



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Revista Trabajo Social

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**Desigualdades
de género en el
emprendimiento y
en los negocios de
las mujeres.**

CAROLA NARANJO

**Familias y servicios,
coordinados para
encontrar soluciones
eficaces a los problemas
de protección de la
infancia.**

El modelo de las
Family group conferences.
FRANCESCA MACI

**Acción materna
y acción social:**

el caso estadounidense.

MARÍA JOSÉ BINETTI

**La búsqueda del
paraíso:**

el apego y la reparación de la
infancia perdida en niños vulnerados
en sus derechos

CATHERINE ANNE LABRENZ

**Posibilidades y
límites del enfoque de
intervenciones sociales
basadas en evidencia**

ENTREVISTA

DR. CHRISTOPHER BONELL

J U L I O
86 | 20
14

La búsqueda del paraíso¹: el apego y la reparación de la infancia perdida en niños vulnerados en sus derechos

In search of paradise: attachment and reparation of lost childhood in children whose rights have been infringed

CATHERINE ANNE LABRENZ

Master en Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente dirige una residencia para niños lactantes en Fundación Hogar Esperanza. clabrenz@umich.edu

Resumen

La intervención con niños que poseen trastornos de apego ha captado atención en las últimas décadas. Varios estudios en las áreas de neurociencias, psicología y trabajo social han permitido que los profesionales incorporen nuevas técnicas y estrategias de intervención para reparar el daño producto de negligencia, maltrato y abuso en primera infancia. Además de brindar seguridad y cariño a niños en vulneración de derechos, nuevas técnicas como el acoger - mecer e intervenir la edad emocional del niño, sirven como herramientas para promover su resiliencia.

Palabras claves. *Resiliencia, trastornos de apego, niños en vulneración de derechos.*

Abstract

Intervening with children with attachment disorders has been a topic of interest in the past few decades. Different studies in the areas of neuroscience, psychology and social work have permitted professionals to incorporate new techniques and strategies for intervention and ultimately to repair the damage suffered by extreme neglect and abuse in infancy. In addition to security, comfort and care needed by at-risk children, newer techniques such as rocking, reconstruct their life history and emotional-age intervention have provided children and their care-takers with new tools to promote resiliency.

Key words. *Resiliency, attachment disorder, at-risk children.*

A diario se publican en las noticias historias de niños abandonados, maltratados, a veces de niños que han vivido dentro de zonas de guerra y han sufrido eventos muy traumáticos. Sin embargo, es poco conocido el camino duro de reparación que enfrentarán estos niños, el por qué algunos son más capaces de superar sus experiencias traumáticas, por qué unos son más resilientes que otros. Frente a la pregunta sobre la diversidad de eventos y experiencias traumáticas que influyen en los niños, hay varios especialistas que han desarrollado el concepto de apego humano, resaltando la importancia de generar vínculos estables en la primera infancia. Sin embargo, hay un amplio rango de teorías que intentan abordar el tema, las que van desde la neurología hasta la ecología y la psicología. Algunas publica-

ciones describen las diferencias de apego entre los géneros, y se centran en la importancia del apego madre-hijo (Cyrlinik, 2005). Otros como Toth y Gravener (2012) señalan que “los niños con trastornos de apego, generalmente se consideran a sí mismos como seres incapaces de ser amados, y a los demás como seres no fiables” (132).

Para captar los efectos biológicos en los niños con distintos tipos de apego, se han realizado varios estudios con lactantes y preescolares en situaciones de separación temporal de sus padres o cuidadores significativos. Al ser separados de sus padres, lactantes de 18 meses que tenían un apego seguro no presentaron niveles de cortisol elevados, mientras los que tenían un trastorno de apego presentaron un aumento en los niveles de cortisol (Bernard &

1 Cyrlinik, Boris (2005), *Bajo el Signo del Vínculo, Una Historia Natural del Apego*. Pp. 122.

Dozier, 2010; Hertsgaard, Gunnar, Farrell, Erickson, & Nachmias, 1995; Spangler & Grossmann, 1993, en Carlson, 1998). Por lo tanto, las reacciones y conductas disruptivas de niños con trastornos de apego podrían ser atribuidas a este aumento de cortisol.

Desde otra perspectiva, se incorpora la empatía y el impacto neuronal que el apego tiene durante la primera infancia (Barudy, 2005). En caso de no contar con los padres biológicos, otra figura significativa puede desarrollar un vínculo afectivo con el niño, para promover el apego seguro. Esto permite la posibilidad de tener un apego seguro y un desarrollo adecuado sin la presencia de uno o ambos padres.

Asimismo, se ha abordado la importancia de las redes sociales y la posibilidad de apegarse a otras personas en su comunidad como componente de resiliencia y fortaleza frente a factores de riesgo (Dabas, 1999). Al respecto, la pregunta hoy en día es ¿Cuál es la importancia de estar en un ambiente nutriente durante los primeros años de vida? ¿Pueden superar los niños los comienzos difíciles?

A través de estas preguntas y de los diversos enfoques, se analizará el caso de Juan, un niño de cuatro años que ingresó en una residencia de lactantes y preescolares en vulneración de derechos a través de una medida de protección por maltrato grave y abandono parental. Este caso refleja la necesidad que los seres humanos tienen de generar vínculos y tener un ambiente seguro en sus primeros años de vida, ilustrando las posibles líneas y estrategias de intervención en casos de trastornos de apego, que puedan ser herramientas y modelos de vinculación estable. Además, cuenta la historia de resiliencia del caso y evidencia lo que podemos aprender de los niños más dañados.

