

**LA EVALUACIÓN DE SOSPECHAS DE DESPROTECCIÓN INFANTIL: MODELOS TEÓRICOS
ÚTILES PARA LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS CLÍNICAS**

Material Elaborado por:

Alberto Porras. Psicólogo. Técnico en Protección Infantil. Psicoterapeuta.

abetoporras@yahoo.es

Fecha elaboración: 2021

El éxito de un tratamiento reside, en buena parte, en la adecuada selección de los objetivos de trabajo, para lo cual habremos de haber dado con las variables explicativas del daño en el menor más certeras. Es, en definitiva, nuestra capacidad de “ir al meollo” de asunto y no dar vueltas alrededor de elementos de “despiste” que tanto la familia como nosotros mismos vamos a ir poniendo en el camino y que pueden adoptar muchas formas. Cuando trabajo en mi consulta con pacientes siempre me pregunto “¿es este tema central en la problemática de esta persona o es un elemento de despiste para no ir a lo central?”. Un buen predictor del fracaso de una intervención es en mi experiencia un profesional trabajando con objetivos genéricos como “mejorar las competencias parentales de los padres” o “satisfacer las necesidades del menor”.

El presente documento explica, desde esta perspectiva, tres modelos teóricos muy usados en protección infantil y que nos proporcionan conocimientos para elegir “buenas referencias” a la hora de construir con una familia en particular los objetivos de trabajo para que la situación de sus hijos, y la de la familia en conjunto mejore.

Hablaremos en concreto de la terapia familiar, la neurobiología del trauma y la investigación sobre desarrollo infantil y relaciones afectivas menores-figuras parentales. No es necesario ser una experta en estos tres temas para realizar buenas evaluaciones de un caso, pero sí conviene tener conocimiento de las conclusiones principales que para nuestro trabajo tienen estos tres modelos. Las resumiremos a continuación. No es pues objetivo de este texto exponerlas con todo lujo de detalles sino centrarse en qué aplicaciones prácticas tienen para nuestro ámbito de trabajo.

La terapia familiar

Este modelo de trabajo ha mostrado su eficacia en situaciones de desprotección infantil durante muchos años y nos aporta algunas lecciones interesantes para construir hipótesis causales. Veamos algunas de ellas.

El “padre” de este modelo de trabajo, Salvador Minuchin nos enseña en varios de sus textos ya clásicos que los síntomas de una persona son en realidad los síntomas de un sistema. Es decir, que los problemas que este niño/a produce con su forma de ser, actuar tienen un sentido y una función dentro de su familia, responden a una forma de ser visto dentro de su familia, al rol que se le asigna. Por verlo de una forma sencilla, si un niño, de alguna forma, observa que sus problemas de conducta unen a sus padres en la preocupación por él, mientras que de otra forma no se comunican o se comunican para discutir, es posible que esos problemas de conducta se mantengan o incluso vayan en aumento, porque así se asegura lo que más quiere: que sus padres estén bien, se hablen, no discutan. Si esta hipótesis es correcta, no tiene sentido tratar dichos problemas por sí solos con ese niño, si no hay cambios en la pareja. En resumen, la familia es considerada como un sistema en el que todas sus partes están comunicadas y tienen roles establecidos de una forma en particular que constituyen la narrativa familiar, es decir, como la familia se ve a sí misma, a sus problemas a sus potencialidades.

Desde este punto de vista, aunque una familia acuda a nosotros con un “paciente identificado” que normalmente será aquel que presente los problemas de conducta más desadaptativos (consumos, conducta agresiva, hiperactivación...etc), nosotros debemos ver, antes de aceptar esa “narrativa” de la situación como válida, no sólo a esa persona, sino a todo su sistema familiar: sus relaciones, sus roles y examinar si otras narrativas son también posibles. De lo contrario no habrá cambios.

Hoy día nos parece una idea muy simple, pero no deja de ser de una gran importancia en nuestro trabajo en muchas formas diferentes; por ejemplo: ante las dificultades de un niño cuyo colegio nos notifica una conducta agresiva e hiperactivada muy elevada y unos padres que no pueden controlar al menor ¿nos interesa trabajar exclusivamente con ese menor para que mejore su regulación y agresividad? ¿nos interesa trabajar con la pareja también, o incluso, solo con la pareja? Para responder a estas preguntas debemos examinar qué narrativa nos trae la familia y que otras narrativas podemos construir con ella.

Stefano Cirillo y Paola di Blasio (1991) han trabajado durante muchos años con esta visión con familias en las que existen situaciones de desprotección infantil muy diversas y en 1991 publicaron un libro titulado “niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar” en el que ahondan en esta visión. Su experiencia nos llama la atención sobre tres puntos muy importantes, a mi modo de ver, en la construcción de hipótesis causales de la Desprotección:

a) La conducta maltratante del adulto no se produce de repente, de forma espontánea. Normalmente esa conducta es el movimiento lógico en un juego previo en que tendrá sentido, aunque desde afuera a los demás nos parezca inexplicable. Es lo que denominan y “juegos familiares maltratantes”. En ellos cada miembro de la familia juega su rol y pone de su parte para que la conducta maltratante se perpetúe. Como ves, es una aplicación a la Protección Infantil, de las ideas de Minuchin: en este caso la conducta problemática o “paciente identificado” es el adulto maltratador. Su conducta está al servicio de una narrativa familiar particular que debe cambiar.

b) En muchas ocasiones, los propios menores también ponen de su parte en este juego. Hemos de revisar también qué es lo que ponen. Por ejemplo; un niño puede colaborar activamente en ser instrumentalizado en un conflicto de pareja, posicionándose de forma gradual pero consistente de parte de uno de los progenitores, o tratando de mediar entre ambos. En ocasiones he visto que nos resulta más fácil verles solo como víctimas y ello conlleva también en ocasiones perder de vista que el niño/a está generando activamente comportamientos o actitudes que aumentan significativamente la probabilidad de ser maltratado. Si esto sucede, identificar cuáles son esos comportamientos para eliminarlos, será clave en el éxito de la intervención.

c) Todo acto que los seres humanos realizamos lleva inscrito un mensaje que no es dicho explícitamente (verbalmente), pero que también debe considerarse parte de la comunicación. Es la parte no verbal de nuestra comunicación. Hoy día sabemos que esta parte tiene una gran importancia para comprender y modificar el comportamiento de alguien. Es lo que algunos autores llaman “comunicación no verbal” o “metacomunicación”. Por ejemplo, cuando me levanto en el autobús para ceder el asiento a una persona mayor o con problemas de movilidad, es posible que no se produzca una interacción verbal, pero ese acto lleva inscrito un mensaje no verbal muy claro que podríamos traducir de la diferente forma según la persona, pero que podría ser algo como “tú necesitas el asiento más que yo y me gustaría que cuando sea yo el que lo necesite hagan lo mismo conmigo”.

Bien, pues los actos maltratantes de un progenitor (o a veces de un joven) no son una excepción y llevan frecuentemente inscritos mensajes dirigidos a algún miembro de su familia, es importante decodificar estos mensajes para intervenir sobre esas conductas. Cirillo y De Blasio nos describen en su libro algunos ejemplos: progenitores que cuando pegan a su hijo pueden estar diciendo a sus padres “ves que mal me has educado” “mira que mal padre soy por tu culpa”, ya que todavía están inmersos en un conflicto muy fuerte con sus padres.

Podemos ver, por ejemplo, cuando en progenitores que, cuando delegan el cuidado su hijo a cargo de los abuelos pueden estar diciendo: “te ofrezco este niño para que lo cuides y me dejes así en paz a mí”. Ante una relación asfixiante y tóxica entre una madre y su propia madre ésta puede ser una salida vista como razonable para que “me deje en paz”. He visto este juego en muchos acogimientos en familia extensa, que habitualmente no funcionan posteriormente de una forma suficientemente adecuada para los menores.

- d) El tercer punto no es sino la aplicación de lo anterior a la comprensión de la sintomatología de un niño. Lo que hace, lo que dice, también lleva inscrito un mensaje para los adultos que le rodean, decodificar este mensaje nos ayudará a entender mejor a ese niño y por lo tanto al caso.

Así que a la hora de construir nuestra hipótesis y seleccionar nuestras variables, resultará de gran utilidad preguntarse tanto el papel de los menores en el juego del maltrato, como el mensaje que unos y otros se lanzan entre sí con sus conductas.

Neurobiología del trauma

Los síntomas con los que trabajamos en Protección Infantil, tanto en el caso de los menores como en el de los adultos que los cuidan, son en su gran mayoría la expresión de los intentos de adaptación de esas personas a las situaciones traumáticas que vivieron. Trabajamos con situaciones traumáticas actuales y/o con los efectos de traumas antiguos.

Resulta por lo tanto necesario acercarnos al conocimiento científico existente hoy día cómo se adapta/defiende nuestro organismo a situaciones de trauma. Existe en las últimas décadas mucha investigación al respecto. Los contenidos que desarrollaré a continuación se basan fundamentalmente dos libros de dos autores que a mi modo de ver han condensado toda esta investigación de forma brillante en ideas y propuestas que nos resulta de gran utilidad en la evaluación y tratamiento de situaciones de desprotección infantil. Me refiero a Bessel Van der Kolk (2015): “El cuerpo lleva la cuenta”. Editorial Eleftheria. y Stephen Porges (2011): “Teoría polivagal”. Editorial Pléyades.¹

Para estructurar y resumir las aportaciones de este campo de trabajo a la protección infantil hablaremos de cuatro temas relevantes:

1. Cuáles son las estructuras cerebrales básicas involucradas en la recepción y procesamiento de la información-acontecimientos que provienen del exterior (sean traumáticos o no).

¹ Algunas frases de este apartado son copia casi literal de dichos libros. Sólo he pretendido resumir sus ideas principales para luego ver sus aplicaciones a nuestro campo.

2. Estudiar como nuestro organismo detecta el peligro (situaciones traumáticas) y como elabora respuestas para adaptarse/defenderse de él. Esto nos permitirá a su vez dar un sentido neurobiológico a algunos de los síntomas más habituales que vemos en niño/a o adolescente que sufren maltrato (disociación, hiperactivación, ataques de ira, adicciones, flashbacks...).
3. La teórica polivagal, que nos ofrece pistas interesantes sobre cómo tratar estos síntomas.
4. Finalmente se analizarán las implicaciones prácticas que tiene toda esta información para la evaluación y tratamiento de situaciones de desprotección infantil

1. Estructuras cerebrales básicas implicadas en la recepción y procesamiento de la información del exterior y el peligro

El neurocientífico Paul Mac Lean clasificó en la década de 1960 los distintos componentes del cerebro en tres partes, o tres cerebros con funciones bien diferentes, cada una de ellas más antigua, en términos evolutivos.

1. **Cerebro Reptiliano:** el primero en desarrollarse en nuestra evolución como especie y que compartimos con los reptiles. Es el situado más abajo (en áreas del tallo cerebral, arriba de la nuca) y el que regula las funciones básicas de alimentación, cicatrización, sueño, reproducción...etc. El cerebro más primitivo.
2. **El Sistema Límbico:** el segundo en desarrollarse, en el medio del cerebro y el que regula las emociones, monitoriza el peligro y evalúa lo que es agradable-desagradable. Es el cerebro que desarrollaron los mamíferos al evolucionar de los reptiles, y que permite la convivencia en grupo y el cuidado de las crías a través de las emociones (las crías de reptil nacen básicamente formadas y no precisan de cuidados maternos).
3. La tercera capa es el Neocortex, última aparición evolutiva, compartida con otros mamíferos, pero mucho más gruesa en los humanos. Al nacer apenas está formada y es en el segundo año de vida cuando los lóbulos frontales (que son la mayor parte del neocortex) empiezan a desarrollarse rápidamente, preparándose para funciones más cognitivas como el habla, el control de esfínteres, las ideas abstractas, la planificación, la reflexión, la imaginación...funciones principales de esta parte del cerebro.

Ahora veamos cómo funcionan estos tres cerebros a la hora de recibir y procesar la información que recibimos del exterior: la información sensorial sobre el exterior nos llega a través de los órganos receptores (oído, nariz, ojos y piel). Esta información converge en un parte del cerebro reptiliano llamado **tálamo**, que

“cocina” todos estos ingredientes, integrando esta información de forma coherente en una representación de la realidad (visual, olfativa, táctil...). Su trabajo es principalmente filtrar los estímulos relevantes de los que no lo son (no podemos prestar atención a todos los estímulos que recibimos) e integrar los estímulos del exterior en una representación global de la realidad.

Del Tálamo esta representación de la realidad viaja en dos direcciones diferentes (Le doux, 1999), hacia el resto del cerebro:

- Hacia una parte del cerebro límbico llamada **amígdala** que funciona de forma inconsciente e irracional cumpliendo dos funciones principales: 1) identifica si es relevante para nuestra supervivencia (en negativo en forma de alarma, pero también en positivo en forma de comida, amor, sexo...), y 2) evalúa también si la información que llega implica un peligro para nosotros, funcionando como un “detector de humos” (salta si detecta peligro). Para ello se ayuda del hipocampo, una estructura cercana que compara la información recibida con información del pasado para valorarla en base a experiencias previas.

Cuando la amígdala percibe una amenaza, avisa al hipotálamo y al tronco cerebral a través de la liberación de hormonas de estrés (cortisol, adrenalina, noradrenalina...) que activan el sistema nervioso autónomo (nos activamos para huir o luchar). Esta activación del organismo sucede antes incluso que seamos conscientes del peligro, subiendo el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la respiración.

- Hacia los **lóbulos frontales**, llegando a nuestro conocimiento consciente para su análisis más racional y detallado. Es importante saber que el camino hacia la amígdala es más rápido que el que va hacia los lóbulos frontales. Esto es así porque la amígdala es la encargada de activar el organismo en caso de peligro, debe ser por lo tanto rápida. Por este motivo podemos ver una serpiente de plástico, asustarnos y poco después darnos cuenta que es de mentira y relajarnos. Así pues, el camino la amígdala funciona antes, pero su funcionamiento es más tosco (no discrimina entre estímulos parecidos, la serpiente real y la de plástico) y los lóbulos frontales funcionan después, pero de forma más precisa, distinguiendo con más eficacia entre estímulos.

Así que los lóbulos frontales filtran la información y detectan si es o no es necesaria la activación y pueden desactivar esta alarma (la serpiente es de plástico). En concreto, la corteza prefrontal media, que está encima de nuestros ojos es la encargada de controlar esta respuesta, es “la torre de control”, ofrece una visión de perspectiva desde las alturas con más calma y precisión. Esto es así porque la corteza prefrontal media es una estructura cuyas funciones le permiten observarse, es decir, mirar hacia adentro, con la información de fuera: si funciona bien analiza tranquila y serenamente el conjunto de información (sentimientos, emociones, imágenes, tacto...) en lo que se denomina “concienciación”. De hecho,

es una estructura íntimamente ligada a lo que llamamos “conciencia de uno mismo” o “autoconciencia”.

Por otro lado, la corteza prefrontal dorsolateral y el hipocampo proporcionan el contexto y significado de la experiencia, es decir, relacionan la experiencia con el contexto exterior actual y pasado y no con la situación interna. Son los que pueden decir, “este médico me va a hacer daño, pero es solo un minuto, enseguida pasará”. De esta forma, las estructuras corticales centrales se dedican a nuestra experiencia interior y las laterales tienen que ver con nuestra relación con el entorno.

2. El cerebro expuesto a situaciones traumáticas

Así pues, tenemos un “cocinero”, el tálamo, que recibe filtra e integra la información de los sentidos, un “detector de humos”, la amígdala, que con ayuda del hipocampo identifica si esa información es potencialmente peligrosa y si lo es, lanza señales al organismo para que se prepare a luchar o huir. En paralelo, y un poco más lenta, pero más precisa discriminados estímulos, tenemos una “torre de control” en áreas concretas de los lóbulos frontales, que analizan la amenaza con más calma, analizando la información (esto algo tolerable y/o pasajero, es realmente un peligro...etc), todo ello con una percepción centrada de uno mismo (autoconciencia: “lo puedo tolerar”, “si respiro y aguanto pasará rápido...”). De esta forma, estas estructuras corticales ayudan a modular la conducta final (Van der kolk 2015).

