

FACTORES PROTECTORES EN LA CRIANZA DEL TRAUMA INFANTIL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

PROTECTIVE FACTORS IN PARENTING CHILDHOOD TRAUMA FROM SOCIAL WORK

Susana Merino Lorente

Universidad del Atlántico Medio y Bircham International University

Resumen: las relaciones con los cuidadores familiares son importantes para el desarrollo óptimo biopsicosocial en la infancia. La disponibilidad y la calidad del vínculo del cuidado del niño es primordial. Las experiencias traumáticas pueden afectar las relaciones de apego entre el cuidador primario y el niño de varias maneras diferentes, asimismo repercuten en el desarrollo psicosocial del menor. Este artículo examina las posibles asociaciones entre el trauma originado en la infancia, la salud mental junto con la calidad de la relación parento-filial y factores protectores como el trabajo social. Se expone como se transmite a nivel epigenético las experiencias traumáticas, condicionadas por el entorno a través de los factores de riesgo o protectores que están determinados por el tipo de apego, las estrategias comportamentales, cognitivas y afectivas aprendidas. Desde este entendimiento el trabajo social puede fomentar recursos protectores, y revertir los efectos adversos de la transición a la etapa adulta y epigenética.

Palabras Clave: apego, trauma, infancia, psicosocial, epigenética.

Abstract: relationships with family caregivers are important for optimal biopsychosocial development in childhood. The availability and quality of the child care relationship is paramount. Traumatic experiences can affect the attachment relationships between the primary caregiver and the child in several different ways, and they also impact the psychosocial development of the child. This article examines the possible associations between trauma originating in childhood, mental health along with the quality of the parent-child relationship and protective factors such as social work. It exposes how traumatic experiences are transmitted at an epigenetic level, conditioned by the environment through risk or protective factors that are determined by the type of attachment, learned behavioral, cognitive and affective strategies. From this understanding, social work can promote protective resources, and reverse the adverse effects of the transition to adulthood and epigenetic stage.

Keywords: attachment, trauma, childhood, neuropsychology, epigenetics.

Referencia normalizada: Merino, S. Factores protectores en la crianza del trauma infantil desde el trabajo social. Trabajo Social Hoy 102 (pág. 37-49). Doi: 10.12960/TSH 2024.0009

Correspondencia: Susana Merino Lorente. Universidad del Atlántico Medio y Bircham International University. Página web: <https://sites.google.com/view/menteycoaching/p%C3%A1gina-principal>

1. INTRODUCCIÓN

El apego describe el vínculo emocional que nutre y mantiene la cercanía entre un niño y los adultos de su sistema que son responsables de validar, apoyar, cuidar y proteger al niño. El apego seguro proporciona a los niños una crianza positiva, posibilita crear vínculos afectivos significativos con los cuidadores o modelos de crianza, que demuestran estar disponibles y ser confiables. La teoría del apego y los hallazgos de investigaciones sobre estilos de apego, capacidad de resiliencia¹ y trastornos han sentado las bases para comprender la importancia del contexto relacional para el bienestar y el desarrollo infantil (Cyrulnik, 2020).

Las fluctuaciones en la calidad de los apegos, especialmente según el tipo de apego y sucesos traumáticos, tienen un impacto significativo en el desarrollo de un niño pequeño. Niños con experiencias de apego perjudiciales, como apego desorganizado o apego ausente, como en el apego reactivo puede desencadenar daños emocionales, se considera que corren el mayor riesgo de psicopatología concurrente y futura (Toof *et al.*, 2020).

Está claro que las experiencias traumáticas que pueden ser de muy diferentes índoles como los desastres naturales, violencia emocional o física, enfermedades, duelos, pobreza, etc., las consecuencias pueden crear secuelas severas. Al mismo tiempo, las repercusiones pueden ser potenciadas o disminuidas por las relaciones de apego. Asimismo, los daños psicológicos sufridos en la infancia pueden ocurrir dentro de las relaciones de apego o incluso ser heredadas a través de los cuidadores primarios que han sido traumatizados en el pasado a través de la epigenética transgeneracional². A pesar de las complejas síntesis de apego, trauma y desarrollo cerebral (Pérez *et al.*, 2020), queda mucho por aprender sobre cómo las experiencias traumáticas afectan las relaciones de apego, tanto directa como indirectamente, y cómo las relaciones de apego pueden moderar los efectos del trauma infantil.

Este artículo proporciona una breve exposición de la clasificación del apego necesario de entender en el trabajo social, así como psicológico. Además, se analiza la relación entre el trauma y el apego, incluida nuestra comprensión actual de cómo el trauma de los cuidadores primarios y los estilos de apego del pasado pueden amenazar la resiliencia junto con las relaciones de apego actuales entre padres e hijos. Desafortunadamente, muchas preguntas sobre la compleja relación entre el apego y el trauma están actualmente sin explorar y sin respuesta.