Retratos familiares: un caso extraordinario de resiliencia y apego

No lo podía creer, al mostrar un dibujo de una familia cenando, Juan me dijo, “la mamá eres tú. El hombre es mi papá, y el niño soy yo. Están cenando juntos porque se aman. Eso es mi familia”. Este niño, que había llegado sólo 4 meses antes, y había pasado dos horas el primer día escondido bajo una mesa, ya estaba mostrando la resiliencia y fuerza que sería tan clave en su reparación e inserción en una familia adoptiva.

Cuando llegó Juan, pensé que nunca en mi vida había visto un niño tan dañado. A sus cuatro años de vida, pesaba solo 15 kilos, era muy bajito, hablaba muy poco, y en vez de pelo en su cabeza,

había una plétora de cicatrices y quemaduras. Los médicos dijeron que era muy bajo de estatura por el grado de desnutrición que tuvo cuando ingresó en el hospital, además presentaba varias fracturas en sus piernas, las cuales influyeron en su crecimiento. Habíamos tratado de prepararlo para la transición a una residencia de lactantes y preescolares, sacándolo del hospital y mostrándole su nueva casa la semana antes de estar de alta del hospital. Sin embargo, nada nos preparó para lo que venía.

Su primer día en la residencia con los otros niños, nos impresionó por su forma de interactuar con los demás. Aunque evitaba a las cuidadoras, se acercaba a cada niño más chico y les pegaba o empujaba fuerte, tirándoles sus orejas o dándoles patadas. No era capaz, por ningún momento, de relacionarse con sus pares sin ser agresivo y usar violencia. Tratamos de distraerlo, llevarlo a otro sector del patio, pero seguía buscando a los niños menores para quitarles sus juguetes. Al fin, después de haberle pegado muy fuerte a un niño de dos años, quien quedó llorando, decidí intervenir yo. Le dije, “Juan, en esta casa no se hace eso porque eso causa dolor a los demás”. Apenas escuchó la palabra “no”, se arrancó debajo de una mesa con un llanto impresionante. Yo me senté cerca, diciéndole, “no estoy enojada, pero no voy a permitir que nadie haga daño a otro en esta casa”, repitiéndolo varias veces. Por fin, después de dos horas, salió, con cara de angustia. Le pregunté si quería acompañarme a buscar un jugo y hablar, y él tomó mi mano. Al caminar a la cocina, le expliqué que yo no iba a permitir que él le pegara a los demás, como igualmente no iba a permitir que los demás le hicieran daño en esta casa; le dije que si tenía cualquier problema con otro, podría contarme a mí, o a cualquiera de las cuidadoras en vez de pegar. Obviamente, aunque esta conversación lo calmó, igual le costó adaptarse a su nueva casa, ya que toda su vida había aprendido que la manera de relacionarse con los demás era a través de la violencia y la agresión. Paulatinamente, a través de varias entrevistas con conocidos de su familia biológica, supimos que su madre había fumado pasta base durante todo el embarazo, y lo dejó al cuidado de una vecina cuando él tenía cinco días de vida. La vecina no lo llevó al médico, apenas lo alimentaba, y lo zamarreaba cada vez que lloraba. Así que con 5 meses de vida, ya había dejado de llorar, ya que había aprendido que el llanto resultaba en dolor. Al cumplir 18 meses, esta vecina decidió que era demasiado trabajo cuidar a un lactante, y lo vendió a una mujer mayor que quería un niño. Al principio esta mujer lo trataba mejor, llevándolo al médico,

poniéndole las vacunas correspondientes, y por lo menos preocupándose de sus necesidades físicas. Sin embargo, al sentirse un poco más seguro, Juan empezó a probar los límites. Subía a los muebles, no le hacía caso, y empezaba a llorar. En respuesta, el conviviente de la mujer empezó a violentar al niño. Llegó al punto en que solo al jugar o hacer cosas que correspondería a cualquier niño, el hombre llegaba a pegarle o llamarlo “tonto” o “feo”. Eso duró 2 años, hasta que un día los vecinos sintieron llantos prolongados. Llamaron a los carabineros, quienes entraron en la casa encontrando al niño solo, con una fractura expuesta en su pierna derecha y mucha sangre. Lo llevaron al hospital, donde fue sometido a una cirugía para las dos fracturas en su pierna, y recibió puntos en ocho de las heridas en su cabeza. Además, se indicó que estuviera tres semanas en reposo, ya que tenía fracturas en las costillas y estuvo con desnutrición. Así que al llegar al hospital las experiencias de su primera infancia le habían enseñado que en la vida los más grandes violentan a los más chicos, a veces sin razón. Su mundo era uno sin cariño, sin amor, donde solo existía la sobrevivencia y la violencia.

En el día, Juan entró en una escuela de lenguaje, pero en la noche seguía siendo muy agresivo con sus pares. Al principio las cuidadoras, quienes estaban a cargo de siete niños más y no tenían el tiempo que requería él, lo sancionaban y mandaban a su pieza, a acostarse temprano. Por lo tanto, yo empecé a quedarme hasta más tarde. Cuando ellas empezaron la rutina de bañar, alimentar, y acostar a los niños, yo me quedaba con Juan. Elegimos cuentos y le leía hasta que la cuidadora había terminado con todos los demás, dejándolo como el último. Después de unos días así, le pregunté si podríamos invitar a otros niños de su sala también, a leer con nosotros. Estuvo de acuerdo. El primer día con tres de sus pares en su pieza era difícil, pero al verlo que empezaba a pegar, le dije que si quería, podía llevarlo en brazo mientras leía. Sin decirme nada, saltó encima de mí, y pasó la tarde allí hasta que la cuidadora lo llamó para bañarse. Después, cada noche a la hora de bañarse y comer, corría y saltaba encima de mí, siempre con 3-4 cuentos. En el día cuando no estaba en la escuela, empezó a jugar más con sus pares. Ahora, en vez de pegarles, si tenía problemas venía corriendo a mí (y eventualmente me empezaba a reemplazar por sus cuidadoras principales). Cuando ya habían pasado unos cuatro meses, me correspondió evaluarlo en su desarrollo. Allí presenté el dibujo de la familia. Este niño, quien nunca antes había recibido el cariño ni amor que tanto ne-

cesitamos para desarrollarnos y crecer sanamente, ya tenía más herramientas, y ya sabía que existía otro tipo de familia. Después con el psicólogo abrimos el tema de la familia, y le explicamos que había muchos tipos de familia, y que habían algunas que se llamaban familias adoptivas, donde los papás estaban buscando a un niño que vivía en un hogar, ya que sus papás no lo podían cuidar aunque lo querían mucho, porque tenían muchos problemas. Desde la parte jurídica, demoró muy poco el inicio de la posibilidad de adopción, y seis meses después de llegar a nuestra fundación, se fue con sus papás adoptivos a vivir en Santiago.

Hace seis meses atrás llamaron los padres adoptivos, quienes ahora llevan 18 meses con Juan. Señalaron que sigue con conductas agresivas, sobre todo en el colegio al que asiste. Sin embargo, iniciaron sesiones terapéuticas con toda la familia, para enfrentar los temas de su historia y el maltrato que sufrió. A pesar de estas conductas, Juan está aprendiendo que esta familia lo querrá incondicionalmente, sin importar lo que él haga. Aunque es un proceso de aprendizaje que demora mucho tiempo, y le acompañará por mucho tiempo más, ya tiene el ambiente necesario para la reparación del daño y el fortalecimiento de su seguridad.

Los cambios visibles en Juan: desde un Trastorno de Apego Evitativo hacia la reparación

Debido a la rápida capacidad de adaptarse y cambiar que demostró Juan, resulta de interés analizar por qué él logró superar algunas de sus conductas, y cómo llegó a sentirse suficientemente seguro como para insertarse en una familia adoptiva sin tantas dificultades. De este modo se podrán realizar estas estrategias con otros niños en situaciones similares. Además, hay que interrogarse ¿por qué llegó a ese nivel de daño? ¿Cómo vivió cuatro años sin que nadie se diera cuenta del nivel de maltrato que había sufrido este niño? ¿Cómo permitió el sistema que este niño viviera así?

Para clasificar el nivel de daño que tenía al ingresar, bastaría diagnosticar el tipo de trastorno de apego que habría presentado durante sus primeras semanas en la residencia. Por un lado, Juan habría presentado algunas características del Trastorno de Apego Evitativo cuando recién ingresó en la residencia, ya que este tipo de trastorno se caracteriza por, “una desactivación de su atención y por representaciones que identifican a los progenitores como fuentes de amenaza y de peligro. Esto provoca que su conducta externa sea la de evitar o minimizar

la búsqueda de proximidad” (Barudy: 2005:98-9) No mostró preferencia por ninguna figura, ya que en su mundo, nunca había tenido una figura significativa. Para él, los cuidadores diarios servían la misma función nutritiva que las visitas, voluntarios y personas que conocía en la calle al salir de paseo. Asimismo, Colin (1996) señala, “Un niño evitativo-ambivalente espera que el cuidador lo rechace si busca protección o cariño, así que trata de vivir sin cariño ni apoyo de los demás” (98-99). Además, al principio evitaba el contacto físico con los adultos. Mientras su forma de interactuar con sus pares se basaba en la agresión, no buscaba cariño de los adultos ni de figuras significativas.

Sin embargo, por otra parte, Juan presentó varias características de un trastorno de apego desorganizado, ya que estos niños “se comportan agitadamente, son hiperkinéticos, parecen no escuchar las órdenes o las instrucciones...o, incluso, entrar en un estado de seudotrance quedándose como congelados o paralizados” (Barudy: 2005, 100). Asimismo, Carlson (1998) concluyó en su investigación que niños con trastornos de apego desorganizado parecían disociados o desorientados al enfrentar situaciones de estrés. Las primeras semanas en la residencia, Juan se congelaba cuando alguien le retaba. Además, este estilo de trastorno de apego se asocia a maltrato grave y graves falencias de habilidades parentales, los cuales estaban presentes en el caso de Juan. Aunque trataba de evitar a los cuidadores al principio, en algunas ocasiones, al tratar estos de proteger otros niños a los que Juan quería pegarles, le golpeaban sin querer. En otras dos oportunidades, apenas había tocado a la cuidadora se congeló, con una mirada de pánico en su cara, y cuando fue por primera vez sancionado en la casa, su reacción también sería de tipo disociativo o de paralización.

Dentro de los trastornos de apego desorganizado, Juan habría presentado un modelo de apego desorganizado-controlador al principio, ya que “estos niños no pueden sincronizar sus comportamientos con las respuestas de sus cuidadores a sus demandas de cuidados, apoyo o protección, ya que a ellos responden con violencia, abuso, negligencia y abandono constantes y repetidos...no confían ni esperan confiar en nadie, el único modelo que aprenden para actuar recíprocamente con otros es por la agresión y la violencia” (Barudy: 2005, 100).

Para tener una comprensión mayor del efecto de sus experiencias traumáticas en su primera infancia y la influencia en su cerebro y desarrollo cerebral, basta incorporar lo señalado en el texto de Barudy (2005):

“el apego es responsable del establecimiento de una relación interpersonal que permite que el cerebro inmaduro del bebé pueda utilizar las funciones maduras del cerebro de sus padres o cuidadores para organizar su propio funcionamiento. Esto es un factor fundamental para la emergencia de la mente infantil. En este postulado se basa nuestro interés en presentar un modelo de competencias parentales y una guía que permite su valuación. Sólo el cerebro suficientemente sano, bien organizado, de la madre o del padre biológico o de la persona cuidadora pueden garantizar, a su vez, en gran parte la sanidad mental de los niños y de los jóvenes” (93).

Las conductas de los niños, sobre todo en cuanto a sus interacciones con los demás, son influidas por las conexiones de sus neuronas y el funcionamiento cerebral del niño, lo cual depende en sus relaciones y vínculos en la primera infancia. Sin una figura significativa que le entregue cariño y afecto al niño, le faltará un soporte crucial para su desarrollo. Aunque físicamente puede seguir creciendo, los malos tratos o la negligencia afectarán su capacidad de apegarse y generar empatía hacia los demás.

Asimismo, Perry (2001) señala,

“Las experiencias durante este periodo crucial de la infancia son vitales en la formación de la capacidad de generar relaciones íntimas, y emocionalmente sanas. La empatía, el cariño, la inhibición de la agresión, la capacidad de amar además de varias otras características de personas sanas, productivas y felices están relacionadas con las capacidades de apego que se genera en la primera infancia” (2).

De este modo, “la exquisita sensibilidad del cerebro frente a las experiencias de la primera infancia, permite que experiencias traumáticas de la primera infancia y la niñez influyan en el funcionamiento futuro de los ámbitos: emocional, conductual, cognitivo, social y fisiológico” (Perry y Pollard, 1998: 34). Igualmente, Colin (1995) señala, “la evidencia sugiere que hay un periodo crítico para formar el primer vínculo” (74). Perry (2001) indica, “durante los primeros tres años de vida, el cerebro humano desarrolla al 90% del tamaño adulto y con ello la mayoría de los sistemas y estructuras que serán responsables del funcionamiento emocional, conductual, social y fisiológico por el resto de la vida” (3). Sin embargo, tampoco puede asegurar una edad o un punto de “no regreso”, señalando, “hay muy poco conocido sobre la habilidad para com-

pensar las experiencias pasadas a fin de reparar el vínculo subdesarrollado o poco organizado y la capacidad de apegarse a los demás. Las experiencias clínicas y varios estudios sugieren que se puede mejorar la capacidad de apegarse, pero es un proceso muy largo y difícil para familias y niños. Pueden ser varios años de trabajo duro para lograr reparar el daño resultado de pocos meses de negligencia en la primera infancia” (Perry, 2001, 3). Los estudios tanto de Perry como de los demás expertos no ofrecen ninguna edad límite, donde sea imposible reparar el daño generado, ni reforzar y formar la capacidad de apegarse a los demás.

Por lo tanto, ahora que se ha analizado el trastorno de apego y sus consecuencias para el niño, el tema es cómo abordar la reparación en estos niños, y cómo podríamos relacionar la teoría con lo que aprendimos de Juan, para el beneficio de otros niños. Aunque los expertos en trastornos de apego no han definido la edad “máxima” para intervenir y poder generar un apego seguro, hay varios que señalan que los primeros años de vida son los más importantes. Sin embargo, Juan tenía cuatro años cuando ingresó en el hospital a través de la medida de protección, y se logró realizar un trabajo importante con él. Por lo tanto, hay que preguntarse qué facilitó el trabajo con él permitiendo sus procesos de cambio.

Esta misma pregunta se plantea Cyrulink (2005), quien señala,

“El primer estudio sistemático sobre niños abandonados fue hecho durante la guerra de 1940 por Anna Freud, que describió a una niña recogida a la edad de dos años. Esta era extremadamente depresiva y anoréxica. Lloraba sin cesar y sólo dejaba de hacerlo cuando hacía sus rabieta, explotando violentamente ante cada intento de relación afectuosa. Veinticinco años más tarde, cuando Anna Freud se encontró con esa niña, esta se había transformado en una joven bonita, bien desarrollada, que le pareció perfectamente equilibrada” (241).

¿En qué momento y cómo se transformó? Siendo un caso tan parecido a Juan al principio, ¿Qué provocó los cambios en esta niña?

En cuanto a evidencia empírica, Cyrulink (2005) indica,

“Un estudio canadiense que comparó niños que estaban en jardines infantiles y habían sufrido abandono, con niños que nunca había vivido abandono, evidenció que “la inevitable

partida de la persona de apego provocaba los comportamientos esperables antes descriptos: los niños bien acogidos familiarmente se succionan menos el pulgar; se acuestan menos boca abajo, demandan más a los otros, sonríen, vocalizan y se toman de las rodillas de los adultos” (25).

En estos casos, niños cuyos padres no lograron sintonizar ni reconocer sus necesidades, aprendieron a regularse adoptando conductas tales como succionarse el dedo, realizar movimientos para liberar tensiones, etc. De otra parte, niños cuyos padres reaccionaron de manera adecuada no presentaron estas conductas con tanta frecuencia, mostrando más adaptabilidad con sus pares. Según lo planteado por Perry (2007) eso sería por el inadecuado desarrollo cerebral que tendrían los niños en situaciones de extrema negligencia o maltrato.