En un funcionamiento saludable estas estructuras funcionan de forma equilibrada, lo cual nos permite adoptar una respuesta resiliente ante el peligro. Pero, en ocasiones una situación de trauma puntual puede sobrepasar nuestra capacidad de actuación y desequilibrar este funcionamiento, aparecen entonces lo que denominamos síntomas desadaptativos, que no son sino la forma que nuestro organismo tiene de adaptarse al peligro.

También sabemos, y esto es muy importante para aquellos que trabajamos en Protección Infantil, que en situaciones de trauma del desarrollo² que comienzan a edades muy tempranas, estas estructuras pueden verse morfológicamente modificadas y su funcionamiento alterado de forma crónica: podemos ver por ejemplo una amígdala atrofiada, hiperactivada, o un exceso de producción de hormonas de estrés por las glándulas suprarrenales u otras alteraciones orgánicas estructurales de difícil modificación que generan un patrón concreto de comportamiento en una persona que es lo vemos desde el exterior. Por ello es tan importante conocer la edad del menor cuando se inició el maltrato y la duración del mismo y por eso es importante cuando evaluamos situaciones de desprotección considerar la edad temprana como un factor de gravedad. Veamos algunos de estos patrones de comportamiento derivados de las modificaciones morfológicas o funcionales de estas estructuras cerebrales:

² Llamamos trauma del desarrollo a aquellos hechos traumáticos que suceden durante el desarrollo de un niño/a y que se sostienen en el tiempo (como el maltrato infantil), para diferenciarlo de traumas puntuales, que se suceden en un adulto o en un niño, pero de forma puntual (un accidente de tráfico, por ejemplo).

Si el tálamo no funciona correctamente de forma puntual o crónica, la persona puede tener dos síntomas desadaptativos:

- Tendrá fragmentos aislados de recuerdos, sonidos, olores que nos asustan sin imagen asociada. Las historias traumáticas no se recordarán entonces con un principio, desarrollo y un final, si no con imágenes o sensaciones aisladas acompañadas de emociones intensas negativas no controladas, algo muy frecuente en situaciones de trauma.
- No podrá filtrar estímulos adecuadamente por lo que se verá sobrecargada emocionalmente de forma constante y tendrá imposibilidad de desconectarse. Este uno de los motivos por los que algunas personas traumatizadas recurren al alcohol o drogas: para poder desconectarse de un bombardeo constante de sensaciones muy desagradables.

Si la amígdala es hipersensible, la interpretación de la amenaza será demasiado intensa y tendremos una persona crónicamente preocupada o alertada. Lo que inicialmente es una respuesta adaptativa para luchar o huir de un incidente traumático se cronifica y se convierte en algo no tan adaptativo. Por otro lado, si el sistema de filtrado de los lóbulos frontales es demasiado débil, se puede perder el control de las respuestas y aparecen sobresaltos prolongados, ataques de ira, reacciones exageradas ante mínimos estímulo. Vemos entonces que el equilibrio entre la amígdala y la corteza pre-frontal media es clave en la respuesta adaptativa al trauma. También puede suceder al contrario y la amígdala estar “dormida”, infravalorando peligros evidentes debido a su bajo nivel de activación.

Vemos entonces que el mismo incidente o situación traumática puede provocar reacciones diferentes en personas diferentes, **por ello en la evaluación y tratamiento del trauma es más importante conocer y mejorar cómo la persona se defiende del trauma que el estudio del hecho traumático en sí**, ya que este último no puede modificarse, pero sí la forma que el organismo encontró de adaptarse a él.

La neuroimagen nos permite ahora ver todo esto en movimiento a tiempo real. En un estudio de 1996, Bessel Van der Kolk y sus colegas sometieron a algunos pacientes traumatizados voluntarios/as a estímulos previamente diseñados para fomentar el recuerdo de sus situaciones traumáticas. Primero construían con ayuda del paciente los sonidos, olores, imágenes que les recordaban el hecho traumático. Después proyectaban esa reproducción para provocar el flashback (recuerdo intenso de evento traumático) mientras se le practicaba una resonancia magnética nuclear de su cerebro, de forma que se pudo ver el funcionamiento de un cerebro mientras

sufre un evento altamente traumático³. Identificaron así los mecanismos cerebrales de las dos reacciones más habituales ante el trauma:

- La persona hiperactivada. En su resonancia vemos: a) una amígdala hiperactivada (la persona siente el peligro de forma muy intensa como si estuviera ahora presente), b) el núcleo lateral de tálamo apagado (la persona no tiene una integración clara de lo que está percibiendo, son imágenes, sonidos, sensaciones sueltas sin orden), c) la corteza prefrontal dorsolateral apagada (la persona pierde la percepción del tiempo y permanece atrapada en ese momento) y d) la corteza prefrontal media activada (intenta percibirse a sí mismo de una forma coherente y controlando la situación, pero no puede, pierde la percepción de sí mismo).
- La persona disociada: todo está apagado, excepto un poquito encendido, la partes relativas al equilibrio y poco más. La disociación implica no ser capaz de asimilar profundamente lo que sucede a tu alrededor, impide estar totalmente vivo. El organismo gasta mucha energía en controlar lo disociado y no puede concentrarse en lo que tiene en ese momento, las relaciones...etc. Por eso algunas víctimas de trauma no pueden vivir el presente y son incapaces de disfrutar de sus hijos o de sus amigos.

En caso más extremos de disociación nos encontramos con la despersonalización: cuando la persona disociada “se desaparece” literalmente, pierde la activación de todas las partes del cerebro, las responsables de percibir, de integrar estímulos, de asociarlos a una historia o contexto y de percibirse a sí mismo. Es una desaparición real. Si se instaura este funcionamiento son personas con la percepción de no estar en este mundo, sin sentimientos, sin pensamiento...es una disociación extrema. Es un paso más en la disociación o el olvido de uno mismo para evitar el dolor. En estas situaciones, producirse daño mediante por ejemplo un corte es una forma de volver a contactar con sensaciones corporales, que me devuelven a la sensación de estar vivo, ya que, si no siento nada, no lo estoy.

Si estas respuestas se instauran más allá de la situación traumática, pueden quedar fijadas en el organismo, configurando mecanismos automáticos que se activan constantemente y condicionan la vida diaria. Nos encontramos entonces con niños/as hiperactivos y crónicamente alertas, adolescentes adictos a sustancias como única forma de desconectarse de sensaciones corporales invasivas que recuerdan traumas, adultos con ataques de rabia, cuyos lóbulos frontales no pueden controlar su agresividad ni siquiera con las personas que quieren...etc. Sin embargo, lo contrario también es posible, y algunas personas pueden hiperactivarse por ejemplo ante un ataque traumático, lo cual les sirve para defenderse o huir y tras el ataque no desarrollar una conducta crónicamente hiperactivada. Esto nos conduce a dos preguntas muy interesantes:

³ El flashback tiene la característica de que no es solo un recuerdo, sino que todo el organismo se trasporta a la situación traumática reviviéndola intensamente con las mismas emociones y sensaciones del momento original.

- ¿Por qué las personas activamos respuestas diferentes, ante situaciones traumáticas parecidas? ¿cómo se produce esta activación? y
- ¿Qué opciones tenemos para modificar estos patrones de comportamiento, inscritos en nuestro organismo?

Estas preguntas son claves interesantes para entender por ejemplo en una evaluación de una situación de desprotección infantil, cómo está respondiendo un niño o adulto a situaciones traumáticas actuales o pasadas y, sobre todo, cómo podemos ayudarles a situarse en un tipo de respuesta más adaptativa durante un tratamiento. La teoría polivagal nos ofrece una posible respuesta a estas dos preguntas.

2. Teoría Polivagal: La conexión entre el cerebro y el cuerpo

En 1995, el Doctor Stephen Porges publicó la teoría polivagal, tras décadas de estudios neurofisiológicos relativos a la percepción/reacción ante la amenaza en humanos y otros mamíferos. Esta teoría describe el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (SNA) en la percepción de la seguridad y el peligro en mamíferos y ha sido utilizada en campos como la etología, psiquiatría, la pediatría, la inmunología, cardiología y también el tratamiento del trauma. La teoría describe tres sistemas nerviosos dentro del SNA (tradicionalmente se han estudiado sólo dos, el simpático y el parasimpático), cada uno ellos con diferentes funciones. La activación de cada uno de ellos se modula mediante la Neurocepción.

Porges habla de “neurocepción” para describir la capacidad de evaluar el peligro/seguridad en nuestro entorno y activar cada uno de estos tres sistemas dentro del SNA. Es una percepción no consciente. Hemos visto cómo funciona en el apartado anterior: la información llega de los órganos sensitivos al tallo cerebral, donde el tálamo los filtra y organiza para ir después a la amígdala y a los lóbulos frontales, que la harán consciente. Siempre teniendo en cuenta que llega antes a la amígdala que a los lóbulos frontales.

Si tras esa neurocepción nos sentimos seguros, se activa un funcionamiento relajado que favorece el contacto social, la interacción amorosa y el placer. En la medida que no es así se activan dos reacciones posibles: a) un funcionamiento de hiperactivación para la lucha/huida o b) un funcionamiento disociado para “no sentir lo que pasa”.

Cada uno de estos tres funcionamientos (relajado-social, hiperactivado, disociado) se corresponde con la activación de cada uno de los tres subsistemas del SNA, que luego describiremos con más detalle.

Es importante dejar claro que: a) los tres sistemas son necesarios y útiles si funcionan de forma adecuada, cada uno en su momento, b) ante una amenaza, están jerárquicamente estructurados por un principio evolutivamente inverso: el último sistema en desarrollarse a lo largo de nuestra evolución como especie, es el primero y preferente en activarse y el más antiguo el último en activarse y c) son

gradualmente excluyentes, en la medida que uno se va activando los otros se van desactivando, como un freno y un acelerador de un coche: mientras pisamos uno soltamos el otro gradualmente hasta alcanzar la velocidad deseada.

No es adaptativo por lo tanto activar uno u otro sistema en exclusiva, sino regular la activación de los tres para conseguir un “nivel óptimo de activación”: esto es, activado pero sereno (la velocidad adecuada). En términos de relación sería estar conectado con los demás, pero sin perderse de vista a uno mismo.

Por lo tanto, la primera respuesta de los mamíferos es la del contacto social activo pero tranquilo, es el estado más habitual en un sujeto sano y la primera reacción ante una situación potencialmente traumática (pedir ayuda a otros en los que confío). Si esta respuesta falla, entra en marcha el segundo sistema, que nos prepara para el ataque o la huida, también adaptativa y necesaria. Si estoy atrapado y ni la lucha ni la huida es posible entra en marcha el tercer sistema, en el que “nos apagamos” para no sentir. Nos podemos desmayar, disociar y simplemente dejar de sentir lo que pasa. Puedes ver este comportamiento en documentales de naturaleza, donde algunos animales se hacen los muertos cuando son atrapados por sus depredadores para que estos no los coman⁴. Lo interesante es que no “se hacen” los muertos voluntariamente, sino que de forma involuntaria el organismo entra en “tanatosis”, un estado muy cercano a la muerte (y que, de hecho, puede provocar la muerte si se prolonga o falla el retorno al estado de activación). De igual forma una víctima de una violación que no tiene escapatoria, no solo puede “dejarse” sino que de forma involuntaria puede entrar en un estado de disociación tal que no siente nada, lo cual es muy adaptativo en ese momento.

El trauma puntual o del desarrollo altera este funcionamiento jerárquico, limitando nuestra capacidad de activar el sistema de funcionamiento relajado y social y favoreciendo la cronificación de respuestas de los otros dos sistemas. Se pierde la capacidad de contactar con un “nivel óptimo de activación”. Por ello el trabajo con estas personas pasa por ayudarles a reconstruir (si la construyeron, pero un trauma alteró su funcionamiento) o construir (si nunca la tuvieron) su capacidad de regular adecuadamente estos tres sistemas. La regulación del sistema nervioso es un elemento clave en la recuperación del trauma.

Por otro lado, estos tres sistemas forman parte del sistema nervioso autónomo, es decir, que son respuestas involuntarias. No elegimos su activación ante un peligro, pero si podemos trabajar para favorecer su regulación.

Veamos ahora en más detalle estos tres sistemas: siempre hemos estudiado que el SNA tiene dos ramas: la rama simpática, que activa el organismo y la parasimpática, que lo desactiva. Están interrelacionados y tienen un funcionamiento recíproco, uno busca conservar la energía, otro gastarla.

El simpático desplaza la sangre a los músculos para que actúen rápido, para ello hace que las glándulas suprarrenales liberen adrenalina, que acelera el corazón y sube la presión sanguínea. El parasimpático promueve funciones de auto-

⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=Ox7Uj2pw-80>

preservación, como la cicatrización, digestión.... Libera acetilcolina para frenar la activación, reduciendo el ritmo cardíaco, relajando los músculos y recuperando una respiración normal. Si inspiramos corto y profundo activamos la rama simpática, si espiramos largo activamos la rama parasimpática. La rama parasimpática está compuesta fundamentalmente por las fibras nerviosas del nervio vago (décimo par craneal o nervio neumogástrico) que conecta el cerebro con el resto del organismo (intestinos, hígado, riñones, corazón, pulmones...). Este nervio es la materialización de la tan famosa conexión mente-cuerpo.

Los estudios de Porges descubren que en realidad el nervio vago cuenta a su vez con dos ramas (por eso bautiza su teoría como “Polivagal”), que conectan, cada una de ellas, al cerebro con diferentes órganos. El sistema nervioso autónomo se configura entonces con tres ramas (y no dos) fisiológicamente diferenciadas que construyen los tres sistemas antes mencionados:

- **Rama simpática:** que conecta cerebro con la medula espinal y el resto del cuerpo y cuya función principal es la activación del organismo, por eso sus neuronas se comunican principalmente a través de unos neurotransmisores cuyos nombres habrás oído en lenguaje coloquial asociados a activación: adrenalina y noradrenalina. Constituye en sistema de lucha o huida.
- **Rama parasimpática ventral (supra-diafragmática):** compuesta por un conjunto de fibras nerviosas del nervio vago que conectan el cerebro con los órganos por encima del diafragma (principalmente corazón y pulmones) y con músculos de la cara, laringe, faringe y oído medio. Configuran estas fibras el “complejo vagal ventral” que relaja el ritmo cardíaco⁵ y la respiración y modula nuestra voz, nuestra expresión facial y capacidad auditiva en la interacción con los demás. Constituye el sistema de conexión social y tiene un papel clave en la interacción afectiva y el apego: conecta literalmente nuestro corazón con nuestra expresión facial y voz. Por esto podemos sentir en la voz de alguien su estado fisiológico (si esta agitado, asustado, amoroso...). Es la base nerviosa sobre la que se construyen las conductas de interacción, vinculación y apego. Por esta vía madre y bebe despliegan las conductas del sistema innato de apego.

El Complejo Vagal Ventral sincroniza la actividad de los sistema simpático y parasimpático. Cuando más eficaz es el sujeto en esta tarea tan necesaria, mejor se sincroniza la fisiología el individuo con la de su entorno y los miembros de su comunidad. Esto se aprende con la sincronía primaria entre madre y bebe, que en sus proto-comunicaciones va aprendiendo a regularse gracias a la sincronía que su madre le proporciona. La mamá está educando el sistema nervioso del bebé con las cualidades de su vínculo. El estado natural de mamífero es de una cierta alerta para detectar peligros, pero debemos aprender a desactivar esta alerta hacia una activación tranquila que nos permite sentirnos cerca de seres queridos que nos cuidan y protegen. Esto es

⁵ El latido de los bebes o fetos es más rápido porque este nervio no está todavía del todo desarrollado y no frena el corazón.

lo que consigue la madre sincronizada: la sincronía funcional del sistema nervioso del bebé y con ella la regulación (primero co-regulación con su madre y luego autorregulación él sólo) de sus estados fisiológicos. Todo esto vehiculizado mediante el Complejo Vagal Ventral, si las interacciones primarias son gravemente inadecuadas este complejo puede sufrir alteraciones morfológicas y funcionales que alterarán la capacidad empática y de relación del futuro niño/a.

- Rama parasimpática dorsal (infradiafragmática). Compuesto por fibras nerviosas del nervio vago que comunican el cerebro con los órganos situados debajo del diafragma, como intestinos, hígado, riñones...etc que configuran el Complejo Vagal Dorsal: llega debajo del diafragma hasta el estómago, riñones e intestinos. Reduce el metabolismo de todo el cuerpo, la respiración baja, el ritmo cardíaco también, los intestinos se paran y se vacían (cagarse de miedo), se preparan así para el colapso o la desactivación.

Cuando este complejo toma el control las otras personas y nosotros mismos dejamos de importar, la conciencia se apaga y es posible que incluso dejemos de sentir el dolor. Nos coloca en una situación de estar “muertos” (lo que llamamos comúnmente “morirse de miedo”) porque el metabolismo prácticamente se detiene, pudiendo causar la muerte. Constituye el sistema de “desconexión del dolor” y es muy útil cuando no queda otra alternativa que soportar el ataque. Sin embargo, es el sistema más peligroso, puede ocasionar incluso la muerte y además es el más difícil de desactivar. Es la base biológica de la disociación, como ya hemos indicado.

Otros dos datos curiosos de la teoría polivagal y la neurociencia tienen gran interés clínico para la intervención con niños y adultos víctimas de trauma:

- El 80% de las fibras nerviosas del nervio vago van de los órganos al cerebro. Es decir, fluye mucha más información del cuerpo al cerebro que al revés. Esto resulta interesante para no perder de vista la importancia de incluir el cuerpo en el tratamiento, intervenciones exclusivamente cognitivas pueden perder eficacia. Este porcentaje de fibras significa que podemos educar directamente nuestro sistema de activación según nuestra forma de respirar, cantar, movernos: el cuerpo condiciona como trabaja el cerebro.
- Cuando nuestro organismo está tranquilo (neurocepción de seguridad), la tendencia del cerebro es a prestar atención a nosotros mismos. Los escáneres de sujetos normales que no hacen nada especial tienen activada especialmente la “red neuronal por defecto” o cresta de la autoconciencia: son las estructuras que van desde la nuca justo sobre los ojos y: a) el cíngulo posterior (nos da la percepción física de donde estamos, el GPS), b) la corteza prefrontal media (torre de control), la ínsula (transmite mensaje de las vísceras a los centros emocionales), c) los lóbulos parietales (que integran la información sensorial) y d) el cíngulo anterior (que coordina emociones y pensamiento).

En pacientes traumatizados sin embargo, en situación tranquila, sus escáneres muestran casi ninguna activación de ninguna de estas áreas, solo el cíngulo posterior (el GPS): en respuesta al trauma el paciente ha aprendido a desconectar las partes del cerebro relacionadas con la autopercepción, con las emociones viscerales, los sentimientos, debido a la dureza de las mismas: el esfuerzo de adaptación a unas sensaciones muy desagradables desconectándose de ellas a través de la hiperactivación o desconexión, limita su capacidad de sentirse vivo (disociación, despersonalización, paralización, hiperactivación). Esta falta de autoconciencia es tan grande en ocasiones que hace que no se puedan reconocer en un espejo.

Se produce entonces una desconexión del cuerpo y sus sensaciones. Esto como hemos visto es adaptativo en un momento traumático donde no hay salida posible, pero si se cronifica tiene un alto coste, ya que la persona renuncia a la regulación de sus estados, a la capacidad ejecutiva de la “torre de control” y, en definitiva, a la vida.

3. Conclusiones: Implicaciones prácticas para la evaluación de situaciones de Desprotección Infantil

En Protección Infantil trabajamos con traumas y sus consecuencias, por lo que toda la información presentada hasta ahora resulta de mucho interés, máximo cuando existe mucha evidencia empírica que la respalda. Veamos ahora cuáles pueden ser algunas de las conclusiones prácticas que, para el trabajo de evaluación e intervención en Protección Infantil, tiene toda esta información. En mi web tienes también un documento específico para este modelo, con este mismo contenido.

3.1. Conclusiones Generales

De forma general podemos concluir que una clave para superar el trauma es recuperar el equilibrio entre el cuerpo y el cerebro: El cuerpo manda mucha información al cerebro (más que en dirección contraria). Esta información condiciona su funcionamiento de la siguiente forma: las sensaciones corporales son la base de las emociones; primero sucede una sensación corporal, que me informa de un estado interno, luego esa sensación toma forma de emoción. Finalmente, las emociones modulan a través del sistema límbico, el funcionamiento ejecutivo de nuestro cerebro. Si este funcionamiento “de abajo hacia arriba” (del cuerpo hacia el cerebro) sufre alteraciones, pueden surgir desadaptaciones.

Cuando existe sintonía entre cuerpo y cerebro podemos sentir que mantenemos el control de nuestra vida mientras la sentimos realmente sin desconectarnos, aunque en ocasiones sentirla sea doloroso. En esta situación tenemos nuestro SNA adecuadamente activado en algo parecido a la llamada ventana óptima de activación y podemos estar conectados con los demás, mientras nos autopercibimos de forma precisa. Puedo tolerar sensaciones desagradables en mi cuerpo, que remiten a emociones negativas, pero puedo vivirlas y atravesarlas con una sensación de control y un funcionamiento ejecutivo adecuado.

Cuando lo que vivimos excede nuestra capacidad de manejo, nos hiper o hipo activamos, salimos de nuestra ventana optima de activación y nos volvemos reactivos y desorganizados. Mientras estamos fuera de esta ventana, resulta más difícil aprender de la experiencia y aunque podamos mantener un cierto control y llevar una vida funcionalmente adaptativa, estamos tan tensos que nos volvemos insensibles, deprimidos, irascibles, disociados...etc.

Esto significa que una variable independiente clave que explica la situación en términos de daño de un menor o de sus figuras parentales es la capacidad de regular sus estados sensorio-emocionales. Nos referimos a la capacidad en primer lugar de co-regularse (regularse con otros) y en segundo lugar de autoregularse (regularse uno mismo/a).

El grado de manejo de estas dos cuestiones de la persona con la que trabajamos es fundamental para poder estar receptivo y abierto a las experiencias que vienen del exterior y que nosotros le proponemos con nuestro trabajo: desde una simple conversación en la que trabajamos por ejemplo la motivación para el cambio de un adulto, a las técnicas de intervención para tratar a niños/as con secuelas de trauma.

Esta capacidad de regularse pasa por poder activar en la intensidad adecuada cada uno de los tres subsistemas del SNA, con una neurocepción eficaz. En víctimas de trauma, es una capacidad muy mermada, lo cual mediatiza todo lo que hacemos con ellas, impidiendo en ocasiones que puedan aprovecharse de una intervención nuestra, no por un fallo en la misma, sino porque la persona no está en condiciones de aprovecharse de ella.

Explorar esta cuestión en nuestras evaluaciones e incluirla en nuestras intervenciones parece que puede ayudar en gran medida a ser más eficaces tratando el trauma y sus consecuencias.

3.2. Conclusiones específicas

Esto, en el plano práctico, nos lleva a las siguientes conclusiones prácticas en el trabajo de evaluación.

- 1. Antes o durante el trabajo, tanto de evaluación como de intervención que hemos diseñado para trabajar en un momento dado con un niño/a o adulto, conviene evaluar su nivel de activación para estar seguros de que “estamos trabajando en la misma frecuencia”. Si no es así, ofrecer a la persona técnicas que le permitan situarse en una ventana de activación suficientemente adecuada (no necesariamente óptima) y regularse mejor, para aprovecharse de lo que le ofrecemos es el primer paso antes de continuar con nuestro trabajo. Estas técnicas pueden ser por lo tanto complementarias a cualquier estrategia de intervención que seleccionemos.**

2. Para ello, el primer paso es entrenarnos en observar como regula su sistema fisiológico de forma habitual y/o en un momento concreto la persona con la que voy a trabajar. Veamos algunas “ventanas” accesibles desde las que observarlo:

- La respiración: observa si es amplia o superficial, si esta agitada, pausada, o incluso detenida (alguien que parece que no respira). Por ejemplo, una mayor amplitud y profundidad de respiración indica una mayor capacidad de conexión con los estados internos, y es posible también (no siempre) que una mayor capacidad de regulación. Una respiración muy inmóvil, superficial y ligera puede indicar un “congelamiento” de la persona. Una respiración muy agitada puede indicar una hiperactivación...etc.

