

Comprender y responder temprano a los traumas infantiles

Steven Marans

Resumen: Esta presentación describirá los esfuerzos de tipo psicoanalítico para profundizar y aplicar nuestra comprensión del fenómeno del trauma al desarrollo de estrategias de intervención exitosas y enfoques de tratamiento que puedan disminuir el sufrimiento inmediato y las cargas a largo plazo de los niños que han sido víctimas o testigos de violencia y otros eventos catastróficos.

Documento

En su artículo de 1968, "Indicaciones y contraindicaciones para el análisis infantil", Anna Freud analizó el dilema al que a menudo se enfrentan los analistas cuando su evaluación indica que el daño en el desarrollo de un niño está "causado y mantenido por influencias activas y continuas alojadas en el entorno" (p. 115). Señaló que frente a factores externos tóxicos ".....todos y cada uno de los aspectos de la personalidad del niño se ven afectados negativamente a menos que se disponga de fuentes definidas de suministro y apoyo..." Por ello, Anna Freud señaló que aunque el niño víctima necesita ayuda terapéutica, el tipo de ayuda no está claramente indicado, "ni [está] claramente circunscrito el papel del terapeuta en el proceso" (p. 115).

Además de mi trabajo clínico en la consulta o en mi papel de profesora y supervisora, uno de los principales objetivos de mi trabajo como psicoanalista ha sido comprender el impacto traumático de los "factores externos tóxicos" en la vida de los niños.

También he intentado aprender los tipos de ayuda terapéutica que podrían disminuir los efectos a largo plazo de la experiencia traumática en el desarrollo de la personalidad del niño. El hecho de que el trauma de un gran número de niños y familias abrumados por la violencia y otros sucesos catastróficos pasara tan a menudo desapercibido y rara vez se viera en nuestras consultas o clínicas condujo al desarrollo de las colaboraciones y enfoques de tratamiento psicoanalíticos que describiré hoy.

La colaboración del Yale Center for Traumatic Stress and Recovery (YCTSR) con las fuerzas del orden, los servicios de protección de menores, los evaluadores forenses de maltrato infantil, el personal de los servicios de urgencias pediátricas, los defensores de la violencia doméstica y con organismos estatales y federales nos ha llevado a trabajar con miles de niños y sus familias durante las últimas tres décadas. Los eventos que han iniciado nuestro contacto han incluido: asesinatos, asesinatos-suicidios, violencia doméstica, agresiones sexuales, abuso físico y negligencia, suicidios, accidentes automovilísticos, así como eventos con víctimas masivas como tiroteos en escuelas (incluyendo en Newtown, CT y Uvalde, TX), ataque terrorista del 9/11, y desastres naturales. Nuestro contacto ha abarcado desde respuestas agudas a un breve contacto de seguimiento durante el periodo peritraumático (es decir, las primeras 12 semanas tras el suceso traumático reciente) hasta un compromiso clínico a más largo plazo.

Anatomía de una pesadilla

Para acercarnos a las experiencias infantiles de sucesos traumáticos, consideremos por un momento el recuerdo infantil de la experiencia de despertar de una pesadilla. ¿Recuerdas el corazón acelerado, la respiración rápida, la sudoración y el pensamiento confuso, intentando desesperadamente localizar los límites de la experiencia; intentando determinar qué hay de real en el terror/amenaza que nos ha despertado? En esos momentos posteriores a la pesadilla, muchos de nosotros buscamos

automáticamente fuentes de seguridad y alivio. A veces lo buscamos en presencia de otras personas y nos quedamos atónitos, sin palabras, delante de nuestros padres, que pueden habernos preguntado solícitos por el mal sueño que debimos haber tenido, antes de mandarnos de nuevo a la cama. Con pocas palabras disponibles, puede que hayamos repetido, como un mantra, su recordatorio: "sólo era un sueño" y volvíamos a nuestras habitaciones. Algunos no tenían a quién recurrir. Lo hicimos lo mejor que pudimos, encendiendo las luces, evitando volver a dormir y así evitar volver a los sueños donde residía nuestro terror. Atentos a los recordatorios esperanzadores de la realidad y ante la incertidumbre que nos quedaba de que las amenazas percibidas sólo estaban en nuestras mentes, hicimos todo lo que pudimos para cambiar los canales y desactivar la repetición instantánea e involuntaria de los temas que evocaban miedo y pavor. A pesar de que los escenarios de las pesadillas eran muy individualizados y variados, todos compartíamos los temas subyacentes y las versiones de sus efectos aterradores.

Como psicoanalistas sabemos mucho sobre los peligros psíquicos y los miedos contra los que todos defendemos nuestra vida inconsciente. Más allá de la experiencia directa de la pesadilla, se nos recuerda regularmente en nuestro trabajo clínico — y en nuestras propias vidas— los peligros y temores más importantes que residen en nuestro mundo interno inconsciente: (1) la pérdida de la vida y de las vidas de aquellos a quienes amamos y de quienes dependemos; (2) la pérdida del amor de los demás y de nosotros mismos; (3) el daño a nuestros cuerpos y el deterioro de nuestro funcionamiento; (4) la pérdida del control de los impulsos, los afectos y el pensamiento integrador; y, (5) y, la pérdida de la estructura externa, la previsibilidad y el orden que proporcionan la base para anticipar, planificar y responder a los nuevos retos.

Como bien sabemos, este amplio conjunto de peligros que alimentan nuestras pesadillas, también acechan en el trasfondo de nuestra vida despierta. Mientras que nuestros esfuerzos suelen tener un alto costo, nuestra experiencia de la señal de ansiedad nos alerta, nos prepara y nos permite emprender acciones protectoras y defensivas. Y, tras la pesadilla, el miedo y la

excitación disminuyen a medida que la realidad se reafirma y el sueño puede volver a proporcionar la oportunidad de múltiples narrativas que ofrezcan alternativas placenteras a los aspectos temidos de nuestra imaginación.

Sin embargo, cuando los temas subyacentes de nuestras pesadillas se reproducen inesperadamente en la vida real, nuestra capacidad para recuperar rápidamente la distinción entre mundo interior y exterior y volver a conciliar el sueño no es, simple y trágicamente, una opción. A diferencia de la experiencia de la pesadilla, la situación traumática es aquella en la que los más poderosos de nuestros miedos inconscientes convergen con su súbita realización en acontecimientos sobre los que no tenemos control y de los que no hay escapatoria.

Definición de trauma y fases del trauma

Definimos la situación traumática como una lesión precipitada por la exposición a un peligro abrumador e imprevisto que conduce a la experiencia inmediata de pérdida de control, impotencia y terror; la ausencia de señal de ansiedad y la inmovilización de los métodos habituales para disminuir o, defenderse de la excitación intensa asociada al peligro (respuestas de lucha o huida); y, la desregulación neurofisiológica que compromete las respuestas somáticas, afectivas, cognitivas y conductuales a los estímulos. Tras la exposición a acontecimientos traumáticos, las reacciones de los niños pueden manifestarse/ocurrir en tres fases: (1) la fase aguda, desde unos instantes hasta varios días; (2) la fase peritraumática, hasta 12 semanas; y (3) la fase a más largo plazo, más allá de las 12 semanas posteriores a una experiencia traumática, cuando surgen el TEPT (trastorno por estrés post traumático) crónico y los trastornos relacionados, que reflejan adaptaciones crónicas a fallas de recuperación que pueden interrumpir y descarrilar la trayectoria de desarrollo óptima del niño.

En los niños, las alteraciones inmediatas o agudas se reflejan en síntomas en las siguientes áreas: a) somática (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, cambios en la respiración); b) afectiva

(p. ej., embotamiento, angustia/caos); c) cognitiva (p. ej., autculpabilización, fallas en el funcionamiento ejecutivo e integrador); y d) conductual (p. ej., retraimiento, interacciones agitadas, agresivas).

Los síntomas peritraumáticos reflejan una expresión más organizada y persistente de la desregulación traumática, y pueden observarse en una serie de síntomas que incluyen: alteraciones del sueño (incluido el aumento de pesadillas); ansiedad por separación y comportamiento inseguro y dependiente; hipervigilancia; quejas somáticas; irritabilidad y comportamiento oposicionista; regresión; impulsividad, distracción y falta de concentración; reexperimentación y recreación del suceso en el juego y la discusión; emociones embotadas, adormecimiento y aislamiento social; evitación de actividades y lugares; disociación; comportamiento agresivo; y dificultades escolares o conductas de riesgo. Muchos niños y adolescentes que han demostrado el impacto traumático de la exposición a sucesos violentos se recuperan y continúan en lo que Anna Freud describió como el "camino óptimo del desarrollo." Sin embargo, para demasiados niños, la última experiencia de peligro incontrolable es demasiado familiar y con demasiada frecuencia se sortea sin recursos internos, familiares ni del entorno que apoyen y ayuden a la recuperación.

Cuando los niños no consiguen recuperarse de las reacciones/síntomas agudos y peritraumáticos, las reacciones a más largo plazo reflejan alteraciones de los sistemas neuronales básicos, así como adaptaciones sintomáticas crónicas. Esto puede alterar gravemente el curso normal del desarrollo del niño y tener consecuencias psicológicas, fisiológicas y sociales para toda la vida. Éstas pueden incluir: problemas de apego/relación; TEPT; trastornos de ansiedad; trastornos del estado de ánimo; abuso de sustancias; comportamientos antisociales; comportamientos violentos y/o abusivos; enfermedades crónicas; y trastornos del carácter. Estas consecuencias a largo plazo no sólo ponen de manifiesto la enorme carga que los traumas no resueltos suponen para los individuos, sino también para los miembros de la familia y la comunidad en general. Estos efectos más amplios son aún más profundos y críticos si tenemos en

cuenta el volumen de niños que corren el riesgo de sufrir a corto y largo plazo como consecuencia de su exposición a una violencia abrumadora y a otros sucesos catastróficos.

Comprensión de los síntomas del trauma infantil

Al igual que en la pesadilla, tras la desregulación traumática aguda/inmediata de las funciones ejecutivas del yo, los sistemas fisiológicos de excitación y la experiencia somática y cognitiva, el niño traumatizado intenta protegerse, deshacer la experiencia original de impotencia asumiendo una postura vigilante hacia el mundo exterior, "localizando" externamente la fuente de peligro en un esfuerzo por desarrollar estrategias para evitar su repetición. Con el objetivo de revertir la experiencia traumática, el niño intenta tomar el control restableciendo la señal de ansiedad y asignando la amenaza a una fuente identificable. Si el peligro puede localizarse y anticiparse externamente, pueden tomarse medidas para evitar quedar pasivo, fuera de control e indefenso una vez más. Sin embargo, como sabemos, los síntomas de la evitación y la búsqueda de control conllevan un alto precio cuando los niños intentan evitar que se despierten los miedos humanos más básicos. El desafío de recuperar la sensación de control personal se exagera en tanto las experiencias originales de pérdida de control traumática relacionadas con el suceso se vuelven a vivir cuando los cambios fisiológicos —en particular la desregulación del sistema noradrenérgico— hacen que los cuerpos sean más vulnerables a umbrales más bajos de sobresalto, cambios rápidos en la frecuencia cardíaca, la respiración y la tensión muscular. Estos síntomas somáticos pueden ser especialmente angustiosos cuando las personas son incapaces de localizar conscientemente los recuerdos traumáticos o los desencadenantes que los provocaron.

Múltiples factores, como la proximidad física y emocional a un peligro abrumador, las vulnerabilidades preexistentes en el desarrollo, los antecedentes traumáticos significativos, el nivel de angustia de los cuidadores y las alteraciones continuas de

las rutinas de la vida diaria, contribuyen a que se mantenga el impacto traumático de los acontecimientos. Además, los dos predictores más poderosos de malos resultados postraumáticos son: (1) la incapacidad de reconocer la angustia postraumática del niño y (2) la ausencia de apoyo social/familiar.

Aunque podemos sentirnos abrumados por el gran número de niños que corren tal riesgo de no recuperarse del trauma, cuando aplicamos lo que sabemos sobre el fenómeno del trauma y sobre los factores protectores de la identificación precoz y el apoyo social, también hay motivos para la esperanza y la acción. Sin embargo, para identificar primero y abordar después mejor las necesidades de los niños traumatizados, como clínicos psicoanalíticos, en el YCTSR necesitábamos ir más allá de nuestras consultas y trabajar con socios que vieran regularmente y ofrecieran una identificación precoz a los niños que corren mayor riesgo por su exposición a la violencia y a lo catastrófico. En New Haven, recurrimos en primer lugar a una novedosa colaboración con profesionales que siguen haciendo visitas a domicilio las 24 horas del día, los 7 días de la semana: la policía.

Policía comunitaria del desarrollo infantil

La coordinación de las actividades policiales y de salud mental que se inició en New Haven, Connecticut, a principios de la década de 1990 surgió de la preocupación y la frustración compartidas por las necesidades insatisfechas de los niños y las familias traumatizados. Los funcionarios de policía estaban especialmente preocupados por el gran número de niños que se encontraban en las llamadas de servicio de la policía y que nunca recibían ningún tipo de intervención o atención basada en el trauma. Aprender de las perspectivas profesionales de cada uno y ver a los niños y a las familias a través de los ojos de las actividades profesionales de los demás, con el tiempo, llevó a la evolución del programa Child Development Community Policing (CD-CP) que incluye los siguientes elementos:

1) Formación de todos los agentes de policía en los principios psicoanalíticos del desarrollo infantil y el comportamiento humano; respuestas policiales, capacitadas en lo referente al trauma, en el lugar de los hechos a llamadas violentas y otras llamadas catastróficas.

2) Formación para todos los clínicos del CD-CP sobre los aspectos básicos de las operaciones, responsabilidades, estructuras y respuestas policiales, incluidas las patrullas, la seguridad en el lugar de los hechos, la investigación, la causa probable y el uso de la fuerza.

3) Servicio de guardia que funciona 24 horas al día, 7 días a la semana, que ofrece consultas telefónicas de urgencia y respuesta en el lugar de los hechos, así como visitas de seguimiento de colaboración entre agentes, abogados y médicos a las víctimas y sus familias tras las primeras llamadas al servicio de la policía.

4) Conferencia semanal de revisión de casos con la policía, los servicios de salud mental y los servicios de protección de menores para planificar el seguimiento y la resolución de los casos en función de las necesidades identificadas por el equipo multidisciplinar.

La colaboración, que ya lleva 30 años en funcionamiento, reconoció que con la formación cruzada adecuada, la sociedad conformada de la policía y la salud mental pueden identificar eficazmente a los niños en situación de riesgo como resultado de su exposición a sucesos traumáticos a los cuales la policía responde regularmente. Respondiendo juntos, los socios de CD-CP están bien posicionados para iniciar intervenciones inmediatas y tempranas que pueden reducir el sufrimiento agudo y temprano de la desregulación traumática y, disminuir los malos resultados a largo plazo asociados con los fracasos de la recuperación. Desde sus orígenes en 1991, la asociación entre el Centro de Yale para el Estrés Traumático y Recuperación y el Departamento de Servicio de Policía de New Haven, han respondido conjuntamente a más de 15.000 niños y sus familias a nivel local. El programa Child Development-Community Policing se ha reproducido y adaptado en numerosas comunidades

de Estados Unidos y del extranjero, y sigue proporcionando formación y asistencia técnica a petición de las comunidades que desean reproducir el modelo CD-CP.

Cuando se responde de forma aguda, en el lugar de los hechos, el equipo policial-clínico trabaja conjuntamente para restablecer el orden y la estabilización psicológica; evaluar y atender las necesidades básicas de las víctimas, incluida la seguridad inmediata; evaluar el estado de salud conductual de los familiares y proporcionarles información sobre posibles reacciones postraumáticas, estrategias básicas de reducción de síntomas específicas de la fase de desarrollo, así como derivación para atención clínica de seguimiento. Considérese la siguiente viñeta clínica.

Mike R.

Mike, de nueve años, fue testigo de la muerte a tiros de un vecino adolescente idolatrado, John. El chico mayor había ganado con claridad a su contrincante en un partido de baloncesto, que luego lo acusó de hacer trampas. Los dos adolescentes se enzarzaron en una pelea a empujones que culminó cuando el contrincante de John sacó una pistola y le disparó dos veces en el pecho. John murió casi inmediatamente. A petición suya, