilidad de ver las acciones de uno como si tuvieran significado y valor».¹²


12. Red nacional de estrés por trauma infantil www.nctsn.org/effects

c) Los niños aprenden a regular a través de la correulación

Una habilidad importante que es **vital que los niños alcancen**, y que se nutre dentro de la relación de apego, es la **regulación emocional**. **La regulación de los niños siempre requiere la presencia de un adulto correulador**. En el desarrollo temprano, todo en el mundo del bebé es nuevo y, por lo tanto, ofrece muchas amenazas potenciales. Al proporcionar **comodidad, calma y crianza en momentos de alegría e intimidad**, un cuidador principal establece una relación que ayuda a regular las emociones de su bebé. Este patrón de cuidado constante y repetitivo, en el que el **padre nota el estado emocional del bebé y lo refleja a través del tono de voz, la expresión facial, el tacto y el gesto**, ayuda al niño a aprender con el tiempo que los estados emocionales son temporales, tienen nombres y pueden gestionarse (nótese aquí la superposición con la forma en que funciona el sistema de compromiso social en la Teoría Polivagal de Porges.)

d) Mentalización: cómo los niños necesitan a otros para ayudarles a desarrollar una mente

El concepto de **«mentalización»** proviene del trabajo de Peter Fonagy,¹³ psicólogo y psicoanalista húngaro con sede en el University College de Londres y el Centro nacional Anna Freud para niños y familias, y se centra en cómo se **desarrollan las mentes de los niños**. Mentalizar se refiere al **esfuerzo que un individuo hace para comprender a otras personas en términos de sus pensamientos, creencias, conocimientos, deseos e intenciones**: en otras palabras, lo que sucede en su mundo subjetivo. Las habilidades de un cuidador primario para reconocer que su hijo tiene una mente con pensamientos, sentimientos, deseos, etc. ayudan al niño a desarrollar esta comprensión y, con el tiempo, darse cuenta de que el comportamiento de los demás también está respaldado por estos estados mentales. Si un niño **ve a su(s) cuidador(es) principal(es) reflejando con precisión sus verdaderos pensamientos, creencias, deseos, intenciones**, etc., esto no solo ayuda al niño a **organizar sus estados mentales** (la respuesta coincide con su intención), sino que también proporciona al niño una sensación de ser **conocido y comprendido**. Fonagy sugiere que es esta experiencia de «ser comprendido», de **reconocerse a sí mismo en la comprensión de su cuidador principal**, la que hace que un niño **desarrolle un sentido de confianza y pertenencia**. No es imprescindible que un padre «entienda» el estado mental del niño correcto todo el tiempo, pero en el intercambio entre las dos partes sobre lo que se pretendía es en lo que se construye la confianza. Los niños que rara vez o que no experimentan este intercambio en sus relaciones con sus cuidadores principales pueden tener dificultades para comprender y entender sus propias intenciones y las de otras personas.

13. Fonagy y Target (2002). *Early Intervention and self regulation*. *Psychoanalytic Inquiry*, 22:3, 307-335 <http://dx.doi.org/10.1080/07351692209348990>.

e) Cuidado sintonizado

Como vehículo de la regulación, el **cuidado sintonizado** se refiere a **cómo los cuidadores principales son capaces de reconocer el «sentido de voluntad» del niño y de hacer coincidir sus estados emocionales y atención**. Basándose en el trabajo de Fonagy y otros, Elizabeth Mein¹⁴ profesora de psicología en la Universidad de York, Reino Unido, ha desarrollado el concepto de **«mente mentalizante»** para ayudarnos a pensar en cómo se ve la atención sintonizada en la práctica. A través de sus estudios sobre la interacción entre niños pequeños y padres, sugiere que **los cuidadores principales que interpretan el comportamiento de su hijo como significativo** no solo pueden **sintonizar con las emociones, deseos e intereses de sus hijos con mayor precisión**, sino también **responder** a sus hijos sobre los estados mentales y emocionales. Los bebés prosperan cuando los cuidadores principales **a sus hijos sobre los estados mentales y emocionales. Los bebés prosperan cuando los cuidadores principales**, sienten **curiosidad** por lo que su bebé está pensando y sintiendo, y **hacen comentarios mentales apropiados**, por ejemplo, un padre puede decirle a un bebé «Veo que estás aburrido con ese juguete». La idoneidad de ese comentario depende de si el niño realmente está aburrido o no. Si el niño muestra signos de interés, por ejemplo, está mirando el juguete, intentando cogerlo, etc., el comentario no es apropiado. Los padres necesitan hacer **más que hablar sobre pensamientos y sentimientos**. Necesitan hacer comentarios que estén **en sintonía y sean sensibles a las iniciativas del niño**.

f) Cómo el «ciclo de ruptura y reparación» ayuda a la regulación y la sociabilidad

Los niños y su(s) cuidador(es) principal(es) no están constantemente en sintonía o línea entre sí. A lo largo de la infancia, pero particularmente cuando un niño es pre-verbal, habrá frecuentes **«rupturas»** lo largo del día donde las señales se malinterpretan o el cuidador principal toma un tiempo para descubrir la fuente de la angustia del niño (es un grito de hambre, cansancio o dolor). Lo importante es que la **relación vuelva a alinearse («repararse»)** virtud del hecho de que **las necesidades del niño se satisfacen con un cuidado tierno, relajante y reconfortante**. Una vez que el niño se vuelve móvil y comienza a explorar su mundo, los incidentes de **«ruptura y reparación»** aumentan considerablemente a medida que la curiosidad de los niños requiere que sus cuidadores principales estén constantemente vigilantes. A lo largo del día, a medida que se les dice a los niños que «no toquen algo caliente / golpeen a la mascota de la familia / pongan algo sucio en su boca», etc., hay oportunidades frecuentes para rupturas y reparaciones. Por lo tanto, el ciclo de ruptura y reparación cumple dos funciones importantes:

- Con el tiempo, ayuda a los niños a **explorar de manera segura, gestionar los impulsos y cumplir con las normas sociales**.
- Ayuda al niño a hacer una **clara distinción** entre el comportamiento no deseado, **lo que ha hecho**, y que todavía es amado y valorado por **lo que es**. La sensación de seguridad y conexión del niño, basada en su relación con su(s) cuidador(es) principal(es), permanece intacta.

14. Mein, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: operationalizing the construct of mind-mindedness [https://www.york.ac.uk/media/psychology/mind-mindedness/Meins%20\(2013\).pdf](https://www.york.ac.uk/media/psychology/mind-mindedness/Meins%20(2013).pdf)

g) Fiabilidad epistémica: la base para el aprendizaje y la integración social

Fonagy sugiere que la confianza que se desarrolla a través de las primeras relaciones de apego de los niños (lo que él llama **fiabilidad epistémica**) es vital, ya que sienta las bases para todo el aprendizaje futuro y la integración social. Argumenta que debido a su relación de apego con sus cuidadores principales, los niños perciben el nuevo conocimiento recibido de ellos como fiable y relevante, y están dispuestos, por lo tanto, a integrarlos en sus vidas. Este proceso desarrolla en la mente de los niños la sensación de que **las soluciones de aprendizaje y resolución de problemas se encuentran en la red social que los rodea**. En los primeros años estas experiencias abren la mente del niño para aprender y participar en un mundo social más amplio bajo la guía de su(s) cuidador(es) principal(es). A medida que el niño crece y sus horizontes se expanden, esta fiabilidad **epistémica se vuelve transferible a otras relaciones con adultos** (por ejemplo, maestros, entrenadores deportivos, médicos, etc.), lo que permite que florezcan el aprendizaje, el compromiso social y la voluntad. Fundamentalmente, la fiabilidad epistémica proporciona los fundamentos de los comportamientos de «búsqueda de ayuda».



Ver + considerar:

Aquí, Peter Fonagy proporciona una explicación atractiva y accesible del papel y la importancia de comprender cómo se desarrollan las mentes de los niños utilizando las ideas de «mentalización» y «fiabilidad epistémica». ¿Cómo podría describir estas ideas a un compañero usando el lenguaje cotidiano?

Peter Fonagy – What is Mentalization – Simms Mann Institute – 18 de noviembre de 2016 - <https://www.youtube.com/watch?v=MJ1Y9zw-n7U>

5.2 5.2 Autismo y mentalización

Los niños en el espectro autista o aquellos que muestran patrones atípicos de comportamiento (a veces denominados niños con neurodiversidad), tienen tanto derecho como cualquier otro niño a que se tengan en cuenta sus necesidades.

Para los niños en el espectro autista, la capacidad de comprender los estados mentales de los demás ha recibido especial atención. Como se mencionó anteriormente, es una habilidad importante que ayuda a un niño a conectarse, sentirse seguro y prosperar. **No ser capaz de reconocer que otras personas pueden pensar de manera diferente a ti o no ser capaz de entender los pensamientos y sentimientos de los demás puede hacer del mundo un lugar muy aterrador e impredecible.** Los niños con desarrollo típico tienden a ser capaces de demostrar esta habilidad de mentalización alrededor de la edad de cuatro años, sin embargo, los niños en el espectro autista pueden encontrar que esto es más un desafío.

Los niños en el espectro **también pueden experimentar diferentes estilos de procesamiento y pensamiento.** Esto puede afectar el funcionamiento ejecutivo, que ayuda con la toma de decisiones, la atención y permite que un niño vea el panorama general e infiera el significado en las situaciones.

Un estudio a gran escala (Wing y Gould, 1979)¹⁵ identificó tres áreas de funcionamiento que pueden requerir especial reflexión y atención:

- **Relaciones sociales**, por ejemplo, hacer y mantener amistades, hacer frente al tiempo no estructurado, trabajar en cooperación con otros.
- **Problemas de comunicación**, por ejemplo, retener información verbal, interpretar el lenguaje corporal, las expresiones faciales y los gestos y comprender los chistes sociales.
- **Inflexibilidad de pensamiento e imaginación**, por ejemplo, hacer frente al cambio, comprender generalizaciones.

Además, la investigación sobre el **procesamiento sensorial y la integración** también está comenzando a crear una mejor comprensión sobre las formas en que los niños en el espectro autista experimentan el mundo. Si bien cada niño es diferente, **la forma en que un entorno responde a sus necesidades sensoriales** puede tener un gran impacto en la capacidad de un niño para funcionar y sus niveles de alteración.

Aunque potencialmente de origen en el neurodesarrollo, es interesante que **los niños en el espectro autista pueden exhibir algunos comportamientos similares a los observados en niños cuyas experiencias tempranas de apego pueden haberse visto comprometidas**. Esto demuestra la importancia de recopilar información de antecedentes de buena calidad y ser genuinamente curioso acerca de las razones por las que un niño se relaciona de una manera particular. **La investigación sobre la neurodiversidad tiene mucho que enseñar a los enfoques convencionales en el cuidado alternativo**. Por ejemplo, se sabe que las personas en el espectro autista pueden, con el tiempo y la práctica, **lograr la conciencia de los estados mentales mediante el aprendizaje dirigido**. A partir de esto, queda claro que las habilidades mentalizadoras se pueden desarrollar en años posteriores.

5.3 Cómo el impacto psicosocial del trauma puede afectar el desarrollo de los niños

Para recapitular, el trauma complejo es sustancialmente diferente a las formas únicas y agudas de trauma porque:

- **Es crónico y repetido**
- **Ocurre durante la infancia y**
- **En el contexto de las relaciones del niño.**

A veces también se refiere en la literatura como «trauma del desarrollo» o «trauma relacional».

a) Actos de comisión / omisión

Desde la perspectiva de un niño, el trauma complejo puede tomar dos formas:

- Actos de comisión: actos dañinos e intrusivos, a menudo cometidos por adultos de confianza que sirven para invocar el miedo en un niño. Los ejemplos incluyen abuso físico, emocional y sexual, exposición a violencia doméstica, etc.

15. Wing, L. y Gould, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification*. *Revista de autismo y trastornos del desarrollo*, 9, 11-29.

- **Actos de omisión:** donde la **ausencia** repetida de atención segura, enriquecedora y estimulante puede conducir a sentimientos de desconexión o abandono.

Los actos de omisión o «**negligencia**» a menudo se pasan por alto y se subestiman cuando se considera el trauma. La identificación de patrones de negligencia, que pueden ser sutiles y que ocurren con el tiempo, puede perderse cuando se trabaja con familias que experimentan una multiplicidad de problemas. Del mismo modo, la comprensión de la respuesta a la amenaza invocada por la negligencia también se pasa por alto a menudo. Desde la perspectiva de un niño, **el impacto de la negligencia puede ser grave, ya sea deliberado o consecuencia de los problemas a los que se enfrentan los cuidadores en sus propias vidas.** Desde una perspectiva psicosocial, los niños, pero particularmente los bebés, pueden sentirse muy angustiados por la ausencia de un cuidador receptivo, ya que pueden interpretar la **ausencia de conexión y protección como altamente amenazante.**



Ver + considerar:

Los experimentos de «cara inexpresiva» de Ed Tronick demuestran cómo los niños muy pequeños se angustian rápidamente cuando pierden la «conexión» con su(s) cuidador(es) principal(es). Usando los componentes críticos del desarrollo psicosocial aprendidos hasta ahora:

- a) ¿Qué interacciones positivas entre el niño y la madre ve en este video?
- b) ¿Cómo responde el niño cuando se rompe la conexión con su madre?

<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

b) Impotencia y ausencia de «voluntad»

Cuando ocurre un trauma complejo, particularmente en la primera infancia, el niño puede experimentar **un terror profundo, arraigado en la impotencia.** La impotencia viene en muchas formas. En un trabajo reciente y potencialmente innovador sobre cómo respondemos a la angustia emocional, los autores señalan que aunque todas las formas de poder pueden darse a través de las relaciones, **el poder interpersonal** definirse como:

«...el poder de cuidar / no cuidar o proteger a alguien, abandonarlo o dejarlo, dar o retirar el amor».¹⁶

Los niños tienen poco poder debido a su condición de niños, su edad y su tamaño. Para todos los niños, pero para los niños pequeños en particular, su **capacidad para luchar o huir frente al trauma es limitada, por lo que una respuesta de congelación puede ser más común (consulte la sección 4.3).** Los ejemplos pueden incluir bebés que rara vez lloran (ya que han aprendido que sus intentos de comunicarse serán ignorados), niños pequeños que están «vigilantes» o aquellos que son demasiado

16. Johnstone, L. y Boyle, M. et al (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis.* Leicester: British Psychological Society, página 95.

obedientes ya que viven con miedo de provocar la ira o la violencia de los demás. **Los niños con discapacidad son aún más impotentes.** Aquellos que tienen discapacidades físicas pueden ser incapaces de alejarse de las situaciones: aquellos con discapacidades de aprendizaje o comunicación pueden tener su comunicación sobre la angustia mal interpretada o ignorada.

Esta sensación de impotencia puede tener un **profundo efecto en el sentido de voluntad de un niño.** Como se señaló en la sección anterior, la voluntad construye un sentido de esperanza, control y que sus acciones tienen valor y significado. A medida que los niños crecen y se desarrollan, el sentido de voluntad contribuye a la toma de decisiones, la planificación y la creación de resiliencia y, desde la perspectiva de los derechos del niño, contribuye a las capacidades de los niños para participar, tomar decisiones y determinar el camino de sus propias vidas.

c) Sentimientos de terror y ausencia de confianza

Es difícil imaginar cuán aterrorizado se siente un niño si la amenaza de trauma que está experimentando proviene de un adulto en una posición de confianza, ya sea un padre, cuidador, miembro de la familia más amplia o un trabajador profesional (por ejemplo, maestro, entrenador deportivo, líder religioso, etc.). D'Andrea (2012), al considerar la experiencia traumática en la primera infancia, comentó que la sensación de impotencia es aún más **devastadora cuando:**

«... las experiencias aterradoras, causadas por alguien que debería ser una figura de confianza, son la norma en la vida de los niños...»¹⁷

Furnivall sugiere que los niños que experimentan un trauma a manos de sus cuidadores:

«... se enfrentan a un dilema irresoluble, ya que la persona de la que dependen para su seguridad es la misma persona que es la fuente de su angustia».¹⁸

Es esta característica del trauma complejo lo que lo hace sustancialmente diferente de otras formas de trauma.

Los impactos del trauma para los niños cuya fuente de protección es también su fuente de miedo son potencialmente numerosos, significativos para el desarrollo y acumulativos, por ejemplo:

- Es más probable que **experimenten estados de alteración más altos y más frecuentes** (hiper / hipo) que los llevan fuera de su «ventana de tolerancia». Se sabe que las altas tasas de producción de una de las hormonas del estrés, el cortisol, pueden contribuir a la inflamación en el cuerpo y la supresión de nuestras respuestas naturales de inmunización.
- Sin la presencia de un adulto coherente y regulador, su **capacidad para desarrollar las habilidades reguladoras que podrían ayudarlos a calmarse** (volver a su ventana de tolerancia) **y controlar los impulsos puede verse afectada.**

17. D'Andrea et al. (2012). *Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis.*

18. Furnivall, J. (2011). *Attachment-informed practice with looked after children and young people, Insights, Paper 10.* [https://www.iriss.org.uk/resources/insights/attachment-informed-practice-looked-after-children-young-people.](https://www.iriss.org.uk/resources/insights/attachment-informed-practice-looked-after-children-young-people)

- Pueden tener **menos energía y atención para asignar a otras tareas de desarrollo**, por ejemplo, adquisición del lenguaje, habilidades sociales, concentración, etc.
- Sus estados mentales pueden estar en un estado constante de confusión si su necesidad de proximidad y protección se satisface con diferentes respuestas de calidez, indiferencia o dureza. Como resultado, los niños pueden comenzar a desarrollar un sentido de **desintegración, es decir, una desconexión entre sus sentimientos, experiencias y pensamientos.**

d) «División» y sentimientos de vergüenza

- En su libro, *The Simple Guide to Understanding Shame in Children (2019)*, Betsy de Thierry explora este sentido de desintegración. Al describir la respuesta como «disociativa» (respuesta hipoalterada) y subconsciente, explica que los niños pueden desarrollar una estrategia de supervivencia que les permita continuar relacionándose con su cuidador principal a pesar de que son una fuente de amenaza y terror. Usando **la idea psicológica de «división»**, de Thierry explica cómo la mente del niño divide los recuerdos dolorosos, las sensaciones físicas y las emociones en el subconsciente **para que puedan continuar satisfaciendo sus necesidades básicas**. Si bien esta estrategia de supervivencia les permite funcionar día a día, puede **invocar confusión emocional y física y un profundo sentido de vergüenza e inutilidad**. También puede invocar sentimientos de complicidad o de no hacer lo suficiente para detener el abuso, lo que puede agravar la capacidad de los niños para hablar. Por lo tanto, si surgen oportunidades, es muy importante que los niños que tienen experiencia con los traumas escuchen que sus **respuestas traumáticas no fueron decisiones racionales y conscientes, sino que fueron controladas por mecanismos de supervivencia innatos que se desencadenaron cuando su cuerpo estaba en un estado de completo agobio.**

Haciéndose eco del «ciclo de ruptura / reparación» anterior, de Thierry, cuando escribe sobre la vergüenza, habla de comprender **la distinción entre «culpa»** - «has hecho algo malo» y **«vergüenza»** - «eres fundamentalmente malo y desagradable». Ella sugiere que los sentimientos de vergüenza pueden desencadenar en los niños una **señal urgente de peligro** ya que generan la **posibilidad de rechazo, fracaso, exposición y abandono**. Es una vez más esta amenaza de desconexión social la que «amenaza la experiencia humana muy básica de estar vivo y **necesitar pertenecer, ser amado y ser aceptado**».¹⁹

5.4 Cómo se manifiesta el trauma en los niños

Antes de pasar a ver las formas en que el trauma puede aparecer en la vida de los niños vale la pena recordar algunos puntos importantes de las secciones anteriores.

- **Las experiencias traumáticas tienden a almacenarse de diferentes maneras a las no traumáticas**



19. de Thierry, B. (2018). *The Simple Guide to Understanding Shame in Children: What it Is, what Helps and how to Prevent Further Stress Or Trauma*. Jessica Kingsley Publishers, página 15.