- La voz: podemos observar aquí dos cosas fundamentales:

- a) el lenguaje: su ritmo, velocidad (una persona que habla muy rápido, o muy lento), o hacia adentro, o a la que no se le entiende. Por ejemplo, a veces el lenguaje ocupa tanto el espacio que la persona no puede sentir nada su estado interno, es otra forma de disociación.

- b) la prosodia, es decir, la melodía y cualidad que tiene la voz. Recuerda que la voz es un indicador del estado interno de una persona a través del nervio vago, puedes escuchar si es una melodía estridente, apagada, cálida...etc. Te transmitirá probablemente información sobre el estado interno de esa persona.

- El movimiento: observa cómo se mueve una persona. Aunque esté sentada probablemente sus manos, cara, cuerpo se moverán, o quizás notes la llamativa inmovilidad de alguien en sus gestos, que hace parecer que esta “congelada”.

- Las tensiones corporales: observa si por ejemplo la cara, cuello o los hombros muestran tensiones relevantes o no.

Todo esto es información sobre el estado fisiológico de la persona con la que trabajamos. Así mismo, si le preguntamos, como se siente esa persona podemos observar la concordancia entre lo que vemos en esa persona sobre su estado interno y lo que ella ve del mismo. Esto puede ser una vía de observar el nivel de “autoconciencia” de esa persona, cuando, por ejemplo, alguien con una voz crispada, lenguaje muy acelerado y grandes tensiones en la cara nos dice “estoy muy tranquila”, es posible que no esté en absoluto conectada con su estado interno, lo cual, denota poca capacidad de auto-percepción (o mucha deseabilidad social).

3. La capacidad del menor y las personas que le cuidan de percibirse a sí mismas de una forma integrada, empezando por sensaciones corporales, siguiendo por el contenido emocional de esas sensaciones, continuando por la significación de las mismas (que significado tienen) y acabando en la selección de una respuesta conductual a ese estímulo es una herramienta básica para la superación del trauma.

Fomentar esta capacidad debe ser por lo tanto un objetivo de trabajo transversal a muchos tipos de intervención cuando buscamos mejorar las consecuencias del trauma, tanto en niños como en adultos.

Esto implica enseñar a estas personas a recuperar la capacidad de (en este orden): a) sentir las sensaciones de su cuerpo, no hablar de ellas, sino sentir las (no es lo mismo hablar de un dolor de cabeza que sentirlo), b) dar un contenido emocional a las mismas cuando lo tienen, c) significarlas (estoy triste porque...) y d) seleccionar respuestas adaptativas. Esto es lo que favorecerá la regulación.

Observa que hablar de la tristeza y de por qué estoy triste es la penúltima de las tareas en este orden, primero hay que poder sentir donde estoy triste en mi cuerpo y luego atribuir a esas sensaciones la etiqueta de tristeza, para poder hablar de ella y de cuál es su origen. Es habitual que muchas intervenciones empiecen por esta penúltima fase, obviando las primeras, utilizando el enfoque de “arriba hacia abajo” (del cerebro al cuerpo), sin embargo, la evidencia sobre el trauma parece indicar que es más efectivo un trabajo de “abajo hacia arriba” (del cuerpo al cerebro). La capacidad de regulación se adquiere cuando la persona puede tolerar y modular la información que llega de su cuerpo, aunque en ocasiones ésta puede ser muy dolorosa.

Ofrecer alternativas conductuales diferentes a las desplegadas por alguien puede ser efectivo si la persona cuenta con capacidad de regulación previa, de lo contrario no funcionará por sí sólo (sí como complemento a otras técnicas) y la persona es posible que modifique su comportamiento de forma temporal.

4. La respiración es un modulador del nivel de activación y regulación fisiológica: la inspiración activa el SNA (activa su rama simpática) y la espiración lo relaja (activa su rama parasimpática). Conocer algunos ejercicios básicos de respiración para hacer con las personas con las que trabajamos puede ser una herramienta transversal de ayuda que complementa muy bien nuestras técnicas habituales de intervención, para ayudar a la persona que lo necesite a mejorar su capacidad de regulación o nivel de activación antes de realizar una actividad con nosotros/as.

5. Otro elemento que modula el sistema fisiológico del otro es nuestra propia voz y expresión facial. Podemos entrenarlas para ofrecerle señales que activen su “neurocepción” de seguridad, lo cual implica expresión facial serena, alegre, voz melódica y cambios de entonación suaves (lo contrario a una voz plana y sin contenido emocional) ...etc. Son aspectos de la intervención que a veces descuidamos y que parecen tener un gran impacto en la capacidad de la otra persona para aprovecharse de nuestra intervención.
6. Los profesionales hemos de observar también nuestro estado de activación en el momento que trabajamos con otras personas. Busca tu ventana óptima de activación cuando trabajas con otros, puedes regular tu sistema fisiológico a través de la respiración, por ejemplo: haciendo espiraciones largas y profundas durante una entrevista y observándote para darte cuenta de cómo estás. No olvides que en Protección Infantil trabajamos con personas altamente sensibles y reactivos a los niveles de activación del otro, ya que en su experiencia fueron “atacados” cuando activaron el sistema de interacción social.

Vinculación e interacción figuras parentales-hijos/as

Una de las variables independientes que más peso explicativo tiene en los síntomas de un menor, es la de la capacidad de las figuras parentales para desplegar una vinculación segura y una interacción cálida. Por ello, en muchas de las evaluaciones que hagamos estará presente como factor causal. De hecho, muchos de los programas estructurados a los que antes hacíamos referencia al hablar de práctica basada en la evidencia, antes de pasar a trabajar otros aspectos del programa, se aseguran de haber mejorado esta variable familiar. Esto es así ya que, si no hay un cierto grado de vinculación e interacción positivas, todo lo demás es posible que no tenga donde arraigar.

Por este motivo, desarrollar una buena capacidad de observar cómo es esa vinculación y qué aspectos en concreto de la misma precisan mejoras, es una habilidad que nos será también muy útil.

Como hemos visto, el funcionamiento de nuestro sistema de conexión social (o complejo vagal ventral según la teoría polivagal) es clave para la salud. Las personas que con más capacidad para hacer que éste sea el sistema principal regulador de los otros dos (el simpático y el parasimpático), son personas más saludables y resilientes y aquellas que sufren trastornos en este sentido tienen más riesgos de desarrollar enfermedades y/o ser más vulnerables a situaciones traumáticas.

Por otro lado, la capacidad de activar dicho sistema y convertirlo en el regulador principal del sistema nervioso está en buena parte modulada por el tipo de interacción y afecto que tuvimos desde que fuimos concebidos hasta los primeros años de nuestra vida.

Por este motivo, la evaluación del tipo de interacción y afecto que recibe/recibió un niño/a que ha estado o está sometido a una situación de desprotección, es una variable clave en el conocimiento de los aspectos causales de su sufrimiento y, por lo tanto, clave para acertar en el tratamiento. Para ello, dos modelos teóricos de trabajo resultan de especial relevancia: el primero de ellos se refiere a las propiedades reguladoras de la relación interpersonal. En él, Guy Tonella describe recoge y organiza diferentes estudios para describir las propiedades básicas bajo las que se construye una relación entre dos personas. En segundo lugar, la teoría del apego ha estudiado como estas diferencias individuales dan lugar a varios tipos de “patrones” de apego o relación en una persona, que serán estables a lo largo de su vida. Estos patrones, que podemos ver tanto en un niño/a o en un adulto nos hablan de que tipo de interacción y afecto han recibido, de qué tipo de interacción van a desplegar en sus relaciones y, por lo tanto, de cómo se modula su sistema nervioso. Como puede deducirse, estas tres cuestiones son claves en la evaluación causal de las situaciones de desprotección infantil.

1. Propiedades reguladoras de la relación interpersonal

Guy Tonella (2020) describe 6 propiedades cuya cualidad o contenido, regular el tipo de relación que se va generar entre el bebe y su figura de cuidado principal, y que, a través del tipo de apego, regulará después también el tipo de relaciones, comportamiento y activación nerviosa de ese bebe cuando se convierta en un niño/a, adolescente y adulto.

Estas propiedades son la intencionalidad, la sincronía, el entonamiento, la contención, la regulación y la reparación. En el experimento llamado “still face”, que puedes visualizar en Internet⁶, se aprecian con bastante precisión casi todas estas propiedades en una interacción real entre una madre y su hija, así como los efectos en ésta última de la anulación comunicativa de la madre, es decir, de la dotación a estas propiedades, de una cualidad altamente negativa.

- **Intencionalidad:** se refiere a la motivación de la mamá para mirar, tocar, sentir, y a fin de cuentas interactuar con su bebe. Los seres humanos estamos dotados de un sistema de apego biológico hereditario que nos programa para contar con esta motivación. No obstante, una madre muy deprimida, o víctima de una situación vital que le supera, puede tener dañado esta propiedad del vínculo. En este caso no mostrará interés, o mostrará muy poco interés por interactuar con su bebe. Si falta esta propiedad el bebe no será reconocido como un ser importante, sus sensaciones no serán validadas por alguien fuera de él/ella. Esto es de gran importancia ya que, un bebe no tiene conciencia de sí mismo, existe en la medida en que es visto y reconocido por los demás (citar a winnicot), si alguien no le da un sentido a lo que siente y expresa, lo que siente y expresa deja de tener sentido. Si falla esta propiedad el bebe corre el riesgo de desarrollar una profunda sensación de vacío interior, de no existir realmente: la vida no tiene sentido. Algunos adultos

⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

con los que trabajamos, siguen arrastrando esta sensación y reforzar esta propiedad implica aportar intencionalidad por nuestra parte en esa relación (a veces no es fácil ya que la persona nos inspirará lo contrario, apatía y falta de motivación) y ayudar a la persona a dar sentido a sus experiencias.

- **Sincronía:** se refiere a la cualidad de la interacción que permite que la señal que el bebe emite es decodificada adecuadamente por la madre y respondida de una forma (ajustada a lo que el bebe comunica) y en un tiempo adecuados (ni demasiado pronto ni demasiado tarde). Si el bebe emite señales de malestar, decodificar a qué pueden deberse (por ejemplo hambre) y dar una respuesta adecuada (por ejemplo alimentarle) es una respuesta sincrónica. A un nivel más primario se refiere también a los juegos comunicativos de caras, sonidos, contactos...que madre e hijo mantienen y que si son sincrónicos son muy placenteros para ambos (me escondo, me buscas, me sonries, te sonrío...etc). Tiene que ver por lo tanto con los ritmos de intercambio entre la madre y su bebe, inicialmente basados en la imitación reciproca y que posteriormente se van complejificando.

Estudios neurológicos han mostrado que la sincronía es una cualidad básica para un adecuado desarrollo del sistema nervioso del niño. Su cerebro esta preparado para responder a estos ritmos⁷, generando sensaciones varias que se inscriben en la neurobiología del menor en lo que algunos autores han llamado “memoria procedimental”, una suerte de registro interno de sensaciones y percepciones que, aunque no llegan a formar imágenes concretas, quedan grabadas en nuestro organismo, asociando, por ejemplo, un olor a una sensación agradable en el estómago o un sonido a una persona. Estas memorias tienen un peso importante en cómo se activa nuestro sistema nervioso: La sincronía favorece la integración adecuada de nuestros sentidos y sensaciones. Por el contrario, una falta crónica de sincronía puede provocar una baja capacidad de integración y control que provoca sensaciones de ansiedad/angustia. Estas quedan inscritas en estas memorias procedimentales, que a su vez, modulan la forma en la que se activa el sistema nervioso. Si esta memorias se caracterizan por ansiedad/angustia, la activación será inadecuada por exceso (hiperactivación) o por defecto (depresión, disociación). Encontramos así niños (o adultos) en los que la interacción real no es posible, no hay posibilidad de conectar realmente con el otro porque su sistema nervioso esta hiper o hipoactivado.

- **Entonamiento Afectivo:** se refiere a una sincronía emocional, a que la respuesta no sea sólo ajustada en forma y tiempo, sino también en su componente afectivo. No es solo detectar que el bebe tiene hambre, sino que puede estar angustiado por llevar demasiado tiempo con hambre. En una sesión de interacción madre-hijo, una madre muy desentonada y con poca intencionalidad dejo llorar mucho tiempo a su hijo mientras hablaba conmigo. Sabía que tenía hambre, pero no le dio de comer hasta pasados largos minutos, en los que el bebe lloraba y

⁷ “El cerebro coordina los movimientos corporales rítmicos y los guía para que actúen a modo afín con el cerebro de otras personas, los niños escuchan y aprenden la musicalidad a partir del habla de la madre, incluso antes de nacer”. Colwyn Trevarthen citado por Bessel Van der Kolk.

lloraba (falta de sincronía por exceso de tiempo en la respuesta). Cuando se decidió a darle de comer, el bebe estaba tan angustiado que no podía comer y la madre no entendía que pasaba, pues era la hora de comer y había llorado por hambre. Sin embargo hasta no calmar su angustia, el bebe no podría comer. Esta madre tampoco entonó emocional con el estado de su bebe.

- **Contención:** cuando el bebe siente malestar, no puede autoregularse, necesita a su madre para hacerlo. Esta le “presta” sus gestos, su contacto, su mirada para hacerlo, calmándole. Esto requiere que la madre sea capaz de recibir y contener el malestar del menor, para devolvérselo en forma de sonrisa, de explicación de lo que le pasa...Lo que sucede aquí es que la madre a recogido el malestar del bebe, lo ha desintoxicado y se lo a devuelto en un formato que puede asimilar, pasando a un estado más regulado. Esto es lo que el bebe tendrá que ir aprendiendo a hacer cuando sea mayor. Si esta propiedad de la contención no esta presente, será difícil que encontremos un niño/a o adulto capaz de autoregularse. Necesitará en la relación con nosotros que recojamos su malestar y se lo devolvamos en espejo, sin interpretaciones, pero con una menor carga emocional, de forma que pueda integrarlo e ir autorregulándose.

- **Regulación:** es por lo tanto lo referido a la capacidad de la madre de regular los estados emocionales de bebe. Le ayuda a pasar de unos estados a otros, y esto ofrece otro aprendizaje importante, el de que los estados emocionales son pasajeros: esta sensación horrible no va a durar para siempre. Lo que es vivido de forma disregulada, no puede ser integrado. Es de hecho lo que sucede en situaciones de estrés postrauma, donde el acontecimiento supera nuestra capacidad de regulación, nos desborda y no puede ser integrado, quedando sensaciones negativas dispersas sin sentido que condicionan nuestra vida en forma de pesadillas, flashbacks, estados irritables...etc. Una baja capacidad de regulación en el niño, le hará mas vulnerable a que situaciones estresantes se conviertan en traumáticas. En nuestro trabajo con este aspecto del vínculo debemos tener en cuenta ofrecer a la persona una capacidad de sentir emociones de forma regulada, es decir, no se trata de activar mucha intensidad emocional sino de activar la intensidad que la persona puede tolerar, ayudarle a hacerlo, para integrar esa emoción e ir siendo capaz de regular cada vez estados mas intensos.

- **Reparación:** se refiere a la capacidad de la madre de reparar cuando cometer errores en la relación (lo que es imposible no hacer). Como Winnicot señaló, no es necesario ser una madre perfecta, sino suficientemente buena. Cuando nos equivocamos enseñamos reparamos y enseñamos a reparar. Cualquiera de las propiedades anteriores puede fallar sin que ello suponga un trauma para el menor, siempre y cuando no falle crónicamente y la madre pueda reparar.

