

Elementos del trauma temprano y propuestas terapéuticas

Elements of early trauma and therapeutic proposals

Guillermo Ibarra García

Experto en Psicoterapia Breve

Resumen

La presente investigación tiene la finalidad de exponer los elementos principales que constituyen el trauma temprano. Abordaremos desde su definición hasta las formas en que se puede generar algún tipo de situación adversa que resulte traumática para el individuo. A su vez, se explica la estructura psicológica de la persona traumatizada, la forma en que se adapta a la realidad y los mecanismos de defensa que emplea para poder sobrellevar dicha experiencia. Se abordan definiciones y conceptos relacionados a la teoría del apego, experiencias adversas en la infancia, disociación, alexitimia, necesidades infantiles y trauma perinatal. Finalmente, se exponen algunas propuestas terapéuticas que permiten abordar el trauma psicológico.

Palabras clave: trauma, apego, disociación, alexitimia, perinatal, terapia.

Abstract

The following investigation has the intention of exposing the main elements that constitute early trauma. Discussing its definition as well as the type of situations that can generate adverse experiences that end up being traumatic for an individual. As well, its intended to explain the psychological structure of the traumatized person, the way in which the individual adapts to reality and the defensive mechanisms used to endure such experiences. It's intended to explain definitions and concepts related to attachment theory, adverse child experiences (ACEs), dissociation, alexitimia, childhood necessities and perinatal trauma. Finally, some therapeutic proposals are explained to treat psychological trauma.

Key words: trauma, attachment, dissociation, alexitimia, perinatal, therapy.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trauma temprano, es decir en las etapas del embarazo, nacimiento o infancia, es mucho más común de lo que a veces imaginamos. En un contexto terapéutico resulta importante que abordemos esta etapa de la vida del porque se trata del inicio de su vida. Por tanto, desde allí comienza su neurodesarrollo, la estructuración de su personalidad e identidad, la adquisición de conductas adaptativas, el tipo de apego que desarrolle y la forma en que se aprenderá a vincular y a relacionar con otros y con la realidad misma. A través de la exposición de dichos elementos, pretendemos abordar la complejidad del trauma temprano, de las experiencias adversas en la infancia y de las propuestas terapéuticas que ya existen y que se han demostrado ser útiles y eficientes para el proceso curativo y de sanación fisiológica y psicológica de una persona que ha experimentado este tipo de realidades y eventos traumáticos.

DEFINIENDO EL TRAUMA Y EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

La palabra "trauma" deriva del griego y significa *herida*; en este sentido, se trata de una herida psicoemocional. Entendemos por evento traumático como cualquier situación vital de alto impacto que pone al individuo en un estado de alerta, peligro o amenaza (dolor, pánico, horror, miedo, tristeza, perturbación) y que tiene consecuencias tanto fisiológicas como psicológicas que pueden derivar en la manifestación de síntomas o trastornos mentales. Un trauma implica que una persona es incapaz de tolerar y de sostener ciertos recuerdos, sensaciones y estados emocionales y que por medio de diferentes mecanismos de adaptación se ve obligada a bloquear o silenciar. En este proceso, el cuerpo del individuo tiene un rol sumamente importante ya que es por medio de este donde se suelen expresar los síntomas y patologías asociados a la información omitida del acontecimiento.

La SAMHSA define el trauma como "el resultado de un evento que el individuo experimenta como física o emocionalmente dañino o que amenaza su vida y que tiene efectos adversos duraderos sobre su funcionamiento y bienestar físico, mental, social, emocional o espiritual" (SAMHSA, 2014, p. 11). Para realmente comprender la profundidad del trauma, no debemos ignorar las diferentes áreas de la integridad del individuo que se ven comprometidas. Diversas definiciones de esta palabra incluyen únicamente lesiones o daños físicos, dejando de lado las implicaciones psicológicas (tal sería el caso de la definición expuesta por Diccionario de Inglés de Oxford o la del Diccionario Médico de la Universidad de Navarra). La RAE la ofrece tres definiciones que se pueden englobar en la siguiente definición: "choque emocional o lesión fuerte y duradera que produce un daño en el inconsciente" (RAE, s/f).

Importante es recalcar que puede haber trauma ante una única experiencia o ante la repetición de sucesos. La cronificación del impacto puede producir lo que actualmente se conoce como Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Ante esto, el DSM-V considera que "eventos estresantes que no impliquen

una amenaza inmediata a la vida o lesiones físicas no se consideran trauma” (Pai, 2017, p. 2). Esto implicaría que el TEPT existe únicamente ante los siguientes criterios:

- A. “Exposición a amenaza de muerte, lesiones severas o violencia sexual.
 - B. Presencia de síntomas asociados al evento traumático.
 - C. Evitación persistente de estímulos asociados con el evento traumático.
 - D. Alteraciones cognitivas y emocionales negativas.
 - E. Alteraciones en la reactividad y conductas asociadas al evento traumático.
 - F. Que la alteración o perturbación se presente por más de 1 mes.
 - G. Que la alteración o perturbación cause estrés significativo, aislamiento social o afecte al funcionamiento general del individuo.
 - H. Que la alteración o perturbación no se deba al uso de sustancias u otra condición médica.”
- (SAMHSA, 2014, p. 103 – 104)

Aquí surge un debate, ya que se considera que el trauma también puede existir ante otro tipo de situaciones cotidianas. Por ejemplo, el médico Gabor Maté lo considera, no tanto como el suceso amenazante en sí, sino como “aquello que sucede al interior de nuestro cuerpo como resultado de dicho evento” (Maté, 2023, min. 45:00). Se trata de sensaciones que nos resultan difíciles de sostener y que, por supervivencia, ocasionan que la mente se disocie de la realidad y del momento presente. Las diversas sensaciones y emociones se quedan congeladas en el cuerpo y el individuo no es capaz de integrarlas en una experiencia completa ni coherente. Para efectos de este trabajo, se considera que este modelo de definición brinda mayor posibilidad de reconocer el rol que el trauma tiene sobre la mente y el cuerpo, elementos que no funcionan de manera independiente.

Además de lo mencionado hasta este momento, se considera que los siguientes factores influyen en el trauma; sin tomar como requisito que todos estén presentes de manera simultánea.

- Que la naturaleza del evento se perciba como amenazante para la vitalidad física y el equilibrio psicológico del individuo.
- “Que las experiencias no sean vistas, legitimadas, escuchadas y sostenidas” (Aznárez, 2021, p. 32). Es decir, que el individuo no encuentre ninguna figura de confianza con quien pueda expresar los sucesos y que estos se queden sin una adecuada traducción.
- Un fuerte sentimiento de miedo, culpabilidad, vergüenza, ira o tristeza.
- Que genere “inmovilización” (Levine, 2021, p. 102). Esto implica la sensación estar atrapado, de permanentemente sentir el dolor del suceso en el cuerpo, o bien, la incapacidad de reaccionar y hacer frente a la vida cotidiana después de la situación. En algunos casos se debe a que la persona fue totalmente incapaz de hacer uso de su cuerpo para salir del peligro o defenderse.
- Disociación de la realidad, lagunas mentales o el olvido de algunos detalles del suceso.

- Los sucesos usualmente tienen un “carácter inenarrable, incontable e incompañable” (Pérez-Sales, 2004, p. 1). El individuo sentirá que, aunque cuente los hechos, nadie podrá comprenderlo o entenderlo.
- Aislamiento social y poca capacidad de establecer vínculos emocionales o relaciones interpersonales estables o saludables.

Cuando hay trauma, el individuo es incapaz de permanecer presente, constantemente es aturrido por recuerdos y sensaciones relacionadas al evento traumático y que aparecen de manera involuntaria. En pocas palabras, se pierde contacto con el cuerpo y la realidad. De manera adaptativa la persona aprende a comportarse de determinada manera para evitar aquellos estímulos desencadenantes o a predecir situaciones que puedan activar las sensaciones asociadas a la experiencia. “La paradoja del trauma es que la víctima, que desea dejar de sufrir, queda atrapada por los mecanismos de defensa que encontró para adaptarse al trauma y cuya distorsión amplifica la percepción de amenaza, e invisibiliza las oportunidades de experiencias que podrían alentar la recuperación.” (Aznar, 2019, p. 4).

El Dr. José Luis Marín explica la tipología del trauma según dos diferentes tipos:

- Trauma tipo 1 o simple: se trata de un evento único, no repetitivo, de alto impacto y que es socialmente válido y reconocido: un desastre natural o un accidente automovilístico, por ejemplo.
- Trauma tipo 2 o complejo: se refiere al trauma que deriva de la repetición y acumulación de situaciones adversas, es complejo y en la mayoría de los casos se va gestando desde edades tempranas: negligencia, abandono, etc.

A su vez, consideremos que existen tres “modalidades” en los que se puede manifestar:

- Activo: es evidente y visible. Ejemplos son el abuso o la violencia.
- Pasivo: se esconde o “camufla” con facilidad, puede ser de menor intensidad, pero no implica que el daño no exista. Ejemplos son la negligencia, acoso escolar o la falta de conexión emocional con figuras de apego.
- Oculto: aquel que existe pero que no se alcanza a ver. Ejemplos son la sobreexigencia laboral o académica o el estrés crónico.

Actualmente, autores, como Bessel Van Der Kolk o Peter A. Levine consideran que se debe dar al trauma un nuevo enfoque. Una visión que no lo explique como algo maligno, un trastorno o una enfermedad, al contrario, como “una respuesta natural ante diferentes sucesos” (Maté, 2023, min: 9:18), como un mecanismo de defensa que nos permite adaptarnos o “una herida con el potencial de ser transformada, curada y sanada” (Levine, 2021, p. 12).

Se considera, por tanto, que el trauma no afecta únicamente el aspecto psíquico del individuo, sino que también genera diversas reacciones en aspectos fisiológicos. Desde la memoria implícita se almacenan diferentes percepciones, sentimientos, sensaciones corporales de experiencias y etapas de nuestra vida. A través de esta memoria y por medio del cuerpo, la persona puede “revivir” y “reexperimentar” un determinado suceso de su pasado y con ello, generar conductas y mecanismos desadaptativos.

DISOCIACIÓN

La disociación se puede definir como una respuesta natural o un mecanismo de defensa donde el individuo “altera las funciones de la integración de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción de uno mismo o del entorno” (CUN, s/f); esto con la finalidad de que su mente y cuerpo puedan soportar situaciones límite, amenazantes, dolorosas o perturbadoras. Cuando experimentamos una situación que no somos capaces de integrar y que nos desborda emocional y psíquicamente, optamos por escindir toda esta información de nuestra conciencia, con la finalidad de poder sobrevivir a dicho acontecimiento. Por tanto, disociarse implica “la pérdida parcial o completa de la integración normal entre recuerdos del pasado, la conciencia de la identidad, las sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales” (WPA, 2006, p. 20).

De esta manera logramos “expulsar de la conciencia todo el material psicológico que es percibido como potencialmente peligroso y que tiene el potencial de convertirse en síntomas corporales, emocionales, cognitivos y/o conductuales” (Aznárez, 2021, p. 61). Allí el gran problema, que toda la información que disociamos no desaparece, más bien, permanece en nosotros hasta que haya sido expresada, legitimada y la experiencia completa haya sido integrada. Esto, por tanto, puede ser el origen de diversas patologías. El *yo* “separa” o “divide” todo el material psicológico potencialmente peligroso y coloca distancia entre aquel que produce gratificación y aquel que produce frustración, ira, ansiedad, dolor, temor, tristeza, etc., reprimiendo o bloqueando este último.

En este sentido, la disociación puede entenderse también como un trastorno mental. “Los síntomas disociativos se manifiestan en forma de fenómenos psicológicos, o psicomorfos como pesadillas, escuchar voces, amnesia o pérdida de los afectos, o en fenómenos corporales o somatomorfos como tics, dolor, conductas autolesivas, pérdidas perceptivas o motoras, parálisis disociativo o síntomas alimentarios” (Saldaña, 2011, p. 13). También se observan extrema sensibilidad a la luz y al ruido, respuestas emocionales exageradas, pesadillas, cambios de humor intensos o problemas con el sueño” (Levine, 1997, 147). Al estar disociado, las capacidades y la vida del individuo se ven limitadas; y este tiene mayor riesgo a generar algún trastorno mental si no recibe un tratamiento terapéutico adecuado y eficaz.

Aunque aún existe debate en relación con su definición y sus límites, el término “trastorno” encierra al término trauma como una enfermedad más allá de lo que potencialmente es. Diversos autores lo observan como un sistema evolutivo, que nos permite sobrevivir ante determinados sucesos. La disociación es el resultado de un mecanismo adaptativo que utilizamos ante situaciones que resultan insoportables; realmente, es gracias a la disociación que podemos sobrellevar ciertos sucesos. Por tanto, en un sentido terapéutico, la información disociada es en sí nuestra puerta de acceso a la experiencia traumática. La intervención tendrá la finalidad de poder trabajar, elaborar y traducir su contenido, restablecer el equilibrio fisiológico en la persona y que con ello suceda el proceso curativo de manera orgánica.

CONSECUENCIAS DE LA DISOCIACIÓN Y DEL TRAUMA

Una de las principales respuestas fisiológicas ante el trauma es la crónica hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA), del sistema nervioso autónomo, del sistema endocrino y del sistema muscular. Ante esto, se producen alteraciones en el funcionamiento cognitivo, en el desarrollo psicoemocional y en los procesos de aprendizaje y psicomotores.

La desadaptación emocional trae consigo una mayor tendencia al aislamiento social, mayor riesgo de depresión, suicidio o muerte temprana. Surgen riesgos de somatización, patologías, enfermedades crónicas o trastornos mentales. Implica la alteración de funciones neurológicas y genera una fuerte inestabilidad psicológica. Ante la necesidad de disminuir los síntomas o aliviar el sufrimiento psicológico, aumenta el riesgo de conductas adictivas o dependientes (fármacos, pornografía) y el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol u otras drogas). En relación, “90% de los niños de 8-16 años han visto pornografía en línea” (Neufeld, 2022, 269); lo que demuestra que la desadaptación emocional, además de generar este tipo de conductas, produce un aislamiento y una desorganización social grave desde edades muy tempranas.

A su vez se observan conductas agresivas y violentas o comportamientos autolesivos, así como un aumento en el riesgo de actividad criminal. El trauma también facilita la aparición de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, obesidad, etc.), trastornos disociativos, TDAH, psicosis o trastornos sexuales, entre otros. Sabemos que también aumenta la tendencia a conductas de riesgo, tales como las apuestas, los deportes extremos o la prostitución. “Cualquier persona que es adicta a cualquier cosa, sea sexo, apuestas o compras, está buscando la misma dosis de química cerebral” (Maté, 2018, 108). Por tanto, la persona lo que comienza a buscar es un medio externo para poder reducir la intensidad de los síntomas internos que se han producido por la cronificación del estrés.

La gente traumatizada puede experimentar este tipo de tendencias y riesgos de manera constante, con una incapacidad permanecer centrada en el momento presente debido a que las memorias de su pasado intervienen de manera involuntaria. El individuo continuará su vida con menores niveles de energía y vitalidad y siendo incapaz de sentirse conectado a la realidad; se sentirá desconectado, atrapado, desorientado y, sobre todo, sin saber cómo salir de ese estado. El individuo "es incapaz de superar la ansiedad asociada a la experiencia, permanecen abrumados por la experiencia y encarcelados por el miedo a reintegrarse a la vida" (Levine, 1997, 28). Debemos añadir que la persona tiende a encontrar poco apoyo emocional en sus estructuras sociales y esta falta de acompañamiento y escucha solo agrava su situación.