- Los recuerdos traumáticos a menudo se almacenan **debajo de la conciencia** y pueden entrometerse en nuestras mentes conscientes sin previo aviso.
- Los recuerdos traumáticos pueden ser ligeros en «narrativa» (palabras), pero en cambio **se componen de sensaciones y sentimientos detallados** que rodean las experiencias, por ejemplo, imágenes, sonidos, olores, sabores, entumecimiento, falta de aliento, etc. Brennan et al (2019) comentan que «... esta diferencia entre la forma en que retenemos los recuerdos cotidianos y traumáticos» explica **por qué los recuerdos del trauma se sienten tan impredecibles y vívidos»**.²⁰
- A lo largo de la infancia, el crecimiento y el cambio son altamente dinámicos y ocurren en muchos dominios integrados (físico, social, emocional, psicológico, espiritual, etc.). El trauma puede **tener un impacto diferente dependiendo de la etapa de desarrollo del niño: cuanto antes ocurra el trauma, más potencialmente dañinos serán sus efectos**.
- Hay **numerosas maneras** en que el trauma puede desarrollarse en la vida de los niños, **afectando a la forma en que piensan, sienten y actúan**. A veces, debido a la forma en que se procesan los recuerdos del trauma, las conexiones entre la experiencia del trauma y la respuesta al trauma **no siempre son obvias**, ya sea para el niño mismo o para los adultos que lo rodean.
- Las respuestas al trauma a menudo se **manifiestan en el comportamiento de los niños** así como en su **funcionamiento corporal**. A veces es más fácil detectar signos de trauma cuando los niños se vuelven **hiperdesregulados** porque sus respuestas conductuales son más obvias de ver. Menos evidentes, a veces, son los niños que desregulan de una manera más **disociativa (hipodesregulada)**. Estas respuestas, que pueden ser más tranquilas y centrarse en torno a «ser obediente» o «bajo el radar» de la atención adulta, pueden **pasar desapercibidas fácilmente**.

Lo que sigue son algunos ejemplos de cómo la respuesta adaptativa de los niños al trauma puede desarrollarse en sus pensamientos, sentimientos, acciones y salud física. No es una lista exhaustiva y se da con la precaución de que no debe asumirse automáticamente que el trauma es la única explicación posible que subyace a estos comportamientos.

- Los niños pueden tener una **imagen negativa de sí mismos** en la que se sienten diferentes o desconectados de los demás, sin valor, no dignos de ser amados o que tienen la culpa de no vivir más con sus familias.
- **Emocionalmente** – los niños pueden tener dificultades para identificar y gestionar las emociones, y pueden tener un lenguaje limitado para expresar sus estados mentales, es decir, sus pensamientos, sentimientos, intenciones y deseos, etc. Pueden parecer deprimidos, ansiosos o estar constantemente «al límite». Igualmente, pueden ser impulsivos o tener dificultades para calmarse después de un incidente. Además, pueden parecer emocionalmente insensibles o desconectarse de las amenazas, lo que puede hacerlos vulnerables a la nueva victimización.
- **Funcionamiento corporal** – los niños pueden experimentar dolores de cabeza recurrentes inexplicables, dolores de estómago, enuresis o dificultades para el funcionamiento intestinal (encopresis). También pueden tener un sueño deficiente, experimentar pesadillas y tener

20. Brennan, R et al. (2019). *Adversity and Trauma-Informed Practice: a short guide for professionals working on the frontline*. Young Minds publications, página 9.

problemas de alimentación o digestión. Pueden ser hipersensibles a la información sensorial o inconscientes del dolor, el tacto o las sensaciones físicas internas. Además, las sensaciones corporales pueden aparecer repentinamente o parecer confundirse con la realidad, por ejemplo, pueden no sentir frío a pesar de que la temperatura es realmente baja.

- **Atención** – los niños pueden parecer tan fácilmente distraídos, propensos a soñar despiertos o parecer «en otro lugar». Algunos pueden tener problemas particulares dentro de un entorno escolar y pueden tener dificultades con la concentración, la resolución de problemas, la planificación y la ejecución de planes.
- **Comportamiento** – los niños pueden parecer evitativos o controladores, o desarrollar estrategias de afrontamiento de problemas arriesgadas (por ejemplo, autolesiones o abuso de sustancias).
- **Relación con los demás** – los niños pueden parecer vigilantes, cautelosos y demasiado sensibles a los estados de ánimo de los demás. Pueden ocultar emociones y luchar para afirmar o mantener límites en las relaciones. Algunos niños pueden ser demasiado obedientes y luchar constantemente por la perfección, mientras que otros pueden perder los estribos y mostrar una ira desproporcionada. Los niños también pueden tratar de controlar sus circunstancias, que pueden ser robar, acaparar alimentos o intimidación.

Estas características se hacen eco en las evaluaciones realizadas por Aldeas Infantiles SOS Internacional con 250 cuidadores.²¹ Identificaron los siguientes problemas como desafiantes para ellos como personal:

- Comprender los comportamientos de los niños.
- Problemas atencionales y motivacionales en los procesos de aprendizaje.
- Hiperactividad y desarrollo emocional deficiente.
- El retraimiento y la desconfianza de los niños en las relaciones y los problemas en la adaptación.
- Cumplimiento de la estructura y normas diarias.
- Problemas de comunicación o falta de palabras para expresar o hacer frente a las emociones.

Debido a que el impacto del trauma se mantiene en el mundo interno de un niño y su **comportamiento adaptativo le ha permitido sobrevivir**, a menudo es difícil decir con certeza si el comportamiento tiene sus raíces en el trauma o no. Lo importante es que las **necesidades holísticas** de los niños, incluidas sus historias, patrones y fortalezas, sean **evaluadas y consideradas por una red social de apoyo**, en la que los adultos sean cálidos, cariñosos y curiosos. A menos que estos comportamientos se reconozcan como respuestas adaptativas, los niños pueden ser etiquetados formalmente con **diagnósticos psiquiátricos inexactos, lo que** a su vez puede conducir a intervenciones inadecuadas de drogas o comportamiento. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno por déficit de atención (TDA) es un buen ejemplo. Se usa comúnmente para describir a los niños que han experimentado un trauma complejo considerable. Los niños pueden etiquetarse también informalmente como «problemáticos», «que quieren llamar la atención», «manipuladores» o «delincuentes». Tales etiquetas, ya sean formales o informales, pueden impedir el desarrollo de **respuestas relacionales efectivas que se basen en la resiliencia de los niños**.



21. Aldeas Infantiles SOS Internacional (2019). *Analysis of training needs of caregivers and professionals regarding trauma of children. Documento interno.*

Blaustein y Kinniburgh (2010)²² analizaron el **desarrollo de cómo se desarrollan los niños en términos de su capacidad para establecer relaciones sociales positivas** y demostró cómo su progreso puede interrumpirse y tener un impacto acumulativo:

- **A nivel prenatal**, las experiencias de trauma materno pueden tener un impacto significativo en el desarrollo fetal. El niño en desarrollo puede verse afectado negativamente si la madre está expuesta a un estrés extremo o continuo, o si usa sustancias como drogas o alcohol.
- **En la primera infancia**, los bebés dependen completamente de sus cuidadores principales para su supervivencia y requieren cuidados cariñosos prácticos regulares para sentirse seguros y aprender a confiar. Forman apegos y comienzan a reconocer sentimientos en sí mismos y en los demás de una manera sensorial. Si sus necesidades no se satisfacen debido a acontecimientos traumáticos, las experiencias de los niños pueden ser impredecibles y peligrosas.
- **En la primera infancia**, los niños se esfuerzan por ser más independientes y, a través del juego, prueban cosas nuevas y aprenden a cooperar con los demás. Al volverse más asertivos, comienzan a desarrollar un sentido de propósito y se dan cuenta de que otros pueden no aprobar algunas acciones. Necesitan paciencia, aliento, orientación y límites para desarrollar y probar habilidades. Si estas necesidades no se satisfacen a través del trauma, y ya tienen desconfianza en el mundo, pueden desarrollar fuertes sentimientos de vergüenza.
- **En la infancia posterior**, los niños quieren aprender nuevas habilidades, particularmente en entornos educativos. Su red social en expansión les permite conocer sus habilidades y compararlas con otras y desarrollar un sentido de orgullo y formas de pensar más racionales. El trauma, en esta etapa, puede interrumpir este creciente sentido de competencia y puede conducir a una baja autoestima y un sentido de inferioridad.
- **En la adolescencia**, los jóvenes experimentan el segundo período de desarrollo más rápido. Sus funciones mentales superiores tienen la posibilidad de una expansión considerable. Comienzan a experimentar con sus propias identidades. Sin embargo, si han experimentado un trauma antes en sus vidas, su identidad propia puede ser muy confusa y sus estrategias de supervivencia previamente adaptativas pueden volverse inútiles y exponerlos a mayores riesgos y daños a medida que disminuye la supervisión adulta.

A menudo se describe que los niños en cuidado alternativo tienen una edad de desarrollo que es diferente a su edad cronológica. Si bien esto puede describir con precisión el nivel de madurez de un niño en comparación con sus compañeros, se sugiere que esta es una forma poco útil de describir las necesidades de los niños y puede provocar sentimientos de vergüenza y socavar un sentido de voluntad. Tal vez sea más compasivo hablar de comportamientos adaptativos que les han servido bien en el pasado, pero que ahora necesitan una mayor adaptación en nuevos entornos y para desafíos futuros.



22. Blaustein, M. E., y Kinniburgh, K. J. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.

También se debe prestar especial atención a las necesidades de los niños que tienen una discapacidad, ya que Miller and Brown²³ indican que tienen **más probabilidades de sufrir abusos que sus compañeros sanos**. Esta experiencia de abuso también puede verse **agravada por traumas adicionales** que pueden incluir prematuridad al nacer, intervenciones médicas dolorosas, tiempos prolongados lejos de sus cuidadores principales, etc. Además, los niños con discapacidades también pueden tener la experiencia de ser juzgados por su discapacidad en lugar de su potencial. Las actitudes están cambiando, pero en algunos países los niños con discapacidad están excesivamente representados en la atención institucional y pueden ser vistos, debido a la discriminación y la falta de servicios de apoyo, como una carga para sus familias, comunidades y sociedad. Es importante que las personas responsables de los niños consideren si el comportamiento de los niños con discapacidad puede ser sobre el trauma de la primera infancia y no sobre su discapacidad.



Puntos a considerar:

Piense en un niño que esté cuidando actualmente o con el que esté trabajando y que haya experimentado un trauma. Con un enfoque particular en sus necesidades psicosociales (y utilizando la información anterior):

- ¿Qué sabe sobre su primera infancia? ¿Cómo cree que sus padres u otra figura de apego satisficieron sus necesidades psicosociales tempranas?
- ¿De qué manera podrían aparecer las experiencias traumáticas tempranas del niño en sus pensamientos, sentimientos y acciones ahora?
- Si tuviera que describir a este niño a otra persona, ¿cómo podría usar su conocimiento sobre el trauma complejo para «replantear» cómo podría hablar sobre su historial y los problemas actuales a tener en cuenta?



23. Miller, D. and Brown, J. (2014). 'We have the right to be safe': protecting disabled children from abuse <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/research-reports/right-safe-disabled-children-abuse-report.pdf>

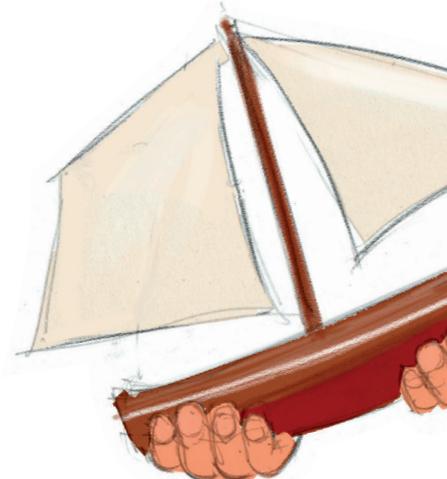
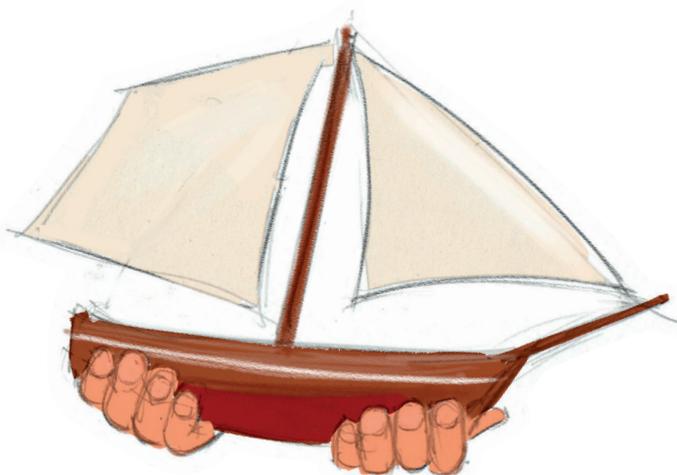


Comentario:

Para los niños discapacitados en cuidado alternativo, sus experiencias traumáticas pueden haber surgido de múltiples fuentes, es decir, debido a actos de comisión u omisión llevados a cabo por personas en posiciones de confianza con procedimientos médicos repetidos e intrusivos, huyendo de la guerra, etc. ¿Tomamos en cuenta habitualmente esta consideración al interpretar su comportamiento o llevamos a cabo un cuidado personal íntimo? Del mismo modo, cuando un adolescente con fuerza física puede actuar físicamente, ¿consideramos si su comportamiento puede haberse desencadenado por un «recuerdo» traumático? Si su comportamiento es visto como una estrategia potencialmente adaptativa desarrollada inconscientemente en respuesta al trauma en lugar de la «violencia», conduciría a diferentes enfoques para su apoyo y atención. Sin embargo, lamentablemente, muchos niños y adultos con dificultades de aprendizaje son medicados y mantenidos en aislamiento porque su comportamiento se interpreta principalmente como violento o agresivo. ¿Con qué frecuencia tratamos de ver más allá de la discapacidad y en el fondo del comportamiento, que puede ser un trauma?

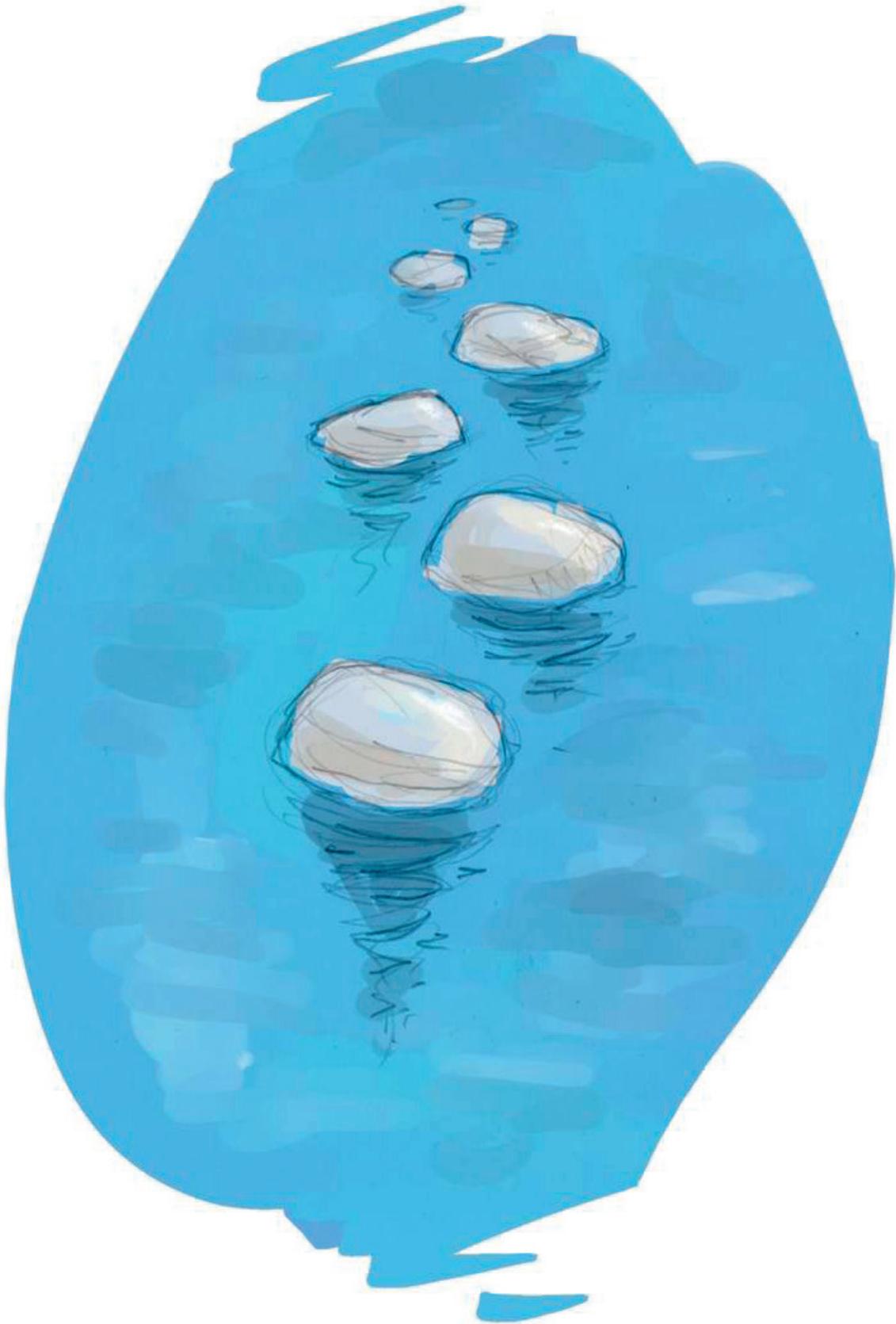
5.5 Mostrar compasión por los padres

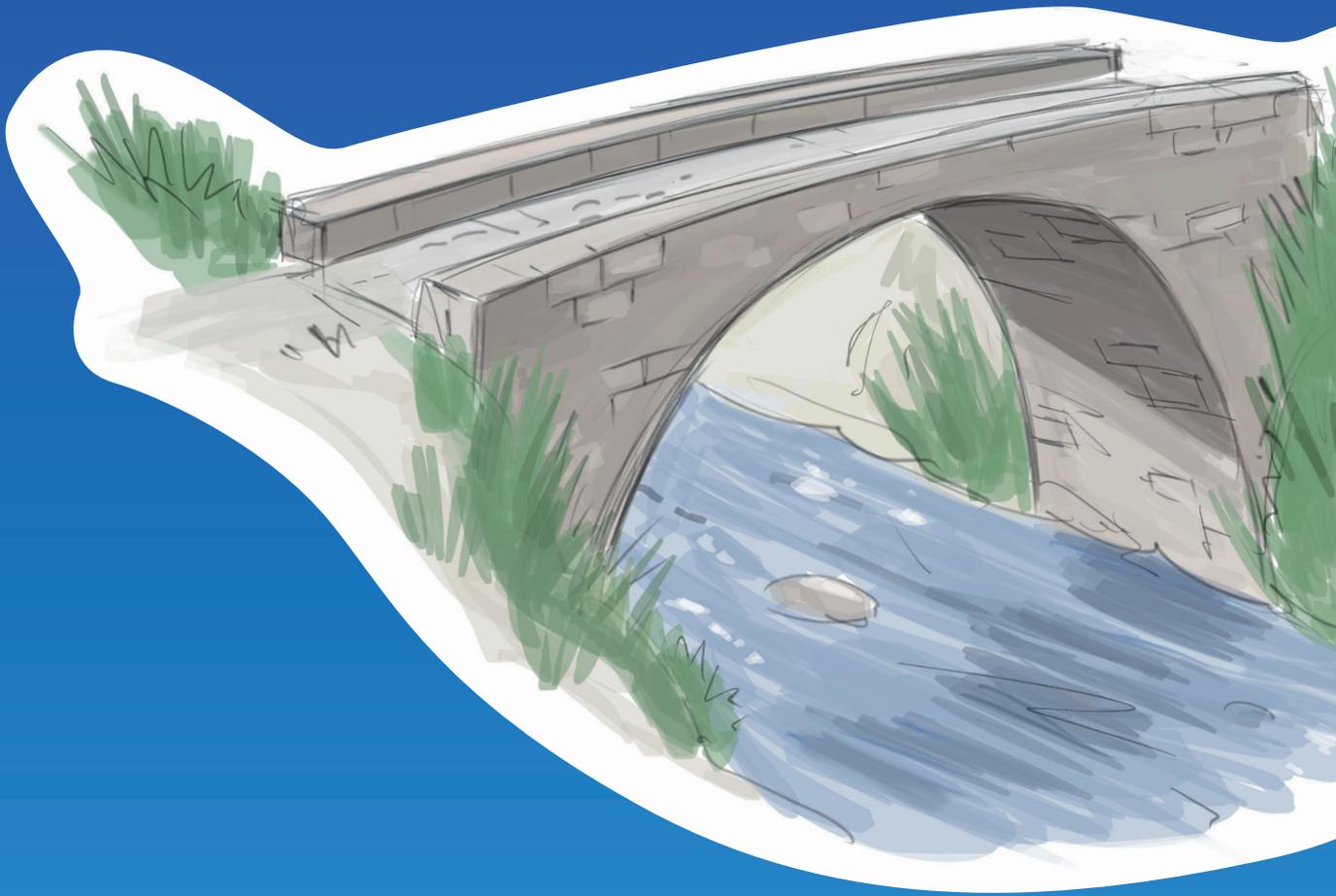
Antes de concluir este capítulo, es importante reconocer que al considerar el dolor que los niños pueden experimentar como resultado de sus historias de trauma, debemos tener cuidado de no caer en pensamientos o descriptores inútiles sobre los padres y las familias de origen. Esto no solo no es útil para la forma en que un niño se percibe a sí mismo, a su familia biológica y a la cultura de la que proviene, sino que también perpetúa potencialmente los sentimientos de vergüenza, culpa y castigo en un grupo de adultos, muchos de los cuales llevarán las cargas del trauma infantil y adulto no resuelto. Por lo tanto, debemos llevar nuestro conocimiento y compasión informados sobre el trauma a las formas en que entendemos, evaluamos y hablamos sobre lo que ha impedido que los padres brinden atención segura, enriquecedora y predecible para sus hijos.



Recuerde

- El trauma complejo es sustancialmente diferente a otras formas de trauma porque tiene lugar en relaciones que deberían ser fuentes de confianza y protección. Cuando la fuente del trauma tiene sus raíces en la relación de apego principal de un niño puede conducir a sentimientos de terror, impotencia y agobio.
- Debido a nuestra necesidad fundamental como seres humanos de conexión y seguridad con los demás, los niños pueden experimentar traumas como resultado de actos de comisión y actos de omisión. El impacto de la ausencia de atención coherente y enriquecedora puede ser significativo:
 - Puede desencadenar sentimientos de rechazo, abandono y vergüenza y puede hacer que el niño piense en sí mismo como algo desagradable y sin valor.
 - Puede afectar a las capacidades de desarrollo del niño para calmarse, controlar los impulsos, enfocar la atención, resolver problemas, etc.
- El trauma complejo también requiere nuestra atención porque ocurre en un momento en que estamos desarrollándonos o «transformándonos». Estamos en un proceso de dar forma a nuestro sentido de identidad y personalidad, explorando nuestro mundo y descubriendo quiénes somos y a dónde pertenecemos. Por lo tanto, los impactos del trauma pueden ser profundos, lo que subraya aún más por qué la intervención temprana y los enfoques informados sobre el trauma son de tanta importancia.
- Comprender el trauma complejo a través de una lente de desarrollo infantil es una parte esencial para informarse sobre el trauma. No solo nos coloca en una mejor posición para comprender cómo el trauma puede descarrilar el desarrollo de los niños, sino que también nos guía en cuanto a lo que los niños necesitan para volver a encarrilarse en su proceso de desarrollo.
- Al desarrollar una curiosidad compasiva sobre cómo el trauma aparece en los pensamientos, sentimientos, el comportamiento y la salud física de los niños, podemos comenzar a replantear cómo describimos las estrategias de supervivencia adaptativa y desarrollar formas más efectivas de trabajar con los niños.
- En nuestro trabajo con niños que han experimentado traumas debemos ser conscientes de que extendemos una comprensión compasiva similar a las experiencias de muchos de sus padres, que también pueden estar llevando un trauma considerable no resuelto de su pasado. Por lo tanto, debemos estar alerta a cómo nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones pueden desencadenar, inadvertidamente, sentimientos de culpa, vergüenza y castigo en los padres.







CAPÍTULO 6



**Lo que nos
dijeron los
jóvenes y los
que los cuidan
y trabajan con
ellos**

CAPÍTULO 6

LO QUE NOS DIJERON LOS JÓVENES Y QUIENES LOS CUIDAN Y TRABAJAN CON ELLOS

INTRODUCCIÓN

Esta sección se centrará en algunos temas generales que surgen del ejercicio realizado con jóvenes, profesionales y cuidadores en los seis países participantes de este proyecto. No es un intento de representar las conclusiones completas de este informe, sino más bien de destacar algunos de los temas generales que surgieron. Para obtener una comprensión más detallada del mandato y proceso del ejercicio, consulte el informe de alcance que se publicará junto con esta guía práctica.

6.1 El esquema del ejercicio y algunas advertencias

Junto con la base de evidencia sustancial que existe en torno al trauma, el proyecto también buscó obtener aportaciones de jóvenes con experiencia en cuidados (a menudo denominadas «experiencia vivida») y de aquellos que cuidan y trabajan con niños en cuidados alternativos (a menudo denominada «sabiduría práctica»). Por lo tanto, se llevó a cabo un ejercicio de determinación del alcance con estos dos grupos a través de los equipos nacionales de proyectos de los seis países participantes (Bélgica, Bulgaria, Croacia, Grecia, Hungría y Serbia). Moldeadas por lo que era posible dada la sensibilidad del tema, la distribución geográfica de los países participantes y operando en el contexto de la pandemia de COVID 19 (que restringió el movimiento y las reuniones cara a cara), las metodologías elegidas fueron:

- **Cuestionarios en línea** para jóvenes con experiencia asistencial, profesionales y cuidadores.
- **Una revisión documental**, realizada por socios en los países participantes utilizando una variedad de métodos para recopilar información más amplia sobre cómo se entiende y se pone en práctica el trauma en los servicios y sistemas de atención social infantil.

En total, 234 individuos aportaron sus opiniones a través de los cuestionarios: 89 jóvenes y 143 profesionales o cuidadores respectivamente. Los jóvenes tenían entre 18 y 32 años de edad, de ahí el uso del término «jóvenes» en lugar de «niños».

Dos cosas importantes a tener en cuenta en relación con los hallazgos del ejercicio:

- Los que respondieron **no son una muestra representativa** y, por lo tanto, no se puede decir que reflejen de ninguna manera la situación en ningún país socio en su conjunto. Sus respuestas, sin embargo, proporcionan información importante sobre sus experiencias individuales.
- **Los encuestados profesionales no reflejan a quienes cuidan o trabajan con niños en cuidados alternativos** (por ejemplo, alrededor del 23 % eran psicólogos o psicoterapeutas, mientras que solo el 15 % eran trabajadores de atención residencial o padres de familia).

6.2 Lo que nos dijeron los jóvenes que les ayudó

Aunque esta sección se centrará en las diversas formas en que se podría mejorar la práctica, vale la pena señalar que, en general, **la mayoría de los jóvenes fueron positivos acerca de sus experiencias generales de cuidado alternativo**, comunicando que habían tenido:

- Un adulto coherente en sus vidas a lo largo de su proceso de cuidado.
- Apoyo para comprender y gestionar sus emociones.
- Estímulo para participar en hobbies e intereses.
- Una respuesta sensible de al menos un maestro de escuela.

Sin embargo, hay un **20 – 30 % constante de jóvenes que indican que su experiencia individual de cuidado alternativo no fue tan positiva**.

Los jóvenes sugirieron que las **mejores maneras en que los profesionales y cuidadores pueden ayudar a un niño a sentirse amado y aceptado** eran:

- Reconocer y aceptar la individualidad, por ejemplo, saber qué hace que los niños se sientan felices, apoyar sus hobbies e intereses personales, etc.
- Tratar a los niños por igual y al mismo tiempo ser capaz de responderles como individuos.
- Construir relaciones, por ejemplo, permitiendo que el niño tenga tiempo y espacio para adaptarse, comprender y aceptar sus antecedentes, adoptar un enfoque amistoso e informal, pasar tiempo juntos y hacer actividades compartidas.
- Demostrar, a través de sus actitudes y comportamientos, un amor por su trabajo que vaya más allá de las recompensas financieras y que muestre un interés auténtico en una persona joven.
- Ser comprensivo, alentador y respetuoso de los niños a través de sus modales y el lenguaje que usan

Un joven declaró: «Los profesionales del cuidado siempre nos dan todo su amor y actúan como si fuéramos sus propios hijos, para que los niños se sientan amados allí y no nos falte nada».

Algunos encuestados reconocieron la sensibilidad y complejidad potenciales en torno a las discusiones sobre el «amor» en los entornos de atención. Un joven comentó: «Hay un poco de tabú sobre esa palabra en este contexto y lo lamento enormemente. Me parece importante que los niños y adolescentes aprendan cómo los adultos pueden amarte de una manera correcta y segura. [...] Alguien que te defiende y te dice honestamente lo que piensa sobre algo [...] Ser elogiado y desafiado a seguir dando lo mejor de ti mismo también es parte de eso».

Cuando se les pidió que reflexionaran sobre cómo se puede **apoyar a los jóvenes en cuidado alternativo**, el tema más destacado fue la importancia de hablar. Sin embargo, ese «hablar» debe ser en el contexto de relaciones establecidas y de confianza con cuidadores adultos que conocen bien al joven, pueden relacionarse con ellos de manera respetuosa y son capaces de mostrarse ellos mismos.

Los jóvenes tenían claro que **los adultos que culpaban o avergonzaban a los jóvenes por expresar sentimientos difíciles a través de su comportamiento no estaban en la mejor posición para ayudar a los jóvenes a recuperarse de su trauma**. Cuando se les preguntó cómo se podía ayudar a los niños a comprender las razones de estar en cuidado alternativo, los jóvenes se refirieron nuevamente a las **cualidades de cómo los profesionales y cuidadores se relacionaban con ellos**. **Deberían:**

- Ser honrados y sinceros.
- Ser sensibles, comprensivos y amables.
- Responder a las preguntas, el nivel de interés y el nivel de comprensión del joven individual.

Sin embargo, tenían claro que cualquier discusión o explicación debía **ajustarse a las necesidades y deseos del niño**, que no se debían hacer suposiciones y que debía hacerse hincapié en ayudar al niño a comprender que la situación no era su culpa. Algunos jóvenes notaron que los profesionales no siempre tenían tiempo y atención para el niño, una relación de apoyo o las habilidades y actitudes necesarias para que este apoyo se llevara a cabo de la manera más adecuada.

Los jóvenes **adoptan una variedad de métodos de cuidado personal** para ayudarse a sí mismos a reducir los sentimientos de preocupación, miedo, ansiedad o estrés. Conectarse a través de la conversación con una variedad de amigos, cuidadores y profesionales ayudó, al igual que mantenerse activo y ocupado a través del deporte y la actividad física, a ser creativo, estudiar o pasar tiempo con amigos. Otros jóvenes reconocieron que reprimieron estos sentimientos, o se volvieron retraídos o aislados.

Cuando se les preguntó qué pueden hacer los cuidadores o profesionales para ayudar cuando los niños se sienten preocupados, **asustados, ansiosos o angustiados por algo, los jóvenes volvieron a enfatizar la importancia de una buena relación entre el adulto y el niño**. Los adultos necesitan conocer al niño lo suficientemente bien como para reconocer qué provoca estos sentimientos en ese niño en particular y lo que sus comportamientos están comunicando acerca de sus sentimientos. Se sugirió que hablar y debatir de manera saludable debería ser rutinario y proactivo y no sólo debería ocurrir cuando surgieran problemas. **Los jóvenes reconocieron que las soluciones no siempre son posibles, pero que los niños aún así se beneficiarán de hablar con un oyente sin prejuicios**. Los encuestados también destacaron la importancia de que los adultos muestren sus propios sentimientos y modelen cómo gestionar los sentimientos difíciles.

A los jóvenes se les preguntó específicamente **cómo se podría ayudar a los adultos a comprender mejor y responder a la angustia detrás del comportamiento de un niño**. Las respuestas nuevamente se basaron en la importancia de las relaciones y hablar de una manera sensible y empática para ayudar al niño a explorar las causas del comportamiento y trabajar juntos para encontrar formas de ayudar. Un joven comentó «... al no evitar los temas con los que luchan los jóvenes. Tales asuntos no pueden abordarse solo en momentos en que las cosas se ponen difíciles, sino que deben discutirse antes, de modo que en el momento del llanto o la ira, un trabajador social ya tenga suficiente información sobre lo que funciona para esa persona joven. Seguir haciendo preguntas es el mensaje».

En términos más generales, los encuestados consideraron que **los adultos necesitaban formación y aprendizaje continuo para comprender mejor a los niños y sus emociones y comportamientos**. Los enfoques sugeridos para esto incluyeron seminarios, formación y lectura. Un encuestado destacó la importancia de que los adultos en este tipo de trabajo se sientan motivados para aprender y mejorar las cosas para los niños bajo su cuidado.

En relación con **las acciones «cuando algo sale mal»**, nuevamente el patrón de respuestas fue similar a las preguntas anteriores, enfatizando:

- La necesidad de discutir, identificar problemas, trabajar juntos para encontrar soluciones.
- La importancia de un ambiente de aceptación y apoyo, calma y comprensión.
- La capacidad para acceder a la ayuda cuando sea necesaria, por ejemplo, de psicólogos.

Finalmente, jóvenes con experiencia en cuidados dieron **consejos sobre lo que debería incluir la formación y otros materiales desarrollados en el contexto de este proyecto**. Podrían aplicarse igualmente a cosas a las que las organizaciones, los profesionales y los cuidadores deberían prestar especial atención. Los temas que surgieron fueron:

- Trauma: qué es, cómo sucede, cómo prevenirlo y abordarlo.
- El comportamiento de los niños y lo que lo sustenta; apoyar la salud mental de los niños; evitar los enfoques de gestión del comportamiento, por ejemplo, la violencia, el castigo sin explicación y el aislamiento.
- Usar historias y ejemplos de la vida real, escuchar a personas con experiencia en el cuidado, incluidas historias positivas para mostrar que los jóvenes con experiencia en el cuidado «no son extraños ni vergonzosos».
- Cómo mostrar o construir aceptación, comprensión, empatía, amor, confianza, sentimientos de seguridad y protección.
- Tratar a los niños y sus familias individualmente y no hacer suposiciones o tomar medidas, lo que podría empeorar las cosas.
- Colaboración con otros profesionales.
- Desarrollar la confianza en sí mismos, la independencia, la resiliencia, los talentos y los intereses de los jóvenes.
- Apoyo familiar y mantener a las familias unidas.
- Reclutar cuidadores y profesionales que vean su papel no como «solo un trabajo» y/o que tengan experiencia personal y comprensión de lo que significa.

Un joven declaró que lo que los cuidadores y profesionales necesitan mostrar es: «Humanidad: este trabajo realmente debe hacerse con amor. Esto es lo que nosotros, como niños, necesitamos más que cualquier otra cosa en momentos de debilidad».

6.3 Lo que nos contaron los que cuidan y trabajan con niños

Esta sección se centrará más en los temas colectivos derivados de los cuestionarios y las respuestas a los exámenes documentales. Tal vez sea digno de mención que **las respuestas a las preguntas sobre el conocimiento y la práctica individuales fueron más positivas que las opiniones expresadas sobre la práctica más amplia y el funcionamiento del sistema más amplio de cuidado infantil**. Esto podría reflejar las habilidades y los niveles de conocimiento de quienes tuvieron acceso a los cuestionarios y los completaron en el plazo disponible.

En términos generales, los hallazgos sugieren que, en general, existe **una comprensión muy variable sobre el trauma en general, pero particularmente en relación con los niños**. Los encuestados indicaron que había **poco consenso entre las disciplinas profesionales** y no había definiciones acordadas de cómo se podía entender el trauma. Incluso cuando el término aparece en la política o la legislación, la gente comentó que esto a menudo era sin una comprensión profunda compartida de lo que significa. Si bien algunas personas indicaron que algunos profesionales tendrían una comprensión de la teoría del apego, en términos más generales, el conocimiento sobre el trauma en su conjunto se describió como básico, superficial y estrecho. Una persona comentó «... El comportamiento que muestran los niños sigue sin ser reconocido como el resultado de un trauma».

Si bien los encuestados sugirieron que el trauma podría aparecer de manera diferente en los niños que en los adultos, **la angustia de los niños a menudo no se entiende dentro de un marco de referencia basado en el trauma**. Una persona declaró «... Hablamos de retraso en el desarrollo o un problema psicológico o se trata como una manifestación de un problema de salud mental. Pero nunca se interpreta como resultado de un trauma». Otra persona indicó que «Para aquellos que no saben lo suficiente sobre el trauma, existe la creencia de que los niños son muy resistentes y que son capaces, solo sobre la base de la separación de la familia o el cambio de alojamiento, de olvidar la experiencia traumática y que no se manifestará en más».

Se observaron **algunos casos individuales de buenas prácticas**, pero a menudo iban acompañados de comentarios sobre el trauma que solo se discutían en casos específicos o «más graves». Una persona comentó que: «Algunos profesionales [en un área] han implementado prácticas sensibles al trauma para los niños y, a veces, también para sus padres en sus organizaciones. Sin embargo, en la mayoría de las organizaciones, el trauma no se discute para todos los niños como parte de su planificación o toma de decisiones o no se discute en absoluto. La razón principal de esto es que se necesitaría un experto en trauma para implementar nuevas prácticas. Los niños todavía son diagnosticados a menudo con múltiples trastornos, pero no con EAI o trauma (a menudo la causa raíz)».

Dadas estas respuestas, no es sorprendente que **los encuestados también notaran que el impacto del trauma rara vez aparezca en la planificación, la política o la toma de decisiones del cuidado infantil**. Algunas respuestas sugirieron que debido al alto nivel de necesidad de los niños, pero la correspondiente falta de recursos apropiados, las decisiones a menudo están influenciadas por consideraciones políticas, así como por la falta de comprensión. Tomando una comprensión más amplia de los sistemas del trauma, una persona sugirió que «... Si el sistema de bienestar infantil pudiera reconocer y abordar la traumatización de los padres, eso podría prevenir el círculo continuo de traumatización dentro de las familias que causa tanto daño a los niños».

Esta **percepción de un bajo nivel de comprensión sobre el trauma no es particular de los países participantes y se refleja en la literatura en su conjunto**. Los encuestados propusieron una variedad de explicaciones que subyacen a esta realidad: explicaciones que tocan aspectos interrelacionados de los sistemas de cuidado infantil. Se pueden agrupar de la siguiente manera:

a) Vacíos en la educación universitaria o profesional

Muchos encuestados comentaron que el trauma como sujeto aparece en algunas calificaciones de pregrado o profesionales, pero que este no es siempre el caso. Cuando está presente, puede cubrirse de manera general o teórica, omitiendo hacer conexiones con las aplicaciones de la vida real y al comportamiento de los niños.

b) Acceso limitado al desarrollo profesional continuo para cuidadores y profesionales

Muchos encuestados destacaron que el acceso al desarrollo profesional continuo puede ser muy limitado debido al coste, la disponibilidad, los niveles de experiencia y el acceso a la información en los idiomas nacionales. Además, los cursos pueden limitarse a grupos profesionales particulares (se mencionó al psicólogo) o solo pueden ocurrir a través de la investigación personal y la financiación.

c) Problemas con la implementación

Algunos encuestados señalaron que la formación puede ser superficial y a menudo no se traduce en la práctica. Una persona también reiteró que la formación por sí sola puede tener un efecto parcial cuando señaló que «... La formación para los padres adoptivos no proporciona suficientes [habilidades] para prepararlos para tomar decisiones consideradas y para brindar atención a las necesidades de los niños. La buena voluntad y el ambiente cariñoso no son suficientes sin asistencia y conocimiento profesional. Sin estos, esta carga no debe colocarse en los padres adoptivos».

d) El trauma y su impacto se ve desde una lente de diagnóstico

Las respuestas indicaron que el trauma se entiende ampliamente en términos de trastorno diagnóstico, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de conducta, etc. Con un enfoque en los síntomas, la discusión sobre causas más amplias no tiene lugar. Algunas respuestas destacaron la preocupación por el aumento del uso de medicamentos en lugar de otros enfoques, la edad de los niños diagnosticados y el enfoque del tratamiento en el extremo más grave de la dificultad. Muchos comentarios indicaron largas listas de espera para la evaluación y los tratamientos terapéuticos.

e) Contratación y condición de quienes prestan atención directa a los niños

Si bien en algunas respuestas se señalaron buenos niveles de comprensión y formación en algunos entornos de cuidado alternativo, prevaleció la opinión de que este no era el caso universalmente. En las respuestas se señalaron problemas en la contratación, los procesos de preparación, las calificaciones educativas, la condición, las normas de remuneración y la alta rotación.

f) Recopilación y publicación rutinaria de datos

Muy pocas respuestas indicaron que los datos sobre eventos traumáticos o niveles de exposición dentro de los países participantes se recopilaban o publicaban rutinariamente. Cuando existe la recopilación de datos, se describió como básica, no oportuna y parcial. Por lo tanto, los profesionales y cuidadores están operando en un vacío de información en relación con los problemas que tratan sus servicios. Un encuestado sugirió que debido a la ansiedad y el miedo a los datos recopilados centralmente, existe la necesidad de un debate más abierto sobre el lenguaje y cómo se entiende el trauma para que los investigadores desarrollen medidas más unificadas y comparables.

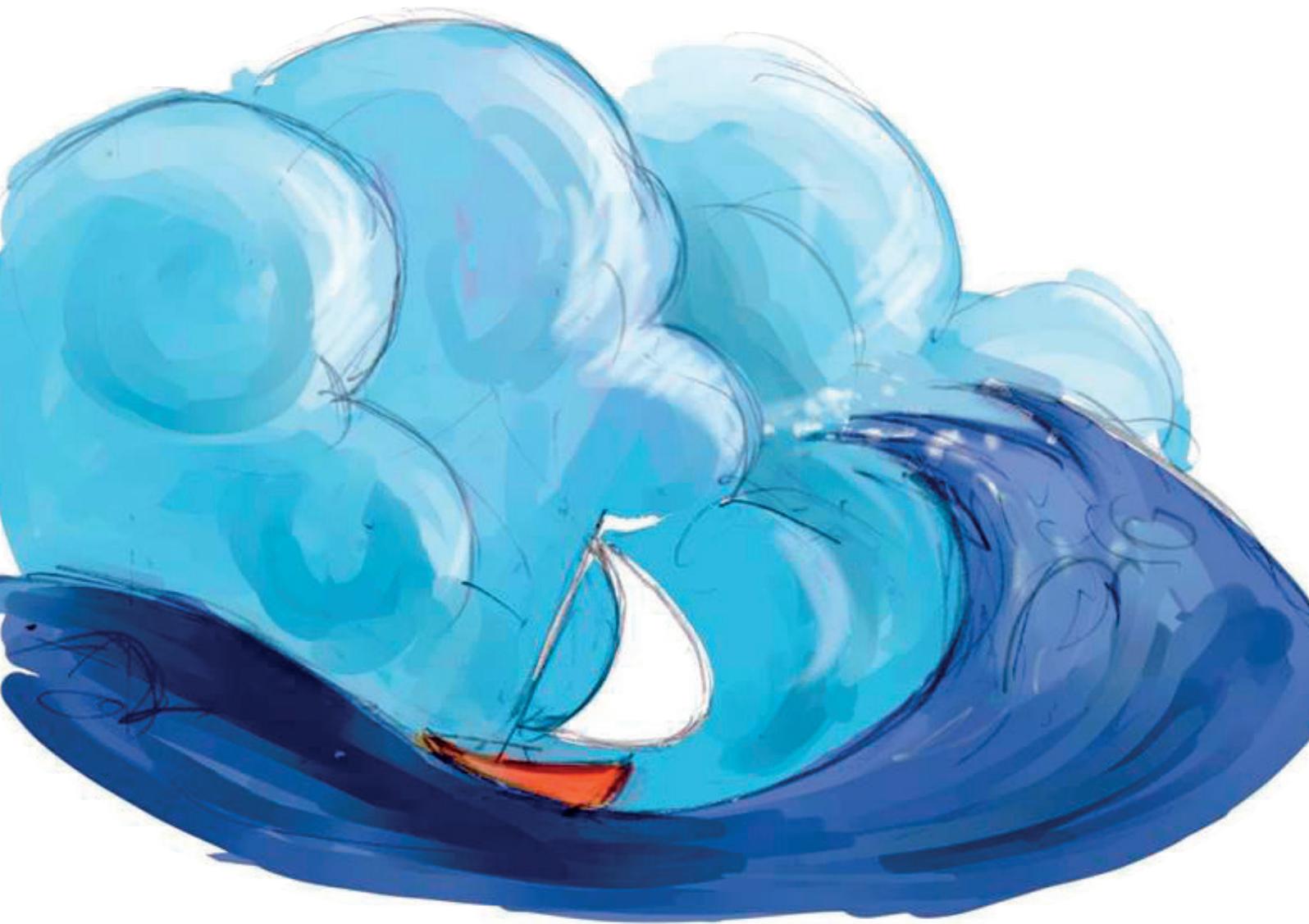
g) Práctica esporádica multidisciplinaria o integrada

Las respuestas indican que las prácticas integradas o multidisciplinarias para los niños en cuidado alternativo son parciales y solo ocurren ocasionalmente. Algunos sugirieron que incluso cuando existen requisitos legales en torno al trabajo conjunto, esto no siempre sucede en la práctica. Si bien puede tener lugar un intercambio formal de información, esto rara vez conduce a una cooperación real y un pensamiento común entre los socios. Se identificaron posibles barreras a los enfoques multidisciplinarios como la confidencialidad profesional, el estatus profesional y

la preocupación de que «...Los profesionales solo cooperan con otros cuando están en problemas. Los profesionales deben comunicarse entre sí y cooperar lo antes posible, y no solo cuando se sienten paralizados para actuar solos».

Recuerde

- Las respuestas individuales de los jóvenes a la atención que recibieron fueron en gran medida positivas. Sin embargo, hay un 20 - 30 % constante de jóvenes que indican que su experiencia individual de cuidado alternativo no fue tan positiva.
- Los jóvenes que respondieron pusieron un énfasis considerable en que los adultos construyeran relaciones de confianza con ellos como base para brindar una atención cariñosa y respetuosa y que fuera el medio por el cual se pudieran abordar temas delicados.
- Las respuestas de los jóvenes valoraron mucho las cualidades personales de los cuidadores y profesionales que promovieron relaciones seguras y de confianza. Los jóvenes necesitan sentir que quienes los cuidan lo hacen con total compromiso y ven su papel como «algo más que un trabajo».
- Los cuidadores y profesionales que respondieron al ejercicio indicaron en gran medida altos niveles de conocimiento personal sobre el trauma y su impacto, pero sugirieron que esto no se repitió en todo el sistema en su conjunto. Aquí, hubo poco consenso en torno a las definiciones de trauma en todas las disciplinas y solo la práctica irregular en torno al trabajo conjunto.
- Los encuestados sugirieron una serie de cuestiones sistémicas que proporcionaron algunas explicaciones de por qué el trauma y su impacto no juegan un papel central en nuestra comprensión de las necesidades de los niños en cuidado alternativo. Estas iban desde brechas en la educación universitaria o profesional, barreras para el desarrollo profesional continuo, problemas de implementación de la incorporación del aprendizaje en la práctica, el predominio de la comprensión diagnóstica, etc.
- El informe proporciona un análisis más completo y detallado del ejercicio realizado con jóvenes, cuidadores y profesionales.





CAPÍTULO 7



Práctica informada sobre el trauma en el cuidado diario

CAPÍTULO 7

PRÁCTICA INFORMADA SOBRE EL TRAUMA EN EL CUIDADO DIARIO

« Muestran ternura y afecto a través de sus acciones. Muestran su amor en cada momento, porque incluso un pequeño gesto juega un papel importante».
(Cita de un joven, ejercicio, 2020)

INTRODUCCIÓN

Esta sección analizará las formas en que aquellos que cuidan o trabajan con niños en entornos de cuidado alternativo pueden usar sus interacciones diarias y habilidades relacionales para contribuir a la recuperación de los niños de experiencias traumáticas. Se centrará específicamente en los componentes de la práctica informada sobre el trauma que promueven el bienestar psicosocial y proporcionará sugerencias sobre cómo se puede utilizar la atención cotidiana para aprovechar la resiliencia y las fortalezas de los niños.

7.1 Componentes de la práctica informada sobre el trauma

Hay muchos modelos diferentes de práctica informada sobre el trauma, algunos de los cuales se centran en la práctica profesional, mientras que otros adoptan un enfoque organizacional y estratégico más amplio. Si bien este capítulo se centrará en el primero, es importante señalar que los defensores de los enfoques informados sobre el trauma enfatizan su importancia, ya que son un medio de:

- Destacar que el trauma es **asunto de todos**, independientemente de su función.
- **Eliminar las barreras para que** los niños accedan a la atención que necesitan en lugar de sugerir que todos deben ser «expertos en trauma» o preocuparse por «tratar el trauma».
- **Reducir la probabilidad de que ocurra un trauma en primer lugar.**
- **Ser capaz de hablar abiertamente sobre temas que han sido tabú y que causan sentimientos innecesarios de vergüenza.**
- Reconocer que las personas afectadas por el trauma **son las menos propensas a buscar o recibir ayuda** debido a problemas de confianza y de haberse sentido heridos en las relaciones.
- Asegurar que cada encuentro sea una **oportunidad para revertir la asociación negativa entre el trauma y las relaciones.**
- Ayudar a aquellos que han experimentado un trauma a dar sentido a esa experiencia para que puedan seguir adelante con sus vidas.
- Brindar apoyo a los cuidadores para que puedan estar en sintonía, ser cariñosos y seguros en el cuidado de los niños.

- Pedir a las organizaciones que desarrollen una **sólida base de conocimientos** para que los servicios **no vuelvan a traumatizar involuntariamente a aquellos a los que se prestan**.

La aplicación de una lente informada sobre el trauma en la prestación de cuidados alternativos requiere reflexionar sobre la serie más amplia de procesos, procedimientos, políticas y sistemas que **influyen en la calidad y los estándares de atención que reciben los niños**. En este sentido, es necesario prestar atención a la **gama de actividades a nivel de gobierno municipal y nacional** que **ayudan o dificultan que quienes cuidan inmediatamente a los niños** proporcionen lo que los niños necesitan. Ejemplos de esta actividad incluyen:

- Procesos y procedimientos de planificación de la atención.
- La dotación de recursos y la disponibilidad de la prestación de cuidados alternativos.
- Cómo se contratan, evalúan, apoyan y revisan los cuidadores alternativos.
- Procesos legales.
- Cómo funcionan las disciplinas profesionales dentro de los sistemas de atención y cooperan con otros sectores, etc.

A menudo, entre otras cosas, los enfoques que analizan el cambio de forma aislada, las variaciones de financiación y las diferentes perspectivas y procedimientos profesionales, etc., dan como resultado sistemas estatales de atención que tienen una tendencia a volverse **altamente burocráticos y fragmentados**. Al hacerlo, **los sistemas pueden, sin quererlo, crear barreras para el acceso y/o volver a traumatizar a los niños** que ya han experimentado pérdidas y trastornos significativos en sus vidas. Es importante, por lo tanto, que las organizaciones a nivel local y estatal consideren:

- ¿En qué medida están informados los sistemas y procedimientos que rodean el cuidado de los niños con trauma?
- ¿En qué medida los sistemas y procedimientos facilitan la prestación de evaluaciones integrales y exhaustivas y la prestación de servicios para los niños que necesitan otro tipo de tutela?

7.2 Poner la teoría en práctica

Habiendo examinado algunos de los componentes de la práctica informada sobre el trauma, ahora veremos algunos ejemplos prácticos de cómo implementar enfoques informados sobre el trauma (estos se abordarán con más profundidad en el elemento de formación que acompaña a este proyecto). Para algunas personas, estos ejemplos pueden no ser nuevos, pero lo que le invitamos a hacer es **utilizar una lente psicosocial** para considerar cómo el cuidado diario puede contribuir a la recuperación del trauma. La mayor parte de lo que se sugiere **no se trata de abordar el trauma «de frente»**, sino que se centra en cómo se pueden **usar las relaciones para generar confianza y seguridad** para que, con el tiempo, los niños **puedan** sentirse más capaces de abordar directamente sus historias de trauma.

Un marco útil para comprender y evaluar las necesidades de los niños es el proporcionado por **Kim Golding**, psicóloga del desarrollo inglesa, que basa gran parte de su trabajo dentro del **modelo de psicoterapia diádica del desarrollo (DDP, por sus siglas en inglés)**. El DDP es un modelo que busca específicamente permitir que los niños que han experimentado trauma relacional se beneficien de nuevas experiencias relacionales. Si bien volveremos a la guía de evaluación de Golding al final de este

capítulo, vale la pena señalar aquí cómo su «**pirámide de la necesidad**»²⁴ (figura 11) nos recuerda los elementos del cuidado relacional que requieren una atención particular. Golding reitera la opinión de que en **ausencia de seguridad, es difícil llegar a aquellas partes de nosotros mismos que nos permiten construir conexiones y comprensión con los demás**. Además, la pirámide es jerárquica, lo que significa que aunque los niños no necesariamente progresarán hacia arriba de una manera claramente lineal, **requieren que sus necesidades de seguridad física y emocional se satisfagan en los niveles inferiores antes de que puedan comenzar a acceder a los niveles superiores**.

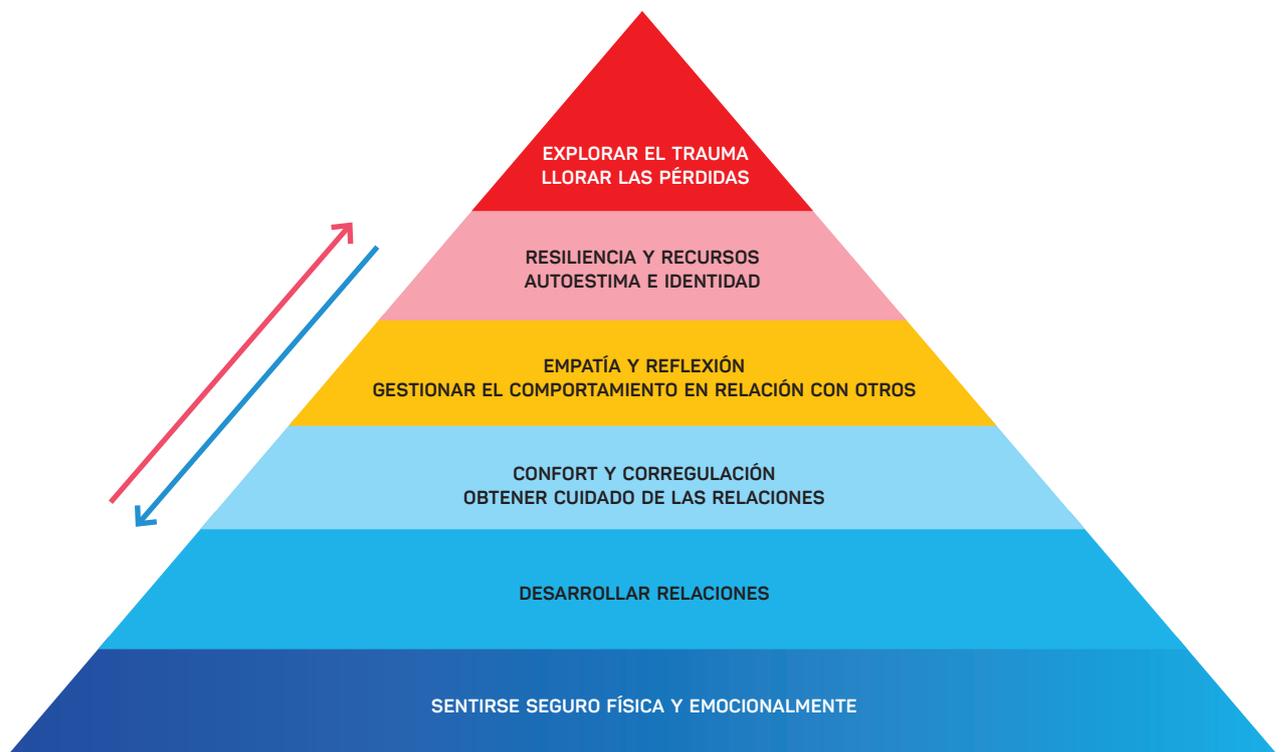


FIGURA 11
K. GOLDING (2015) PIRÁMIDE DE LA NECESIDAD (ADAPTADO)

Para los niños que viven en entornos de cuidado alternativo, sugerimos que es útil:

- Usar el **poder de las relaciones para promover la curación**.
- Tener **aspiraciones** de que los niños no solo se recuperen del trauma, sino que tengan vidas felices y ocupen su lugar en su comunidad y sociedad.
- Ayudar a los niños a **dar sentido** a sus experiencias para que desafíen las ideas de auto-culpa y reconozcan sus fortalezas.
- Ayudar a los niños a **estar más en sintonía con sus sentimientos físicos y emocionales y reacciones corporales**.

24. Kim Golding (2015) *Meeting the therapeutic needs of traumatized children*, [publicado en línea] <https://kimgolding.co.uk/resources/models/meeting-the-therapeutic-needs-of-traumatized-children/>

- Crear **entornos físicos** donde los niños puedan sentirse seguros y prosperar.
- Desarrollar prácticas basadas en la **empatía, el respeto, la perseverancia y la construcción de resiliencia.**

Basándose en las enseñanzas del capítulo 6, lo que sigue son **algunos de los bloques de construcción clave de cómo se forman** las relaciones de apego y se establece una base segura. Aunque los hemos descrito por separado, todos están interrelacionados y se complementan entre sí.

a. El poder del «tú»

El aspecto más importante que debe estar en su lugar para apoyar la recuperación de un niño es recibir atención **de una persona que sea cálida, cariñosa, sintonizada y predecible.** Existen muchas herramientas para ayudar a estructurar las interacciones con los niños, pero a menos que se utilicen en **el contexto de una relación cercana y enriquecedora,** donde el niño se sienta seguro, escuchado y contenido, **las herramientas no serán efectivas.** Aquellos que cuidan o trabajan con niños deben **usar toda su personalidad y creatividad** para despertar y participar en las curiosidades naturales de los niños y «conocerlos con alegría». **El uso del humor y la alegría y la expresión de alegría no deben olvidarse cuando se trabaja con niños.**

De igual importancia para aquellos que cuidan o trabajan con niños es la capacidad de **«funcionamiento reflexivo», lo que significa que son capaces de:**

1. Identificar y reconocer sus propias historias, sentimientos y estados mentales que atañen a su papel, y
2. Observar lo que se evoca en ellos como respuesta a lo que le ha sucedido al niño y al comportamiento del niño.

Las relaciones son, por su naturaleza, de dos caras, por lo que es importante que aquellos que cuidan o trabajan con niños sean asistidos en su propia regulación emocional a través **de una supervisión o un espacio reflexivo regular y de apoyo, así como a través de formación y entrenamiento.**

b. Estar «sintonizado» y usar la «mentalización» para generar confianza

En el capítulo anterior, el concepto de «mentalizar» se introdujo como un ingrediente vital en el desarrollo de la noción de Peter Fonagy de ser capaz de comprender los propios estados mentales y comprender los estados mentales de los demás que proporciona **la capacidad fundamental para formar relaciones saludables y operar con éxito en el más amplio entorno social.**

En la práctica, adoptar una «postura mentalizadora» se trata de hacer una «mejor suposición» sobre la mentalidad. Del estado mental de la otra persona. Entender mal las señales de un niño no solo es común:

1. Está demostrándole al niño que usted **puede no saber** lo que está pasando en su cabeza, pero que quiere saberlo, y
2. El acto de mostrar interés en el niño les dice que **su mundo interno importa y, más importante, le importa.**

Marcar el punto donde se ha alcanzado la comprensión también es importante, ya que enfatiza al niño que usted tiene un mejor sentido de ellos y lo que los impulsa. La adopción de este enfoque frecuentemente con el niño y modela esto con sus compañeros y ayudará a demostrar cuidado e interés y generar confianza..

Con el tiempo, puede **alentar al niño a desarrollar una «postura mentalizadora»**. En primer lugar, pueden practicar con adivinar lo que está en su mente o, si tienen dificultades para resolver lo que está sucediendo en una situación, alentarlos a resolver lo que podría estar sucediendo pensando en los pensamientos, deseos o creencias de otros involucrados. No les diga una posible solución: ayúdelos a descubrir esto por sí mismos. A medida que se desarrolla la mentalización, esto se vuelve cada vez más sofisticado. Podemos hacer conjeturas sobre lo que otras personas piensan sobre nuestros pensamientos, creencias y motivos. Al ayudar a un niño a «mentalizarse», le está ofreciendo una mejor oportunidad de entender las situaciones sociales y las relaciones con precisión.



VIÑETA DEL CASO SOBRE LA MENTALIZACIÓN

Theo es un niño de doce años que ha estado viviendo con su familia adoptiva durante seis meses. Nació con parálisis cerebral y es usuario de silla de ruedas. También fue severamente descuidado cuando era niño, antes de ser atendido a la edad de dos años. Un día, Theo regresa de la escuela muy enfadado y molesto. Su padre adoptivo le pregunta qué le pasa y él grita que su mejor amigo, Andrei, no jugó con él a la hora del almuerzo y que a nadie le gusta o quiere ser amigo de él. Reconociendo la angustia de Theo, su padre adoptivo lo sigue a su habitación y le trae la bebida favorita de Theo. Él escucha con interés mientras Theo grita enfadado que su padre adoptivo «simplemente no lo entiende». Su padre adoptivo reconoce el dolor que Theo está experimentando. Se da cuenta de cómo Theo se ha pasado rápidamente a una forma de pensar que refleja un sentido negativo de sí mismo. Después de unos momentos de escucha, su padre adoptivo le dice: «Veo que estás realmente molesto por esto. Me pregunto si Andrei tenía algo más que hacer a la hora del almuerzo. Tal vez tenía que ver a su maestro. Theo dice que su amigo no necesitaba ver a nadie más, porque lo vio con Mika. Su padre adoptivo dice: «Está bien, no entendí eso. ¿Quizás Andrei tuvo que hacer gestiones sobre el partido de fútbol en el que ambos jugarán mañana?» Theo dice que no, que eso tampoco es, y rompe a llorar. Después de un rato de consolar a Theo, su padre adoptivo le dice: «Ah, me pregunto si te preocupa que Andrei ya no quiera ser tu amigo». Theo no pudo responder con palabras, pero se acurrucó un poco más cerca de su padre adoptivo. Después de unos momentos, su padre adoptivo le dice: «Veo por qué te has sentido molesto y tal vez un poco herido. A veces, todos podemos sentirnos un poco solos cuando nuestros amigos tienen otros planes que no conocemos. Pero sé que a Andrei realmente le gustas y se lo pasa bien cuando viene a nuestra casa a jugar. ¿Por qué no le pides que venga el sábado?» Después de un rato, Theo aprueba esta sugerencia y acepta invitar a Andrei al día siguiente. Como quiere proporcionar más tranquilidad y una sensación de seguridad, el padre adoptivo de Theo le invita a ayudar a preparar la cena que sabe que le gusta a Theo para que los dos puedan ver juntos su programa de televisión favorito.

c. Ayudar a los niños a desarrollar un sentido de «seguridad percibida»

Las rutinas y los rituales desempeñan un papel importante en el cuidado alternativo y proporcionan un telón de fondo importante en el que los niños pueden desarrollar un sentido de «seguridad percibida» y pertenencia. Las rutinas mejoran la previsibilidad, lo que a su vez proporciona seguridad. Las comidas, las rutinas a la hora de acostarse, las compras de alimentos o las noches de cine brindan **oportunidades para que aquellos que cuidan a los niños demuestren amor, interés y crianza y vean cómo los niños los reciben y responden**. También proporcionan oportunidades cotidianas en las que los niños pueden **probar habilidades relacionales**. Las acciones predecibles y repetidas permiten a los niños desarrollar **patrones de familiaridad** que pueden usarse en otras situaciones sociales.

Con el tiempo, los niños pueden comenzar a sentir un **«sentido de lugar» que es especial y único para ellos** y al que pueden regresar en momentos de dificultad. Las rutinas pueden ayudar a **liberar las mentes, los cerebros y los cuerpos de los niños** para explorar su mundo más amplio, con la seguridad de que tienen una base segura a la que pueden regresar. Algunos ejemplos que ayudan a alimentar el sentido de seguridad:

- Prestar mucha atención a cómo se introduce a los niños en el entorno de cuidado y se les ayuda a **sentirse bienvenidos** en sus primeras visitas o su primer día.
- Desarrollar rutinas en torno a la buena comida. **La comida tiene un significado social y simbólico significativo** más allá de la nutrición física. Los niños deben participar en la creación de estos significados y rituales que les brindan opciones para mostrar amabilidad y cuidado a los demás.
- Proporcionar privacidad. Los niños deben poder **desarrollar un sentido de privacidad personal** y seguridad para sus posesiones personales. Si tienen que compartir espacio de dormitorio con otros, piense en cómo se logra esto para proporcionar el mayor espacio personal posible. También es útil crear expectativas sobre el tiempo que pasan juntos, el tiempo personal y el tiempo que pasan en las redes sociales.
- **Desarrollar buenos finales.** Los mensajes claros y las invitaciones activas de que los niños siempre pueden regresar (por ejemplo, para celebraciones, comidas semanales, para lavar la ropa o para pasar la noche) no solo ayudarán al niño que se está mudando, sino que también enviarán un mensaje a los niños sobre cómo se les quiere.

d. A tener en cuenta: una característica clave de la «seguridad percibida»

La idea de «fuera de la vista» pero no «fuera de la mente» también se conoce como **«mantener a los niños en mente»**. Puede transmitir mensajes poderosos de seguridad percibida a los niños. Les dice que aunque no siempre esté presente, está con ellos en espíritu. Para los niños que han experimentado un trauma, esto puede actuar como algo que **alivia en momentos de estrés**. Se trata de pequeños **actos simbólicos que** indican que el niño le importa. Los ejemplos deben ser apropiados para la edad y podrían incluir:

- Hacer un llavero para ellos que tenga una foto de un momento especial.
- Poner una nota sorpresa de afecto, elogio o consuelo en un libro o fiambra.
- Enviar una postal si está de vacaciones.
- Usar frases como «...Estaba pensando en ti ayer cuando...»
- Recordarle algo al niño que podría haberle dicho la semana pasada.
- Asegurarse de que haya muchas fotos y recuerdos en el espacio vital para que el niño sepa que tiene una presencia incluso cuando no está presente físicamente.

e. Reciprocidad

Un medio adicional para construir sintonía es la **reciprocidad**. El concepto de reciprocidad se utiliza generalmente para describir el proceso de comunicación entre un bebé y sus padres. Sin embargo, se puede aplicar a las relaciones entre niños y cuidadores de cualquier edad y, de hecho, a otras relaciones en general. La reciprocidad es esencialmente **un proceso de adaptación mutua** en el que el cuidador y el niño llegan a conocerse y aprenden a leer las señales del otro.

Las relaciones recíprocas no solo desarrollan competencias sociales, sino que también ocurren a menudo en momentos de alegría. La reciprocidad **indica previsibilidad, capacidad de respuesta y seguridad**. Además, a medida que el niño es un socio activo en estos intercambios, crece y experimenta un sentido de voluntad o dominio. Como ambas partes en la relación son únicas, **esta «danza» se construye con el tiempo y para beneficio mutuo**.

Una forma alternativa de describir la reciprocidad” en las relaciones ha sido desarrollada por el Centro para el niño en desarrollo²⁵, que describe este intercambio como **«servir y devolver» (como un juego de tenis). Centrándose en las interacciones con los niños que son pre-verbales, compara el «baile» entre el niño y su cuidador que ayuda a desarrollar las habilidades de un niño de la siguiente manera:**

1. Observe el «servicio» (en lo que el niño ha mostrado interés) y comparta el enfoque de atención del niño.
2. Devuelva el servicio prestando atención y deleitándose en lo que el niño está mostrando interés.
3. Dé un nombre a lo que le interesa al niño.
4. Tome su turno y espere a ver a qué más presta atención el niño a continuación, manteniendo la interacción en ambas direcciones.
5. Practique los comienzos y finales de estas interacciones de «servir y devolver».



25. Centro para el niño en desarrollo (2019). Introduction to serve and return <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/serve-and-return/>.

VIÑETA DEL CASO SOBRE RECIPROCIDAD USANDO «SERVIR Y DEVOLVER» CON UN NIÑO MAYOR CHILD

Jana era una chica de quince años callada y que se guardaba las cosas para sí misma. Su tiempo en casa se limitaba a dormir, comer y quedarse en su habitación. No era vista como problemática en el hogar, pero evitaba al personal. Rara vez decía algo y las respuestas a las preguntas eran breves y parcas en detalles. Con el tiempo, un miembro del personal llamado Ben desarrolló una conexión con Jana, usando conscientemente la técnica de «servir y devolver». Se dio cuenta de que a Jana le encantaba la pizza y a menudo buscaba esto (el servicio). Sugirió hacer una pizza desde cero y le preguntó a Jana dónde podrían encontrar una receta para una pizza, lo que la animó a buscarla (devolver). Cuando encontró una receta, él le preguntó si le gustaría ayudarlo a comprar los ingredientes y hacer la pizza (nombrar las cosas). En la cocina, Ben creó un ambiente donde Jana podía tomar el control del proceso. Cuando ella leía aspectos de la receta, él le respondía y alentaba una mayor interacción haciendo preguntas abiertas. Él conversaba con ella con suavidad, preguntándole si ella sabía cuál era la mejor harina para pizza o de dónde venían los tomates, y compartió algunas cosas sobre sus propias comidas favoritas (mantenerlo en marcha). Cuando ella no quería continuar con su contribución, él mostraba sensibilidad a ello, permitiéndole terminar las interacciones en sus propios términos. Con el tiempo, Ben creó otras oportunidades en torno al interés de Jana en la comida, durante las cuales la animó a tomar la iniciativa y practicar esta habilidad recíproca en la construcción de relaciones (practicar los comienzos y los finales).

f. Promoción de la regulación emocional

Como se ha establecido, la regulación emocional (la capacidad de calmarse en momentos de alteración o angustia) **no es una habilidad innata** con la que nacen los humanos, sino que es **una capacidad que se desarrolla a través de relaciones de apego tempranas** y se vuelve más sofisticada con el tiempo. En el cuidado alternativo se desarrolla en el contexto de **entornos estables y relaciones coherentes con cuidadores de confianza que calman y modelan la correulación**. En estos entornos, se ayuda a los niños a gestionar las emociones inmediatas y desarrollar el autocontrol a largo plazo.

El requisito previo fundamental para ayudar a los niños a desarrollar la autorregulación es la **presencia de un adulto o adultos bien regulados**. Los niños toman sus señales de las figuras de apego en sus vidas y dan importancia a las opiniones y creencias de aquellos que son importantes para ellos. Esta **conexión no se puede presumir** en las relaciones, incluso en las relaciones de nacimiento. Es una confianza que se **gana y se trabaja constantemente**. **En entornos donde hay más de un cuidador, es importante que quienes cuidan a los niños sean coherentes en su enfoque, al tiempo que reconozcan la diferencia en los estilos**. La forma en que los adultos se relacionan entre sí y cómo se relacionan con los niños influirá en cómo responden los niños y establecerá expectativas dentro del entorno de cuidado. Cuanto más tranquilo y pacífico sea el entorno del hogar, menos probable es que los niños que han experimentado un trauma se desencadenen por factores estresantes ambientales, es decir, un estímulo psicológico que provoque el recuerdo de una experiencia **traumática** anterior.

Una forma en que el personal y los cuidadores pueden promover la regulación es **hablar sobre sus propias emociones en general de manera cotidiana**. Leer historias juntos, usar programas de televisión o películas son excelentes maneras de fomentar el **diálogo emocional pero a distancia**. **Compartiendo el aprendizaje** con los niños también es una forma poderosa de normalizar la conversación emocional. El uso de conceptos como la «ventana de tolerancia» (como se discute en el capítulo 4 de esta guía práctica) puede **dar a los niños un lenguaje para expresar lo que está sucediendo en su mente**. Compartir este conocimiento con otros en la red de cuidado del niño también ayuda a ofrecer coherencia y abre vías para que el niño busque ayuda donde elija.

En períodos más tranquilos, y con el espíritu de apoyarlos para que sean activos en su propia recuperación, se debe considerar cómo se puede ayudar a un niño **no solo a notar los desencadenantes, sino también a desarrollar habilidades que traigan un sentido de curación y autorregulación en sus mentes y cuerpos**. A través de la orientación y la formación de las figuras de apego, se les debe **ofrecer a los niños oportunidades para probar una variedad de técnicas** para identificar lo que podría ser efectivo y cómodo para ellos. Las técnicas a explorar incluyen:

- Ejercicios de respiración.
- Técnicas de automasaje o masaje seguro.
- Prácticas de mindfulness.
- Narraciones.
- Tai chi, yoga u otros ejercicios que prestan atención a la relajación corporal.
- Música, que nos permite explorar o cambiar el estado de ánimo.
- Canto comunitario que implica conexión y sintonía con los demás.
- Percusión, caminar, bailar o actividad deportiva que implique ritmos repetitivos.

Aquellos que cuidan y trabajan con niños también pueden desarrollar una serie de **juegos y ejercicios apropiados para la edad que busquen específicamente identificar y hablar sobre las emociones**. El **anexo 3** proporciona algunos ejemplos de los tipos de cosas divertidas que podría probar o sugerir para que un niño pueda tratar de regular o promover el autocuidado.

g. Ayudar al niño a volver a la regulación

Cuando un niño se desregula, es importante que los cuidadores y el personal se **centren en las emociones que impulsan el comportamiento en lugar del comportamiento en sí**. El niño puede estar centrándose casi por completo en la amenaza percibida y la necesidad de seguridad y **puede no tener el control total** puede no tener el control total el niño explique lo que ha sucedido y no castigar. Más bien, el **objetivo inmediato es reducir la situación**. Para hacer esto, los cuidadores y el personal pueden practicar la **«contención»**, una teoría adaptada del trabajo de un psicoanalista, Wilfred Bion, en la que el adulto demuestra su **voluntad de reconocer emociones fuertes y reflejarlas en el niño de una manera controlada y tranquila**. Un ejemplo de diálogo puede ser algo así como «...Puedo ver que lo que ha sucedido te ha enfadado y molestado de verdad y he escuchado que no estás contento conmigo en este momento. Quiero que nos tomemos un minuto para calmar las cosas y luego veremos lo que te ha molestado y encontraremos una manera de resolverlo». De esta manera, usted está **reconociendo la angustia del niño, nombrando sentimientos** e indicando que todo lo que se ha dicho **no se lo ha tomado como algo personal. Los niños necesitan escuchar esta «reparación» que viene rápidamente después de que la «ruptura» ha ocurrido**.

Los cuidadores y el personal también pueden recurrir al trabajo de Porges cuando habla de ofrecer a los niños **«señales de seguridad»** que incluyen:

- Presentar una postura cálida y no amenazante.
- Usar expresiones faciales suaves y un tono de voz relajante.
- Sentarse al lado de un niño, sin contacto visual directo, lo que puede percibirse como menos amenazante o intenso.
- Usar el silencio de apoyo para permitir que el niño alcance un poco de equilibrio y tiempo para reunir sus pensamientos.
- Cuando el estrés ha disminuido, usar una postura reflexiva o «mentalizadora» para explorar la interpretación del niño de los acontecimientos y la sensación de seguir adelante.



Ver + considerar:

Hacer uso de señales no verbales de seguridad es importante para todos los niños, pero especialmente cuando se trabaja con niños que tienen discapacidades sensoriales o de aprendizaje. Técnicas como la interacción intensiva son útiles para construir relaciones, confianza e intención comunicativa con niños que tienen dificultades de comunicación.

Este breve clip demuestra las señales no verbales de seguridad y el uso de interacción intensiva para niños con discapacidades de aprendizaje. ¿Cómo podría aplicar esto en el cuidado de los niños?

Encouraging interaction (3) – Leyla - Nasenonline – 27 de julio de 2014

<https://www.youtube.com/watch?v=enJtHkIBGC8>

h. Crear sentido

Como se señaló en el capítulo 5, uno de los impactos psicosociales del trauma es que puede promover un sentido internalizado de **«desintegración» en relación con los sentimientos, experiencias y pensamientos**. Al considerar cómo crear significado puede abordar los sentimientos de desintegración, el Instituto de recuperación del trauma infantil comenta que:

«... Cuando un adulto tiene a un niño en mente y lo ayuda a **poner sus experiencias en palabras**, el cerebro puede integrarse. Al contarnos la historia de la vida que estamos viviendo, nuestras mentes dan forma a nuestros cerebros. Los adultos de confianza pueden ayudar al niño a crear esta narrativa curativa a partir de las experiencias de la vida cotidiana».²⁶

26. Instituto de recuperación del trauma infantil - <https://irct.org.uk/>.

Una forma en que «crear sentido» puede ocurrir nace de conversaciones **oportunistas y no planificadas** que pueden surgir en el curso de la vida diaria. Es probable que estas sean **conversaciones indirectas** sobre el trauma que no son específicas de las circunstancias individuales de un niño. **Compartir su conocimiento de esta guía y en otros lugares** de una manera tranquila y tranquilizadora demostrará que el **trauma no es un tema tabú**. Los mensajes generales a los que recurrir podrían incluir:

- Las experiencias traumáticas son comunes.
- A menudo ocurren en la infancia.
- Los niños nunca son responsables o culpables de cualquier experiencia traumática.
- La forma en que las personas responden al trauma es única para el individuo y es una respuesta adaptativa, a menudo inconsciente, que ha ayudado a la persona a sobrevivir.
- Hay algo más en las personas que sus experiencias traumáticas.

Los niños con antecedentes de trauma pueden estar **muy en sintonía** con la forma en que se tratan las preguntas o conversaciones y, de hecho, **pueden estar «probando el agua»** para ver cómo manejan el tema. Incluso si sospecha, o de hecho sabe, que es la experiencia real del niño lo que se encuentra debajo de la conversación, es muy importante que no intente forzar al niño a «una revelación», sino **que permita que el niño dicte el ritmo**. Las **dos posibles excepciones a esta regla general** serían:

- a) Si el niño ha provocado discusiones indirectas sobre el trauma en varias ocasiones, puede tener la impresión de que pueden estar tratando de pedirle que le pregunte directamente si algo así le ha sucedido alguna vez. Si este es el caso, debe hablar con un gerente o supervisor para que pueda planificar cómo podría iniciar la conversación con sensibilidad.
- b) Si hay sospecha de que algún abuso está ocurriendo actualmente, se deben seguir los procedimientos de protección infantil de la organización.

La manera más formal y planificada de ayudar a un niño a dar sentido a sus historias de trauma o procesos de cuidado es a través del **historial vital**. El historial vital es esencialmente una forma de contar historias: historias que ayudan a un niño a comprender su pasado, cómo el pasado ha dado forma a su presente, pero cómo su pasado no tiene que definir su futuro. El historial vital puede tomar muchas formas y variaciones dependiendo de la edad del niño, cuán asentado está, qué información es accesible, si se pueden poner recursos adicionales para adquirir nueva información, de quién se recopila la información, cómo se comparte la información, etc. Idealmente, el historial vital debería surgir de la curiosidad natural de los niños sobre sus antecedentes, cuando comienzan a hacer muchas preguntas de «por qué». Juntos, el niño y su(s) cuidador(es) principal(es), que es capaz de «contener» las respuestas de los niños, cualesquiera que sean, deben usar la información que tienen para crear una narrativa sobre la vida del niño hasta la fecha. Alternativamente, se puede iniciar un historial vital más intensivo si un niño está muy inquieto y/o ha experimentado una serie de movimientos de asignación. Aquí el propósito adicional del historial vital es exteriorizar la confusión, el dolor y los malentendidos que un niño podría estar teniendo sobre sus historias de trauma y procesos de cuidado.

**Ver + considerar:**

Richard Rose es uno de los principales pensadores y profesionales del Reino Unido en torno al trabajo terapéutico de historias de vida. Aunque este videoclip es bastante largo (1,03 horas), es un buen resumen de los temas involucrados y cómo aborda este trabajo. ¿Qué ideas podrían ser transferibles a su entorno?

Therapeutic Life Story Work - Sharing Lives/Sharing Stories - CELCIS -
16 de diciembre de 2019

<https://www.youtube.com/watch?v=LNNZpeduLOQ>

i. Fomentar una conexión más amplia y construir fortalezas

Como se señaló en capítulo 5, uno de los mayores impactos del trauma en la infancia es que puede crear para el niño una **sensación interna de desconexión o diferencia** de sus compañeros y otras personas a su alrededor. Los niños que viven en cuidados alternativos tienen la carga adicional de experimentar **pérdidas repetidas en las relaciones y de ser desarraigados de sus comunidades y entornos escolares originales**. Por lo tanto, es vital que los niños puedan **desarrollar vínculos y un sentido de lugar en sus entornos locales**. Lev Vygotsky, un psicólogo ruso de principios del siglo XX, creó el concepto útil de «**andamiaje**» para indicar cómo, con la ayuda y la orientación de adultos cariñosos, los niños pueden recibir apoyo para aprender nuevos conjuntos de habilidades y conocimientos que no podrían gestionar por sí mismos. Para los niños que han experimentado un trauma puede requerir más tiempo ganar confianza, pero no se puede subestimar la importancia de aprovechar las **fortalezas y capacidades**.

Robbie Gilligan, profesor de trabajo social y política social en el Trinity College de Dublín, Irlanda, al analizar lo que construye la resiliencia, ha enfatizado la importancia **de ayudar a los niños a nutrir los talentos e intereses tempranos fuera del entorno de cuidado**. Esto no solo permite a los niños construir nuevas historias sobre sí mismos, sino que también proporciona un vehículo a través del cual pueden **expresar su identidad a través de actividades significativas y a través de su propio esfuerzo**.²⁷ Enfoques como el aprendizaje de la experiencia y la pedagogía al aire libre funcionan en estos principios.

Haciéndose eco de los principios establecidos en el capítulo 2, una última manera para que los niños desarrollen talentos y capacidades es a través de una **participación significativa**. Las buenas prácticas basadas en el trauma se centran en los derechos del niño, y todos los niños, en consonancia con la evolución de sus capacidades, tienen derecho a participar en las cosas que son importantes para ellos. Aquellos que cuidan o trabajan con niños con antecedentes de trauma deben abrirse a escuchar y aprender de los conocimientos y la experiencia de los niños que los adultos pueden no identificar o priorizar. La participación de los niños no debe ser meramente simbólica. Más bien, debe verse como una obligación de la que los adultos, en todos los niveles, son responsables. Para apoyar a los niños en su

27. Gilligan, R. (1999). *Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents and interests*. *Child and family social work*, 4, 187-196.

proceso de recuperación del trauma, **debemos alejarnos de la percepción de los niños como «objetos de intervención» a sujetos con el derecho, la capacidad y la voluntad de influir en sus propias vidas.** Garantizar que los niños tengan oportunidades de desempeñar un papel de liderazgo en sus propias vidas, incluyendo ser socios en la toma de decisiones sobre su recuperación, mejorará su sentido de voluntad y les empoderará para el futuro.

j. Evaluar y comunicar las necesidades de los niños

Para aquellos que cuidan o trabajan con niños en entornos de cuidado alternativo, las habilidades de observación y estar en sintonía con nuestras propias respuestas son medios cruciales para ayudarnos a ver más allá del comportamiento de presentación y comprender **lo que los niños nos están comunicando debajo de las palabras.** Para hacer esto, necesitamos notar **cómo responden los niños, escuchar con intención** y sentir **curiosidad** sobre qué comportamiento nos está indicando. Las acciones de los niños pueden ser un medio para ayudarlos a dar sentido a la adversidad y el trauma, así como para protegerlos de conectarse con recuerdos dolorosos.

Ya nos hemos referido anteriormente a la necesidad de garantizar que los niños participen activamente en cualquier evaluación o informe que los involucre, pero también cabe reiterar aquí que debemos tener en cuenta el lenguaje que usamos para describir las experiencias de los niños. **El trauma es algo que un niño ha experimentado o le ha sucedido: no es algo que deba definirlo.** Etiquetas como «oposición», «desafiante» o «trastorno de la conducta», «que busca llamar la atención», «manipulador», «manipulador» o «promiscuo» son profundamente inútiles y vergonzosos e implican algo fijo sobre el carácter del niño. **El lenguaje alternativo** podría incluir:

- «Comportamiento desafiante» que se describe como comportamiento angustiado o desregulado.
- El lenguaje que refleja las nociones de pensamiento dañino, fijo, irreversible y determinista debe ser reemplazado por el conocimiento de la neuroplasticidad y las ofertas de esperanza y oportunidades para el cambio y el crecimiento.
- Las etiquetas utilizadas en los trastornos psiquiátricos podrían reformularse como «adaptaciones», «signos de resiliencia» y «herramientas de supervivencia».

Si nuestros roles requieren que realicemos grabaciones rutinarias o regulares sobre la vida de los niños, a veces puede ser útil «enmarcar» cualquier registro como si nos dirigiéramos directamente al niño. Esto puede ser útil por varias razones:

- Asegura que tengamos al niño a la vanguardia de nuestra mente cuando escribimos sobre ellos.
- Puede ayudarnos a ser más sensibles en nuestro uso del lenguaje al escribir sobre incidentes o acontecimientos que les conciernen.
- Los niños que viven en cuidado alternativo pueden acceder a sus registros en algún momento de sus vidas. Para muchos, puede llegar a ser un importante, o en algunos casos, el único «guardián de sus recuerdos». Por lo tanto, es vital que cualquier registro se escriba desde un lugar de compasión y comprensión.

Puede ser útil dejarle claro a un niño que los registros se guardan y apoyarlos para que se añadan a los registros mismos. Dentro de una relación de confianza, un registro coproducido puede ser muy útil para un niño y puede reforzar que lo que le importa al niño, le importa a usted.



Puntos a considerar:

Un buen ejercicio es ponerse en el lugar del niño al grabar algo sobre él y tratar de leerlo desde su perspectiva. ¿Se verán a sí mismos en lo que ha escrito o entenderán cualquier jerga que haya usado? ¿Ha anotado sus deseos, sentimientos y puntos de vista? ¿Ha demostrado que está tratando de entender lo que le está sucediendo al niño («Me preocupa que pueda sentirse aislado») o qué podría estar teniendo un impacto en él («Me pregunto si los comentarios que recibió antes de perder los estribos, le recordaron cómo lo trataron cuando era un niño pequeño»)? Mire una grabación reciente o un informe que haya escrito sobre un niño. ¿Qué cambios podría hacer para asegurarse de que su informe contenga más información sobre el trauma?

Los marcos que utilizamos para evaluar las necesidades de los niños también son fundamentales en cuanto a cómo representamos las experiencias y vidas de los niños. Estos no solo pueden influir en cómo los niños piensan sobre sí mismos, sino que también dan forma a sus narrativas individuales y colectivas en una serie de procesos y sistemas externos que ejercen un poder considerable sobre la vida de los niños, por ejemplo, procesos legales, provisión de educación, percepciones sociales, etc. Por lo tanto, es crucial que utilicemos marcos que estén informados sobre el trauma y que tengan una orientación del desarrollo para que las historias de los niños se transmitan con sensibilidad y compasión.

Ejemplos de tales marcos incluyen:

1. Matriz de evaluación de Kim Golding (ver (1), **Anexo 3**).
2. Enfoque de apego, regulación y competencia que busca trabajar a través de las redes de cuidado de los niños de Margaret Blaustein y Kristine Kinniburgh's (ver **Anexo 4**).
3. AMBIT – un marco basado en la mentalización, desarrollado por el personal del Centro nacional Anna Freud para niños y familias y desarrollado específicamente para trabajar con personas que tienen múltiples necesidades (ver nº 11, **Anexo 2**).



Puntos a considerar:

Si bien la evaluación del niño es muy importante cuando se lleva a cabo una planificación informada sobre el trauma, también es importante examinar de manera crítica su entorno de atención, con el fin de medir su disposición para implementar prácticas informadas sobre el trauma. Usando la plantilla en el **Anexo 3**, piense en lo que su entorno de atención hace bien y en lo que necesita trabajar para brindar atención de una manera informada sobre el trauma.

k) Mantener las relaciones de los niños con sus familias de origen

Como se ha indicado en la información anterior, muchos niños que viven en entornos de cuidado alternativo pueden tener **pensamientos y emociones complicados sobre sus familias de origen**. (si bien esto puede centrarse principalmente en las relaciones con sus padres, también puede incluir relaciones con abuelos, hermanos, etc.). Es probable que estos pensamientos y sentimientos sean conflictivos, intensos, confusos y dolorosos y pueden cambiar con el tiempo. Como indicó el estudio exploratorio, algunos niños reconocen que las experiencias y las relaciones no eran seguras y consideran que el cuidado alternativo les proporciona estabilidad, amor y oportunidades. Para otros, vivir en cuidado alternativo crea un vacío o una sensación de pérdida en sus vidas que nunca desaparece realmente.

Por experiencia, también sabemos que muchos niños que viven en cuidado alternativo eventualmente regresan con sus familias de origen cuando se eliminan las órdenes legales o llegan a una edad en que sus autoridades estatales ya no están obligadas a proporcionarles alojamiento. Además, en una era cada vez mayor de las redes sociales, sabemos que algunos niños están estableciendo contacto independiente con miembros de la familia sin el conocimiento de aquellos que cuidan o trabajan con niños en entornos de cuidado alternativo. Por todas estas razones, es importante que la atención proporcionada en entornos de cuidado alternativo reconozca y aborde activamente las relaciones de los niños con sus familias de origen (esto es distinto del trabajo del historial vital). Cómo, cuándo, quién y con quién se realiza este trabajo dependerá de muchas variables, pero es probable que sea un tema que necesite reflexión, será dinámico, es decir, cambiará y puede requerir apoyo terapéutico especializado.

Junto con el trabajo de curación o reparación relacional que debe facilitarse a los niños en cuidado alternativo, en general, donde es seguro hacerlo y dependiendo de los deseos del niño, los entornos de cuidado alternativo deben apoyar el contacto regular entre los niños y los miembros de sus familias de origen. Esto debe hacerse para garantizar que los niños no experimenten más desconexión y pérdida en sus vidas. El contacto puede tomar muchas formas (directo / indirecto, cara a cara, por teléfono, correo electrónico, texto, envío de cartas / fotos / dibujos, etc.) y puede ocurrir con diferentes frecuencias. Lo importante es que los acuerdos sean:

- Planificados, para garantizar la previsibilidad, en la medida de lo posible, por ejemplo, verificar con los padres el día del contacto que aún pueden cumplir con el acuerdo.
- Claros, para que se gestionen las expectativas de todos.
- Integrados en las rutinas y ritmos de la vida de un niño.

- Apoyados, de modo que un sentido de coherencia e integración esté integrado en la red de apoyo relacional de un niño.
- Gestionados, para que las experiencias de contacto de los niños sean positivas y no sean una fuente de estrés adicional en sus vidas.

Recuerde

- La práctica informada sobre el trauma es un concepto relativamente nuevo, pero gran parte de lo que sustenta su contenido se basa en una base de evidencia establecida. Dependiendo de la amplitud o profundidad del cambio que los enfoques informados sobre el trauma buscan influir, sus objetivos pueden incluir uno o varios de los siguientes:
 - Reducir la probabilidad de que ocurra un trauma en primer lugar.
 - Ayudar a las personas que han experimentado un trauma a dar sentido a esa experiencia y a seguir adelante positivamente con sus vidas.
 - Asegurar que las respuestas del servicio prevengan activamente la retraumatización.
- Los adultos que cuidan o trabajan con niños que han experimentado un trauma pueden contribuir a la recuperación de los niños mediante la construcción de relaciones seguras, predecibles y de confianza que presten atención a los componentes psicosociales del apego que sustentan todo el desarrollo de los niños.
- El «ciclo de ruptura y reparación» y tomar una «postura mentalizadora» puede ayudar a aquellos en un papel de cuidado a tomar una posición de curiosidad en relación con la comprensión de los estados mentales de los niños. No saber y no sentir siempre la necesidad de hacer las cosas bien, puede liberar a los adultos para trabajar junto a los niños en lugar de sentir la necesidad de «arreglarlos».
- La práctica informada sobre el trauma se puede aplicar en todos los niveles de los diversos sistemas que rodean el cuidado de los niños que viven en entornos de cuidado alternativo. Si bien gran parte de este capítulo se centra en lo que los adultos pueden hacer a través del cuidado diario, también debemos prestar atención a las evaluaciones que hacemos, cómo trabajamos con las familias de origen, el apoyo que se brinda a esos adultos que cuidan de los niños a diario, etc. A menos que se comunique cada uno de estos elementos sobre el trauma, existe el riesgo de que se reduzca la calidad de las experiencias de cuidado alternativo de los niños.
- Existen muchas herramientas para ayudar a estructurar las interacciones con los niños, sin embargo, no contarán para nada a menos que se utilicen en el contexto de una relación de confianza en la que el adulto disfrute con la presencia del niño y pueda ofrecer una sensación de seguridad y contención.





CAPÍTULO 8



Cuidado de los cuidadores: mantener las buenas prácticas en cuidados alternativos

CAPÍTULO 8

CUIDADO DE LOS CUIDADORES: MANTENER LAS BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS ALTERNATIVOS

«Un elemento clave es el diálogo abierto y el esfuerzo por cubrir las necesidades legítimas de los profesionales de primera línea en cuanto a su formación, su remuneración y su perspectiva de desarrollo [...] Porque aportan gran parte de su experiencia profesional, así como muchos aspectos de sí mismos, que no son valorados, y porque no ponen una limitación a lo que ofrecen. Por el contrario, dan sus vidas, a menudo con un coste y exposición personal».
(Cita de un profesional, ejercicio, 2020)

INTRODUCCIÓN

Esta sección analizará el impacto que el trauma de los niños puede tener en quienes los cuidan y trabajan con ellos. Explorará el impacto potencial del trauma en aquellos que brindan atención directa, así como en aquellos que tienen puestos más indirectos, gestionando o coordinando la atención. Luego consideraremos algunas formas en que podemos mejorar el apoyo a los adultos en estas posiciones.

8.1 El impacto del trauma en aquellos que cuidan y trabajan con niños

Cuidar y trabajar con niños que han experimentado un trauma es difícil y requiere un **alto grado de compromiso personal y conexión** para construir y mantener relaciones. El uso de uno mismo es la herramienta clave para ayudar a los niños en el camino hacia la recuperación, por lo que este tipo de trabajo puede volverse **personalmente agotador y, a veces, abrumador**. Los adultos que se involucran empáticamente con los niños pueden comenzar a verse afectados por lo que están escuchando, pueden ser incapaces de satisfacer las demandas impuestas a sus recursos emocionales y/o pueden sentirse incapaces de establecer una conexión con el niño bajo su cuidado. Como se ha señalado anteriormente en la guía práctica, las relaciones son conexiones bidireccionales que dependen de la confianza y la reciprocidad para permitirles florecer.

En la literatura, los adultos que comienzan a sentirse abrumados como resultado de su conexión con el trauma se describen de diversas maneras como experimentando **trauma secundario**, que, dependiendo de su función en el cuidado y trabajo con los niños, puede llevar al **agotamiento**, la **fatiga por compasión** o **atención bloqueada**. La atención bloqueada, a menudo utilizada en el contexto de la crianza y la adopción, ocurre cuando el estrés prolongado reduce la capacidad de

un adulto para mantener sentimientos cariñosos y empáticos hacia su hijo. Esta es una respuesta instintiva y protectora al trauma de los niños, que, como se ha señalado en capítulos anteriores, puede manifestarse en temor o angustia y comportamientos desregulados. Cuando surge la atención bloqueada, los cuidadores tienden a volverse reactivos: responden al comportamiento del niño en lugar de a sus estados mentales, es decir, sus pensamientos, creencias, deseos, intenciones, etc. En estos escenarios, la atención de los cuidadores puede comenzar a centrarse en lo negativo y, si no se les presta suficiente atención, puede conducir a fallos en la asignación.

Sandra Bloom (2003)²⁸ a partir de su trabajo con sobrevivientes adultos de agresión sexual nos recuerda que nuestras respuestas al trauma se basan en una variedad de factores que pueden **hacernos vulnerables** a las posibilidades de experimentar un trauma secundario:

- Antecedentes personales de trauma no resuelto.
- Exceso de trabajo.
- Ignorar los límites saludables.
- Asumir demasiado.
- Falta de experiencia en el trabajo de trauma.
- Tratar con un gran número de niños traumatizados.

8.2 Problemas particulares para quienes prestan atención directa

Ottaway y Selwyn en su estudio de 2016 sobre la fatiga por compasión y los cuidadores de crianza²⁹ reconocieron que, si bien hay elementos comunes experimentados tanto por los profesionales (trabajadores sociales) como por los cuidadores de acogida, identificaron tres factores que sugieren que **los cuidadores de acogida pueden verse afectados de manera diferente**. Señalaron:

- La falta de oportunidad de potenciar que los cuidadores creen un **espacio físico y emocional para reflexionar o revitalizar**.
- **Altos niveles de estrés, de los cuales es difícil obtener un descanso**, ya que los niños son atendidos en el lugar donde residen los cuidadores y sus familias.
- Los cuidadores de acogida temporal pueden **experimentar un mayor aislamiento** ya que las complejidades de las historias de trauma de los niños pueden afectar a su vida social.

Dependiendo de la forma en que se organice el cuidado de acogida en un país, los recursos de los cuidadores también pueden agotarse, ya que tienen que adaptarse a las necesidades de los nuevos niños de manera regular.

A pesar del hecho de que el estudio identificó que la fatiga por compasión podría ser **grave y afectar negativamente al bienestar mental y físico** de los cuidadores, la calidad de la atención brindada a



28. Bloom, S. L. (2003). *Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Traumatization*. (in press) In *Sexual Assault, Victimization Across the Lifespan*, editado por A. Giardino, E. Datner and J. Asher. Maryland Heights, MO: GW Medical Publishing (pp. 459-470).

29. Ottaway, H., y Selwyn, J. (2016). *No-one told us it was going to be like this: compassion fatigue and foster caregivers*. *Fostering Attachments Ltd*.

los niños y la estabilidad y continuidad de las asignaciones, etc., **los cuidadores de acogida rara vez experimentaron apoyo que pudiera aliviar sus efectos**. En general, se informó de que potenciar que los cuidadores no sentían que los profesionales que los apoyaban tenían el **conocimiento y la comprensión adecuados de los problemas**, lo que sirvió únicamente para ahondar en la fatiga por compasión.

Los autores identifican una serie de recomendaciones de su investigación para **mejorar el nivel y la calidad del apoyo que debería estar disponible como una cuestión de rutina para aquellos en puestos de cuidado directo**. Incluyen:

- Reconocer abiertamente las posibilidades de fatiga por compasión.
- Crear espacios seguros para que los cuidadores procesen el trauma del niño y su propio trauma sin la amenaza de juicio o sanción.
- Reconocer que los cuidadores tienen experiencia y conocimiento profundo de los niños a quienes cuidan.
- Ofrecer una gama de apoyo, individual y en grupos, apoyo entre pares, apoyo profesional y supervisión.
- Reconocer los esfuerzos realizados por los cuidadores.
- Ofrecer apoyo a los miembros de la familia más amplia también.
- Volver a plantear la noción de «respiro» para que a los cuidadores se les ofrezca «tiempo fuera» de manera flexible y centrada en el niño.