2. Teoría del apego

En John Bolwby sentó las bases de lo que hoy conocemos como la teoría del apego, demostrando que los bebés necesitan de la relación privilegiada con su figura de cuidado para su salud y que la privación de la misma puede provocar devastadoras consecuencias en su futuro y que el tipo de interacción que se da con ella marca un funcionamiento interno de esa persona en cuanto a su forma de relacionarse y de estar en el mundo. Posteriormente Mary Ainsworth desarrolló esta idea probando la existencia de cuatro tipos de apego que los niños pueden desarrollar en la relación temprana con sus figuras de cuidado en los tres primeros años de vida⁸:

- **Apego Seguro:** la interacción entre el niño/a y su figura de cuidado es suficientemente adecuada. El niño desarrolla una percepción interna de seguridad básica que le permite explorar su entorno de forma más libre y desarrollar relaciones con otros más satisfactorias. Esto a su vez permite que el sistema básico de regulación de su sistema nervioso sea el complejo vagal ventral, contando un buen nivel de activación y conexión social.
- **Apego Inseguro ansioso-ambivalente:** la figura principal de cuidado no puede estar suficientemente presente como para generar en el niño/a una sensación de seguridad básica. Ante esta situación el niño/a desarrolla una estrategia básica para lograr más presencia de su madre: activarse mediante el movimiento, la voz u otro medio que atraiga la presencia de su madre. Esto genera un tipo de activación ansiosa que siempre busca la presencia de la figura de cuidado, sin lograr nunca una sensación real de tenerla y de sentirse seguro. Se desarrollará en estos/as niños/as una cierta hiperactivación y un miedo a perder a sus figuras de referencia que impiden la activación tranquila y serena del sistema de conexión social, a favor de la activación del sistema nervioso simpático.
- **Apego Inseguro evitativo:** en este caso la figura de cuidado despliega unas propiedades relacionales que resultan amenazantes para el niño: agresivas, sobrecargadas...etc. El niño/a desarrolla el mecanismo contrario al descrito antes: evita la relación con su figura de cuidado y se vuelve hacia adentro, a su propio mundo. En este caso la tendencia del niño es a esperar peligros del exterior y refugiarse en su mundo interno en un cierto grado de disociación del exterior. Las relaciones interpersonales se vuelven más difíciles y se producirá una activación parasimpática que tiende a la desconexión con las propias sensaciones.

⁸ Como toda clasificación, debe entenderse de forma aproximada y teórica. No pretendemos describir en detalle los tipos de apego, para lo que existen otros libros mucho mejores que este, sino simplemente citarlos para conocer su existencia y su relación con el conjunto de modelos teóricos que estamos describiendo y que son necesarios para la evaluación de situaciones de desprotección infantil.

Aunque internamente, seguirá existiendo una activación y agitación, ya que la necesidad del cuidado materno segura insatisfecha.

- **Apego Desorganizado:** en los casos anteriores la figura parental de cuidado despliega una propiedad consistente, es decir, estables: la figura parental despliega unas propiedades relacionales predecibles, por lo que el niño/a puede adaptarse a ellas desplegando las defensas que hemos descritos. En el apego desorganizado, muy relacionado con figuras parentales que presentan trastornos psicológicos/psiquiátricos, el adulto no muestra un patrón de comportamiento predecible: hoy está bien ajustado, mañana no está, pasado está agresivo...etc. El niño no puede construir por lo tanto un patrón defensivo estable y desarrolla un patrón de vinculación desorganizado: según el momento y sin una motivación aparente podrá mostrar rasgos de cualquier de los otros tipos de apego. Hay pues una tremenda desregulación del sistema nervioso, que puede pasar de un sistema a otro de forma muy brusca, extrema y en poco tiempo. Esto genera la imposibilidad de construir una buena percepción de sí mismo, y por lo tanto de relacionarse satisfactoriamente con los demás. Es un patrón vincular muy habitual en niños/as maltratados, que correlaciona con el trastorno límite de la personalidad según muchos estudios.

Podemos observar estos patrones relacionales tanto en adultos como en niños. En ambos casos son una gran fuente de información sobre qué elementos causales se presentan más relevantes para explicar el daño en un menor, así como la forma de mitigarlo. En este sentido conviene recordar que no siempre los patrones relacionales más agresivos son los que generan más daño en un menor.

3. Conclusiones para la evaluación de sospechas de desprotección infantil

Evaluar las propiedades de la interacción y afecto que se dan en una familia debe ser una tarea transversal a todos los casos, ya que es un elemento predictor del nivel de daño en el menor y nos permite identificar aspectos claves de tratamiento. Para ello, conviene en nuestras evaluaciones, examinar todas las propiedades de esta interacción y describir qué cualidad presentan en un caso determinado. Esto será lo que explique tanto el tipo de apego de un menor o adulto, como el impacto en el sistema nervioso de las situaciones de trauma vividas por esa persona.

El tratamiento posterior de las consecuencias del maltrato, tanto en niños como en adultos, debe abordar no solo las huellas de acontecimientos traumáticos específicos, sino también las consecuencias de no habernos reflejado en ningún espejo, de que no hayan sintonizado con nosotros o que no nos hayan cuidado y querido de manera constante: la disociación y la pérdida de autorregulación.

En este sentido, restaurar la sincronía que no se pudo construir debe ser una tarea fundamental del tratamiento y es imposible hacerlo si no integramos nuestros sentidos corporales. Los niños maltratados perciben que salir de esa situación no es posible, en lugar de eso, centran su energía en no pensar en lo que les ha pasado y no sentir los residuos de miedo en su cuerpo. Como no pueden tolerar saber lo que han experimentado, tampoco pueden comprender su ira, tristeza o colapso tengan algo que ver con esa experiencia: no hablan, solo actúan y lidian con sus sentimientos estando rabiosos, dóciles o desafiantes.

Un metanálisis de 130 estudios, citado por Van der Kolk en su libro, fue utilizado para tratar de incorporar al DSM5 la categoría de trauma del desarrollo (rechazado pese a la unanimidad del grupo de expertos designado para verificar su presencia y contenido), mostró un perfil constante en estos niños que nos habla de necesidades de tratamiento:

- Patrón generalizado de desregulación.
- Problemas de atención y concentración.
- Dificultades para llevarse bien consigo mismo y con los demás.

Los estados de ánimo y sentimientos de estos niños pasan rápidamente de un extremo a otro, de rabietas y pánico al desapego...etc: tener un sistema biológico que permanentemente bombea hormonas del estrés para hacer frente a amenazas (reales o imaginarias) provoca problemas físicos: problemas de sueño, cefaleas, dolores, sensibilidad extrema. Para aliviar esto se desarrollan síntomas varios, balanceo, morderse, agredir, masturbación compulsiva, pellizcarse. Esto causa dificultades en el procesamiento del lenguaje y la motricidad fina. Al estar toda su energía puesta en mantener el control de todo esto, les cuesta concentrarse en cualquier cosa que no sea directamente relacionada con la supervivencia (como el trabajo escolar).

Por otro lado, estos trabajos de investigación sobre apego, interacción y afecto nos enseñan dos cosas interesantes relativas a nuestra posición profesional con dichas familias. La primera de ellas se refiere a que en nuestro trabajo con la familia debemos de ser conscientes que reproducimos una relación vincular, en la que los modelos de vinculación de la persona con la que trabajo, se van a escenificar. Esto es en sí una potente herramienta evaluativa, habremos de observar cómo se vincula esa persona y podremos extraer conclusiones sobre su estilo vinculatorio para con sus hijos.

La segunda es que está reproducción de la relación vincular que se produce con las familias es, además, una potente herramienta interventiva, ya que si como profesional soy capaz de desplegar con suficiente adecuación las distintas propiedades reguladoras de la relación interpersonal con las personas que trabajo, el trabajo será más mucho más eficaz. Será también eso sí, más difícil por una razón muy simple: nos estamos implicando personalmente, como personas, en una relación con otra persona. Esto es mucho más costoso energéticamente que tratar al paciente como un sujeto con un problema al que voy a ofrecer mis conocimientos para que pueda mejorar su situación.

Bibliografía

Stefano Cirillo y Paola di Blasio (1991): “Niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar”. Editorial Pléyades.

Bessel Van der Kolk (2015): “El cuerpo lleva la cuenta”. Editorial Eleftheria.

Stephen Porges (2011): “Teoría polivagal”. Editorial Pléyades Planeta

Daniel Stern (1991): “ El mundo interpersonal del infante”. Editorial Paidós.

Crittenden, P.M., 1995, Attachment and psychopathology, S. Goldberg, R. Muir et J. Kerr (éds.), *Attachment theory: social development and clinical perspectives*, Hillsdale, NJ, Analytic Press

Belsky, J, Rosenberg, K y Crnic K., 1995, The origins of attachment security: “Classical” and contextual determinants, S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, Hillsdale, NJ: Analytic Press, 153-183.