Las patologías o somatizaciones que se observan usualmente derivan de la incapacidad de integrar las experiencias traumáticas o de expresar los sentimientos. Al ocultar sus emociones, el cuerpo del individuo aprende (inconscientemente) a expresarse de otra manera, generando patologías o somatizaciones. Como se citó en Rodríguez, "Van Der Kolk apoya la consideración de la disociación y regulación afectiva como expresiones tardías del trauma, incluso aunque no existan criterios para el diagnóstico de TEPT" (Rodríguez, 2005, p. 2). Es decir, se debe evitar considerar como trauma únicamente aquello que puede ser diagnosticado a través de una lista de criterios o descartar la existencia de trauma si no cumple con todas las características mencionadas por algún manual médico. Esta afirmación no implica que estos deben perder su extensa validez estadística, académica y profesional.

ALEXITIMIA

Se denomina alexitimia a la incapacidad de reconocer, nombrar o expresar los sentimientos que experimentamos. Esto es más común de lo que pensaríamos y no únicamente tras un evento traumático; aunque posterior a este puede resultar difícil describir y poner nombre a las sensaciones que el individuo experimentó y que han quedado registradas en el cuerpo. "Los alexitímicos sustituyen el lenguaje de la acción por el de la emoción; registran las emociones como problemas físicos en lugar de señales de que algo merece su atención" (Van Der Kolk, 2015, p. 110). Esto implica que ante determinada emoción, el cuerpo manifestará un síntoma o somatización en lugar de la expresión verbal precisa y adecuada.

A su vez, en estos individuos usualmente se puede observar una fuerte desconexión con las sensaciones corporales y una incapacidad o rechazo a la percepción y al sentir. Debido a su pérdida de sensibilidad emocional y corporal, pueden presentar diversos dolores, incomodidades o síntomas y no ser capaces de expresar si detrás de ello hay algún sentimiento o situación que lo pueda estar ocasionando. También presentan una menor respuesta y capacidad de gozo en sus órganos sensoriales (como la capacidad de experimentar placer al escuchar música o ante el tacto físico con otra persona, por

ejemplo). Algunas características que se observan ante este tipo de individuo son las siguientes: “deficiente capacidad introspectiva y creativa, uso de la acción para afrontar conflictos, dificultad para establecer vínculos afectivos o relaciones estables (tienden a la dependencia), poca capacidad de imaginación o fantasía, aislamiento social y poca capacidad de empatía por sentimientos ajenos” (Fernández, 2011).

Como tal, son cuatro los elementos de riesgo a la enfermedad que caracterizan al sujeto alexitímico: “la somatización o expresión de las emociones o los sentimientos en forma de signos somáticos; el predominio de la experiencia emocional elemental negativa, tipo hostilidad; la mala calidad de vida, y la degradación de las experiencias interaccionadas con los otros” (Fernández, 2011, p. 4). Puede estar vinculada a trastornos de conducta alimentaria, depresión mayor, uso de sustancias adictivas o incapacidad de tener relaciones íntimas con la pareja. Al mismo tiempo, la sensación de no ser comprendido por alguien más puede tener un impacto negativo en la salud mental, social y laboral del individuo.

“La alexitimia es un concepto de rango. No todas las personas la tienen en el mismo grado, y en cantidades pequeñas puede ser bastante común” (Fernández, 1994, p. 2). En contextos terapéuticos, debemos estar conscientes de que es común con la finalidad de poder brindar educación emocional a la persona y empoderarle ante sus emociones.

EPIGENÉTICA

La epigenética se define como el estudio de la activación de determinados genes en relación con ambiente y contexto donde se desarrolla un individuo. Actualmente se considera que “el ambiente puede modificar la expresión (fenotipo) de la carga genética (genotipo) y que el factor ambiental puede afectar a uno o varios genes con múltiples funciones” (Talarán, 2013, p. 50). Esto implica que determinadas condiciones pueden activar ciertas expresiones genéticas que se expresen como síntomas patológicos para el sujeto. La interacción de los rasgos biológicos (genéticos), neurológicos y fisiológicos con las características del contexto moldean con gran potencia al individuo: su personalidad, identidad, carácter y comportamiento. Por tanto, actualmente sabemos que “factores no genéticos también tienen influencia en el desarrollo de la patología mental” (Bentall, 2003, 81). En otras palabras, esto implica que la etiología de las patologías y trastornos no es únicamente producto de factores biológicos sino de su interacción con elementos ambientales.

“Una de las asociaciones epigenéticas más estudiadas es el impacto a largo plazo que tiene el cuidado maternal en la expresión del gen GR en el hipocampo de ratas. Las ratas que recibieron los cuidados maternos adecuados mostraron un aumento en la expresión GR en el hipocampo, mayor sensibilidad glucocorticoide, disminución del factor liberador de corticotropina en el hipotálamo y mayor

equilibrio en las respuestas del eje HHA ante el estrés” (Szyf, 2008, p. 7). Es decir, adecuados cuidados y respuestas maternas influyen en una mejor salud y equilibrio en varios sistemas del organismo del bebé. Ya desde nuestro tiempo en el útero materno, se considera que el estado emocional de la madre, el tipo de entorno en el que ella viva, su alimentación y su calidad de vida en general podrán influir en que el bebé herede (mejor dicho, que se activen) ciertos genes, así como en su activación o inhibición. También, “si la crianza de un niño se basa en cuidados adecuados y conductas afectivas, posibilita que una enfermedad hereditaria no se haga efectiva” (Barudy, 2013, p. 23).

Diversos estudios han mostrado la influencia de la epigenética en la conducta, en la personalidad, en el temperamento y en la salud general de cada individuo. En humanos, conocer los mecanismos epigenéticos también ha permitido hacer análisis del comportamiento. Como se citó en Velasco, “en 1993 el genetista Han Brunner estudió a varones de una familia que presentaba conductas criminales y descubrió que todos carecían del gen que produce la enzima MAO-A; esta controla los niveles de neurotransmisores como la serotonina y es fundamental para el control de los impulsos. Se observó que la activación de este gen depende de lo que ocurra en la infancia; si es marcada por el maltrato, la tendencia a conductas criminales se acentúa. Esto no implica que quienes tengan este gen sean necesariamente violentos, pero si se ha demostrado que tienen mayor predisposición a conductas criminales” (Velasco, 2018, p. 85).

Por tanto, la genética de un individuo no implica una determinada conducta de manera obligatoria, pero la interacción de estos genes con el entorno puede activar ciertas características e inhibir otras. Esto nos permite comprender la diferencia en la vulnerabilidad entre dos individuos ubicados en contextos diferentes ante el mismo suceso y como el organismo de cada uno reaccionará de manera diferente a la misma situación. En determinadas etapas del desarrollo de una persona, una adecuada estimulación ambiental tendrá un rol importante en la activación de ciertos genes que son beneficiosos para el individuo; “que en muchos casos no será un tema de ‘mala estimulación’ sino de la inexistencia de buena estimulación” (Maté, 2018, 184). Debemos considerar que este proceso de activación genética es reversible y transformable, lo que permite el desarrollo de estrategias de intervención terapéutica para prevenir y modificar ciertas conductas o patologías dañinas para la salud del individuo, tales como la predisposición al cáncer o a la diabetes, por poner un ejemplo.

ESTRÉS

Para efectos de este trabajo comprendemos como estrés a toda la serie de reacciones fisiológicas y hormonales que se movilizan ante un estímulo alarmante o amenazante para la vida de un organismo. Citando a Sánchez P. “las vías clásicas del estrés involucran inicialmente al hipotálamo que integra la información procedente de las vías sensoriales y viscerales y que activaría dos rutas paralelas: el eje SAM

(simpático-adreno-medular) y el eje HHA. El eje SAM se inicia cuando las neuronas preganglionares simpáticas de la medula espinal reciben la información procedentes del hipotálamo activando la rama simpática e inhibiendo la rama parasimpática. Esta activación genera cambios dirigidos a preparar al cuerpo para el esfuerzo físico sostenido y la toma de decisiones [...] Paralelamente el Eje HHA se inicia a partir de la activación del núcleo paraventricular del hipotálamo y tiene como objetivo mantener los parámetros de esfuerzo y atención.”

El estrés como tal no se ha de entender como algo negativo o dañino para el sujeto; es necesario para poner al individuo en óptimas condiciones físicas y psíquicas para hacer frente a situaciones alarmantes. Reconociendo que el estrés no es algo negativo en sí, lo podemos entender desde 3 categorías diferentes:

- Estrés positivo: como respuesta normal ante una amenaza y necesario para un desarrollo saludable.
- Estrés tolerable: ante eventos y situaciones duraderas y de mayor complejidad, pero que aún no se convierten en patológicas.
- Estrés negativo: cuando las experiencias se cronifican y por tanto la reacción fisiológica ante el estrés se prolonga; “alterando y afectando tanto la estructura cerebral como de otros órganos” (Harris, 2018, 55). La problemática surge cuando el organismo de una persona vive constantemente en este estado, incluso cuando ya no existe peligro o amenaza real.

Por tanto, para que una situación sea estresante, el individuo debe percibir cierta amenaza ante una situación fuera de su control y que pone en peligro su vitalidad. En la vida cotidiana podemos considerar dos principales tipos de estrés: agudo y crónico. El estrés agudo sería aquel que necesitamos para generar una reacción inmediata, como rotar el volante ante un coche que cambio de carril bruscamente. El estrés crónico surge cuando un individuo vive constantemente bajo intensas presiones, demandas, exigencias, amenazas o estímulos que lo mantienen en un estado de alerta, hiperactividad o alerta.

El individuo viviría en un constante estado de lucha-huida o inmovilidad. El primero implica las siguientes reacciones: hiperactivación amigdaloida, activación del córtex prefrontal e hipocampo para integrar la información cognitiva y mantener la atención ante la amenaza, producción de cortisol en el eje HHA, producción de adrenalina y noradrenalina en el eje SAM, incremento del flujo sanguíneo para oxigenar los músculos, y la activación del *locus coeruleus* para la regulación de la excitación, irritabilidad y del estrés provocado. El segundo estado, el de inmovilidad, “es una de las tres respuestas primarias disponibles a los reptiles y mamíferos ante las amenazas abrumadoras o de donde las cuáles no hay escapatoria” (Levine, 1997, 16).

A largo plazo, el estrés crónico provoca inflamación celular, trastornos autoinmunitarios y diferentes somatizaciones en el individuo. En rasgos generales estas se pueden experimentar como dolor de cabeza, gripes, temblor corporal, hipertensión, asma bronquial, problemas gastrointestinales, sensación de falta de aire, dolor en el pecho, alteraciones hormonales, entre otros. También favorece la aparición de conductas adictivas, acelera envejecimiento neuronal y puede generar ansiedad, trastornos mentales o suicidio. Actualmente, hemos normalizado vivir en un estado de estrés crónico y este se considera “una de las causas de depresión más conocidas” (Bullmore, 2023, 155).

EMBARAZO Y ESTRÉS

Hasta ahora, hemos mencionado a grandes rasgos elementos esenciales para comprender la complejidad del trauma, la forma en que se puede originar y sus implicaciones en la salud del individuo. Pasamos ahora a focalizar sobre uno de los periodos más importantes de nuestra vida: el embarazo. Muchas veces omitiendo que desde allí empieza nuestra vida psíquica. Evaluaremos los factores estresantes que pueden afectar a esta etapa del desarrollo y sus implicaciones para la etapa intrauterina, infantil y adulta.

Existen situaciones donde el proceso de embarazo y del parto pueden llegar a resultar en una experiencia traumáticas tanto para el bebé como para la madre. Sea esto por el intenso cambio emocional de la madre como por acontecimientos durante el proceso de gestación, desarrollo y nacimiento del bebé. Debemos considerar que no siempre se brinda un adecuado acompañamiento a la madre durante el embarazo y en ocasiones existe negligencia sanitaria. Lo que puede ser una experiencia armoniosa y de profunda conexión entre madre e hijo, puede ser también un suceso que resulte dañino para la salud mental de ambos.

Lógicamente los nueve meses de vida en el útero materno son de gran importancia para el neurodesarrollo del bebé. Durante el embarazo, el feto experimenta un rápido crecimiento cerebral, lo que conlleva una alta sensibilidad y posible vulnerabilidad ante los diferentes estados emocional y mentales de la madre. Además de las implicaciones que el estrés tiene para la salud mental de la madre, este tiene una relación directa con el desarrollo fetal y, en el futuro, con el desarrollo psicológico del niño; ante situaciones de estrés o la depresión se establece un ambiente intrauterino de mayor fragilidad para el desarrollo adecuado del feto.

Sabemos que “más de 12% de mujeres embarazadas muestran depresión mayor; el uso de antidepresivos durante este período aumenta el riesgo por diversas complicaciones como diabetes gestacional, preeclampsia, problemas de la placenta, ruptura prematura de membranas, hemorragias y un parto inducido o por cesárea; incluso se ha demostrado riesgo por aborto espontáneo” (Stewart,

2011, p. 3). Siempre será importante evaluar el estado psicológico de la mujer previamente y durante el embarazo para que pueda recibir un acompañamiento terapéutico adecuado en caso de ser necesario. El propio proceso psicológico que conlleva la parentalidad (dónde los progenitores hacen consciencia de que se convierten en padres) implica diversos retos, duelos y puede convertirse en fuente de estrés, ansiedad, miedo o disgusto. Entendemos por parentalidad "los cambios psíquicos que se producen en la personalidad de los padres cuando tienen un hijo: emociones y afectos, pensamientos (fantasías conscientes e inconscientes) y los comportamientos verbales y no verbales que resultan de ellos" (AEN, 2018, 32). Consideremos también los cambios fisiológicos y bioquímicos que tendrán lugar en la mujer tendrán influencia sobre su estado emocional y psicológico; lo que puede implicar una mayor necesidad de apoyo emocional y de una estructura social saludable.

Hemos mencionado que ante el estrés crónico sucede una activación prolongada del eje HHA; esto implica "la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo, de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en la hipófisis (glándula pituitaria) y de cortisol por la corteza suprarrenal" (CUN, s/f.). Aunque una de las funciones de la placenta es proteger al feto de estas hormonas y otras sustancias, se ha encontrado que "el estrés, la depresión y la ansiedad en la madre están relacionados con complicaciones futuras en el niño como trastornos relacionados a la ansiedad, TDAH, autismo, esquizofrenia, depresión, problemas de desarrollo cognitivo y del comportamiento, así como problemas de peso" (Van Den Heuvel, 2022, p. 2). A su vez, estudios similares han relacionado la ansiedad maternal y la reactividad del eje HHA del feto y "concluyeron que la ansiedad prenatal y la baja sensibilidad maternal producen un aumento de los niveles de cortisol" (Prieto, 2019, p. 2). Esto se ha estudiado y relacionado a la neurofisiología (ritmo cardíaco, por ejemplo) del feto y su salud en general.