Se expone el impacto negativo de los vínculos traumáticos en el desarrollo del cerebro y la salud mental infantil, la neurobiología del trauma infantil, los aspectos psicosociales de un tipo de apego inseguro asociado a los eventos traumáticos, las deficiencias inducidas por el trauma de un regulador en la corteza orbitofrontal³, los vínculos entre la disfunción orbitofrontal y una predisposición a los trastornos de estrés postraumáticos⁴ (TEPT) (De Bellis *et al.*, 2013). Estas investigaciones confirman que los tipos de apego inciden directamente en las funciones reguladoras del cerebro y las respuestas adaptativas, así como la transferencia epigenética.

1 Capacidad de afrontar y superar los eventos adversos.

2 Corresponde a la herencia de información epigenética, transmitida a través de la línea germinal entre generaciones y ocurre sin influencia ambiental directa que causa variación fenotípica en generaciones no expuestas. Para ello, se tiene en cuenta, que la epigenética es el estudio de las variaciones que activan o desactivan genes sin cambiar la secuencia del ADN, debido principalmente a la exposición a factores del entorno.

3 Forma parte del lóbulo frontal, se encarga del proceso racional de la toma de decisiones.

4 Provocado por una situación traumática intensa, puede ser experimentado o presenciado. Los síntomas pueden incluir flashbacks, pesadillas y ansiedad severa, así como pensamientos incontrolables sobre la situación.

Finalmente, proporcionamos una descripción de ciertas pautas de intervención en trabajo social y emocional que se necesitan implementar para el desarrollo y bienestar infantil y familiar. El diagnóstico y tratamiento del trauma infantil desde la figura del apego a menudo se malinterpreta y, a veces, no se aplica a niños con diversas experiencias traumáticas y/o problemas de conducta externalizantes⁵. Por tanto, incluimos tanto una descripción general de los conceptos clave de afrontamiento ante sucesos traumáticos en la infancia como los principios básicos para tratar este trastorno desde las relaciones y entornos seguros

2. TRAUMA INFANTIL

El trauma de la primera infancia puede contribuir al aumento de problemas de salud física y mental en el futuro. El trauma experimentado en los primeros años de vida a menudo está asociado en la etapa adulta a una mayor probabilidad de experimentar desafíos de situaciones límites o de riesgo para hacer frente a los factores estresantes de la vida, mayores problemas de comunicación y comportamientos reactivos, aportando más respuestas desadaptativas ante factores estresantes de la vida (Banker *et al.*, 2019).

Si el trauma no se trata, puede poner en peligro el equilibrio emocional. Algunos niños pueden no mostrar signos de trauma o dificultades de afrontamiento hasta muchos años después. Hay tres tipos diferentes de trauma: físico, emocional y sexual. Aunque el trauma físico y sexual es una realidad evidente, el trauma emocional no siempre se puede apreciar. Cada tipo de trauma es igualmente dañino y tiene un impacto devastador en la calidad de vida (Banker *et al.*, 2019).

El trauma es un factor de riesgo importante para desarrollar trastornos de salud mental y problemas de salud física (Banker *et al.*, 2019). El trauma experimentado durante los primeros cinco años de vida puede tener consecuencias devastadoras. La teoría del apego de Bowlby ayudó a crear una comprensión de la relación entre el trauma y el apego (Pierrehumbert, 2020). Es una relación estrechamente entrelazada. El estilo de apego de una persona, basado en el trauma que experimenta, afecta su estilo de apego con su descendencia, este ciclo se repite a través de la epigenética⁶.

El trauma tiene un efecto devastador en el bienestar mental. Cuando un menor experimenta un trauma, ocurren cambios biológicos en el cerebro. Estos cambios afectan la salud física, social y mental de una persona. Esto es especialmente así en relación con los traumas de la niñez. Cuando una persona experimenta formas repetidas de trauma, la información sensorial llega a la amígdala, que es la parte instintiva del cerebro (Hudspeth y Matthews, 2019). Asimismo, se vuelven vulnerables al recuerdo traumático, desconectan la corteza prefrontal del cerebro. Este estado de desregulación emocional además puede causar otros mecanismos adaptativos de defensa ante estos niveles altos de estrés y búsqueda de equilibrio homeostático⁷ a través de hábitos como es el uso o abuso de sustancias (Greaney, 2022).

5 Contiene dificultades relacionadas con la agresión, falta de atención, desobediencia y conducta delictiva.

6 No representan un cambio en la secuencia del ADN, pero juegan un papel importante en el cambio de la expresión génica.

7 Propensión a mantener la propia condición de equilibrio, mediante mecanismos de autorregulación, el organismo pretende mantener un equilibrio interno en respuesta del entorno.

Por lo tanto, las personas que han experimentado un trauma tienen más probabilidades de experimentar pensamientos reactivos que pensamientos racionales (Hudspeth y Matthews, 2019). El trauma y el apego afectan directamente la capacidad de una persona para hacer frente a los factores estresantes (Pierrehumbert, 2020). Los factores estresantes o estilos de afrontamiento evitativo/desadaptativo están estrechamente relacionados con el tipo de apego (Figura 1).

Figura 1. Teoría del apego



Nota. Adaptado de Bartholomew y Horowitz (1991); Griffin y Bartholomew (1991); Mikulincer y Shaver (2007) y Levine y Heller (2010).

Por consiguiente, el apego no seguro (desorganizado, evasivo o ansioso), se caracteriza por manifestar cambios en la regulación afectiva y conductual, problemas interpersonales y síntomas disociativos. Es el resultado de una interrupción del apego seguro temprano o de un trauma del desarrollo y se caracteriza por síntomas de despersonalización y desrealización, así como síntomas centrales TEPT (Van Huijstee y Vermetten, 2018).

Pocos estudios publicados han medido específicamente el papel de la validación emocional junto con las prácticas de crianza en el ajuste de los niños después de eventos traumáticos, se han centrado principalmente en la violencia familiar como estrés traumático. Guzmán Endara (2021) evaluó el funcionamiento de los niños en función de varios factores (abusos sexuales, emocionales, físicos y/o negligencia). Encontraron una asociación positiva significativa entre los síntomas de trastorno traumático de desarrollo⁸ (TTD) de los cuidadores primarios y los síntomas de internalización⁹ del niño. Sin embargo, la crianza positiva (evaluada por el autoconcepto) predijo menos conductas de internalización y externalización en la primera etapa de la infancia, incluido el

⁸ Dificultades derivadas de experiencias traumáticas repetidas en la infancia.

⁹ Pensamientos y sentimientos relacionados con la tristeza y miedo constantes.

TEPT, y un mejor rendimiento escolar. No obstante, Rossmann *et al.* (2022), señalaron que «los mecanismos por los cuales este soporte interactúa con los sistemas fisiológicos y conductuales para facilitar el ajuste fino necesitan ser investigados con mayor profundidad».

Levendosky y Graham-Bermann (2000) encontraron que los comportamientos de crianza observados en mujeres maltratadas se correlacionaban con los comportamientos de los niños y, que la crianza de los hijos estaba directamente influenciada por la experiencia de violencia doméstica, así como por el papel mediador de la salud mental de las madres. Además, el comportamiento antisocial de los niños se relacionó significativamente con el control de autoridad percibido por las madres.

Lieberman *et al.* (2005) examinaron las asociaciones entre las relaciones entre padres e hijos, el historial de traumas maternos y los resultados de los niños en 85 niños en edad preescolar que presenciaron violencia entre padres. Encontraron evidencia de efectos separados y únicos de la psicopatología materna y la calidad de la relación madre-hijo en la predicción de dificultades de conducta infantil. Los hallazgos de los estudios de intervención de crianza pueden proporcionar información valiosa sobre las prácticas de crianza con respecto al ajuste infantil como evidencia de modelos conceptuales o teóricos de influencia. Hay datos disponibles de los pocos estudios que abordan esto, aunque los tamaños de muestra son pequeños.

Fisher *et al.* (2000), aportaron intervenciones que posibilitaban mejorar los recursos adaptativos de los niños en edad preescolar que habían vivido maltrato infantil. Esta intervención proporcionó principios de aprendizaje de la interacción comunitaria mediante la psicoeducación familiar centrada en la crianza de los hijos. El grupo de comparación de cuidado de crianza estándar mostró disminuciones en el funcionamiento o respuestas desadaptativas del niño doce semanas después de la intervención, mientras que el grupo de cuidado de crianza de intervención temprana mostró mejoras en el comportamiento y sus cuidadores primarios adoptaron y mantuvieron estrategias de crianza positivas. También se han demostrado cambios en las mediciones de cortisol¹⁰ salival, lo que indica que los cambios biopsicosociales pueden estar asociados con una mejora del comportamiento. Estos datos proporcionaron evidencia preliminar de que mejorar la crianza de los hijos en la primera infancia puede moderar directamente los efectos biofisiológicos y conductuales del trauma violento.

El único ensayo controlado aleatorizado de una intervención de crianza para reducir los problemas de comportamiento en niños en edad escolar de mujeres maltratadas (Jouriles *et al.*, 2001), evaluó la crianza basada en el hogar familiar de 4 a 6 meses para madres que abandonan el albergue para mujeres maltratadas. Esta intervención preventiva se centró en las habilidades de liderazgo de los niños, también brindó apoyo instrumental y emocional a las madres. Durante el período de seguimiento de un año, las madres que participaron en el apoyo del proyecto mostraron mejores habilidades relacionales con los niños, los problemas de comportamiento de sus hijos disminuyeron más rápido y tenían menos problemas en general que los niños que recibieron «servicios habituales». Estos estudios son consistentes en mostrar evidencia de los efectos próximos de la crianza de los hijos y distintos efectos de la salud mental materna o paterna en el ajuste postraumático de los niños.

10 Hormona esteroide se libera como respuesta al estrés.

3. PRÁCTICAS DE CRIANZA Y ANGUSTIA POSTRAUMÁTICA INFANTIL/SÍNTOMAS DE INTERNALIZACIÓN¹¹

Una gran cantidad de literatura empírica ha documentado los efectos de las prácticas de crianza sobre los síntomas de externalización de los niños, pero pocos estudios han examinado o probado las intervenciones de crianza para abordar los síntomas de TEPT de los niños. Una excepción es el trabajo de Lieberman *et al.* (2005), quienes desarrollaron y probaron la efectividad de la psicoterapia de cuidadores primarios e hijos, a través de intervenciones que fomentaban el apego seguro para madres y sus hijos en edad preescolar expuestos a la violencia doméstica. Informaron de los resultados de los ensayos clínicos controlados aleatorizados de intervenciones de 75 días sobre el comportamiento infantil y los síntomas de estrés traumático al año de seguimiento, los resultados de este grupo fueron comparados con un grupo control de la misma comunidad. Desafortunadamente, debido a la edad de los niños y la falta de medidas de observación, las madres fueron los únicos informantes de los resultados. La investigación probó la efectividad del modelo de aprendizaje de interacción social y estilos de crianza. Estos estudios han demostrado que las prácticas de crianza asociadas con problemas de comportamiento infantil son maleables y que la adaptación de los niños se puede mejorar manipulando las prácticas de crianza en intervenciones preventivas o de tratamiento (Falconi Almeida y Morales Guevara, 2022). Al enfatizar el comportamiento de externalización, este modelo prestó atención secundaria al papel de la crianza en la formación de los síntomas de internalización de los niños. Sin embargo, la evidencia de los ensayos controlados aleatorios sugiere que los cambios en las prácticas de crianza conducen a cambios tanto en los síntomas de internalización como de externalización. Por ejemplo, DeGarmo y Jones (2019) informaron que después de los cambios psicológicos producidos en la familia, en una intervención grupal de crianza diseñada para reducir el abandono de los niños por parte de las madres que se divorciaron, las mejoras iniciales en la crianza materna llevaron a reducciones en los síntomas de internalización traumática de los niños. Estas mejoras en los síntomas redujeron las conductas externalizantes de los niños.

En un estudio piloto reciente, Gewirtz *et al.* (2008) utilizaron un marco de referencia del nivel de integridad de la seguridad¹² (SIL) para examinar las trayectorias de recuperación de niños de 6 a 12 años expuestos recientemente a la violencia doméstica. La eficacia de la crianza (resolución de problemas, desarrollo de habilidades, establecimiento de límites y compromiso positivo) evaluada dentro del primer mes del evento traumático predijo la tasa de reducción en los síntomas de ansiedad autoinformados de los niños durante los siguientes 3 meses. No obstante, se necesitan más estudios para determinar el papel de las prácticas de crianza en los síntomas de internalización de los niños después de la exposición al trauma.

4. EPIGENÉTICA Y RESILIENCIA

Hay pruebas considerables de que el epigenoma¹³ es vulnerable a la adversidad, incluido el estrés prenatal, los traumas de la vida temprana, el maltrato y el estrés social, que se han revisado en otros lugares. El epigenoma es especialmente vulnerable en las primeras etapas de vida. Aunque las consecuencias epigenéticas de estos eventos a menudo se estudian de forma aislada, existe

¹¹ Se relaciona con manifestaciones de ansiedad, conducta depresiva y dificultades somáticas.

¹² Propicia reducción de riesgo y seguridad.