8.3 Problemas particulares para aquellos con responsabilidades de cuidado indirectas

Los adultos que pueden no trabajar con niños a diario, pero que los ven regularmente y que tienen la responsabilidad de gestionar o coordinar su atención también pueden experimentar traumas indirectos o secundarios. Aquí el trauma puede surgir por una variedad de razones, que luego pueden ser exacerbadas por los entornos de trabajo. Los ejemplos pueden incluir sentirse abrumado por la experiencia de los niños, verse arrastrado a circunstancias familiares complejas y caóticas, desencadenarse por traumas no resueltos, sentimientos de fracaso, la carga de la toma de decisiones, el ritmo y el volumen de las cargas de trabajo, etc. Los signos comunes de trauma secundario en estas circunstancias pueden incluir:

- Experimentar fuertes emociones persistentes de ira, rabia y tristeza por las experiencias traumáticas del niño.
- Volverse demasiado emocional al hablar o gestionar el cuidado diario.
- Dificultad para mantener los límites y preocuparse por las experiencias de los niños.
- Cuestionar la capacidad para llevar a cabo tareas.
- Pérdida de esperanza o aumento del pesimismo o cinismo.
- Distanciamiento, adormecimiento, desapego o evitar situaciones.
- Crear «tareas en que ocuparse» como medio de elusión.

Haciéndose eco de las mejoras sugeridas señaladas anteriormente, los impactos del trauma secundario podrían prevenirse o mitigarse en varios niveles interrelacionados. Algunos ejemplos son:

- **A nivel personal**, los adultos pueden recibir apoyo para: reconocer y abordar sus propias experiencias traumáticas; practicar la autocompasión y participar en actividades de relajación y la calma que ayuden a mantener un sentido de equilibrio; prestar atención a los primeros signos de estrés; desarrollar rutinas saludables sobre actividad física, comida, sueño, etc.; construir una red de apoyo familiar y de amistad.
- **La formación profesional** debe explorar valores, ampliar el conocimiento del trauma, fomentar las habilidades de reflexión y permitir que los estudiantes tengan espacio para abordar sus propias experiencias de trauma.
- **Los entornos profesionales** deben proporcionar apoyo y supervisión de rutina, oportunidades para conexiones con compañeros, aprendizaje y desarrollo profesional, expectativas realistas de los casos, tutoría para trabajadores recién cualificados; garantizar que se tomen vacaciones anuales y horarios de trabajo seguros; Asegurar que los servicios de asesoramiento y terapia estén disponibles.

8.4 Desarrollo de respuestas organizacionales informadas sobre el trauma

La práctica informada sobre el trauma va más allá de que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado o traten de establecer conexiones con compañeros y colegas para el apoyo mutuo y la reflexión. La práctica informada sobre el trauma debe incorporarse a los sistemas, las políticas y los procedimientos para que se convierta en un «negocio como de costumbre» y no en un «complemento» adicional que algunas personas intentan adoptar. Como señaló la reciente revisión nacional del sistema de atención en Escocia: «La fuerza laboral necesita apoyo, tiempo y atención para desarrollar y mantener relaciones. Escocia debe sostener las manos de aquellos que sostienen la mano del niño».³⁰

Como parte de este proyecto, se producirá un plan para ayudar a las organizaciones a pensar qué acciones se pueden tomar para promover la práctica informada sobre el trauma. En relación con la forma en que cuidamos a los cuidadores, algunos puntos clave a los que debemos prestar especial atención son:

- Necesitamos reconocer que existe un trauma secundario y adoptar prácticas que busquen activamente mitigar su impacto.
- Además de su impacto personal en quienes cuidan y trabajan con niños, debemos ver el trauma secundario como un mecanismo a través del cual puede ocurrir una nueva traumatización de los niños. Visto a través de esta lente, abordar el trauma secundario se convierte en una prioridad importante.
- Necesitamos construir prácticas, por ejemplo, trabajo multidisciplinario, espacio de supervisión o reflexión de rutina, oportunidades para la conexión entre pares, etc. que respondan activamente a la naturaleza compleja del trauma, que promuevan la cohesión y el aprendizaje y desafíen las actitudes de vergüenza y culpa.

30. *The Promise, Análisis del cuidado independiente, Escocia 2020, página 20.*

- Las organizaciones necesitan desarrollar fuertes circuitos de retroalimentación entre los cuidadores / trabajadores de primera línea y los altos directivos para que la realidad de los problemas que surgen de las experiencias de los niños impulse la toma de decisiones organizacionales.



Puntos a considerar:

Pensando en la asignación de un niño que terminó de una manera no planificada, use la siguiente información para volver a evaluar si las características de la «atención bloqueada» podrían haber sido un factor en cómo terminó la asignación.

¿Observó o captó una idea del cuidador de?:

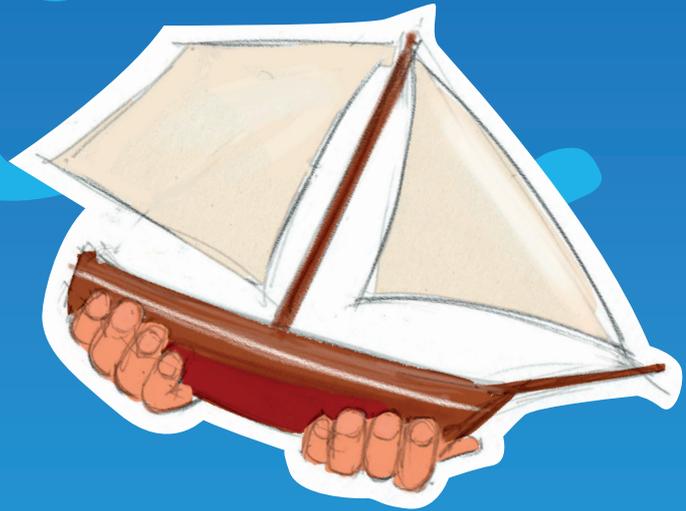
- ¿Una actitud defensiva o cautelara para protegerse frente al rechazo?
- ¿Una sensación crónica de agobio o desmoralizadora?
- ¿Satisfacer las necesidades prácticas del niño, pero ser incapaz de reflexionar sobre el significado potencial detrás de su comportamiento?
- ¿La relación niño/cuidador está bastante «atascada» con el cuidador incapaz de mantener constantemente una mente abierta o curiosa?
- ¿Indicadores de estrés en su familia en general?
- ¿Perder la conexión con su red social?
- ¿No poder hacer uso del apoyo o asesoramiento que le ofrecíamos?
- ¿Una incapacidad para acceder a sentimientos de compasión o crianza del niño seguido de sentimientos de culpa?

Sabiendo lo que ahora sabe sobre el trauma secundario, ¿cómo podría responder de manera diferente si surgiera una situación similar en el futuro?

Recuerde

- Cuando consideramos el impacto significativo potencial que el trauma puede tener en la vida de los niños, no es realista suponer que aquellos en posiciones de cuidado podrán satisfacer las necesidades de los niños con poca o ninguna ayuda terapéutica. Necesitamos reconocer la existencia del trauma secundario y desarrollar prácticas para mitigar o prevenir sus efectos.
- Los sentimientos de vergüenza, culpa y desconexión que sienten los niños que experimentan un trauma pueden tener efectos dominó en las redes de atención que se crean a su alrededor. No es sorprendente que aquellos que están más cerca de proporcionar o coordinar el cuidado de los niños tengan sus propios mecanismos de defensa activados en un intento de mitigar el impacto del trauma secundario.
- Necesitamos escuchar y actuar sobre la experiencia vivida de quienes cuidan y trabajan con los niños para que la calidad de la atención y la toma de decisiones sobre la vida de los niños sea de un nivel coherentemente alto.
- Las prácticas de aprendizaje y desarrollo deben ir más allá de los eventos de formación aislados a métodos más combinados que también incluyan entrenamiento de rutina y retroalimentación.
- Debemos desarrollar una práctica multidisciplinaria que busque apoyar a aquellos que trabajan directamente con niños o que tienen responsabilidades clave para administrar o coordinar su cuidado.







Anexo

ANEXO 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

TÉRMINO O EXPRESIÓN	SIGNIFICADO
Actos de comisión y omisión	Actos dañinos e intrusivos como el abuso (actos de comisión) o la ausencia de seguridad y cuidado (actos de omisión o negligencia).
Trauma agudo	Trauma que ocurre como resultado de un incidente único que es inesperado y causa una angustia considerable. Por ejemplo, un accidente automovilístico, un incidente terrorista
Comportamiento adaptativo	Habilidades sociales, emocionales y prácticas desarrolladas por una persona para ayudarla a sobrellevar o sobrevivir a su experiencia traumática. Estos comportamientos adaptativos pueden ser útiles a corto plazo, pero pueden crear dificultades a largo plazo
Experiencias adversas en la infancia	Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son otra forma de describir los acontecimientos traumáticos experimentados por los niños. Se definen como acontecimientos o situaciones altamente estresantes que ocurren durante la infancia y/o adolescencia. Puede ser un solo acontecimiento o incidente, o amenazas prolongadas a la seguridad o integridad corporal de un niño o joven. Estas experiencias requieren importantes adaptaciones sociales, emocionales, neurobiológicas, psicológicas y conductuales para sobrevivir. (Referencia: Young Minds, 2019)
Entornos de cuidado alternativo	Los que ofrecen cuidados prestados en un entorno familiar que haya sido ordenado por un órgano administrativo o autoridad judicial competente, y todos los cuidados prestados en un entorno residencial, incluidos los centros privados, ya sea como resultado o no de medidas administrativas o judiciales.
Teoría del apego (John Bowlby)	Teoría que sugiere que las necesidades de supervivencia de los niños se satisfacen mediante el establecimiento de una base segura a través de su relación con el/los cuidador(es) principal(es), que también sirve como base para la exploración de los niños del mundo externo sabiendo que pueden buscar consuelo y tranquilidad de sus cuidadores principales en momentos de angustia.

Atención sintonizada	Capacidad de los cuidadores para sintonizar con las emociones, deseos e intereses de sus hijos, así como para reconocer el «sentido de voluntad» del niño para que coincida con sus estados emocionales y atención y para responder a su hijo sobre los estados mentales y emocionales.
Sistema nervioso autónomo	Sistema nervioso del cuerpo que regula las funciones corporales e interpreta las señales de protección y peligro. Este sistema es responsable de las respuestas de lucha, huida y congelación.
Atención bloqueada	La atención bloqueada ocurre cuando una respuesta protectora al trauma de los niños reduce la capacidad del cuidador para mantener sentimientos de afecto y empatía hacia su hijo.
Modelo ecológico de Bronfenbrenner	Un modelo de cinco sistemas clave que influyen en el desarrollo y las oportunidades de los niños. Por ejemplo, relaciones con los demás, cómo se organizan los servicios, condiciones socioeconómicas, etc.
Agotamiento	El agotamiento ocurre cuando una persona experimenta altos niveles de estrés durante un tiempo prolongado, lo que resulta en agotamiento e impactos negativos en el bienestar psicológico y la salud del trabajador.
Los niños	Los niños se identifican en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño como «todo ser humano menor de 18 años, a menos que, en virtud de la ley aplicable al niño, la mayoría de edad se alcance antes». La OMS define a los jóvenes como de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años. Sin embargo, para facilitar la lectura en esta guía práctica, usamos la palabra «niños» como genérico para todos los niños, así como para los jóvenes y adultos jóvenes de 0 a 24 años, que viven o han vivido en entornos de cuidado alternativo.
Categorías de diagnóstico clínico	Formas en que los médicos organizan cómo piensan sobre los diferentes tipos de enfermedades mentales. Se utilizan dos sistemas diferentes: DSM-5 (EE. UU.) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud).
Fatiga por compasión	La fatiga por compasión ocurre cuando los cuidadores sufren de agotamiento físico y mental y aislamiento emocional debido a que se sienten abrumados por el cuidado de niños con antecedentes de trauma durante un período prolongado de tiempo.
Trauma complejo	Trauma que ocurre como resultado de experiencias traumáticas repetidas y prolongadas, particularmente en el contexto de las relaciones durante los años de desarrollo. Por ejemplo, estar expuesto a violencia doméstica, negligencia o abuso sexual.

Contención (Wilfred Bion)	La práctica en la que los cuidadores demuestran su voluntad de reconocer las emociones fuertes de un niño o adulto joven, y reflejarlas de una manera controlada y tranquila.
Corregulación	La regulación mutua de las emociones entre un niño y su cuidador. Este patrón de cuidado coherente y repetitivo, en el que el padre nota el estado emocional del bebé y lo refleja a través del tono de voz, la expresión facial, el tacto y el gesto, ayuda al niño, con el tiempo, a aprender que los estados emocionales son temporales, tienen nombres y se pueden gestionar.
Cortisol	Una de las hormonas que producimos para ayudar a nuestro cuerpo a funcionar, por ejemplo, la regulación de nuestra respuesta inmune. También tiene un papel muy importante para ayudar al cuerpo a responder al estrés.
Pistas de seguridad	Signos percibidos inconscientemente por el sistema nervioso autónomo de un niño que determinan que están en un ambiente seguro. Por ejemplo, postura cálida y no amenazante, expresiones faciales suaves y un tono de voz relajante.
Trauma del desarrollo	Término que a veces se usa en lugar de «trauma complejo». El trauma del desarrollo es crónico y repetido, ocurre durante la infancia y en el contexto de las relaciones de un niño.
Desintegración	Desconexión entre los sentimientos, las experiencias y los pensamientos de un niño.
Vago dorsal	La parte del sistema nervioso autónomo que es responsable de la respuesta de «congelación».
Modelo de psicoterapia diádica del desarrollo (DDP, por sus siglas en inglés)	Un modelo que busca permitir que los niños que han experimentado trauma relacional se beneficien de nuevas experiencias relacionales.
Ecológico	Comprender que múltiples cosas influyen en el desarrollo de los niños, por ejemplo, la relación con los demás, las cosas que los afectan en su entorno, etc.
Regulación emocional	Capacidad de una persona para tener el control de su propio estado emocional.

Epigenética	Estudio de los cambios en nuestros cuerpos causados por la forma en que se leen o expresan nuestros genes, en lugar de la alteración de nuestro código genético.
Fiabilidad epistémica	Confianza que se desarrolla a través de las primeras relaciones de apego de los niños y que ayuda a los niños a comprender que los problemas se pueden gestionar a través de la conexión con los demás, en un contexto social.
Respuestas de lucha, huida y congelación	Respuestas de protección automática del cuerpo que ocurren cuando una persona se enfrenta a una amenaza percibida.
Enfoque holístico	Enfoque holístico significa proporcionar apoyo que mire a la persona en su totalidad, no solo a un aspecto particular de una persona. El apoyo debe considerar su bienestar físico, emocional, social y espiritual, así como entornos más amplios.
Estado de hiperalteración	Estado de sentimientos intensificados, experiencia de energía excesiva y activación que resulta en habilidades limitadas para resolver problemas y recurrir a estrategias para calmarse a sí mismo.
Estado de hipoalteración	Estado de sentirse agotado, deprimido y desconectado y experimentar emociones así de francas.
Trauma inter-generacional, histórico o ancestral	Trauma que existe a través de generaciones y se puede experimentar a nivel individual y en un contexto comunitario. El trauma puede transmitirse genéticamente, a través de comportamientos y a través de la discriminación no resuelta.
Poder interpersonal	Poder de un individuo sobre otro. Por ejemplo, el poder de cuidar o no cuidar o proteger a alguien, abandonarlo o dejarlo, dar o retirar el amor.
Historial vital	Método psicosocial que ayuda a los niños a reunir información sobre su pasado con sus pensamientos, sentimientos y recuerdos para crear nuevos entendimientos y narrativas sobre su vida hasta la fecha y esperanzas para el futuro.
Sistema límbico	Conjunto de estructuras en el cerebro que se ocupan de las emociones y la memoria. Es la parte del cerebro involucrada en nuestras respuestas conductuales y emocionales, especialmente cuando se trata de comportamientos que necesitamos para sobrevivir.
Creación de significado	Proceso de cómo las personas entienden y dan sentido a los acontecimientos de su vida, las relaciones, etc.

Mentalización	Este concepto establece que las habilidades de un cuidador principal para reflejar con precisión los verdaderos pensamientos, creencias, deseos, intenciones, etc. de sus hijos ayudan a los niños a organizar sus estados mentales, comprender a los demás y crear un sentido de confianza y pertenencia.
Mente mentalizante	Aplicación práctica del cuidado sintonizado en el que el cuidador ve al niño como un individuo con sus propios pensamientos, sentimientos y deseos.
Atenuar / atenuación	Intentar hacer que el impacto del trauma sea menos grave o doloroso.
Múltiples ámbitos	Se refiere a las diferentes áreas del desarrollo de los niños, por ejemplo, física, emocional, cognitiva, sexual, espiritual, etc.
Neurocepción	Término creado por Stephen Porges para describir el proceso subconsciente del cuerpo de mantenerse alerta a las señales de seguridad y peligro.
Neuroplasticidad	La capacidad del cerebro para crear nuevas vías neuronales en respuesta a nuevas experiencias.
Teoría Polyvagal (Stephen Porges)	Explicación neurológica que enfatiza la importancia del sistema nervioso autónomo sobre cómo y por qué el cuerpo responde a la amenaza.
Relaciones de protección	Relaciones de crianza y cuidado que sirven como factor protector en el curso del desarrollo de un niño.
Enfoques basados en la salud pública	Forma de entender las necesidades de salud de las personas mirando no a los individuos, sino a la salud y el bienestar general de la población en general.
Pirámide de la necesidad (Kim Golding)	Distinción jerárquica de los elementos de la atención relacional que se necesitan para responder al trauma en niños y adultos jóvenes.
Trauma relacional	Trauma que ocurre dentro del contexto de las relaciones importantes de un niño.
Relaciones de reparación	Relaciones de crianza y cuidado que crean experiencias nuevas o reparadoras para los niños que se han visto afectados por el trauma en la primera infancia.

Nueva traumatización	Cuando una persona vuelve a experimentar un evento previamente traumático, ya sea consciente o inconscientemente.
Ciclo de ruptura y reparación	Aspecto importante de cómo los cuidadores construyen relaciones de cuidado y regulación con los niños.
Andamiaje (Lev Vygotsky)	Concepto de cómo los niños, con la ayuda y orientación de adultos cariñosos, pueden recibir apoyo para aprender nuevos conjuntos de habilidades y conocimientos que no podrían gestionar por sí mismos.
Autocalma	Comportamiento que una persona utiliza para regular su estado emocional por sí misma.
Sentido de voluntad o dominio	Tarea clave del desarrollo del niño que relata la habilidad que éste tiene para ver sus acciones con sentido y valor.
Desarrollo secuencial	Forma en que las vías y conexiones del cerebro se desarrollan desde las partes «inferiores» que organizan funciones como la respiración, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal hasta las partes «superiores», que organizan funciones complejas como el lenguaje y el pensamiento abstracto.
División	Estrategia de supervivencia del niño para «dividir» los recuerdos dolorosos, las sensaciones físicas y las emociones en el subconsciente para que pueda seguir teniendo sus necesidades básicas satisfechas.
Sistema simpático	Parte del sistema nervioso autónomo que es responsable de las respuestas de «lucha» o «huida».
Teoría de vulnerabilidad latente (Eamon McCrory)	Teoría que demuestra cómo el abuso y el maltrato infantil afectan a las representaciones de los jóvenes de sí mismos y de los demás y potencialmente sienta las bases para la vulnerabilidad futura a la salud mental.
Los que cuidan o trabajan con...	Resumen para describir una variedad de adultos que brindan cuidado diario directo a niños en entornos de cuidado alternativo, por ejemplo, padres adoptivos, personal residencial, padres SOS, etc. o que brindan servicios a niños y/o que tienen la responsabilidad de administrar o coordinar su cuidado, por ejemplo, trabajadores sociales, pedagogos sociales, psicólogos, etc.

Trauma	Hay muchas maneras de definir el trauma, pero una de las definiciones más utilizadas es «un solo acontecimiento, múltiples eventos o un conjunto de circunstancias que un individuo experimenta como física y emocionalmente dañino o amenazante y que tiene efectos adversos duraderos en el bienestar físico, social y emocional del individuo». (Referencia: SAMHSA, 2014)
Trauma secundario	Trauma indirecto que ocurre cuando una persona se siente abrumada por las experiencias de trauma de otra persona.
Desencadenante	Sensación o estímulo inconsciente, por ejemplo, un olor, un tono de voz, un sentimiento de vergüenza o humillación, etc., que activa la memoria traumática de la persona y afecta significativamente a su estado emocional, a menudo causando angustia extrema o agobio.
Freno vagal	Capacidad de la vía vaga ventral para regular los latidos del corazón y la respiración del cuerpo, lo que permite al cuerpo pasar de un estado de estrés a uno de calma.
Vía vaga ventral o sistema de compromiso social	Parte del sistema nervioso autónomo que guía nuestras conexiones con otros.
Ventana de tolerancia (Dan Seigel)	Metáfora que ilustra cómo las personas gestionan el estrés en general, pero particularmente en el contexto del trauma. Este término también se puede usar para describir un nivel óptimo de alteración en el que una persona puede funcionar de manera más efectiva.

ANEXO 2

PÁGINAS WEB DE AYUDA RECOMENDADAS

Esta sección ofrece detalles de algunos sitios web útiles que contienen recursos e información que pueden ser útiles para usted si desea explorar algunos de los temas más a fondo.

1. Centro del niño en desarrollo – Universidad de Harvard
<https://developingchild.harvard.edu/>
2. Centro nacional Anna Freud para niños y familias
<https://www.annafreud.org/>
3. NHS Educación para Escocia (NES)
<https://www.nes.scot.nhs.uk/our-work/trauma-national-trauma-training-programme/>
4. Consejo sobre el trauma de Reino Unido
<https://uktraumacouncil.org/>
5. Red nacional de estrés traumático infantil
<https://www.nctsn.org/>
6. Administración de servicios de salud mental y abuso de sustancias
https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884?referer=from_search_result
7. Conexiones EAI – Limitaciones y usos indebidos de las puntuaciones EAI
<https://www.acesconnection.com/resource/inside-the-ace-score-strengths-limitations-and-misapplications-with-dr-robert-anda-23-min-ace-interface?nc=1>
8. Red de psicoterapia diádica del Desarrollo (DDP, por sus siglas en inglés) (Reino Unido)
<https://ddpnetwork.org/about-ddp/meant-pace/>
9. Jigsaw – Salud mental de los jóvenes (Irlanda)
<https://www.jigsaw.ie/>
10. Centro de recuperación del trauma - Betsy de Thierry (Reino Unido)
<https://www.trc-uk.org/>
11. AMBIT – Teoría y prácticas de la mentalización (Reino Unido)
<https://manuals.annafreud.org/ambit/>
12. El marco de poder, amenaza y significado – Lucy Johnstone (psicóloga clínica) (Reino Unido) (UK)
<https://www.youtube.com/watch?v=tkNWQdVB4FO>
13. Análisis del cuidado independiente, Escocia (Reino Unido)
<https://www.caregiverreview.scot/>

ANEXO 3

RECURSOS: IDEAS/HERRAMIENTAS PARA SUSCITAR LA CONEXIÓN Y LA REGULACIÓN

Las siguientes son sugerencias que pueden ser utilizadas por los niños o por aquellos que los cuidan y trabajan con ellos.

- a) Ejercicio de respiración de mindfulness - NHS (servicio nacional de salud británico) - Every Mind Matters Mind Matters
<https://www.youtube.com/watch?v=wfdTp2GogaQ&app=desktop>
- b) Salud mental y autocuidado para jóvenes - NHS - Every Mind Matters
<https://www.nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/youth-mental-health/>
- c) Práctica de mindfulness - Profesor Mark Williams - The Mental Health Foundation
<https://www.mentalhealth.org.uk/podcasts-and-videos/mindfulness-10-minute-practice-exercise>
- d) Técnicas de mindfulness para niños y jóvenes - Stan Godek
<https://www.stangodek.com/order/>
- e) Herramientas e ideas de cuidado personal - Centro nacional Anna Freud para niños y familias
<https://www.annafreud.org/on-my-mind/self-care/>
- f) «Soy más que mi salud mental» - Centro nacional Anna Freud para niños y familias
<https://youtu.be/-HGNmwao7m8>
- g) Baile y canto: flash mob para jóvenes para la semana de salud mental de 2014 del NHS de Reino Unido
<https://youtu.be/Q3OFbq9IZCU>
- h) Materiales de cuidado personal - Centro nacional Anna Freud para niños y familias
<https://www.annafreud.org/schools-and-colleges/resources/>
<https://www.annafreud.org/media/12101/final-selfcaresummer-secondary.pdf>
<https://www.annafreud.org/media/12113/final-selfcaresummer-primary.pdf>
- i) Guías multilingües para apoyar a las comunidades que experimentan episodios de violencia o se enfrentan a desastres naturales - The Child Mind Institute
<https://childmind.org/our-impact/trauma-response/guides/>
- j) Papiro - crear una caja de esperanza
<https://www.papyrus-uk.org/wp-content/uploads/2018/09/Hope-box.pdf>
- k) Ideas y herramientas gratuitas para usar con niños de todas las edades - The Social Worker's Toolbox
<http://www.socialworkerstoolbox.com/>
- l) Pirámide de necesidades y matriz de evaluación de Kim Golding
<https://kimsgolding.co.uk/backend/wp-content/uploads/2016/02/Pyramid-plus-matrix.pdf>

- m) Los niños hablan sobre experiencias traumáticas y cuentan cómo obtuvieron ayuda y desarrollaron esperanza para el futuro
<https://www.nspcc.org.uk/what-is-child-abuse/childrens-stories/>
- n) Crear una caja de sentimientos
<https://www.lifelessonsforlittleones.com/feeling-box/>
- o) La importancia de crear plazos para los niños en cuidado alternativo
<https://www.celcis.org/knowledge-bank/search-bank/blog/2017/02/children-can-easily-become-lost-system-timeline-can-help-you-see-them/>

EJEMPLO DE CÓMO CREAR UN JUEGO PARA «PONER NOMBRE A LOS SENTIMIENTOS»

Nombrar los sentimientos puede ser un gran desafío para los niños afectados por el trauma. Este juego ayuda a los niños a nombrar sentimientos, reconocer cómo los sentimientos afectan a sus acciones, cómo difieren las expresiones faciales conectadas a emociones específicas y los alienta a hablar sobre sus sentimientos. Si los adultos juegan a este juego junto con los niños, pueden servir como modelos a seguir para que los niños expresen emociones y las afronten. El número ideal de jugadores es entre 3-8, y pueden ser de cualquier edad, siempre y cuando sean capaces de leer o tengan a alguien que les lea.

RECURSOS: papel y boli para cada jugador

CÓMO JUGAR:

1. Comience haciendo una lista de aproximadamente 5-8 sentimientos (el número debe ser al menos el mismo que el número de jugadores). Algunos ejemplos pueden ser feliz, enfadado, triste, sorprendido, divertido / risa, asustado, confundido, disgustado, enamorado. Por primera vez puede elegir los sentimientos más básicos y añadir los más difíciles más tarde. También puede dejar la lista de sentimientos en la mesa visible para todos los jugadores para hacerlo más fácil.
2. Escriba cada sentimiento en una pequeña hoja de papel separada y dobla el papel, para que nadie pueda leerlo. Mezcle los pequeños trozos de papel doblado sobre la mesa frente a los jugadores o en un cuenco.
3. Cada jugador toma un papel doblado, lee el sentimiento escrito en el papel y no la revela a otros jugadores. Luego, uno por uno en el sentido de las agujas del reloj, cada participante explica el sentimiento en su tarjeta a otros jugadores sin nombrarlo. Los otros jugadores tienen que adivinar el sentimiento. La forma de explicar el sentimiento en la tarjeta difiere en cada ronda. Después de cada ronda, doble los papeles otra vez y coja otros nuevos.

RONDA 1 - Los jugadores explican el sentimiento escrito en su tarjeta verbalmente sin usar el nombre del mismo (por ejemplo, si te sientes así, normalmente gritas y huyes).

RONDA 2 - Los jugadores explican el sentimiento escrito en su tarjeta interpretándolo y no usando palabras (por ejemplo, imitando la expresión facial o representando el comportamiento que mejor transmite el sentimiento).

RONDA 3 - Los jugadores explican el sentimiento escrito en su papel dibujándolo en una hoja de papel en blanco y mostrándoselo a los demás jugadores sin usar palabras (por ejemplo, dibujar un emoji o una situación que represente el sentimiento).

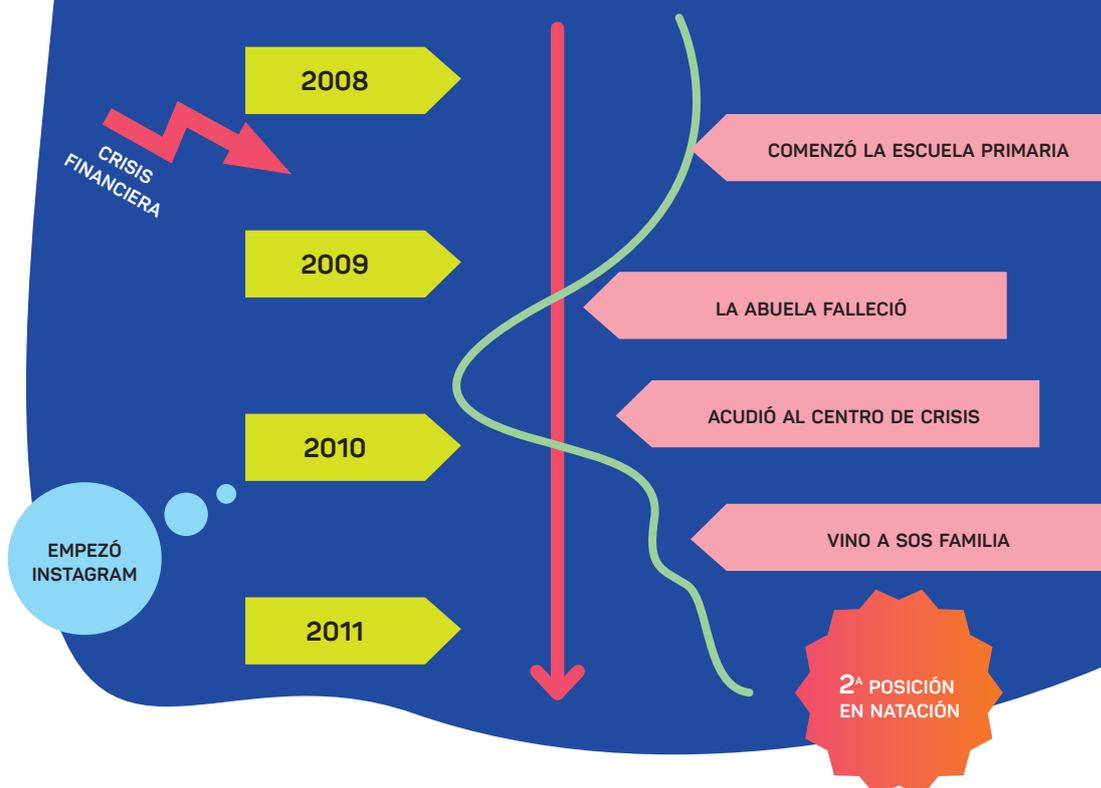
RONDA 4 - Los jugadores explican el sentimiento escrito en su papel nombrando una situación en la que se sintieron así (por ejemplo, me sentí así cuando suspendí el examen de historia).

EJEMPLO DE CÓMO CREAR UNA «LÍNEA DEL TIEMPO» PARA COMPRENDER LOS PROCESOS DE CUIDADO DE LOS NIÑOS

El proceso de la línea de tiempo ayuda a un niño o joven a identificar y describir acontecimientos importantes de la vida en orden cronológico. Esta actividad debe realizarse durante al menos 4 sesiones y se debe dar espacio al final de cada sesión para la reflexión sobre los sentimientos:

1. Dibuje una línea vertical recta en una hoja grande de papel.
2. Divida la línea en segmentos iguales que representen cada año en la vida del niño.
3. Escriba acontecimientos importantes en la vida del niño en tarjetas pequeñas (por ejemplo, nacimiento, hitos del desarrollo como comenzar a caminar y hablar, estar en la guardería y la escuela, mudarse, entrar en el cuidado de acogida, cambios de asignación, nacimiento o fallecimiento de miembros de la familia, conocimiento de personas importantes, vacaciones, logros especiales, problemas de salud o lesiones, comenzar actividades extracurriculares, etc). También puede usar símbolos en lugar de palabras.
4. Coloque las tarjetas sobre la línea de tiempo en el segmento de cuándo sucedieron.
5. Si hay algunos segmentos de tiempo con información que falta, puede buscarla o intentar usar la generalización (por ejemplo, los niños normalmente comienzan a caminar alrededor de su primer cumpleaños).
6. Puede buscar acontecimientos públicos interesantes que ocurrieron en diferentes años de la vida del niño e incluirlos en la línea de tiempo. Estos pueden servir como datos divertidos, o si encuentra acontecimientos que podrían influir en la comunidad en la que vivía el niño (por ejemplo, crisis financiera), estos podrían ser relevantes para ayudarle a comprender el contexto de los acontecimientos de su vida.
7. Los niños mayores pueden dibujar una curva que describa su bienestar en un momento dado. Cuando la curva se dibuja en el lado derecho de la línea de tiempo generalmente fue un período positivo de la vida, mientras que si está en el lado izquierdo de la línea de tiempo fue en su mayoría negativo.

Dele al niño espacio para reflexionar sobre la línea del tiempo, qué piensa o siente al mirarla. La línea del tiempo completada podría tener el siguiente aspecto.



EJEMPLO DE CÓMO CREAR UNA CAJA DE SENTIMIENTOS

1. Elija una caja, decórela con cuadros, dibujos y póngale el nombre del sentimiento que el niño ha elegido (ira, tristeza, ansiedad, etc.).
2. Hable de algunos ejemplos de estrategias que pueden ayudar al niño a gestionar este sentimiento. Pueden intercambiar ideas juntos; pídale a otros niños, jóvenes, la familia biológica u otros adultos que lo ayuden con ideas o busquen en Internet.
3. Coloque objetos que sean directamente necesarios para la gestión de los sentimientos en la caja (por ejemplo, una manta o un animal de peluche para abrazar, una pelota antiestrés, botellas vacías que el niño pueda chocar entre sí o chocar cuando esté enfadado, dulces favoritos, un CD específico o un cómic favorito, un diario y lápices de color, etc.).
4. Añada una lista u otros recordatorios, como tarjetas con imágenes, de acciones que pueden ayudar al niño a gestionar este sentimiento. Trate de encontrar al menos uno de cada área:
 - Expresar emociones (llorar, gritar, hablar, escribir un diario, pintar, tocar música, tocar tambores).
 - Actividades relajantes y tranquilizadoras (ver una película, leer un libro, escuchar música, darse un baño, meditación, relajación, dormir, orar, estar solo, manualidades, cocinar y comer algo que le guste, pedirle un masaje a alguien que le guste).
 - Activación y movimiento (salir a caminar, correr por la casa, montar en bicicleta, chutar con una pelota de fútbol contra una pared, hacer ejercicio, ir a un gimnasio, moverse, bailar o saltar).
 - Buscar contacto y apoyo (hablar con un amigo o adulto cercano, pedir un abrazo, tratar de resolver la situación que le hace sentir de esta manera, detener a la persona que le está lastimando o haciéndole sentir mal, pedir ayuda, llamar a una línea de ayuda anónima, abrazar a una mascota, hablar con un psicólogo, llamar a la policía, etc.).
 - Puede hacer una lista de personas de confianza y formas de contactarlas. Puede organizar estas ideas de manera que el niño seleccione una estrategia al azar (por ejemplo, escribirlas en los lados de un dado, o ponerlas en papeles pequeños dentro de un sobre para que el niño pueda coger uno).
5. Incluya recursos que puedan empoderar al niño en momentos de angustia (p. ej., fotos familiares, idealmente copias laminadas, ya que pueden romperse fácilmente con ira). Collages de sueños, metas y lugares a los que el niño quiere ir. Imágenes o historias sobre un evento positivo de la vida, una afirmación, por ejemplo, «¡Después de la lluvia sale el arco iris!», una carta de empoderamiento escrita por la familia del niño o su cuidador, fotos e historias sobre ídolos infantiles, un árbol de la vida, etc.).
6. Si el niño ya utiliza algunas técnicas para la gestión de sus emociones, ponga recordatorios de estas técnicas en la caja de sentimientos (crear pensamientos positivos, contar hasta 10, control remoto, lugar seguro, técnicas de relajación, atención plena, etc.).

COMPRUEBE LA CONFIGURACIÓN

La siguiente plantilla le pide que examine su entorno de atención, ya sea una familia o una institución. Sea tan sincero como pueda cuando piense en las preguntas. Identifique las áreas que cree que puede mejorar y elija una para analizar con más profundidad. Describa CÓMO hará esa mejora y establezca una escala de tiempo en la que espera que se implemente la mejora.

¿ESTAMOS LISTOS PARA IMPLEMENTAR PRÁCTICAS INFORMADAS SOBRE EL TRAUMA?		
En nuestro entorno de cuidado	En nuestro entorno de cuidado	En nuestro entorno de cuidado
¿Qué hacemos para proporcionar relaciones de confianza y amor?	¿Cómo ayudamos a un niño o joven a sentirse querido?	¿Cómo ayudamos al niño a comunicarse de manera efectiva?
¿Qué hacemos para proporcionar estructura y coherencia?	¿Cómo ayudamos a los niños a sentirse poderosos?	¿Qué oportunidades les damos a los niños para resolver problemas?
¿Cómo proporcionamos buenos modelos a seguir?	¿Cómo ayudamos a los niños a sentirse orgullosos de sí mismos?	¿Cómo ayudamos a los niños a sentirse orgullosos de sí mismos?
¿Cómo nos aseguramos de que nuestro entorno físico sea tranquilizador y promueva una sensación de seguridad?	¿Cómo ayudamos a los niños a mostrar compasión por los demás?	¿Cómo ayudamos a los niños a mostrar compasión por los demás?
¿Qué hacemos para garantizar el acceso a la salud, la educación y la asistencia social?	¿Cómo ayudamos al niño a tener esperanza y confianza?	¿Cómo ayudamos al niño a tener esperanza y confianza?
¿Qué necesitamos hacer mejor?		
Elija una cosa que le gustaría mejorar y describa CÓMO lo hará.		
Anote su escala de tiempo para cuando se implemente la mejora.		

ANEXO 4

LECTURAS RECOMENDADAS ADICIONALES

Bath, H. (2017). The trouble with trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-12.

Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. Guilford Publications.

Brennan, R et al. (2019). *Adversity and Trauma-Informed Practice: a short guide for professionals working on the frontline*. Young Minds publications.

DeJong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or “in care” child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 589-599.

de Thierry, B. (2016). *The Simple Guide to Child Trauma: What it is and how to Help*. Jessica Kingsley Publishers.

de Thierry, B. (2018). *The Simple Guide to Understanding Shame in Children: What it Is, what Helps and how to Prevent Further Stress Or Trauma*. Jessica Kingsley Publishers.

Emond, R., Steckley, L., & Roesch-Marsh, A. (2016). *A guide to therapeutic child care: What you need to know to create a healing home*. Jessica Kingsley Publishers.

Furnivall, J. (2011). *Attachment-informed practice with looked after children and young people*. Glasgow: Institute for Research and Innovation in Social Services.

Furnivall, J., & Grant, E. (2014). *Trauma sensitive practice with children in care*. *Iriss Insight*, 27.

Furnivall, J. (2017). *The power of the everyday: supporting children and young people's recovery and growth through attachment-informed and trauma-sensitive care*. *Foster* 3, 7-17.

Golding, K, Hudson, J, and Hughes, D. (2019) *Healing Relational Trauma with Attachment-Focused Interventions*. London: Norton.

Gray, D. et al (2017). *Innovative therapeutic life story work: developing trauma-informed practice for working with children, adolescents and young adults*. Jessica Kingsley Publishers.

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. Hachette UK.

Maté, G. (2011). *When the body says no: The cost of hidden stress*. Vintage Canada.

Midgley, N., & Vrouva, I. (Eds.) (2013). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge.

Ngigi, T.W. (2019). *Breaking the Cycle: The Role of Auntie Rosie in Childhood Trauma Informed Care*.

Rose, R. (2012). *Life story therapy with traumatized children: A model for practice*. Jessica Kingsley Publishers.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 67-94.

Tarren-Sweeney, M. (2010). It’s time to re-think mental health services for children in care, and those adopted from care. *Clinical child psychology and psychiatry*, 15(4), 613-626.

United Nations General Assembly (2009). Guidelines for the Alternative Care of Children. Resolution A/RES/64/142.

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