Aunque en muchas ocasiones se puede ignorar la relación entre el estado emocional de la madre y el feto, "el apego psicológico maternal-fetal comienza relativamente en las primeras etapas del embarazo y se fortalece en la gestación, culminando en el nacimiento del bebé" (DiPietro, 2010, p. 11). Por tanto, el estrés tendrá ciertas consecuencias dañinas sobre el bebé como la alteración de ciertos neurotransmisores o del eje HHA, deficiente desarrollo neuronal y del sistema inmunológico, mayor riesgo por enfermedades somáticas, trastornos mentales, conductas antisociales o suicidas. Es un hecho que existe una relación entre el estado psicológico de la madre y el neurodesarrollo del bebé. "El feto está inmerso en un 'recipiente emocional' de la mente de su madre y padre, el cuál puede ser más o menos favorable para un desarrollo óptimo y saludable" (Maldonado, 2008, 7).

EMBARAZO Y USO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

El uso de sustancias nocivas como alcohol, drogas, tabaco o cualquier otra sustancia psicoactiva también tendrán impacto en la salud y desarrollo del feto. Dichas sustancias no sólo afectan de manera química el desarrollo fetal, sino también modifican la conducta de la madre, provocando una alimentación deficiente, estados emocionales desorganizados, un aumento en el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Aunque la placenta sirve como barrera para estas sustancias, el alcohol no es una de ellas y “se filtra directamente hacia el hígado en crecimiento del feto” (Nilsson, 2018, p. 100). Su consumo, aunque sea en cantidades mínimas, puede ocasionar un daño físico o neuronal irreversible en el bebé.

Un estudio que se realizó en México para 200 mujeres embarazadas concluyó que: “de 134 mujeres que reportaron haber estado embarazadas un 57% consumió bebidas durante el período de gestación” (Berenzon, 2007, p. 5). Esto se puede observar en individuos con antecedentes familiares de alcoholismo o en su consumo existe de manera regular en casa. Algunas de las consecuencias pueden ser de alto riesgo o definitivas para la vida futura del bebé, ejemplos son: “bajo peso al nacer, retraso en el desarrollo cognitivo, malformaciones, infecciones virales (VIH, hepatitis C, sífilis, etc.), síndrome de abstinencia neonatal” (Flores, 2012, p. 2), TDAH, trastornos del sueño o de alimentación y “partos prematuros o abortos espontáneos” (Stanford, 2024).

EMBARAZO PARA SUSTITUIR O CUBRIR UNA PÉRDIDA

En otro tipo situaciones el embarazo mismo se puede utilizar para cubrir una pérdida, para satisfacer un duelo para reemplazar un evento perinatal adverso previo. Entendiendo por duelo “la reacción habitual ante la pérdida una vez que esta ha ocurrido” (Bowlby, 1996, 45). En este caso, se espera y se ve al bebé como una figura que vendrá a traer un cambio positivo o nuevas dinámicas a una relación, familia o situación. “Si el deseo de embarazo surge de la motivación a llenar un vacío existencial, pueden darse complicaciones con el recién nacido o incluso algún tipo de “depresión posparto” (Talaran, 2013, p. 40).

Una situación común puede ser que, tras la muerte prenatal, los padres se apresuren a concebir nuevamente. Para ellos, este nuevo bebé tendrá la “función psicológica” de reemplazar al que originalmente murió. Existe un riesgo ante haber omitido el duelo del bebé fallecido. Para su integración, a cada embarazo deberá corresponder contenido emocional que habrá que vivir, sentir y experimentar de manera independiente; evitando querer asimilar la muerte de uno con el nacimiento del otro. El duelo perinatal es también común, particularmente ante el primer embarazo y “amerita una intervención empática, respetuosa, personalizada y una red que brinde apoyo y contención para los progenitores y sus familias” (Paéz, 2019, p. 14). La madre (también el padre) puede experimentar diversos sentimientos tras la pérdida: “confusión, tristeza, culpabilidad, debilidad o vacío; también pueden emerger trastornos

depresivos, ansiedad o TEPT” (López, 2011, p. 12). La importancia de realizar un duelo emocional influirá en la conexión emocional que la madre y el padre puedan establecer con el siguiente hijo, si desean concebirlo.

TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO

El trauma relacional temprano hace referencia a experiencias negativas repetidas en los primeros momentos de vida y que son provocadas por las propias figuras parentales, la familia u otros círculos sociales cercanos (como la escuela). “Que la persona que nos cuida sea justo la que más daño nos hace, literalmente no nos cabe en la cabeza” (González, 2017, 85). Es por lo mismo que este tipo de heridas psicológicas resultan tan complejas de integrar.

La alta vulnerabilidad que supone la infancia aumenta el riesgo de las denominadas Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs) y con ello del trauma. En este trabajo las expondremos a través de tres diferentes categorías: “abuso (físico, psicológico o sexual), negligencia (alimentación, salud, educación, etc.) y otros desafíos domésticos. Esta última categoría hace referencia a situaciones como vivir con familiares con trastornos mentales (depresión, TDAH o esquizofrenia), el divorcio de los padres, violencia doméstica, encarcelamiento, uso de sustancias nocivas por alguno de los miembros de la familia, pobreza económica severa, discriminación, acoso familiar o escolar, entre otros.” (Holditch, 2023, p. 4). También consideramos como experiencia emocional adversa la que viven niños abandonados o que no fueron deseados, que pierden a uno o ambos de sus padres, que sufren fuertes accidentes (quemaduras, accidentes automovilísticos) o que nacen con enfermedades ante las cuales las figuras parentales no se responsabilizan en su totalidad.

En general, se refiere a situaciones, contextos y experiencias que no permiten el desarrollo estable, regular y adecuado del niño, que fomentan que este se sienta desconectado, asilado, abandonado y sobre todo poco amado; lo que pone en riesgo su salud, su vida e incluso sus derechos como niño y ser humano. Lamentablemente, en una alta cantidad de casos esto lo ocasionan las propias figuras adultas en quienes el niño debería poder confiar y apoyarse, y de quienes debería recibir contención, escucha, afecto y orientación.

El trauma en la infancia se puede reforzar mediante “primitivos mecanismos de defensa y procesos de aprendizaje” (Marín, s/f), tal como en el condicionamiento clásico pavloviano, lo que genera conductas de adaptación al entorno en dónde se desarrolla el individuo y que pretenden conservar la seguridad del individuo. El infante realmente no tiene otra opción más que adaptarse y sobrevivir emocionalmente a las situaciones que el entorno le presenta, en ocasiones reprimiendo o bloqueando sus necesidades con tal de permanecer apegado a la figura parental. En otras situaciones, el niño experimenta una desconexión total con sus figuras protectoras lo que incrementa la posibilidad de que su niñez se desarrolle como una etapa traumática. Esto tiende a fragmentar la identidad y el autoconcepto

del niño, genera heridas psíquicas (generando creencias falsas y negativas sobre sí mismo) y tiene un impacto sobre su adecuado neurodesarrollo.

Aunque las figuras adultas no sean en sí agresivas o violentas, pueden carecer de motivación y autoestima, tener un bajo nivel de autoestima, estar deprimidas o cargar con sus propios traumas e historias no resueltas. Esto les impide estar emocionalmente disponibles y que ofrezcan al niño la seguridad y la contención que necesita. Caso contrario podrían ser padres narcisistas, antisociales o materialistas y que educan al niño en torno a sus propios deseos, miedos o necesidades y aislado de su contexto sociocultural. Cada contexto y situación refleja el mensaje que el niño recibe y la visión que desarrolla de la vida; este tendrá que poner una gran cantidad de fuerza y energía en intentar controlar su estado interior para satisfacer las necesidades de los padres.

“Las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deben ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental” (Torras, 2010, 155). A lo largo de la vida, todo este tipo de experiencias moldean nuestro cerebro, nuestra anatomía (la simetría de los hombros, la cadera o la columna vertebral, por ejemplo) y en nuestro sistema nervioso central. Actualmente, se sabe que mientras menor sea la edad del individuo, el trauma modifica y limita con mayor magnitud dichas estructuras internas y su desarrollo. Además “aumenta el riesgo de desarrollar diversas condiciones clínicas y psicopatologías en la edad adulta” (Waikamp, 2018, p. 2).

“Las ACEs afectan drásticamente la salud toda la vida” (Burke, 2015, min 14:50). Sus consecuencias en la adultez pueden ser varias e incluyen cambios o lesiones fisiológicos, trastornos mentales (depresión mayor, TDAH, TEPT, TCA), enfermedades virales (VIH o hepatitis) o crónicas, lento desarrollo cognitivo y conductas desadaptativas (adicciones, aislamiento social o suicidio). Se ha descubierto que estas experiencias también generan alteraciones en diferentes estructuras cerebrales y su adecuado funcionamiento como en el hipocampo, la amígdala, el eje HHA, el cuerpo calloso y el córtex prefrontal; también afecta la adecuada producción-liberación de ciertos neurotransmisores como la dopamina, serotonina, cortisol, noradrenalina, entre otros.

El *ACE Study* de V. Felitti descubrió diversas áreas “donde la salud adulta tiene una fuerte relación con lo que sucedió en su infancia: hepatitis, enfermedades cardíacas, fracturas, diabetes, obesidad, alcoholismo o deficiente rendimiento laboral” (Felitti, 2002, p. 3). Este tipo de evidencia invitan a analizar la sintomatología no sólo como algo que aparece de manera espontánea, sino como el resultado de diversas experiencias que afectaron al individuo a lo largo de su vida. Por lo mismo, a la hora de planificar una intervención terapéutica, un diagnóstico completo es el que analiza las causas del problema en diferentes etapas vitales.

Las ACEs tienen un impacto negativo en el individuo, pero también en la sociedad. Producen profundo sufrimiento en el niño y posteriormente en el adulto y su círculo social. Sabemos que quienes han vivido ACEs tienen mayor riesgo de repetir los comportamientos violentos o las situaciones que vivieron y en ocasiones con una mayor intensidad. Los niños que crecen en contextos desorganizados o ante este tipo de situaciones no aprenden a ser civilizados, respetuosos, tolerantes o amables con otros; al contrario, lo que aprenden es a tratar a los demás del mismo modo en que las figuras adultas los trataron y educaron. Su conducta está directamente relacionada con la memoria implícita y con la forma en que fueron criados de niños. Esto crea un ciclo de comportamientos y tratos negligentes; los niños que están heridos tienden a lastimar a los demás. En general, las consecuencias de las ACEs pueden llegar a ser irreversibles y afectar el comportamiento del individuo para toda su vida.

Siendo el trauma tanto transgeneracional como social, existe el riesgo de que, si las conductas derivadas de ACEs no se integran ni elaboran, existe gran posibilidad de que el hijo de quien sufrió estos malos tratos recibirá los mismos malos tratos que la persona recibió en su infancia. Estos son adultos que usualmente nacen en contextos o núcleos familiares desorganizados, violentos o que crecen en la soledad. Existen factores que ya desde tempranas edades afectan al desarrollo del niño; en su proceso de maduración, muchas de estas conductas y situaciones no reciben el trabajo adecuado y bajo esta misma forma de pensamiento o de disciplina se educa a la nueva generación.

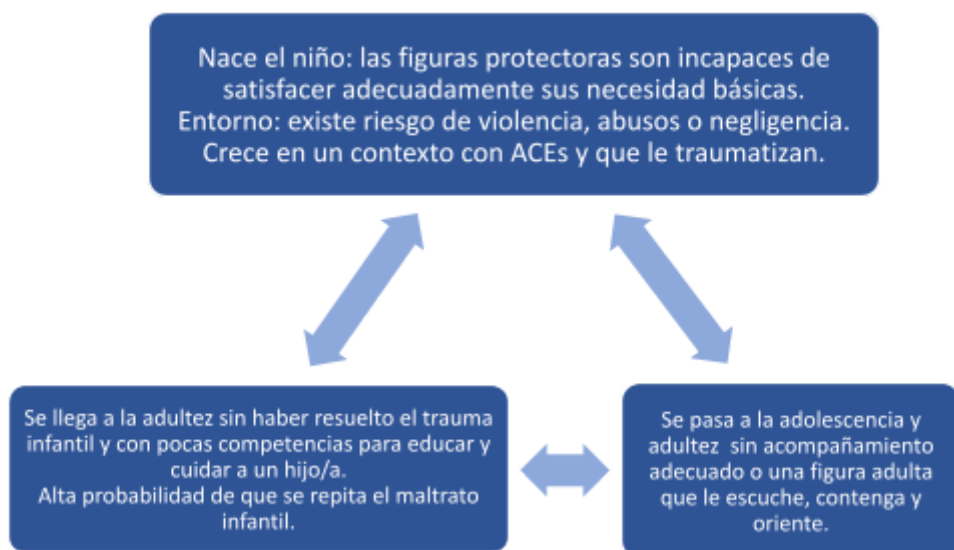


Figura I. Ciclo transgeneracional de las Experiencias Adversas en la Infancia.

De manera contraria, cuando el niño recibe el cuidado, afecto, atención y aceptación que necesita, se pueden observar elementos consecuentes positivos: aumento en su calidad de vida emocional y autoestima, mejor autoconcepto, mayor resiliencia socioafectiva, facilidad para establecer vínculos, una recuperación más veloz ante diversas enfermedades e incluso un aumento en su esperanza de vida. La presencia de la figura protectora ante situaciones adversas y su capacidad de comunicarse claramente proporciona al niño mayor seguridad para expresarse, afrontar la situación y generar resiliencia. Incluso en la adolescencia, "sin la presencia del adulto, el adolescente puede enloquecer literalmente" (Siegel, 2022, p. 46). Entonces sucede que, en ocasiones, la falta de traducción y las conductas desadaptativas se llevan hasta la etapa de la adultez.

ESTRÉS EN LA INFANCIA

En la infancia, el cerebro del niño es altamente sensible al estrés que proviene de su entorno. Por lo mismo, es importante distinguir que no todo el estrés tiene un impacto negativo sobre su desarrollo, y de hecho es sano que experimente ciertos niveles de estrés, que lo movilicen y motiven a aprender, socializar y protegerse, fortaleciendo su sentido de confianza, por ejemplo. "El estrés se convierte en tóxico cuando es frecuente, crónico e incontrolado" (Gonzalez, 2018, min. 1:25). Cuando de manera repetida no se logra satisfacer las necesidades básicas del niño, su organismo entra en una cascada hormonal constante y una hiperactivación fisiológica que ya no resulta adaptativa; cuando debido a factores estresantes y agobiantes del entorno es incapaz de defenderse o sentirse protegido.

Hemos dicho que el estrés crónico mantendrá activo el sistema nervioso simpático, lo que implica un constante estado de lucha-huida. En este, los músculos se contraen, la frecuencia cardíaca aumenta, se activa el eje HHA, se libera cortisol y adrenalina y se dilatan las pupilas, entre otras reacciones fisiológicas que básicamente activan al organismo.

Por lo mismo, la calidad de los vínculos de apego que el niño y las figuras protectoras tengan servirá de apoyo para que el niño pueda traducir las experiencias estresantes en un espacio que le brinde estabilidad y protección ante las mismas. Sobre todo, que permitan que su sistema se regule y nuevamente encuentre su homeostasis.

"La parentalidad es sobre todo una relación, no tanto una habilidad que adquirir; el apego no es una conducta que aprender sino una conexión que desarrollar" (Neufeld, 2019, 55). El apego adecuado será el medio por el cual el niño sintonice con sus padres, aprenda a relacionarse pero también a ser un individuo autónomo. La importancia de que las figuras protectoras generen una base segura radica en que esta funcionará para regular los niveles de estrés psicológico que las experiencias cotidianas y el mundo exterior puedan generar en el niño. A su vez, las llamadas neuronas espejo también juegan un papel importante, ya que el niño puede percibir e identificarse con las propias emociones y expresiones faciales o corporales que la figura adulta emite y con ello encontrar un equilibrio fisiológico y psicológico.

"A través de las neuronas espejo y recuerdos implícitos, se transmite directamente la vida emocional al hijo" (Siegel, 2012, p. 196).

Otra situación actual surge en entornos en familias donde abunda la riqueza económica; al niño se le expresa afecto a través del materialismo, (juguetes, ropa, accesorios, etc.). Igualmente son niños que tiene una agenda completa, atienden a la escuela y a todas las clases extracurriculares necesarias para que alcance su máximo desarrollo. Sin embargo, esta sobreexigencia puede generar tanto estrés como una desconexión emocional entre el niño y las figuras protectoras dónde estás utilizan "cosas" o actividades para silenciar sus necesidades afectivas. Algo como: "tú no te puedes quejar, lo tienes todo"

Dichos acontecimientos estresantes pueden tener un efecto nocivo en la persona; alrededor de 80% de los episodios de depresión vienen precedidos de una situación estresante o adversa" (Bullmore, 2023, 155). En sí, el estrés afecta el proceso de aprendizaje de los niños y usualmente afecta su rendimiento académico; influye también en su proceso de socialización e interacción con otros pares. Vogel (2005) expone una tabla con los estresores más frecuentes respecto a tres diferentes rangos de edad:

Período o etapa de vida:	Estresores más comunes
De 0 a 6 años	Separación con figura de apego. Pérdida de figura de apego. Abuso: físico, sexual, etc. Abandono y excesiva soledad.
De 7 a 12 años	Entorno escolar: sobreexigencia académica. Socialización: amigos, maestros, familiares. Familia cercana: padres o hermanos. Construcción de identidad (<i>yo</i>), autonomía y estilo de apego.
De 13 a 18 años (adolescencia)	Cambios fisiológicos y hormonales. Interacción con otro género y nuevo tipo de amistades. Disfunción familiar. Competividad e introducción a la vida adulta.

Tabla 1: estresores en la infancia.

Nadine Burke considera "10 las categorías de ACE's" (Burke, 2018, 37):

- Abuso emocional recurrente
- Abuso físico recurrente
- Abuso sexual (contacto físico)
- Negligencia física
- Negligencia emocional
- Abuso de sustancias por uno de los progenitores.
- Enfermedad mental en uno de los progenitores.
- Madre tratada con violencia.
- Divorcio o separación parental.
- Conductas criminales en casa.

Debemos considerar otros estresores o amenazas severas a la infancia como los desastres naturales, la desnutrición y la escasez de agua potable en ciertos países, las víctimas de crimen organizado (narcotráfico, tráfico de personas), enfermedades de transmisión sexual, tráfico de órganos, orfandad, exilio, discriminación, guerras y conflictos armados (niños soldados), genocidios, persecuciones, emigraciones, esclavitud infantil, "víctimas de trata, mutilación de genitales, explotación sexual" (Talarán, 2013, p. 252), carencia de un hogar, *bullying*, negar o condicionar el amor al niño, u otras situaciones negligentes que lo ponen en peligro y riesgo de trauma desarrollar trauma complejo.

EL SILENCIO EN LA INFANCIA

En la infancia, el niño además de anhelarlo necesita ser escuchado, tiene que sentir la presencia de sus figuras parentales y necesita saberse y sentirse amado. El niño se reconocerá como "no querible" y abandonado ante la falta de sintonía con dichas figuras y su incapacidad de satisfacer sus necesidades. Puede generar miedo a no ser suficientemente "bueno", a ser "diferente" e incluso a experimentar sus sensaciones corporales. La combinación de la soledad y de sentir que no es deseado pueden dejar una herida psíquica profunda en el niño que defina su personalidad y su forma de relacionarse para el resto de su vida.

Ante la experiencia se produce confusión y sufrimiento; los niños pueden percibir que aquella persona que debería de quererlo, realmente, no lo quiere. La forma que tiene para defender y resguardar su equilibrio psicológico será desarrollando conductas adaptativas (hará lo que sea con tal de recibir un poco de atención o afecto), ideas equívocas sobre sí mismo ("soy malo, por eso nadie me pone atención") y fuertes sentimientos de ira, vergüenza, tristeza y/o culpa. Esto le obligará a mantener aislada su mente y sus sentimientos de una realidad percibida como insoportable e incomprensible. La incapacidad de encontrar un sentido al "porqué" no es querido lo llevará a generar diversas creencias desadaptativas: "hice algo malo", "soy un fracaso", "no tengo valor", "debo de ser más fuerte", "no puedo

confiar en nadie”, “mejor no hubiera nacido”, “el mundo está contra mí”, entre otras tantas. El conjunto de las experiencias adversas que se ve obligado a silenciar y las creencias negativas que va construyendo dará como resultado la visión y la percepción que el niño tenga de sí mismo, de las relaciones interpersonales y de la realidad misma. Esto, a largo plazo, moldea su comportamiento, y aunque esto se puede corregir, requerirá de un profundo proceso psicológico y acompañamiento.

En ocasiones, el silencio será el único mecanismo que tendrá el niño para obtener algo de reconocimiento y de amor. Aunque en su interior pueda estar sufriendo, el niño preferirá mostrarse “tranquilo”, “callado” o “educado” si eso le garantiza un momento de atención, ya que sabe, que, si expresa su enojo o frustración, lo más seguro es que termine castigado, rechazado o regañado. El propio contexto en ocasiones le obligará a silenciar sus emociones, aún si el desea expresarlas y externalizarlas mediante la palabra, el tacto o el juego.

La consecuencia de verse obligado a silenciar las emociones es la de disociarse y entrar en un estado traumático. En la mayoría de los casos, un niño no tiene a otra persona madura de con quién hablar sobre cualquier acontecimiento fuera de sus padres. La realidad es que muchas situaciones son tabúes para la sociedad y es preferible no mencionarlas. Incluso, aunque el niño llegue a hablar sobre la situación, en ocasiones será ignorado o la situación será minimizada: “es un niño, está exagerando”. Diversos autores han demostrado la importancia de hablar acerca de una situación para poder lograr la superación de un trauma. “El ser humano se explica narrándose; no hay identidad sin historia” (Aznárez, 2021 p. 39). Que el individuo cuente con una figura con quién pueda hablar sin sentirse juzgado o avergonzado será crítico para la narrativa coherente y flexible que vaya generando sobre sí mismo y la realidad. “La narración de historias conduce a la comprensión, la curación y la integración” (Siegel, 2012, p. 214).

Si un terapeuta, familiar, amistad o el círculo cercano de un individuo aceptan, validan y sostienen la experiencia traumática, el individuo se podrá expresar y procesar de una manera sana que dejará poco o ningún efecto perjudicial para su salud” (Whitfield, 1998, p. 1). Una figura de apego que escuche al niño, le ayude a traducir el suceso y le acompañe en el duelo y las emociones correspondientes, estará minimizando el impacto de la experiencia y sobre todo que esta se instale como traumática a largo plazo. La integración permite al niño una “mejor toma de decisiones, mayor control sobre su cuerpo y sus emociones, una comprensión plena de sí mismo, relaciones más sólidas y mejor rendimiento escolar; de la integración surge armonía” (Siegel, 2012, p. 22).

ABANDONO Y NEGLIGENCIA

El abandono y la negligencia emocional se refieren a la irresponsabilidad e “incapacidad por parte de las figuras protectoras de satisfacer las necesidades físicas y emocionales básicas de un niño” (Pekarsky, 2022, p. 1). Para comprender mejor estos elementos debemos considerar diversos factores como el nivel de salud, seguridad, económico, académico, así como el desarrollo emocional y cognitivo del niño; así como el contexto de la familia nuclear. Usualmente se observa ante condiciones de inseguridad alimentaria y sanitaria, pobreza económica, violencia doméstica, explotación infantil (sexual o laboral) o cuando los progenitores tienen enfermedades mentales graves. Estudios han demostrado que “la negligencia infantil es el tipo de maltrato más común en edades infantiles, tanto para niñas como niños” (García, 2019, p. 3). Se considera que, al ser la familia un núcleo o círculo privado y en ocasiones poco abierto o flexible a la intervención terapéutica, profesional o social, este tipo de experiencias infantiles son de menor visibilidad y obligan al niño a silenciar sus emociones, aislarse o generar conductas patológicas o autolesivas.

TEORÍA DEL APEGO

La teoría del apego, expuesta principalmente por el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby (1986 – 1990) y por la psicóloga Mary Ainsworth supone que las relaciones tempranas del niño con su figura protectora (los estudios se refieren principalmente a la madre) serán sumamente importantes para su desarrollo fisiológico y psicológico. “La teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez” (Bowlby, 1996, 142).

Los autores afirman que todos los humanos nacen con la necesidad de establecer vínculos emocionales y con la búsqueda de seguridad, misma que garantice su supervivencia y probabilidad de reproducción. “Los humanos somos dependientes de nuestros cuidadores. Nos desarrollamos en el vientre de nuestra madre, y establecemos vínculos de apego para protegernos del entorno y poder seguir desarrollándonos emocional y físicamente” (González, 2017, 11).

El apego se debe entender como un “sistema motivacional” (Wolfberg, 2011, p. 2) basado en el vínculo afectivo. “La tarea de establecer y favorecer el vínculo comienza inmediatamente tras el parto” (AEN, 2015, 27). Esta necesidad humana de vincularse con otros individuos se debe a tres principales motivos: “la necesidad de mantener proximidad a la figura de apego, la necesidad de una base segura que permita la exploración del mundo (misma que proporciona la figura de apego) y la necesidad de la figura de apego ante situaciones de peligro” (PSISE, s/f). Durante toda la vida, el individuo tendrá la tendencia a restaurar determinados vínculos, pero, en tempranas edades, el niño hará lo que sea por permanecer vinculado a sus figuras protectoras y adaptará su conducta para lograrlo. “El vínculo afectivo

se inicia en la gestación por la acción genética y hormonal y se refuerza en el parto y la lactancia, por la respuesta biológica de la madre a las señales y reclamos del hijo” (Enríquez, 2008, 2).

En la infancia, y sobre todo en los primeros años de vida, el ser humano no puede incorporarse a este mundo por sí sólo. A través de los vínculos seguros, necesita el apoyo de la figura de apego para satisfacer sus necesidades básicas y garantizar su desarrollo y supervivencia. Winnicott afirmaba que “la madre suficientemente buena es aquella con una alta capacidad de adaptación a las necesidades del bebé” (Winnicott, 1990, 214). Lógico es que habrá errores y en momentos no se logrará satisfacer todas sus necesidades de manera inmediata, pero los padres deben promover sintonizar con el niño, predecir y adaptarse a sus necesidades vitales.

Sería un error esperar que el bebé se alimente, vaya al baño o se duerma por sí mismo; necesitará ayuda y orientación por varios años hasta que logre cierta autonomía e independencia. Aquí vale la pena distinguir que “apego y dependencia son dos cosas muy diferentes” (Bowlby, 1969, 228). En cuanto a sus necesidades afectivas, también deberá recibir apoyo de la figura de apego para aprender a relacionarse de manera sana; vínculos a través de los cuáles adoptará conductas y aprenderá a relacionarse también con la realidad.

Las diversas experiencias que el niño experimente a través de los vínculos dará lugar a lo que Bowlby llamó los *modelos operativos internos* (MOI). Estos se entienden como esquemas cognitivos y representaciones interiores sobre uno mismo y otras personas. De cierto modo, codifican conductas que permiten predecir situaciones y responder ante la realidad de manera más adaptativa. A través de la interacción que se genera en las relaciones, los MOI permiten al individuo percibir, comprender y anticipar los sentimientos y las conductas que emergen de sí mismo y de los demás. Su finalidad es generar estructuras conductuales modificables para que la persona pueda emitir respuestas más contingentes.

Como se citó en Morales, estos no se han de entender como “mapas estáticos e imperturbables, sino como procesos dinámicos, cambiantes y variables de la representación psíquica a lo largo del tiempo” (Morales, 2007, p. 2). De manera inconsciente, el niño se mueve según sus MOI para anticipar los hábitos de la relación con la figura de apego y así puede modificar su conducta procurando la aproximación. Tanto los vínculos como los MOI dependerán de la sintonía que la figura de apego y el niño tengan. Para su etapa de adolescencia y posteriormente la adultez, los MOI influirán en su conducta, en el desarrollo de su personalidad, temperamento y carácter, así como en la forma que el individuo acostumbre al establecer relaciones con otras personas.

En torno a la teoría, Ainsworth realiza un experimento denominado “La Situación Extraña” dónde identifica tres tipos de apego. Más tarde, Main y Solomon establecen un cuarto tipo de apego, mismos que se analizan a continuación:

- Apego seguro: aquel que brinda al niño seguridad de explorar su ambiente sabiendo que puede regresar a la base segura que la figura de apego ofrece; el niño se sentirá seguro según perciba la calidad de la relación afectiva. “Los padres son cálidos, atentos, sensibles, cariñosos y presentes. Estos responden empáticamente para satisfacer las necesidades emocionales del niño, tanto positivas como negativas” (Talarán, 2013, p. 98). El niño percibe que es amado, que los padres piensan en él y lo consideran parte importante de su esquema de vida o rutina, recibe suficiente cariño y contacto físico, su valor y cualidades son constantemente reforzadas y se siente seguro. La figura de apego reconoce la importancia del vínculo y lo utiliza como medio para acompañar, orientar, estimular, educar, motivar y escuchar al niño. Esto último será crucial para que el niño adquiera cierto nivel de inteligencia emocional; aprenderá a autorregular su estado interior, a explorar el mundo, a relacionarse de manera sana y empática y, sobre todo, podrá desarrollar adecuadamente su identidad, autonomía y autoestima. Ante este tipo de apego el niño muestra angustia ante la separación con la figura de apego y es capaz de sostenerlo unos momentos. La importancia que se observa es que rápidamente se calmará cuando regrese la figura de apego y podrá retomar sus actividades de manera tranquila y regular; en algunas situaciones, el niño podrá realizar actividades o juegos sin la presencia del adulto y permanecer tranquilo. Lo importante no es que el niño muestre angustia ante la separación, sino que cuando se vuelve a reunir con el adulto, este no lo rechaza, más bien, lo reconoce y lo considera una “base segura” y fiable para regular sus emociones angustiosas. Tampoco muestra un constante estado de miedo, alerta o preocupación ante las dinámicas del adulto. Este estilo de apego dará lugar a que posteriormente, en la adultez, el individuo sea capaz de establecer vínculos afectivos y relaciones estables con otros.
- Apego inseguro evitativo: este tipo de apego deriva de padres poco cariñosos o afectivos “que no son capaces de satisfacer los requisitos afectivos de los niños” (Talarán, 2013, p. 98). En esta situación, los niños no muestran importancia ni ante la ausencia o la presencia de la figura de apego; los niños prestan más atención a los juguetes o materiales que tienen enfrente incluso cuando la madre quiere convivir con ellos, evitando en la medida de lo posible el contacto físico con ella. La madre, es incapaz de regular al niño, tiende a evitar el contacto emocional y a toma distancia cuando este expresa sus necesidades afectivas. Por lo mismo, el niño recibe el mensaje de que la única forma de vincularse es no expresando su mundo interior. El afecto se convierte en fuente de angustia y, con el fin de resguardar su equilibrio psicológico, opta por evitar tanto a la figura adulta como a sus propias emociones. En la mente del niño hay algo similar a esto: “si lloro, sólo se alejarán de mí, es preferible no llorar y evitar expresar mis emociones; estas son

peligrosas y no son aceptadas por los demás”. De forma adaptativa, el niño desarrolla unos MOI que inhiben sus emociones; esperando conseguir así la atención que desea. En la adultez, el individuo es incapaz de reconocer o expresar su mundo emocional (lo que se puede considerar características propias de la alexitimia). En la adultez, se mostrará emocionalmente inseguro e incapaz de establecer vínculos profundos o conexiones afectivas (e íntimas) con otras personas debido a las conductas evitativas que aprendió para no sentir esas “emociones peligrosas”. Esto puede generar que sentimientos depresivos, ansiosos o cierto aislamiento de la sociedad.

- Apego inseguro ansioso-ambivalente: estilo donde la figura apego ha mostrado ser poco estable y consistente al satisfacer las necesidades del niño. La figura de apego puede llegar a estar presente pero no disponible para satisfacer las necesidades del niño o brindarle atención o cariño. En esta situación los niños se muestran profundamente preocupados, ansiosos y angustiados ante la ausencia de la figura de apego, pero, cuando esta se vuelve a presentar el niño será incapaz de tranquilizarse y retomar las actividades que estaba realizando; mostrará rechazo a la figura de apego, enojo o conductas agresivas. “El niño no puede explorar o relajarse ante la ausencia de la madre, pero tampoco en su presencia” (Talarán, 2013, p. 100). Este apego genera sentimientos de rabia, de abandono y de “no ser querido”; el niño reaccionará de manera intensa a través del llanto para captar la atención de la madre. En el experimento de la situación extraña se puede observar claramente como el niño es incapaz de regular su enojo y lo externaliza golpeando los juguetes que la madre le ofrece, incluso al estar sostenido en sus brazos (Saudades, 2012, min. 4:00). El tipo de resistencias y en ocasiones la falta de paciencia de la figura adulta puede dar lugar a situaciones como el síndrome del bebé sacudido u otro tipo de agresiones ante la incapacidad de manejar la situación. En etapas posteriores, el individuo mostrará fuertes impulsos y necesidades de establecer vínculos para anular la soledad y la ansiedad que esta produce. El adulto mostrará excesiva preocupación, temor al rechazo social y dependencia hacia los vínculos que si logró establecer.
- Apego inseguro desorganizado o desorientado: estilo de apego propuesto por Ainsworth, Main y Solomon en 1990. Se observa ante “padres incompetentes y patológicos a consecuencia de haber sufrido, ellos mismos, cuidados negligentes, traumatismo o alguna patología mental grave (psicosis, trastorno límite de personalidad, etc.)” (Talarán, 2013, p. 101). El comportamiento hacia sus hijos puede ser agresivo y abusivo; en otras situaciones simplemente carecen de interés y se le da poco valor e importancia al niño. Usualmente, la misma madre o padre tienen una vida problemática (adicciones, divorcios, problemas legales, trastornos mentales, son niños que nacen en la cárcel, etc.) y muestran comportamientos muy desorganizados, inestables e impredecibles y que, por consecuencia, desestabilizan o desorganizan al niño. Dichas conductas atemorizan, confunden y abruman al niño. Estos muestran miedo o simplemente confusión, por lo que su comportamiento se desorganiza y no aprenden a contener o regular su estado interior.

En ocasiones se observa que el niño busca y quiere aproximarse a la figura de apego y cuando esta se hace presente entonces la rechaza o le es imposible interactuar con ella, sea por miedo o porque simplemente no sabe cómo hacerlo. Según Barudy, este estilo de apego es muy común observarlo ante situaciones como el “síndrome del peloteo”, donde un niño es “trasladado de un lugar a otro, perdiendo así episodios significativos de su biografía; pasan de su familia biológica a centros de acogida y después a diversos centros residenciales o familias de acogida.” (Barudy, 2005, p. 64). Todo esto sucede en muy poco tiempo, lo que no permite al niño asentarse y establecer una estructura interior ordenada. Con estos niños se observan conductas variadas: “pueden quedarse quietos, como en trance, tener conductas estereotipadas de autoconsuelo, aferrarse y llorar amargamente, pero sin que la mirada refleje comunicación” (Aznárez, 2021, p. 176). En la vida adulta, les resulta muy difícil establecer nuevos vínculos y su forma de relacionarse se puede percibir como inapropiada o antisocial; el individuo muestra problemas de autoestima, poca seguridad sobre sí mismo, un autoconcepto débil y tiene poca confianza de los demás. El individuo puede mostrar conductas violentas o compulsivas, discapacidades cognitivas, extrema polaridad entre una personalidad introvertida y extrovertida y diferentes trastornos mentales como trastorno de la personalidad (límite), trastornos disociativos, trastorno de la sexualidad, trastorno de la conducta alimentaria o trastornos psicóticos (psicosis o esquizofrenia). Tendrá mayor tendencia a tener problemas psicológicos (memoria deficiente, depresión, elevado nivel de ansiedad, hiperactividad, o tendencias suicidas), síntomas psicósomáticos (asma o alteraciones del crecimiento, por ejemplo) y diversos comportamientos anormales. El adulto mostrará distancia, resistencia e inseguridad para relacionarse y vincularse (particularmente en relaciones íntimas). Es común que, si estos individuos tienen hijos y no han logrado reparar su estilo de apego, su historia o su trauma, fomenten una educación y crianza donde se repitan ciertos patrones negligentes, desorganizados o violentos.

El comportamiento de la figura de apego, sus propios MOI y su estilo de apego tendrá una fuerte influencia sobre el estilo de apego que el niño desarrolle. La ausencia de la figura materna es siempre una variable principal de estrés” (Bowlby, 1969, 30). Son las figuras protectoras las responsables por ayudar al niño a descubrir, traducir, integrar y tomar consciencia de su mundo interior. El niño tiende a imitar a la figura de apego y si está se muestra incapaz de sostener las emociones y vivencias del niño, este entenderá que debe reprimirlas e ignorarlas y no aprenderá a experimentarlas de manera sana. Con el tiempo, instalará creencias erróneas o generará miedo sobre sus sentimientos. Gran parte de la forma en la que el niño aprenda a manejar sus estados emocionales parte no sólo de la imitación, de la propia capacidad o conducta que la figura adulta muestre ante diferentes situaciones, sino de la manera en que el niño experimenta la relación con el adulto y el vínculo afectivo.

Inicialmente, esto se dará a través de necesidades corporales básicas cargadas de significado vital para el niño: sueño, hambre, frío o calor, ganas de hacer del baño, etc. Será su tarea desarrollar sensibilidad y sintonía para captar estas necesidades y satisfacerlas. De no ser así, puede darse lugar a estados emocionales intensos que pueden generar "codificarse" en la memoria implícita y generar experiencias traumáticas. El fracaso de satisfacer sus necesidades básicas y afectivas "puede contribuir a que el niño sea emocionalmente inconsciente" (Rodríguez, 2005, p. 4) o que se acostumbre a reprimir y disociar el contenido emocional no deseado.

La autora Diane Poole expone la importancia de que, en la infancia, la figura protectora funcione como un modelo de reparación, reconociendo y explicando al niño que también es capaz de cometer errores a través del perdón y el diálogo para restablecer el vínculo afectivo. Esto ayuda a que el niño se dé cuenta de que los padres son humanos y que cometer errores es algo normal, pero que ellos a pesar de equivocarse le siguen sosteniendo y queriendo. Esto aplica para los padres, pero también para otros familiares, maestros o adultos que tengan constante interacción con el niño en desarrollo. Es un hecho que, en bastantes situaciones, el individuo se ve forzado a realizar el proceso de reparación en soledad, sin la presencia afectiva de un adulto y sin la traducción que de otra manera no se puede generar.

Ya Freud mencionaba un profundo estado de angustia infantil respecto al apego que posee con la figura adulta, es decir, la relación de objeto (aunque él lo evalúa como un apego de carácter libidinal). "La angustia de los niños (derivada del apego) no es originariamente nada más que la expresión de su añoranza de la persona amada; empezará a tener miedo apenas se quede solo y apaciguar su angustia con las medidas más pueriles." (Freud, 1901, p. 204). Freud ya observaba cierta reacción de ansiedad o desesperación ante la ausencia de la figura segura y, sobre todo, una reacción de gran intensidad emocional en el niño. En el fondo, el niño lo que anhela es el afecto, sentirse y saberse querido; o bien, un apego donde reciba suficiente contacto íntimo y placentero para satisfacer sus necesidades afectivas.

Conforme el niño crece, la figura protectora deberá ser capaz de sostener sus emociones y enseñarle que él, como individuo independiente, también debe ser capaz de hacerlo; la figura de apego debe darle el ejemplo y la seguridad para explorar y experimentar su mundo interior. Habrá que enseñarle que sus emociones no son estados permanentes y estáticos, que estos cambian regularmente. Sobre todo, educar al niño para que tenga la capacidad de nombrar, etiquetar o simbolizar los diversos sentimientos que experimenta. "Los adultos han de aportar la estimulación y la información necesarias para que puedan comprender el sentido de la realidad, reconociéndose en ella y distinguiendo su medio de vida" (Barudy, 2013, p. 69).

"Las emociones tienen elementos afectivos (sentimientos), cognitivos (pensamientos y creencias) y conductuales" (Bentall, 2003, 207). Por tanto, es tarea y responsabilidad de la figura parental de contener emocionalmente al niño cuando el aún no sabe hacerlo y educarle en la forma en que estas influyen en nuestra conducta; enseñarle que estas no son peligrosas y al contrario son una forma de conocernos a nosotros mismos e interactuar con la realidad.

Para lograr esto, hay que brindarle seguridad y confianza, evitando que genere miedo o confusión ante su propio estado interior o las sensaciones que lo puedan desbordar. "Cuando los niños experimentan un estado de ánimo como nerviosismo o tristeza, pueden definirse a sí mismos según esa experiencia temporal; en lugar de decir 'estoy nervioso' o 'estoy triste', dirán 'soy nervioso' o 'soy triste'. El peligro es que pueden percibir un estado de ánimo pasajero como una parte de su *yo* permanente" (Siegel, 2012, p. 135). Entonces, la función del adulto es ayudarle a traducir la experiencia; mostrarle que la emoción no es fija y que no lo identifica en su totalidad como individuo.

LAS NECESIDADES DEL NIÑO

El psiquiatra infantil Jorge Barudy define las necesidades infantiles según cuatro diferentes categorías:

I. Necesidades fisiológicas.

Primeramente, derecho a la vida, derecho a la salud (servicios sanitarios adecuados) y acceso a una alimentación nutritiva y suficiente. Implican que el individuo pueda vivir en condiciones que respeten su dignidad, integridad y fomenten su desarrollo; deberán ofrecer protección ante posibles peligros para el niño. Su entorno deberá promover espacios para la actividad y salud física del individuo y para el juego, así como para un descanso adecuado. Exigen que el niño reciba una adecuada estimulación para el desarrollo de sus órganos sensoriales y capacidades físicas y cognitivas.

En esta categoría se incluyen las necesidades afectivas del niño (evitando que éstas se conviertan en dinámicas de dependencia). Las figuras protectoras deben garantizar su seguridad y bienestar emocional, así como promover el desarrollo de vínculos saludables. Estas deben ofrecer al niño disponibilidad, atención, respeto, paciencia y tolerancia. Se pueden considerar tres necesidades afectivas del niño en sus primeras relaciones:

- Necesidad de vínculos: estos dan al niño la sensación de pertenencia a su familia y lugar de origen y la capacidad de generar su propia identidad. Fomentan su "regulación y sintonía emocional: que sienta que es visto y que aprenda a expresar, nombrar y regular sus sentimientos y que estos sean escuchados y legitimados" (Aznárez, 2021, p. 95). En la infancia, el niño está conectado y depende de las dinámicas emocionales de su familia y de su círculo cercano (sean sanas o no) y esto tiene un efecto directo sobre su desarrollo y proceso de maduración. Tanto la percepción que el niño tenga de la calidad de los vínculos como el tipo de ambiente o contexto donde se desarrolle influirán en su autoconcepto, su nivel de autoestima, su capacidad de relacionarse, su desarrollo académico y su salud en general.
- Necesidad de aceptación: el niño tiene la necesidad de ser aceptado y valorado, tal como es, por sus figuras protectoras y todo el círculo cercano con el que conviva constantemente. Será

importante poner límites en la polaridad aceptación-fusión. Por un lado, el ser aceptado fortalece su autonomía y su capacidad de diferenciarse del otro, por otro lado, la fusión implica ser incapaz de reconocerse como un individuo independiente de la figura protectora; es considerarse “uno mismo” con esta. Lo mismo será importante para la figura adulta, dar permiso al niño de ejercer su individualidad y explorar su autonomía, sin que este sienta que es excesivamente vigilado y controlado, limitando el desarrollo de su personalidad e identidad.

- Necesidad de ser importante para el otro: particularmente para la figura de apego. El niño debe sentir que la figura protectora lo considera parte importante de su proyecto de vida y que lo impulsa en las actividades del día a día. El adulto deberá cuidar que su proyecto no invada el propio proyecto de desarrollo del niño, por más infantil que este pueda resultarle.

Hay estudios que sugieren que el contacto físico de la madre es esencial para la salud y para la supervivencia del bebé. Un bebé que al nacer es privado de contacto físico con la madre y de otras necesidades afectivas tiene mayor riesgo de muerte neonatal. El bebé tiene que sentir contacto físico, escuchar la voz de la madre y sentir que es visto por ella. Mirada que debe ser incondicional, empática y amorosa.

II. Necesidades cognitivas: los niños tienen la necesidad de comprender y de dar sentido a sus experiencias. Deberá recibir suficiente estimulación para promover un adecuado desarrollo neuronal y potenciar sus sentidos, memoria, concentración, lenguaje, imaginación, autoconcepto, capacidad creativa y de reflexión. El adulto deberá acompañarle en este proceso de conocimiento propio y de exploración e interacción con la realidad. Tres diferentes elementos conforman estas necesidades:

- Estimulación: el niño requiere la orientación de los padres para desarrollar su interacción y deseo por conocer y explorar la realidad; el sólo no puede hacer esto por sí mismo. Será importante evitar sobreestimar al niño o llevarlo a un nivel de exigencia que no sea coherente con sus capacidades o edad. Como hemos visto, las experiencias moldean el cerebro; la falta de estimulación puede resultar en un desarrollo cognitivo deficiente, trastornos y dificultad de aprendizaje en edades posteriores.
- Experimentación: elemento esencial para que el niño aprenda a interactuar y modificar su entorno. Esto fomenta su confianza y su sensación de libertad. Es tarea del adulto brindarle nuevas oportunidades de experimentación y aprendizaje.
- Refuerzo: el niño necesita la constante motivación del adulto, que este reconozca sus capacidades y sus logros de manera positiva. Esto le dará seguridad ante lo que hace y construye día con día. El niño aprende para alguien y este esfuerzo debe de ser visto y estimulado. Se debe evitar el castigo o el regaño y más bien, fomentar de manera positiva la corrección, la orientación y la superación de los retos que se presentan.

- III. Necesidades sociales: será importante brindar al niño una base social donde pueda establecer vínculos y relaciones interpersonales, esto para el desarrollo de su personalidad, carácter e identidad; la interacción social también influye en el desarrollo de diferentes áreas y órganos cerebrales. La figura de apego deberá ayudarle a comprender sus responsabilidades sociales y enseñarle a interactuar con otros respetando su integridad y derechos humanos. El ser humano tiene la necesidad de establecer relaciones y formar parte de un grupo o comunidad. Se ha demostrado que el aislamiento o la poca interacción social tiene consecuencias psicológicas negativas para el individuo como la depresión o el suicidio. También se ha demostrado que la interacción social tendrá “beneficios cardiovasculares e inmunológicos” (Levin, 2021, p. 27).
- Seguridad y protección: se ha mencionado ya la necesidad de los niños de tener una base segura donde puedan expresarse libremente sin sentirse juzgados y desde la cuál puedan explorar el mundo y regresar al necesitarlo. Pero, además, los niños tienen el derecho de ser protegidos, no únicamente por sus progenitores o familiares, sino también por la sociedad (escuelas, instituciones o gobiernos); esta ha de procurar que las condiciones donde se desarrollan sean óptimas y que facilite su proceso de aprendizaje, de maduración y de culturalización.

Tres características se deben tomar en cuenta:

- Comunicación: elemento importante a lo largo de toda la vida. Fomenta la comprensión que el individuo tendrá sobre la realidad y el propio vínculo con las figuras de apego y otras relaciones. En la infancia es útil para dar importancia al niño y que este reconozca su lugar. Será también importante en la adolescencia y para la expresión de nuevas emociones, cambios, anhelos y sucesos conforme el individuo madure.
 - Consideración: el niño debe de conocer sus derechos y reconocer su dignidad como niño y humano. Esto comienza en el núcleo familiar o cercano al niño dónde se le brinda afecto y apoyo incondicional; deberá también fomentar el desarrollo de su autoestima.
 - Estructuras: estas permiten que el niño desarrolle un sentido de normas, valores y códigos socioculturales; de cómo interactuar sanamente con otros individuos. Todo niño tiene derecho a recibir educación y un acompañamiento en torno a la comprensión y manejo de sus sentimientos, impulsos y deseos, fomentando que sea capaz de regular diversos estados emocionales y de aprender a contenerse a sí mismo.
- IV. Necesidades éticas y de valores: el niño tiene “derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión” (ONU, 2006, p. 14); así como de recibir una educación sobre valores positivos y normas culturales que lo orienten hacia una ética responsable, el respeto a otros humanos, seres vivos, la propia sociedad y el medio ambiente donde vive.

Un riesgo común es que las figuras adultas proyecten sus propias necesidades o deseos sobre los niños. Ejemplo sería el caso de una parentalidad sobreprotectora, sobreexigente, permisiva o donde

no hay ningún tipo de límite. En estos casos se proyecta en el niño el miedo, la carencia, ansiedad, angustia o necesidad psicológica o emocional de la figura adulta.

SISTEMA PSICOBIOLOGICO DE APROXIMACIÓN-DEFENSA

La psicóloga y autora Begoña Aznárez explica la importancia del sistema de acción de aproximación y defensa para la comprensión de la personalidad y la conducta del individuo. Estos también nos permitirán entender la dinámica por medio de la cual el niño reprime emociones o modifica conductas para poder permanecer apegado a su figura protectora. Desde este sentido, comprendemos que “la personalidad es aquella manera que el individuo tiene de percibir, sentir, pensar, afrontar, actuar y narrarse” (Aznárez, 2021, p. 54).

El sistema de aproximación tiene la intención de acercarnos a estímulos que no son dañinos y nos permite establecer vínculos. Por otro lado, el sistema de defensa nos pretende alejar de estímulos de los que debemos alejarnos y de los que debemos evitar vincularnos. Estos sistemas psicobiológicos son sumamente importantes para conservar nuestro bienestar interior y podemos decir que tienen especial importancia en la construcción y el desarrollo de los MOI y la personalidad de un individuo. Idealmente, cada individuo debe tener la capacidad de “moverse” entre ambos polos de manera libre y consciente, pero esto no es siempre así.

Se considera que el individuo experimenta una constante tensión o lucha entre ambos polos del sistema. El hecho de que en determinado momento el individuo se incline hacia un polo implica que está rechazando el otro. “Esto genera ansiedad o se puede experimentar como una traición a una parte de nosotros mismos” (Marín, s/f). Para Bowlby, el individuo resuelve esta tensión por medio de conductas adaptativas.

POLARIDAD VINCULACIÓN-DESVINCULACIÓN

Al analizar a un individuo podemos hacerlo observando una “polaridad entre el apego y el desapego, es decir su capacidad de vinculación y desvinculación” (Aznárez, 2021, p. 50). Esto implica la necesidad de un individuo de apegarse a una figura protectora (vinculación) y la capacidad de separarse de esta sin sentir que se traiciona a sí mismo o al vínculo con la figura de apego (desvinculación). Esto nos interesa porque necesitamos permanecer vinculados a una figura de confianza. Por tanto, el niño es capaz de modificar su conducta con tal de silenciar al sistema de desvinculación y resguardar la relación (vinculación).

Nuestras primeras experiencias influirán en todo el desarrollo de las diversas polaridades, dependiendo estas del tipo de apego que experimenta el niño con sus figuras protectoras, de cómo aprende a relacionarse y vincularse con estas y de la capacidad del adulto de sostener las emociones del niño, enseñándole a su vez a autorregularse.

En la infancia, en la mayoría de las situaciones, los niños optarán y harán lo que sea necesario por permanecer vinculados a sus figuras protectoras; aunque esto suponga renunciar a su identidad, a su verdadero estado emocional o incluso a su salud. Un niño puede preferir estar enfermo si esto significa la atención y el cariño que de otra manera no recibe. El hecho de que usualmente se opte por el apego no es algo que el individuo pueda conscientemente decidir, más bien, inhibir uno de los polos es una reacción necesaria para su supervivencia.

Estas adaptaciones a la conducta ocasionan que el niño se desconecte de su interior, de su *yo*, de sus sentimientos reales y de su esencia. Si las figuras de apego no son capaces de sostener las emociones del niño y ayudarle a comprender su mundo interior, este pensará que sus sentimientos son “malos” y que debe evitarlos; aprenderá a reprimirlos para evitar perder el vínculo o que las figuras protectoras se alejen física o emocionalmente de él.

Conforme el individuo crece, “es esencial que desarrolle la capacidad de estar sólo” (Maté, 2023, min. 15:50), así como su autonomía e identidad. Esto con la finalidad de que, en posteriores etapas de su vida, pueda moverse hacia el polo de la desvinculación sin que esto le produzca angustia, que no tenga la necesidad de permanecer vinculado toda su vida y que pueda tener relaciones que no se construyan en función de la dependencia emocional. Los padres también, según su tipo de apego, tendrán que aprender a moverse con libertad en el eje de vinculación-desvinculación y desarrollar cierta flexibilidad y apertura al criar al niño.

CREENCIAS FALSAS Y NEGATIVAS

¿Qué sucede ante el silencio, la represión, la negación, el aislamiento y la falta de integración de una experiencia de alto impacto? El individuo tendrá la necesidad de generar una explicación racional a su sufrimiento que usualmente será equívoca. Fácilmente, la explicación que se construye en torno a estos sentimientos se puede convertir en una conducta desadaptativa que posteriormente será complicada de corregir y que implique la instalación de cogniciones negativas y falsas sobre uno mismo y sobre la realidad.

Conforme el individuo se desarrolla adecuadamente hay una narrativa integrada y coherente de su historia, su personalidad y su *yo*. “La mente es una máquina creadora de significado; genera historias que ‘dan sentido’ a las emociones que no pudo contener en un momento de vulnerabilidad” (Maté, 2022, 252). Ante una experiencia traumática, la autobiografía se desintegra y simultáneamente se rompen las creencias “sobre la predictibilidad, justicia y esencial benevolencia de la vida asumidas hasta ese momento” (Aznar, 2019, p. 3); la conexión a la realidad que antes podía ser agradable o disfrutable ahora se percibe como amenazante, hostil, desagradable, etc. El individuo comienza a interpretar su historia con una ruptura entre el *yo* previo a la experiencia traumática y el *yo* herido que se trata de construir posteriormente. El individuo experimenta desorientación y confusión y es incapaz de percibir su esencia y

su identidad e intenta dar una explicación a esto: aquí surge el riesgo de que genere ideas o creencias negativas, erróneas y falsas sobre su yo, sobre la realidad, sobre otras personas u objetos.

Como se mencionó anteriormente, ejemplo son los niños con apego inseguro evitativo y la forma en que predicen que si se comporta de cierto modo recibirá atención, mientras que si externaliza sus emociones o necesidades la figura protectora se aleja de él. Estas situaciones generan creencias dónde el niño pensará que "es 'malo', que 'sus emociones son peligrosas', que 'algo no funciona bien en él' y las emociones no serán traducidas" (Aznárez, 2023, p. 74). La propia narrativa que el individuo formula de su vida se irá distorsionando y focalizando únicamente en los aspectos negativos o traumáticos; incluso se podrán incluir escenas, recuerdos o ideas exageradas o que no sucedieron en ningún momento.

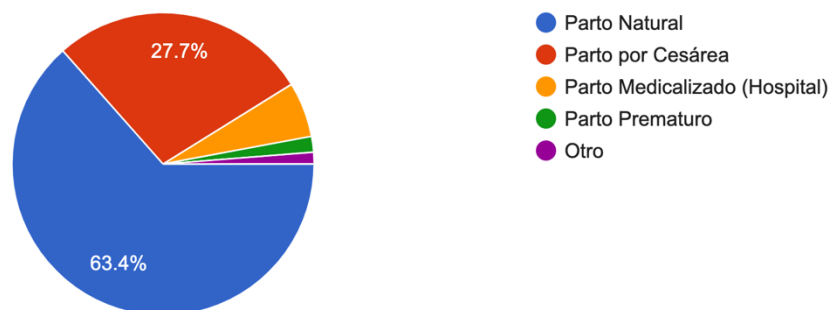
El trabajo terapéutico consistirá en acompañar al individuo en la integración de la experiencia traumática y generar una traducción para que sea capaz de construir una nueva narrativa que le brinde un significado nuevo a su historia y que promueva el desarrollo de su yo, de su capacidad emocional y de su seguridad sobre sí mismo, así como de otros elementos psicológicos que pudieron haber quedado disociados.

CUESTIONARIO: TU NACIMIENTO

Para observar la cantidad de personas cuyo nacimiento pudo haber sido afectado por algún factor externo o interno y que pudo dejar una huella en su memoria implícita, se aplicó un cuestionario a 238 personas de la Ciudad de México y de Madrid. Con la finalidad de obtener datos acerca del tipo de nacimiento que tuvieron y si este pudo haber sido afectado su posterior desarrollo de alguna manera. A continuación, se exponen las preguntas aplicadas y las respuestas obtenidas.

¿Por qué tipo de parto fue tu nacimiento?

238 respuestas

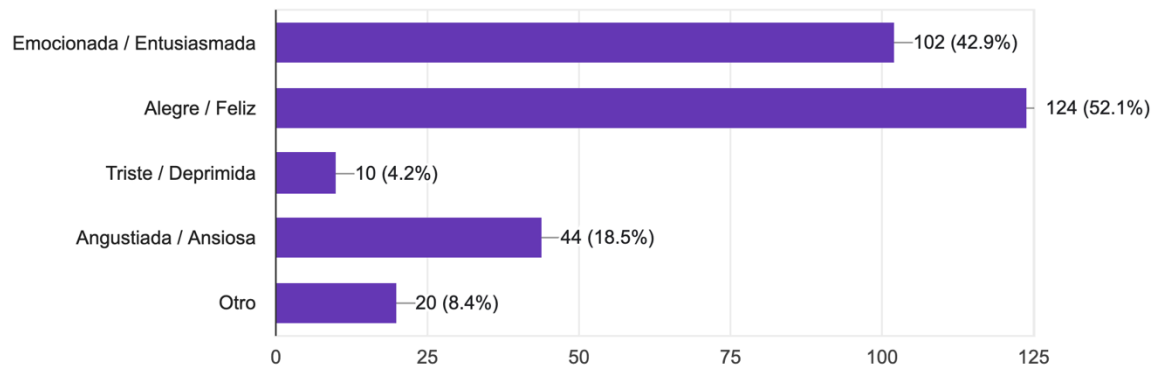


Aunque predominó el parto natural, no podemos saber con exactitud cuántos se realizaron en un hospital y cuantos en casa. Lo que sí sabemos es que un elevado porcentaje requirió de la intervención de un médico. Más adelante exponemos un caso donde evaluaremos las implicaciones que esto tiene

tanto en la madre como en el hijo; así como la negligencia médica que puede existir en algunos partos y hospitales y que puede considerarse como un evento traumático.

¿Conoces cuál o cuáles fueron los estados emocionales principales de tu madre a lo largo de su embarazo contigo?

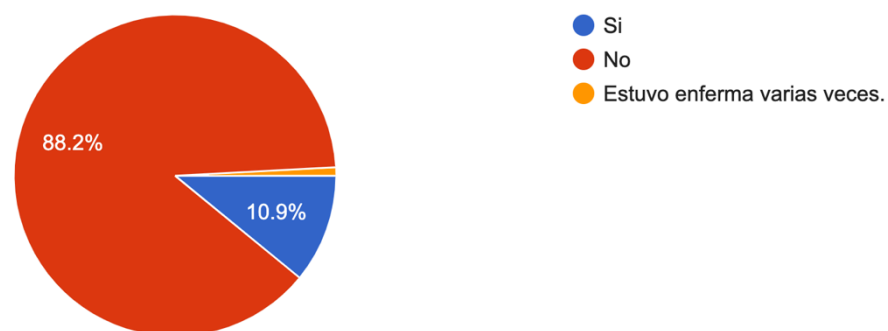
238 respuestas



Aquí interesa señalar que, aunque predominan los sentimientos de alegría y entusiasmo, la tristeza-depresión y la angustia-ansiedad también fueron estados emocionales comunes durante la etapa del embarazo. Esto, como hemos expuesto anteriormente puede tener efectos sobre la salud del bebé y su neurodesarrollo tanto a corto como a largo plazo.

¿Tuvo tu madre alguna enfermedad mientras estuvo embarazada de ti (ajena a los síntomas propios del embarazo)?

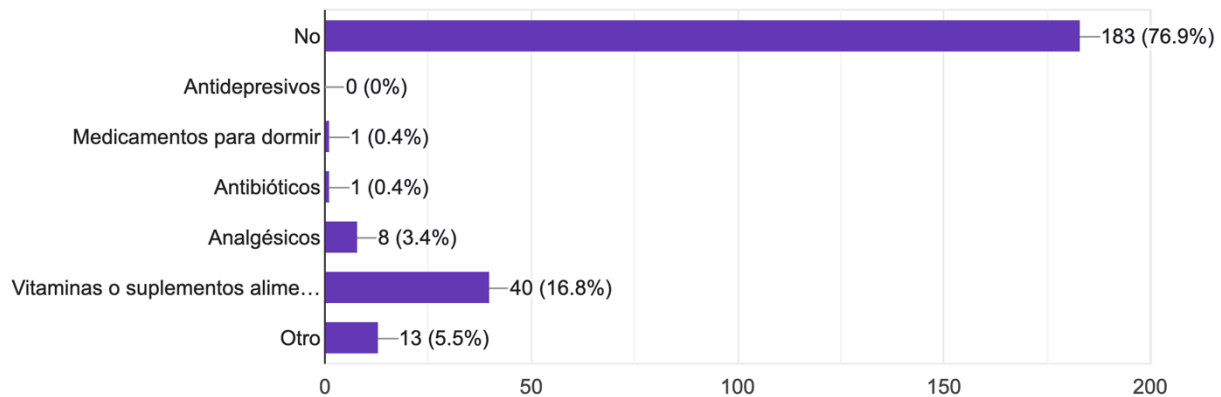
238 respuestas



El hecho de que un 88% no se hayan enfermado nos habla de la resiliencia y fortaleza innata de las mujeres. Aun así, no se debe ignorar que en un 1% de los casos la persona estuvo enferma varias veces. Lo que nos invita a pensar de qué modo podemos prevenir estos casos y mejorar la salud en general durante el embarazo.

¿Tu madre tomó algún tipo de medicamento mientras estuvo embarazada de ti?

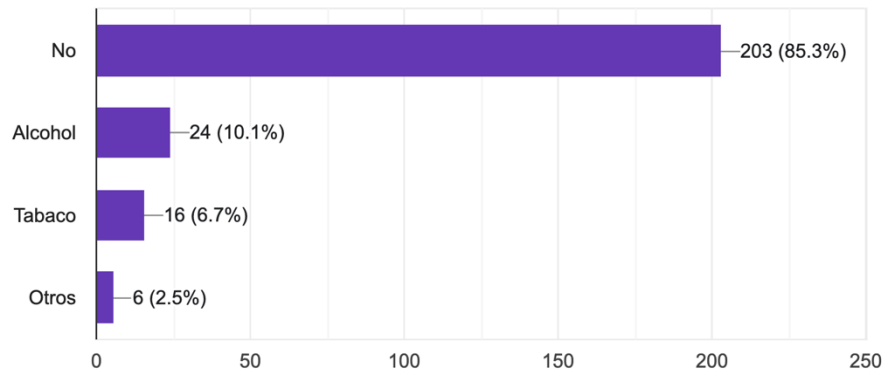
238 respuestas



En este caso, se esperaba que se obtuviesen datos que indicaran un mayor consumo de medicamentos, sin embargo, encontramos lo contrario; sabiendo que varios medicamentos, en las dosis indicadas por los médicos no son dañinos para el bebé y que algunos otros (tales como los suplementos) pueden ser necesarios.

¿Hizo uso de algún tipo de sustancia, aunque sea una sola vez?

238 respuestas



Estas cifras fueron interesantes. Aunque en su mayoría de los casos no existió consumo de sustancias nocivas, un 10% de consumo de alcohol, un 6.7% de consumo de tabaco y un 2.5% de consumo de otras sustancias revelan que existe una significativa cantidad de casos donde, durante el embarazo, el desarrollo del bebé está en riesgo. Hemos ya mencionado algunas de las alteraciones y de los síntomas que pueden provocarse por el consumo de sustancias. Las cifras invitan a reflexionar sobre el porqué detrás del consumo de la sustancia. Sea por la necesidad de disminuir estados emocionales,

dolores físicos o la intensidad del propio proceso del embarazo, el riesgo de que un bebé nazca con una patología o algún daño derivado de la sustancia existe y es relativamente elevado.

ENTREVISTA A JIMENA

La siguiente entrevista se expone con la finalidad de mostrar una experiencia de parto, que debido a la intensidad emocional con que se vivió y a la forma en que el proceso se desarrolló, deja en Jimena una serie de recuerdos y sensaciones físicas que marcan su memoria implícita y sus reacciones fisiológicas. Se expone esta experiencia con la finalidad de arrojar luz sobre las áreas donde, a pesar de los avances modernos en las ciencias médicas, aún existen posibilidades de humanizar y mejorar tanto los procesos como los tratos hacia los pacientes. Considerando, que la negligencia médica es un hecho en muchos países.

I. ¿Me puedes narrar cómo fue tu proceso de embarazo?

Recuerdo mi embarazo como algo muy bonito, pero también hubo momentos de cierta dualidad. Sucedió durante la pandemia, afuera había mucho caos y el ambiente se sentía tenso. La gente tenía miedo y se sentía agresiva. Yo trate de enfocarme en mi paz y alimentar esa sensación a través de música que me hiciera sentir bien. Quería transmitirle a mi hijo esas sensaciones y hubo muchos momentos muy lindos, pero la situación global y personal generaba mucha incertidumbre. Me embaracé de una persona con la que no estaba casada, había tensión económica y no sabíamos que iba a pasar con nuestra relación. Pero, al mismo tiempo recibí mucho apoyo de mi familia. Por eso hablo de la dualidad. Una parte era inestable, pero en otra parte encontraba la contención y el apoyo que necesitaba, además de que yo fomentaba esos momentos de armonía. Al sentir que mi hijo se movía en mi interior y ante la ilusión por la maternidad sentí un estado de shock. Incluso pensé en interrumpir y finalizar el embarazo durante la

primera semana en la que me enteré, pero decidí no hacerlo.

Quería continuar, aceptaba esta encomienda de ser su madre, me enfoqué en mi trabajo interno para poder estar lo mejor preparada posible para esta etapa y transmitirle a mi hijo esa paz que yo sentía. Me conecte más con mi espiritualidad. El embarazo fue una etapa muy espiritual. Se estaba desarrollando vida adentro de mí. Aunque había aspectos negativos como la incertidumbre financiera o la pandemia, lo que más trabajé fue la espiritualidad. Fue un momento muy poderoso, de mucha conexión conmigo misma y de fe. Mi embarazo fue un despertar, un algo todopoderoso y mágico. Fue una chispa de luz en todo el caos que sucedía.

II. ¿Me puedes narrar cómo sucedió el proceso de parto con tu bebé?

Fue un evento muy fuerte y traumático. No me sentí escuchada ni sostenida por el entorno. Empezando porque yo quería un parto en casa y no sentía apoyo de mi doctor ni de mi círculo cercano, más que de mi pareja. Sentía mucho miedo y desconfianza de parte de muchos.

Falleció el esposo de la partera por COVID-19 un día antes y por tanto no estaba emocionalmente centrada para atenderme. Hubo una tormenta tropical en mi ciudad, se fue la luz y se llenó la casa de goteras por lluvias torrenciales; entonces ya no podía tener a mi hijo aquí y la partera no estaba disponible. Yo iba con un ginecólogo a que me checará y su comentario fue como "piénsalo, ten cuidado con el parto en casa"; entonces la avisé a él de último que ya no podría tener el parto en casa. En esos momentos empecé con contracciones a lo que él me aseguraba que mi bebé no nacería en ese momento. Yo estaba muy nerviosa y sentía internamente que algo pasaba y se movía; él me aseguraba que solo eran nervios y que tenía que permanecer en casa por el riesgo de contraer COVID-19.

Estaba sucediendo mi parto y el doctor no me había creído. Pero él era el doctor y su opinión tenía mucho peso sobre mí, entonces cuestionaba mucho mis decisiones. Mi madre también me decía que me calmara, pero yo ya me quería ir al hospital o que alguien me atendiera. Así me sentí, que necesitaba ser atendida y nadie me escuchaba. Mi pareja estaba trabajando y tampoco estaba presente. Me sentía sola e incomprendida por mi entorno. Un día antes de mi parto yo estaba sangrando mucho. Tiraba mucha sangre y no creía que fuese normal; mi doula decía que era normal, pero yo sentía que algo estaba mal.

Finalmente tuve que tomar por cuenta propia la decisión de irme al hospital, sola y durante la madrugada. Afortunadamente el hospital estaba cerca y el taxista reaccionó

rápido al ver que yo estaba sangrando. Llegue al hospital corriendo y gritando de dolor sintiendo que mi hijo se salía de mí. Sentí mucha desconexión de mi entorno, me sentí juzgada, como "está embarazada y así se ponen de locas, es normal". El hospital primero me dijo que me calmara, que tenía que rellenar formularios e indicarles el método de pago que iba a utilizar. Fue enfrentarme a un protocolo inflexible, donde solo importaba el paso a paso, como iba a pagar y que rellenará un formulario, mientras todos me gritaban "cálmate, estas exagerando".

Yo sentía mucha soledad en ese proceso y nadie me apoyaba. Luego lo entendí y evidentemente no me tenía que calmar. Estaba sangrando, me había desgarrado y estaba pariendo a mi hijo. Me sentía muy sola, como una loca y deshumanizada. Pero al revés, yo los veía a ellos como los locos que no querían atenderme o estar ahí para mí, para sostener mi mano y decirme que estaba bien sentir ese dolor. Sentí como si todos fueran unos robots ciegos.

No llegaba el doctor y ya me iban a subir al quirófano. Pero todas las embarazadas tienen que subir en silla de ruedas y yo no me quería sentar porque sentía que la cabeza de mi hijo se empezaba a asomar. Me estaban tratando de una manera donde mis sentimientos no importaban, mi voz no era válida porque yo no era enfermera ni doctora. Llegó el camillero y me obligaron a sentarme. Yo le gritaba "ayúdame, ya va a nacer mi hijo, por favor ayúdame". Él me decía que me tenía que calmar. Yo sentía que me estaba aguantando mi parto, que resistía al proceso de parir. Mi cuerpo me

decía “ya sácalo”, pero todo mundo me decía “no lo saques, cálmate, esto no está pasando”.

El camillero abrió la puerta del elevador y yo le seguía gritando. Baje los pies de la silla de rueda y entonces empezó a forzarme para sentarme de nuevo. EN mi vagina sentí mucho dolor, como si tuviera fuego y me quemara. Inmediatamente me levanté de la silla y vi como empezaba a salir mi bebé. Sentí unas últimas contracciones y vi como calló mi bebé al piso envuelto en la placenta. Vi que su manita rompió la placenta. Todo esto duro segundos. Mientras sucedía esto el camillero empezó a decirme “señorita que está haciendo” y se agarraba la cara y estaba en shock. Tras el parto me sentía liberada, sin dolor muscular o el dolor de quemadura.

Llegaron enfermeras y todos estaban en shock de que seguíamos en el elevador. Había muchísima sangre. Cuando me acerque a agarrar a mi hijo todas las enfermeras me gritaron que no lo tocará. No me dejaban agarrar a mi hijo, pero ellas tampoco hacían nada, estaban congeladas. Después una lo agarro y entraron con él al quirófano mientras otras enfermeras me limpiaban a mí. Pero en todo este tiempo, nadie me dejaba agarrar a mi hijo. Me explicaron que no me dejaban agarrarlo por el riesgo de contaminación, pero yo seguía sin poder tocar a mi hijo. Me dieron papeleo para firmar y yo no sabía lo que firmaba. Llegó un pediatra y nuevamente lo checó y me dijeron que mi hijo estaba bien. Llegó mi ginecólogo para checar me; me tuvo que inyectar anestesia, ahí, en mi vagina, para que según no me doliera. Pero yo sentía el dolor y la sensación de

la aguja y como me empezaban a coser la zona desgarrada. La dula nunca llegó. Al doctor lo habíamos elegido porque creíamos que tenía una visión de protección materna, donde no queríamos que bañaran a mi bebé y que queríamos un contacto inmediato piel-con-piel tras el parto. Pero yo seguía sin mi hijo.

Por fin me lo dieron por unos minutos y después se lo volvieron a llevar para revisiones. Cuando todo esto se calmó y terminó, por fin nos reunieron y pasamos la noche en el hospital para que le hicieran más estudios. Yo no entendía, ya me quería largar de ese lugar. No me sentía nada bien. Al día siguiente nos fuimos a casa, pero de nuevo había mucho papeleo y pagos que realizar. A pesar de todo esto, yo me sentía bendecida y protegida. Estaba teniendo a mi bebé. Aquí es donde siento el contraste, por una parte, me sentía apoyada en casa, pero en el parto fue un momento de soledad y de miedo. Sentía mucha oscuridad.

Ante el protocolo médico, yo sentía mucha rigidez e inflexibilidad. Como si solo hubiera una única forma de hacer las cosas y las enfermeras se aferraron a ese protocolo, pero ante esto yo sentí incompetencia a la hora de ayudar a otro ser humano y al caso particular que yo estaba experimentando en ese momento. Sentí que nadie estaba sintiendo mi necesidad de ayuda. A las mujeres no nos enseñaron que somos capaces de parir, sino que necesitamos de un doctor para poder parir. Pero, quien parió fue mi cuerpo. Yo fui quien parió con mi cuerpo. Eso me dio una gran fuerza en varios sentidos. Me dio otra visión de mí e incluso de la humanidad. De cierto modo estoy agradecida con esto

porque también me puso a prueba; el no tener al doctor, a nadie que me apoyaba y aun así pude hacerlo sola y eso me dio una fuerza interna muy grande.

III. ¿Cómo te sientes ahora, notas alguna sensación física?

Mientras te cuento esto siento que estoy reviviendo toda la experiencia. Hasta me dan ganas de llorar ante ciertos momentos, me siguen moviendo. Mi corazón se me sigue moviendo. Me siento en paz al hablarlo, un descanso al validar mi experiencia. Pero, también siento que hay algo en mi pecho que me mueve, siento molestia, cierta confusión ante preguntas que no tuvieron respuestas. No me siento alterada, opacada, asustada o molesta como cuando lo narré por primera vez. Pero ahora que han pasado años ya no siento eso con la misma intensidad, pero sigo sintiendo algo que no es muy agradable. En momentos sentí palpitaciones y en otros tranquilidad y descanso. También sentí un nudo en la garganta y ganas de llorar. En otros momentos me sentí extasiada.

Especiales agradecimientos a Jimena por compartir esta experiencia y permitir su exposición para este trabajo académico.

Este testimonio nos permite ver: a) que proceso de parto se puede vivir como una experiencia traumática ante la cuál debe existir un acompañamiento psicológico y b) que los protocolos de ciertas instituciones médica no siempre son la forma más eficaz de intervenir.

En instituciones modernas, muchas madres y bebés no pueden satisfacer sus necesidades de intimidad y de contacto corporal completamente durante los primeros días después del nacimiento” (Odent, 2012, 71). Tal sería el caso anterior, donde observamos los siguientes puntos

1. Jimena no se sintió escuchada
2. Se sintió sola
3. No obtuvo el contacto inmediato que deseaba tener con su bebé cuando este nació
4. La falta de preparación y empatía por parte del equipo médico y del hospital.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL ESTRÉS O SÍNTOMAS ASOCIADOS AL TRAUMA EN EL EMBARAZO O PARTO

El principal protocolo de intervención propuesto sería mediante el uso de EMDR para el trabajo con trauma perinatal siguiendo el esquema propuesto por Begoña Aznárez.

1. Constatación e instalación de orientación y seguridad en el presente. Importante que, antes de querer trabajar el pasado, la persona este plenamente consciente de sus emociones y cuerpo en el momento presente.
2. Mediante la técnica de “flotar atrás”, pedimos a la persona que “vaya al útero materno” y preguntamos acerca de las sensaciones y emociones que emergen.
 - a. Ante cogniciones negativas o perturbaciones: aplicamos estimulación bilateral (EB), sea auditiva o *tapping* para desensibilizar los principales puntos de perturbación que identifiquemos.
 - b. Ante cogniciones positivas: pedimos a la persona “que se quede allí con esa información” y procedemos a instalar la cognición positiva mediante estimulación EB. Aquí preguntamos: *¿Qué debería de estar pasando para que las cosas hubieran sido como tú necesitabas que fueran?*
3. Repetimos la desensibilización con los diferentes fragmentos o momentos que emergen relacionados a la etapa del inicio de la vida.
4. Instalamos como cogniciones positivas: *“soy querible y me siento a salvo”*.
5. Finalizamos la sesión haciendo un escaneo corporal; únicamente si el paciente ya se ha centrado y estabilizado nuevamente.

Usando el ejemplo de Jimena, observamos 4 principales puntos que podríamos desensibilizar o con los cuáles incluso podríamos construir una diana para un trabajo con protocolo básico EMDR.

- El momento de sus primeras contracciones en casa, cuando se le pide que se calme, ella se siente ignorada y por tanto comienza a movilizarse.
- El momento en qué tras llegar al hospital, cuando sus contracciones se intensifican, comienza el sangrado y se le pide “que se calme”.
- El momento en que está pariendo en el elevador, particularmente cuando siente un intenso ardor en sus genitales y cuando ve a su bebé en el suelo.
- El momento en que le inyectan anestesia en sus genitales y le cosen la herida.

Otra estrategia que se puede emplear en un contexto terapéutico es la meditación. Se han hecho diversos estudios para demostrar los efectos positivos que la meditación y la práctica de *mindfulness* tiene en la salud del individuo. Ante esta técnica, particularmente nos interesa señalar que se ha demostrado “que reduce los niveles de cortisol, regula el eje HHA, permite al sistema inmunológico recuperar su homeostasis y mejora el funcionamiento cognitivo” (Harris, 2018, 111). Por tanto, emplear la meditación como herramienta para reducir el estrés y los síntomas asociados a este puede brindar beneficios al proceso terapéutico que se realiza.

Una última estrategia, aunque menos estudiada, y por tanto se expone sin tanta elaboración, consiste en pedir al individuo que se recueste sobre el suelo; se puede colocar una cobija o un tapete de yoga. Esta técnica propone que, debido a que toda nuestra historia esta codificada en nuestro sistema nervioso y en nuestra memoria implícita, podemos acceder a ella mediante un toque terapéutico. Recostada la persona y bajo su autorización, se pide al paciente que vaya al momento en que estaba en el útero materno, al nacimiento o a la etapa a elaborar. El terapeuta toca de manera sutil y alguna de sus extremidades (manos, pies, cabeza). Este toque tiene la intención de despertar sensaciones corporales y con ello memorias almacenadas en el sistema nervioso.

Tras unos momentos, preguntamos sobre sensaciones físicas y emociones han emergido. Aquí, la persona se toma tiempo para poner cognición a sensaciones que había experimentado pero que en dichas etapas no había podido ni nombrar ni integrar. Cuando la etapa fue complicada o traumática, es común que se observen temblores, escalofríos, aumento de la temperatura corporal, ligero dolor, contracción muscular o una sensación de “electricidad” u hormigueo. El trabajo finaliza cuando la persona es capaz de sostener dichas emociones sin ser desbordado, o bien cuando su cuerpo se ha logrado regular y relajar; que en otras palabras implicaría una regulación del sistema nervioso autónomo, donde hay una activación del sistema parasimpático y una inhibición del sistema simpático.

CONCLUSIONES

Revisados los diferentes elementos que componen una experiencia traumática podemos concluir que esta tiene una naturaleza de mayor complejidad que la expuesta en algunos manuales de medicina. Podemos afirmar que el trauma es de carácter biopsicosocial, donde hemos revisado que influyen factores biológicos, ambientales, transgeneracionales, sociales, culturales y económicos.

Hemos también expuesto ciertas propuestas terapéuticas e intervenciones que ayudan a reducir o eliminar los síntomas asociados. Sin embargo, no debemos olvidar los siguientes elementos esenciales para cualquier tipo de intervención o proceso terapéutico: “el proceso curativo debe suceder gradualmente más que de manera abrupta” (Levine, 1997, 111). Es decir, debemos de detectar con sensibilidad cuando debemos de empujar al paciente hacia su historia y cuando debemos cuidar que se desborde por esta. Esto es sobre todo importante cuando se trata de trabajar sensaciones corporales ya que la persona siente que literalmente está reviviendo el episodio traumático. Por tanto, las asociaciones y sensaciones que emergen pueden aún desbordarle e incluso retraumatizar.

Uno de los elementos más importantes para el proceso curativo será el establecer un vínculo adecuado desde el principio de la terapia. “No es la teoría la que debe guiar la terapia, sino la relación” (Yalom, 2002, 21). A lo largo de este trabajo, hemos visto la importancia de la relación y como la persona puede realizar su proceso curativo mediante la seguridad que nosotros generamos y establecemos en ella.

En todo caso, el objetivo será realizar un trabajo terapéutico que le permita al individuo, de manera contenida, sentir y explorar estos sentimientos que quedaron disociados y realizar un duelo que le permita integrar la experiencia traumática y las sensaciones corporales asociadas sin que estas le desborden. Se tratará de “dar al individuo la oportunidad de experimentar nuevos modos relacionales” (Barudy 2009, 174) y de brindarle una “experiencia emocional correctora” (Aznárez, s/f) a través de la cuál pueda aprender a vincularse de manera más adaptativa y sin sus antiguos sistemas conductuales.

“La terapia definitiva, como decía Freud, es trabajo y amor” (Sacks, 2022, 215). La base segura que ofrecemos al paciente deberá ser siempre incondicional y cargada de una mirada compasiva y dignificante. Solo así podemos garantizar a la persona, que cualquiera que sea la técnica que empleemos, el elemento esencial es nuestra presencia, escucha y acompañamiento.

Para concluir, citó el siguiente fragmento de la película Duna I. Se trata de una conversación entre el Duque Leto y su hijo Paul respecto a su sucesión al trono de la Casa Atreides (Denis, 2021, min. 14:50).

- Leto: Te quiero presente en mi asamblea, para que aprendas lo que yo hago.
- Paul: ¿Y si no lo soy papá?
- L: ¿Qué cosa?
- P: El futuro de la casa Atreides.
- L: Le dije a mi padre que yo tampoco quería esto, quería ser piloto.
- P: Jamás me dijiste eso.
- L: Tu abuelo dijo que “un gran hombre no busca liderar, él es llamado a eso y él responde”. Y si tu respuesta es “no”, seguirás siendo lo único que siempre necesite que seas: mi hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcamí P. M. et al. (2015) *Psiquiatría Perinatal del niño de 0-3 años*. Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Aznar F. & Nuria V. (2019). La restauración de la competencia narrativa en el trauma relacional. *Apertura Psicoanalítica* 62, 1 – 28.
<https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn062a11.pdf>
- Aznárez B. (2021). *El Trauma Psíquico es de Todos, Rompe el Silencio. Triunfa con tu Libro*.
- Aznárez B. (s/f). *Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. <https://www.psicociencias.org/>
- Aznárez B. (s/f). *Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. <https://www.psicociencias.org/>
- Aznárez B. (s/f). *Experto en Formación Superior en Intervención en Trauma con EMDR*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. <https://www.psicociencias.org/>
- Barudy J. & Dantagnan M. (2013). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Barudy J. & Marquebreucq A. (2009). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Gedisa.
- Berenzon S. et al. (2007). Riesgos Asociados al Consumo de Alcohol Durante el Embarazo en Mujeres Alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 30 (1), 31 – 38.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n1/0185-3325-sm-30-01-31.pdf>
- Bentall, R. (2003). *Madness Explained. Psychosis and human nature*. Penguin Random House.
- Burke H. N. (2018). *The deepest Well: healing the effects of childhood trauma and adversity*. Marine Books.
- Burke H. N. (2015). *Cómo el trauma infantil afecta la salud durante toda la vida*. TED Talks. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=95ovIJ3dsNk>
- Bowlby, J. (1969) *Attachment*. Basic Books.
- Bowlby J. (1996). *Una base Segura*. Editorial Planeta.
- Diccionario Médico. (s/f). *Clínica Universidad de Navarra*. <https://www.cun.es/diccionario-medico>
- DiPietro J. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant Child Development*. 19 (1), 27 – 38.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835168/pdf/nihms-158578.pdf>
- Enríquez A., Padilla P. & Montilla I. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones psiquiátricas*. 193; 1-40.

- Felitti V. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente Journal*. 6 (1), 44 – 47.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220625/pdf/permj-6-1-44.pdf>
- Fernández F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*. 34, 481 – 490.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n6/v34n6a2.pdf>
- Fernández J. & Yáñez S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*. 6 (3) 357 – 366. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7222/7086>
- Flores-Ramos M. (2012). Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*. 26 (3), 169 – 171.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a1.pdf>
- Freud S. (1901-05). Obras Completas: Fragmento del análisis de un caso de histeria; Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Amorrortu editores.
- García S. et al. (2019). Negligencia infantil: una Mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*. 40 (4), 200 – 210.
<https://www.redalyc.org/journal/4236/423665713003/423665713003.pdf>
- Gonzalez A. (2018). Adverse Childhood Experiences (ACEs): Impact on brain, body and behavior. IHDCYH Talks. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=W-8jTTIsJ7Q&t=83s>
- González A. (2017). No soy yo: entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación. Anabel González.
- Holditch P. (2023). Preventing and Addressing ACEs in CDC's Injury Center. National Center for Injury Prevention and Control. [Presentación Virtual].
https://www.miace.org/wp-content/uploads/2023/06/Kenote-Dr.-Niolon.CDC_.pdf
- Levine P. (2021). En Una Voz No Hablada: cómo el cuerpo se libera del trauma y restaura su bienestar. Gaia.
- Levine P. (1997). Waking The Tiger: Healing Trauma. North Atlantic Books.
- López A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 31 (109), 53 – 70. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- Maldonado M. et al. (2008). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatal Reproducción Humana*. 22, 5-14.
- Maté G. (2022). El mito de la normalidad. Penguin Random House.
- Maté G. (2018). In The Realm of Hungry Ghosts. Vermilion.
- Maté G. (2023). The Wisdom of Trauma; Lessons I – VIII. SAND. <https://thewisdomoftrauma.com/>
- Marín J. L. (s/f). Experto en Psicoterapia Breve. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. <https://www.psicociencias.org/>

- Marín J. L. (s/f). Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. <https://www.psicociencias.org/>
- Morales S. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*. 25 (2), 163 – 172. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200007
- Neufeld, G. & Maté G. (2019). Hold on to your kids. Penguin Random House.
- Odent M. (2012). Primal Health. Clairview.
- OED (s/f). Trauma. *Oxford English Dictionary*. <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=trauma>
- Paéz C. et al. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*. 19 (1), 1 – 17. <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/5629>
- Pai A., et al. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the *DSM-5*: Controversy, Change and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*. 7 (7), 1 – 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371751/pdf/behavsci-07-00007.pdf>
- Pérez-Sales P. (2004). El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en Psicoterapia. *Norte de Salud Mental*. 5 (20), 29 – 36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830193>
- Prego R. D., Alcamí P. M. & Mollejo E. A. (2018). Parentalidad, perinatalidad y salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Prieto F., et al. (2019). Ansiedad Materna Prenatal, Desarrollo Psicológico Infantil y Reactividad del Eje HPA en Bebés de 2 a 3 Meses de Edad. *Clínica y Salud*. 30 (1), 21 – 31. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v30n1/1130-5274-clinsa-30-1-0021.pdf>
- PSISE. (s/f). La teoría del apego. Psicólogos Infantiles Madrid. <https://psisemadrid.org/teoria-del-apego/>
- RAE (s/f). Trauma. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/trauma>
- Rodríguez B. et al. (2005). Trauma, disociación y somatización. *APCS*. 1, 27 – 38.
- Sacks, W. O. (2022). El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Colección Anagrama.
- Saldaña J. (2011). Trauma, Personalidad y Resiliencia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 4 (3), 1 – 28. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma__personalidad_y_resiliencia.pdf
- SAMHSA (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for Trauma-Informed Approach: Trauma and Justice Strategic Initiative. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

- SAMHSA (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services: TIP 57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- SAMHSA (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services: TIP 57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf
- Saudades F. (2012). Apego: situación extraña. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=qaXcjExnhbM>
- Siegel D. (2012). El Cerebro del Niño. ALBA.
- Siegel D. (2022) Tormenta Cerebral. ALBA.
- Stanford M. (s/f). Uso de drogas ilegales y embarazo. Stanford Medicine Children's Health.
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=illegaldruguseandpregnancy-85-P04306>
- Stewart D. (2011). Depression during Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*. 365, 1605 – 1611. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1102730?articleTools=true>
- Szyf M. & Meany M. (2008). Epigenetics, Behavior and Health. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*. 4 (1), 37 – 49. <https://doi.org/10.1186/1710-1492-4-1-37>
- Talarán A. et al. (2014). Relaciones, vivencias y psicopatología: las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo. Herder.
- Torras B. E. (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación con la crianza. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*. 49; 153-171.
- UNICEF. (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas.
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Van Den Heuvel M. (2022). From the Womb into the World: Protecting the Fetal Brain from Maternal Stress During Pregnancy. *SAGE Journals*. 9 (1), 96 – 103.
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/23727322211068024>
- Van Der Kolk B. (2015). El Cuerpo Lleva la Cuenta. Cerebro, Mente y Cuerpo en la Superación del Trauma. Eleftheria.
- Velasco P. (2018) Criminal Mente. Ariel.
- Villeneuve, D. (2021). Dune (Parte I). Legendary Pictures.
- Oros L. & Bogel G. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*. 17 (1), 85 – 101. <https://www.redalyc.org/pdf/259/25917106.pdf>
- Waikamp V. & Barcellos F. (2018). Repercusiones del trauma en la infancia en la psicología de la vida adulta. *Ciencias Psicológicas*. 12 (1), 137 – 144.
http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v12n1/en_1688-4221-cp-12-01-137.pdf

- Whitfield C. (1998). Adverse Childhood Experiences and Trauma. *American Journal of Preventive Medicine*. 14 (1), 361 – 364.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=e0d8697f813b1f2fc4f543a01695c6a982e4028c>
- Winnicott, D. (1990). Home is where we start from. W. W. Norton Company.
- Wolfberg E. et al (2011). El duelo y la depresión desde la teoría del apego. *Revista VERTEX*. 22, 19 – 27.
- Yalom I. D. (2002). El don de la terapia. Destino