¹³ Es una serie de compuestos químicos en contacto con el ADN que modifican o marcan el genoma de forma que le indican qué realizar, dónde y cuándo realizarlo.

evidencia de efectos acumulativos y longitudinales. El tiempo transcurrido desde la adversidad puede disminuir la magnitud de los cambios epigenéticos, mientras que las fuentes de adversidad repetidas o variables pueden acumularse para producir respuestas epigenéticas más grandes. Estos cambios epigenéticos inducidos por la adversidad se correlacionan con la sensibilidad posterior a la adversidad y, por tanto, con una sensibilidad reducida (Szyf, 2022).

Menos conocidos son los efectos de los factores ambientales positivos o protectores sobre el epigenoma. Si bien se cree que la ausencia de factores dañinos o negativos cambia la trayectoria de la salud mental a la resiliencia, también es importante comprender qué factores contribuyen directamente a la propia resiliencia. Se ha descubierto que el cuidado de los cuidadores primarios es un factor protector que promueve la resiliencia con los cambios epigenéticos. Un estudio que examinó las consecuencias epigenéticas y psicológicas de la variación natural en el comportamiento materno en ratas que no protegían, proporcionaban afecto o agredían a sus crías, dio lugar a crías con respuestas hormonales de estrés más fuertes y comportamientos depresivos, similares a la ansiedad, así como una metilación del ADN reducida en regiones clave de codificación del gen receptor en el sistema de estrés de glucocorticoides (Nr3c1) y aumento de la acetilación de histonas en el tejido del hipocampo. Los estudios preliminares en humanos sugieren que aspectos del cuidado infantil, como la lactancia materna y el contacto físico, también están asociados con una disminución de la metilación de N3CR1 y BDNF¹⁴ y aumento de la metilación del gen proinflamatorio factor necrosis tumoral (TNF) (Rodríguez Montoya, 2022).

Los aspectos positivos del entorno, como la estimulación cognitiva, la alimentación saludable y el ejercicio, también pueden promover la resiliencia a través de mecanismos epigenéticos. Se encontró que el enriquecimiento ambiental en la fase temprana de desarrollo de los ratones cambia la expresión del ARN y la acetilación de histonas en el gen neurotrófico derivado del cerebro (Bdnf) y también corrige los cambios epigenéticos causados por un trauma hereditario (Rutten, 2009). De manera similar, se encontró que los componentes individuales de los alimentos, las sustancias fitoquímicas dietéticas y el afecto reducen el comportamiento que conduce a trastornos mentales como la depresión a través de mecanismos epigenéticos que se enfocan en la inflamación sistémica y la plasticidad neuronal en ratones. Aunque es difícil de traducir a los humanos, los factores asociados con un estilo de vida saludable, como la actividad física moderada, la calidad de la dieta, la estimulación cognitiva y afectiva se han relacionado con el desarrollo de resistencia o capacidad de resiliencia (Romá-Mateo y Delgado-Morales, 2019).

Es importante tener en cuenta que, aunque generalmente se cree que los aspectos negativos del entorno sensibilizan a las personas ante una mayor adversidad, algunos factores negativos en realidad pueden aumentar la resiliencia a través del llamado «efecto de acero»¹⁵. Por ejemplo, los ratones que manifiestan ciertas respuestas adaptativas ante el estrés leve parecen promover la paciencia. De manera similar, en un estudio de cohorte reciente, de niños brasileños que experimentaron violencia materna prenatal mostraron una mayor resiliencia a la violencia materna posnatal en comparación con aquellos que solo experimentaron violencia posnatal, identificaron sitios diferencialmente metilados en los genes FKBP5 y NR3C1. Sugiriendo un mecanismo de adaptación al estrés prenatal para superar la adversidad posterior (Cordeiro *et al.*, 2021). Aunque

14 Proteínas que promueven la conservación de las neuronas. Es esencial para el desarrollo del cerebro y el incremento de la plasticidad cerebral.

15 Resistencia «sólida» (estructura de acero), resiliente ante las adversidades.

este trabajo preliminar propone que las experiencias de vida negativas pueden condicionar la resiliencia posterior a través de cambios epigenéticos, se necesitan más trabajos para confirmar estos hallazgos y comprender el umbral, para que tales experiencias no perjudiquen la resiliencia y entender que otros mecanismos asociados potencian estas respuestas (Romá-Mateo y Delgado-Morales, 2019).

5. APEGO, TRAUMA E INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden afectar al epigenoma además del efecto terapéutico. Un enfoque más actual del epigenoma, ha posibilitado integrar estos conocimientos a las intervenciones que han permitido reducir los síntomas del TEPT y la metilación diferencial del ADN en varios genes (Guillén-Burgos y Gutiérrez-Ruiz, 2018).

Puede ser útil observar los tratamientos desde la perspectiva del vínculo seguro necesario de trabajar con los cuidadores primarios junto a sus hijos, que requieren un sólido sistema de apoyo psicológico para gestionar las consecuencias psicosociales generadas por los eventos traumáticos. En este sistema de apoyo se necesita integrar la salud emocional y trabajo social a través de los siguientes puntos (Caruana, 2021; Ocaña Blasco *et al.*, 2021; Serrano, 2022).

1. *Entorno seguro.* La reconstrucción de estos sistemas biopsicosociales de hábitos saludables de cuidado (relacional, afectivo, alimenticio y actividad física). Las características esenciales del trauma psicológico son la pérdida de poder y la desconexión de los demás. Por lo tanto, el proceso de recuperación se basa en el empoderamiento del sobreviviente y la restauración de los hábitos saludables de cuidado en ambientes adecuados.
2. *Escucha activa.* Estar totalmente disponible y presente, escuchar (respetar los silencios) todo lo que le ocurre y expresa sin juzgar.
3. *Empatía.* Entender sus emociones, y aportar una retroalimentación en consonancia.
4. *Sensibilización.* No se necesita entender los sentimientos, se precisa aceptar incondicionalmente.
5. *Realidad libre de juicio.* Permitir que se exprese, aceptar y encontrar soluciones desde el apoyo incondicional.
6. *Capacidad de resiliencia.* Identificar los límites y fortalezas para encontrar soluciones constructivas. Reducir riesgos y barreras para aumentar los factores protectores.
7. *Regulación emocional.* Conectar emocionalmente con los demás, ser consciente y estar presente. Potenciar la capacidad adaptativa del propio estado emocional de los cuidadores primarios, para transmitirlo a sus hijos. Esto puede incluir comportamientos como reformular una situación de forma consciente que produce el malestar de forma regulada para reducir el malestar, la ira o la ansiedad y para gestionar constructivamente la tristeza, el estrés y los miedos.
8. *Apego seguro.* A través de vínculos seguros de las personas significativas como los cuidadores primarios en entornos seguros. Buscar diferentes estrategias de apego que pueden significar

calidad en las relaciones en un entorno seguro. Se necesita buscar diferentes recursos de apego que pueden significar habilidades biopsicosociales que incluyen mecanismos de afrontamiento adaptativo al estrés y la evasión.

9. *Elaboración del trauma no resuelto.* Adaptar el tratamiento, para conectarse con sus emociones que permite romper con la disociación¹⁶, dejando atrás los conflictos a través de intervenciones psicológicas directivas.

Figura 2. Intervenciones en apego



Nota: Elaboración propia. Susana Merino Lorente.

Incluso en la edad adulta, las estrategias de apego, la validación emocional junto con la capacidad de resiliencia, están abiertas a revisión y evolución. Por lo tanto, es esencial proporcionar una base sólida y ayudar al niño, joven y cuidador primario para resolver problemas pendientes del trauma. Todo esto, permitirá facilitar la transición a un entorno más seguro, desde estrategias de apego seguro que mejoran la capacidad para mantener relaciones íntimas seguras en el futuro.

6. DISCUSIÓN

Está claro que el vínculo nocivo y patógeno puede perturbar significativamente las relaciones afectivas de los bebés y niños pequeños. En los casos más extremos, se pueden encontrar los abusos severos, la negligencia severa e incluso institucionalizados. Los niños pequeños pueden exhibir comportamientos relacionales altamente desviados (internalizantes y externalizantes),

¹⁶ Mecanismo de defensa ante los sucesos traumáticos.

como retraimiento/inhibición emocional o incoherencia/inhibición social. Otro efecto relativo del trauma es un mayor riesgo de relaciones de apego menos adaptativas.

Se ha explorado la relación entre las experiencias traumáticas pasadas de los cuidadores primarios, el estado mental de los padres, el comportamiento interactivo y la relación de apego entre cuidadores primarios e hijos. Cuando las relaciones de apego emergen de un trauma, pueden tener efectos duraderos en la regulación emocional, el estilo intra e interpersonal y las experiencias de relaciones íntimas de un niño. No obstante, aún se necesita investigar más en las relaciones complejas, recíprocas, directas e indirectas entre trauma y apego.

Cabe señalar que nuestra comprensión de la etiología del trastorno reactivo del apego y de los patrones de apego significativamente perturbados, como el apego no seguro, presupone que el niño en la primera etapa de vida sufre relaciones claramente atípicas y gravemente perturbadas. Para un menor, estos factores biopsicosociales están estrechamente relacionados con la calidad de vida y bienestar emocional, condicionadas por la disponibilidad de los cuidadores primarios. Por otro lado, los trabajos sociales y clínicos expuestos con menores en crianza temporal han comprobado que las respuestas adaptativas a los sucesos traumáticos de estos menores asociados al apego seguro propiciaron respuestas resilientes transmitidas por la relación con el cuidador primario.

Aunque ciertamente no sugerimos que este sea el único factor en la recuperación de experiencias traumáticas, muchos profesionales han destacado la importancia de una relación de apego constante que fomenta la relación sana en la vida de los menores que sufren diversas formas de trauma y para ello el trabajador social junto con otros profesionales pueden facilitar este proceso. Cada vez se reconoce más el impacto de las primeras experiencias adversas en el desarrollo posterior, que puede tener efectos a largo plazo sobre la salud biopsicosocial. Ahora se necesitan investigaciones específicas para definir mejor los mecanismos que vinculan las experiencias traumáticas de los cuidadores y su impacto en las relaciones de unión con sus hijos y el papel fundamental de los trabajadores sociales, así como los psicólogos y educadores. Por ejemplo, aún no se ha realizado un estudio de diseño longitudinal que evalúe de forma independiente el trauma del cuidador, el apego adulto y el apego infantil y la repercusión de agentes externos o profesionales como son los trabajadores sociales o psicólogos, así como las diferencias entre hermanos gemelos que han vivido los mismos eventos. Asimismo, se necesita investigar los mecanismos de defensa o de riesgo por los cuales opera el trauma junto al apego, requiere necesariamente examinar los efectos del trauma en el cerebro en desarrollo y como puede además repercutir la intervención del trabajo social y psicológico.

7. CONCLUSIONES

El interés en la epigenética es un ejemplo de los esfuerzos recientes para comprender cómo el trauma y los trastornos del apego conducen a una inadaptación persistente (McGowan *et al.*, 2009), es necesario entenderlo no solamente desde la neuropsicología sino también igual de relevante en el trabajo social. También hay mucho que aprender sobre cómo una relación de apego protege o debilita la experiencia de un niño o joven de un evento potencialmente traumático, la capacidad del menor para recuperarse del trauma y cómo el trauma puede afectar esas mismas relaciones de apego. La investigación futura, así como los trabajos sociales deben examinar cómo

las relaciones de apego facilitan o dificultan la capacidad de un menor para reconocer, integrar, manejar y conectar las emociones, comportamientos intensos y angustiosos causados por la exposición al trauma, y cómo dichas experiencias se incorporan a las creencias y comportamientos adquiridos. Las expectativas de vínculos y entornos seguros potenciado por los cuidadores primarios permiten comprender la compleja interacción entre el trauma, las cogniciones, las expectativas, las emociones, los recuerdos y el comportamiento de afrontamiento. Este entendimiento desde el trabajo social posibilita mejorar la calidad de vida de estos niños y niñas en situación de vulnerabilidad familiar, además puede aumentar la conciencia sobre el trauma infantil para promover estrategias preventivas o de afrontamiento adaptativo que fomenten un funcionamiento biopsicosocial más saludable desde la primera infancia. Una mayor formación en epigenética debería ser más central para la formación en aspectos psicosociales. Esta relación no debe ser unidireccional. La epigenética puede informar al trabajo social y psicológico. Por otro lado, dada la complejidad de los fenotipos cognitivos, se necesita recurrir a los factores biopsicosociales y educativos que desempeñan un papel valioso para participar y clarificar las investigaciones epigenéticas, prácticas familiares, psicoterapéuticas, comunitarias, sociales y educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banker, J., Witting, A. B. & Jensen, J. (2019). «Hormones and childhood trauma: links between the physical and psychological». *The Family Journal*, 27(3), 300-308. <https://doi.org/10.1177/1066480719844026>
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). «Attachment styles among young adults: a test of a four-category model». *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Caruana, M. C. (2021). *De las interferencias parentales a la violencia filio-parental: manual práctico para un abordaje terapéutico* (vol. 12). Ediciones Morata.
- Cordeiro, N. M., Do Carmo, T. I. T., Amaral, S. S. A., Paes, J. A. P., E Ignácio, Z. M. (2021). «Adversidades na infância epigenéticas, resistência aos glicocorticóides e transtorno depressivo maior». *Simpósio de Neurociência Clínica e Experimental*, 2(2).
- Cyrułnik, B. (2020). «Trauma y resiliência». En Spiller, R.; Mahlke, K. Reinstädler, J., *Trauma y memoria cultural: Hispanoamérica y España*, 77-88.
- De Bellis, M. D., Woolley, D. P. & Hooper, S. R. (2013). «Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse», *Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. Child Maltreatment*, 18(3), 171-183. <https://doi.org/10.1177/1077559513497420>
- DeGarmo, D. S., & Jones, J. A. (2019). «Fathering Through Change (FTC) intervention for single fathers: preventing coercive parenting and child problem behaviors». *Development and Psychopathology*, 31(5), 1801-1811. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001019>

- Falconi Almeida, A. K. y Morales Guevara, D. K. (2022). *Estilos de crianza y resiliencia en estudiantes*. Instituto Superior Tecnológico Carlos Cisneros Riobamba, 2022 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10206>
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (2000). «Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1356-1364. <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00009>
- Greaney, T. M. (2022). «How self-kindness can help our patients». *Wiley Periodicals, Inc.* 32 (23), 5-6. <https://doi.org/10.1002/mhw.33287>
- Gewirtz, A., Forgatch, M. & Wieling, E. (2008). «Parenting Practices as Potential Mechanisms for Child adjustment Following Mass Trauma». *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 177-192. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). «Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment». *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430-445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Guillén-Burgos, H. F. y Gutiérrez-Ruiz, K. (2018). «Avances genéticos en el trastorno por estrés postraumático». *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.12.001>
- Guzmán Endara, E. E. (2021). *El Trastorno Traumático de Desarrollo como diagnóstico para niños y niñas víctimas de maltrato* (Bachelor's thesis, Quito: UCE). <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25219>
- Hudspeth, F. & Matthews, K. M. (2019). *Prenatal Brain Development: a Foundation for All Brain Development*. In *Counseling at the Beginning* (pp. 30-49). Routledge.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D. & Ezell, E. (2001). *Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence*.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D. & Ezell, E. (2001). «Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence». En S. A. Graham-Bermann & J. L. Edleson (eds.), *Domestic violence in the lives of children: the future of research, intervention, and social policy* (pp. 12-34). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10408-002>
- Levendosky, A. A. & Graham-Bermann, S. A. (2000). «Behavioral observations of parenting in battered women». *Journal of family psychology*, 14(1), 80-94. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.80>
- Levine, A., & Heller, R. (2010). *Attached: the new science of adult attachment and how it can help you find-and-keep-love*. Penguin.

- Lieberman, A. F., Van Horn, P. & Ozer, E. J. (2005). «Preschooler witnesses of marital violence: predictors and mediators of child behavior problems». *Development and psychopathology*, 17(2), 385-396. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050182>
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). «Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance». *Psychological inquiry*, 18(3), 139-156. <https://doi.org/10.1080/10478400701512646>
- Ocaña Blasco, K., Lacomba-Trejo, L., Alonso-Llácer, L. y Pérez-Marín, M. (2021). «Terapia basada en la compasión: regulación emocional, apego y salud mental». *Análisis y Modificación de Conducta*, 47(175). <https://doi.org/10.33776/amc.v47i175.5197>
- Pérez, I. M. C., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Sáez, M. C., Fernández-Fernández, V. y Pérez, A. M. (2020). «Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo». *Papeles del psicólogo*, 41(3), 219-232. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Pierrehumbert, B. (2020). «Una memoria sin recuerdos». *Tópicos del seminario* (44), 50-61. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-12002020000200050&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Montoya, C. (2022). *¿Es la epigenética el vínculo entre el maltrato infantil y el trastorno límite de personalidad? Una revisión sistemática*.
- Romá-Mateo, C., y Delgado-Morales, R. (2019). *La epigenética*. RBA Libros.
- Rossmann, M., Altomare, M., Pezzoli, I., Abruzzese, A., Spota, A., Vettorello, M., Cioffi, S. P. B., Virdis, F., Bini, R., Chiara, O., & Cimbanassi, S. (2022). «Risk Factors for Retained Hemothorax after Trauma: a 10-Years Monocentric Experience from First Level Trauma Center in Italy». *Journal of Personalized Medicine*, 12(10), 15701570. <https://doi.org/10.3390/jpm12101570>
- Rutten, B. P., & Mill, J. (2009). «Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders». *Schizophrenia bulletin*, 35(6), 1045-1056. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp104>
- Serrano, D. P. (2022). «El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma» [Pitillas, 2021]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis* (70), 9. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001191>
- Szyf M. (2022). «The epigenetics of early life adversity and trauma inheritance: an interview with Moshe Szyf». *Epigenomics*, 14(6), 309-314. <https://doi.org/10.2217/epi-2021-0483>
- Toof, J., Wong, J. & Devlin, J. M. (2020). «Childhood trauma and attachment». *The Family Journal*, 28(2), 194-198. <https://doi.org/10.1177/1066480720902106>
- Van Huijstee, J. & Vermetten, E. (2018). «The Dissociative Subtype of Post-traumatic stress disorder: research Update on Clinical and Neurobiological Features». *Current topics in behavioral neurosciences*, 38, 229-248. https://doi.org/10.1007/7854_2017_33