Asimismo, Child Help USA (2012) indica,

“Los niños que han sufrido maltrato y negligencia muchas veces presentarán atrasos emocionales y sociales. Cuando se frustran o sienten miedo, presentan más conductas regresivas. Por ejemplo, eso significa que en cualquier momento, un niño de diez años puede tener la edad emocional de un niño de dos años. A pesar de nuestro persistente deseo que ellos presenten conductas que corresponden a su edad cronológica, no son capaces de comportarse así. En estas oportunidades hay que interactuar con ellos según su nivel emocional. Si se frustran o están tristes (con una edad emocional de dos años) hay que tratar al niño como si tuviera dos años. Hay que incorporar interacciones no verbales. Hay que tomarlos en brazo, cantarles, respirar profundamente. Esa no es la ocasión para utilizar explicaciones verbales complejas sobre las consecuencias de sus conductas no adecuadas. También es importante descartar que, mientras por un lado un niño puede presentar un atraso, en otras áreas puede estar dentro de lo esperado. Por lo tanto, hay que sintonizar con el niño e interactuar con él según su nivel actual”.

Asimismo, la relación e interacción entre el profesional, los hogares y/o familia de acogida y el niño es muy importante. Además, “los cuidadores pueden afectar el comportamiento de niños que han cambiado mucho de centro o de familia de acogida, porque los consideran no manejables por sus conductas. Además, los cuidadores en estos casos consideran que el niño presenta menor posibilidad de tener una trayectoria de adaptación y desarrollo

positiva” (Tucker & MacKenzie; 2012: 2211). En este sentido, no es sólo deber de la familia de origen ayudar al niño a reparar el daño, sino también de los profesionales y familias de acogida. Cualquier adulto significativo en la vida del niño puede promover sus propios recursos y apoyarle a salir adelante, poniendo énfasis en sus fortalezas y capacidades en vez de en sus conductas más problemáticas.

En cuanto a la reparación y el fortalecimiento de recursos propios del niño, Becker-Weidman y Shell (2010) señalan, “un indicador esencial de apego sano y seguro es la capacidad de contar su historia de manera coherente, a pesar de las dificultades que han tenido” (2). Por lo tanto, la coconstrucción de una historia de vida sería una manera de visualizar, reconocer y eventualmente aceptar su pasado. Con niños institucionalizados, siempre es importante desarrollar parte de su historia dentro de la residencia, ya que ayuda a construir su trayectoria pasada y genera identidad. Con Juan, tuvimos fotos de él cuando llegó al hospital, de su evolución durante la estadía, y luego de su crecimiento en la residencia.

Aunque es importante trabajar de manera individual con el niño, y hoy en día la mayoría de los programas de reparación en Chile solo consideran al niño, ¿qué podríamos hacer desde el nivel familiar para realizar reparaciones con padres adoptivos de niños que también han sufrido de algún tipo de trastorno de apego? Barudy (2005) indica la existencia de relación entre la capacidad que tiene un adulto de apegarse a su hijo y sus propios modelos de crianza y experiencias en su niñez. Además, “si la figura significativa tiene trauma no resuelto o ha sido criada dentro de un ambiente abusivo o negligente, el niño está en riesgo de perpetuar el ciclo transgeneracional de violencia. Sin embargo, la buena noticia es que eso también significa que las experiencias terapéuticas con padres también pueden tener un efecto sanador o reparador en los niños” (Becker-Weidman & Shell; 2010: ix). Por lo tanto, en casos como el de Juan, donde claramente había falencias parentales, ¿es demasiado tarde intervenir con el adulto? ¿O, también existe la posibilidad de reparar daño de años atrás?

Con respeto a eso, Levy (2000) señala, “niños con trastornos de apego han internalizado conductas antisociales, un sistema de creencias antisocial, y patrones de relacionarse con los demás a través de mentiras, coerción, agresión, deslealtad y egoísmo. (20)” Por lo tanto, ellos defienden el trabajo con el niño y su familia adoptiva, en el caso que la adopción haya servido para enseñar e ilustrar modelos y maneras de relacionarse socialmente con los de-

más. En el caso de Juan, como no estaban presentes los cuidadores de su primera infancia, este trabajo tendría que ser realizado con la familia adoptiva. Al tener expectativas claras sobre las conductas y las necesidades emocionales de Juan, la familia podrá participar y ayudar en el proceso de reparación del daño sufrido en sus primeros años de vida.

Asimismo, Perry (2006) señala:

“mientras no sabemos si hay un periodo fijo para el desarrollo de apego normal como el periodo de desarrollo de la vista o el lenguaje, las investigaciones han informado de experiencias parecidas a las de Virginia, en las que niños que no tienen la posibilidad de desarrollar relaciones permanentes con una o dos figuras significativas durante sus primeros tres años de vida, tienen efectos dañinos en sus capacidades para interactuar y relacionarse afectivamente de modo normal con los demás más tarde en la vida (86).”

Sin embargo, en sus prácticas los profesionales han incorporado a toda la familia, con el objetivo de mejorar y reforzar las capacidades parentales para que la misma familia pueda convertirse en una fuente de fortaleza para el niño con un trastorno de apego. En un caso, Perry (2006) ingresó al niño y su madre a una familia de acogida especializada, para que la madre biológica del niño aprendiera formas de interactuar y entregar cariño a su hijo a través de observar a los padres de la familia de acogida. Al fin, funcionó y la madre logró reforzar e integrar algunas estrategias de apegarse a su hijo y entregar cariño, cumpliendo con su función nutritiva. Perry (2006) escribe, “cuando tuvo su segundo hijo, ya sabía cómo entregarle cariño, razón por la cual no sufrió ningún problema” (98). En este caso la madre que no tuvo la capacidad de apegarse de manera adecuada a su primera hija aprendió a través de un programa intensivo, y al fin logró quedarse con ambos hijos, pudiendo responder a sus necesidades tanto físicas como emocionales.

Sin embargo, aunque estas técnicas han logrado resultados positivos en Europa y los Estados Unidos, en Chile las teorías de apego están recién integrándose a la política pública y en los programas sociales. Actualmente no hay muchos programas que incorporen y consideren las necesidades de todas las personas en la familia. Por lo tanto, se analizará el sistema de protección actual en Chile, y las normas que abordarían a los niños en situaciones de vulneración de derechos, donde la mayoría presentarían algún tipo de trastorno de apego.

Convención sobre los derechos del niño y noción de vulneración de derechos

Aunque actualmente ha habido cambios en la política pública hacia programas de reparación con el niño como sujeto de derecho, eso es algo reciente. En Chile, solo al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), cambió la mirada hacia la infancia y el niño se convirtió en un ser sujeto a derecho. En conjunto con el interés en estudios científicos sobre los vínculos, el desarrollo infantil, y el concepto emergente de los derechos humanos especializados para los niños, UNICEF creó la Convención sobre los derechos del Niño en 1989. La Convención (1989) redefinió al niño como sujeto de derecho, reconociéndole como ser individual. Además, garantiza los derechos más fundamentales, en cuanto a reconocer sus vivencias, el interés superior del niño, y el derecho de desarrollarse en familia. La convención reconoció la importancia de generar vínculos y apegarse en la primera infancia, indicando el derecho de estar en familia como fundamental para cada niño. Eso cambió el foco de las políticas públicas y los programas sociales dirigidos hacia la infancia, ya que ahora el niño no seguirá siendo un ser vulnerable, bajo el cuidado de sus padres o el estado, sino un ser sujeto a derechos y garantías que aseguran su óptimo desarrollo. Al fin, estos estudios sobre el apego y la necesidad de tener figuras protectores no ayudarán si no existe una estructura que permita que el niño se desarrolle así. En el caso de Juan, las intervenciones se realizaron desde el marco del niño como sujeto de derecho. Primero, había tenido una vulneración grave de sus múltiples derechos según la Convención; de este modo después de su nacimiento se habría vulnerado parte del artículo IV que indica que en caso de no ser cuidado por sus padres, el estado buscará a otro familiar que podría realizar los cuidados. La madre biológica le pasó el niño a un tercero, sin que el Estado interviniera. Cuando esta tercera pasó el niño nuevamente a otro tercero y esta persona acudió al consultorio a inscribirlo, allí el estado debiera haber intervenido, ya que esta mujer no portaba ningún documento legal que mostrara que tenía el cuidado del niño. También, según el Artículo 18, los estados partes, “pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres, o en su caso, a los representantes legales, la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño”. Sin

embargo, con Juan, ni su madre, ni su padre ni ningún pariente consanguíneo estuvo a cargo de sus cuidados, lo cual refleja un grave descuido respecto al niño.

Antes de tener una medida de protección, también fue violado su derecho a la salud, ya que su primer cuidador nunca lo inscribió en el consultorio ni en FONASA, por lo cual no recibió atención médica en sus primeros 18 meses de vida.

En cuanto al maltrato grave que vivió, el Artículo 19 de la Convención garantizaba que el niño tenía derecho a protección contra el “abuso físico o mental”. Sin embargo, en más que una ocasión Juan llegó al hospital público con signos de maltrato, y solo después de las primeras dos veces el asistente social del hospital lo denunció.

Por otra parte, el Artículo 27 señala, “los estados partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”. No obstante, debido al maltrato y su nivel de desnutrición al ingresar en el Hospital Calvo Mackenna, no se estaba cumpliendo con estas normas.

La Ley N°16.618: desde la medida de protección hacia un mejor futuro. Los posibles caminos en la sociedad chilena actual

En Chile, la garantía de protección de los niños se trasladó a la ley N°16.618. En el caso de Juan, la Ley N°16.618 permitió que le quitaran el niño de manera inmediata a su cuidador, ya que había una vulneración grave de sus derechos al punto que requirió hospitalización. Esta ley también establece protocolos para la solicitud de medidas de protección en casos de vulneración grave de derechos, y en caso de riesgo del niño.

Recientemente, el sistema en Chile cambió, ahora el Centro de Medidas Cautelares está a cargo de asignar las medidas de protección en estos casos. Tanto Carabineros como los asistentes sociales pueden solicitar una medida de protección a esta institución. Normalmente, las denuncias llegan a través de profesionales que están en relación con los niños (profesores del colegio, médicos y/o asistentes sociales en el sistema de salud público, carabineros que observan situaciones de riesgo), o a través de vecinos o personas de la comunidad que realizan denuncias a Carabineros, quienes derivan los casos a la Oficina de Protección de Derechos. Una vez derivados los casos, estos profesionales decidirán el camino más adecuado. En algunas ocasiones, no requiere ninguna intervención específica. En otros

casos, ingresan a la familia a un Programa de Intervención Breve o ellos mismos se quedan a cargo del caso, realizando seguimientos para observar una situación que podría ser riesgosa, llegando a una eventual vulneración de derechos. En casos de vulneración, estos profesionales solicitan la medida de protección, y a veces buscan una residencia de menores para el niño. En el caso de Juan, los vecinos llamaron a Carabineros, quienes quitaron inmediatamente al niño, ya que requirió atención médica. En el hospital, los carabineros habrían realizado la denuncia de maltrato, derivándole al Centro de Medidas Cautelares.

Una vez que el niño está con una medida de protección, existen tres opciones. La primera opción en vulneración de derechos es que otro familiar se haga cargo del niño. En esta opción, el familiar eventualmente puede asumir el cuidado personal provisorio (y después el cuidado personal definitivo), pero es posible que mientras los padres realicen varias terapias, el niño quede transitoriamente con un pariente como medida de protección. Otra opción, en caso de no contar con familiares adecuados para criar al niño, es la internación en una residencia. En este caso, hay Centros Transitorios de Diagnóstico, donde usualmente se lleva al niño en una primera instancia. Estos centros tienen un corto tiempo para realizar el diagnóstico, y decidir a dónde se deriva el caso. En caso de requerir más tiempo institucionalizado o aparte de su familia, allí estos centros derivan al niño o a una residencia de mediano plazo, o a un programa de Familias de Acogida Especializadas (FAE), que reemplaza el concepto antiguo de la familia guardadora. Por un lado, el niño tiene derecho a desarrollarse en familia, y según lo visto anteriormente, en términos de apego, es importante que el niño tenga una o dos figuras significativas para su desarrollo emocional y psicológico. Sin embargo, en el caso de no contar con los recursos emotivos y cognitivos que requiere el niño, el Estado según esta ley, tiene el derecho y deber de intervenir y proveer un ambiente adecuado.

En el caso de Juan, debido a su estadía prolongada en el hospital, el asistente social buscó inmediatamente una residencia de mediano plazo, ya que el niño había cumplido un tiempo prolongado de abandono en el hospital, y el inicio del riesgo de daño usualmente demora unos seis meses. Por eso, llegó a la Fundación Hogar Esperanza, donde ingresó con un diagnóstico familiar y con observación de proximidad a la etapa de riesgo. Por eso, en vez de realizar otro diagnóstico familiar (sobre todo por el hecho de estar en abandono y no contar con ningún

familiar), se focalizó las intervenciones hacia Juan y las reparaciones que necesitaba debido al abandono maternal, el cambio de cuidadores, la negligencia y el maltrato que sufrió.

Sin embargo, la adopción no es una cura mágica para el daño sufrido. Cyrulink (2005) indica, “para vender un bebé apenas nace, para entregarlo a otras manos cariñosas, era mejor pensar que no había vínculo entre la madre y el niño en su vientre. La ausencia de apego intrauterino hacía que la entrega fuera más fácil” (21). Sin embargo, hoy en día sabemos que eso no es el caso. El apego y desarrollo empiezan antes de que nazca el bebé. Sobre todo en el caso de Juan, quien vivió cuatro años con figuras distintas antes de ingresar a la Fundación Hogar Esperanza, y por lo tanto tiene recuerdos de sus primeros años de vida, la tarea de sus padres adoptivos será la reparación del daño sufrido, y asegurarle que esté seguro y se le ame. Solo con mucha paciencia, con el tiempo, y una eventual terapia, se puede empezar a reparar el daño y las conductas disruptivas. Junto con las terapias y mucha paciencia, es importante revelar la adopción y su historia, para que Juan (y en casos de otros niños también) pueda resignificar sus experiencias tempranas de vida. Cyrulink (2005) escribe,

“Para hablar con un adulto, hay que decir lo que este espera, lo que entiende, pero en el fondo de mí, sé que hay una aventura terrible y maravillosa, una bella novela que voy a contarme. Así pues, desde el inicio de la identidad, desde que el niño puede contar su propia historia, se instala un contrasentido relacional entre el niño y su cultura. El niño silencioso se vuelve conversador, el niño banal se vuelve aventurero; debe construirse, dibujarse a sí mismo...para volverse auténtico” (242).

A través de la reparación nunca se puede borrar el pasado, ni “curar” a un niño con un trastorno de apego. Sin embargo, se pueden entregar herramientas para que el pasado si bien influya en su historia, no la defina de modo terminante. Al poner el foco en las fortalezas y habilidades que ha mostrado el niño al superar su pasado y seguir sobreviviendo, al mostrarle que hay otras formas de interactuar y apegarse y ser amado, se le entregan herramientas para construir un futuro para él.

La idea para complementar el proceso es que el niño construya su propia narración e identidad a través de su relato de vida, y de este modo ayudar a reparar el daño neurológico, más específicamente a trabajar el trastorno de apego causado por la falta

de cariño y cuidados estables durante sus primeros años de vida. Varios expertos presentan evidencia de que la introducción de movimientos y acciones repetitivas consistentes pueden ayudarles a desarrollar las conexiones neuronales (Perry & Hambrick, 2008; Edwards, 2011; Cunningham, 2011). Perry y Hambrick (2008) señalan,

“un ejemplo de intervención repetitiva consiste en interacciones nutritivas y positivas con pares, profesores y cuidadores, sobre todo para niños con antecedentes de negligencia, quienes no han tenido la estimulación neuronal suficiente para desarrollar la capacidad de apegarse a los demás. Otros ejemplos, sobre todo para niños con un estado de temor que inhibe su capacidad de mejorar a través de relaciones positivas, o terapia, son el baile, música o masaje hasta que el cerebro sea regulado por input sensorial repetitivo, predecible y seguro” (42-43).

En cuanto al reforzamiento de las capacidades de apego a sus hijos, Barudy (2005) describe las funciones de la parentalidad como “el aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación, los aportes educativos, los aportes socializadores, los aportes protectores, la promoción de la resiliencia” (36). Señala que de estas funciones de la parentalidad dependerían el afecto, la comunicación, el apoyo a los procesos de desarrollo de la madurez, y el control (Barudy, 2005). En cada uno de estos elementos influye la capacidad cognitiva y emocional que tiene la figura significativa. Por lo tanto, en familias de alta complejidad o con varios factores de riesgo, bastaría implementar e incorporar estrategias y técnicas que los refuercen. Por ejemplo, al enseñarle a la figura significativa sobre el proceso de desarrollo del niño, no solo informando sobre las etapas, sino que también desarrollando la capacidad de identificar las necesidades del niño, lo cual podría reencuadrar sus expectativas y respuestas entorno a él. Por ejemplo, una madre, que reconoce y diferencia las necesidades de su hijo de sus propias necesidades estará más atenta a sintonizar y responder adecuadamente a sus demandas. Además, al reconocer las etapas y el grado de madurez de su hijo, puede reajustar las expectativas en cuanto a su comportamiento y conductas, lo cual también podría aumentar su control de impulsos, la tolerancia a la frustración, disminuyendo las manifestaciones de llanto y las “pataletas”.

Más allá de intervenir con las figuras significativas, en familias vulnerables se deben incorporar tres niveles distintos de intervención al abordar un trastorno de apego: desde el nivel individual, hay que entregar un ambiente seguro, con cariño y modelos

de interacción adecuados para el niño. En cuanto a la familia, se debe también incluir en el tratamiento a las figuras significativas, para que ellas también aprendan a entregar los recursos emocionales y cognitivos que requiere el niño. Además, se debería incorporar a la comunidad, ya que al incluir las redes, se entregan más herramientas para su óptimo desarrollo, desde instituciones de salud, educación, y bienestar social. Sobre todo en niños mayores y después de la primera infancia. El grupo de pares tiene una influencia cada vez más importante y profunda en las decisiones que toma el joven. Por lo tanto, el expandirlo e incluirlo tendrá otra influencia e impacto en la efectividad de la intervención y en la permanencia de los cambios.

Bibliografía

- BARUDY, J.** (2005). *Los Buenos Tratos de la Infancia*.
- BECKER-WEIDMAN Y SHELL** (2010), *Attachment Parenting: Developing Connections and Healing Children*. http://books.google.cl/books?id=bxGj9AgBr5cC&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- BERNARD, K. & DOZIER, M.** (2010). Examining infants' cortisol responses to laboratory tasks among children carrying in attachment disorganization: Stress reactivity or return to baseline? *Developmental Psychology*, 46, 1771-1778.
- CARLSON, E. A.** (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- BERNARD, K. DOZIER, M., BICK, J., LEWIS-MORRARTY, E., LINDHIEM, O. & CARLSON, E.** (2012). Enhancing Attachment Organization Among Maltreated Children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Child Development*, March/April 2012, Vol. 83, No. 2, Pp. 623-636.
- CHILD HELP USA** (2012). , http://childhelp.3cdn.net/e0797c5e54560b1962_bym6b9foq.pdf.
- COLIN, VIRGINIA** (1996), *Human Attachment*. http://books.google.cl/books?id=RVTf84Vm5qoC&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- CUNNINGHAM, JOANNA** (2011). Music therapy to promote attachment between mother and baby in marginalized communities. In J. Edwards (Ed.), *Music therapy and parent-infant bonding* (pp.115-126). New York, NY US: Oxford University Press.
- CYRULINK, BORIS** (2005), *Bajo el Signo del Vínculo, Una Historia Natural del Apego*.
- DABAS, E.** (2002), *Redes Sociales: Niveles de Abordaje y Organización en Red*. 2002. Buenos Aires, Paidós.

- EDWARDS, JANE (2011). The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 38, Issue 3, Pp. 190-195.
- HERTSGAARD, L., GUNNAR, M. R., FARRELL, M., ERICKSON, M. F., & NACHMIAS, M. (1995). Adrenocortical responses to the Strange Situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66, 1100-1106.
- LEVY, T. (2000), Handbook of Attachment. http://books.google.cl/books?id=BoLMASyluyQC&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- PERRY, BRUCE Y POLLARD (1998). *Homeostasis, Stress, Trauma and Adaptation*, Chile and Psychiatric Clinics of North America, Vo. 7 No 1, Enero.
- PERRY, BRUCE (2007). The Boy who was Raised as a Dog
- PERRY, BRUCE & HAMBRICK, E. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Youth and Children*, www.reclaiming.org.
- PERRY, BRUCE (2001), *Bonding and Attachment in Maltreated Children: Consequences of Emotional Neglect in Childhood*. www.ChildTraumaAcademy.org
- SPANGLER, G., & GROSSMANN, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- TOTH, SHEREE Y GRAVENER, JULIE (2012), Review: Bridging research and practice: relational interventions for maltreated children. *Child and Adolescent Mental Health Journal*, Vol. 17, No. 3, pp. 131-138.
- TUCKER, DAVID & MACKENZIE, MICHAEL (2012), Attachment Theory and Change Process in Foster Care. *Children Youth and Services Review*, Vol. 34. Pp. 2208-2219.
- UNICEF (2012), Convención Sobre Derechos del Niño, <http://www.unicef.org/spanish/crc/>.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE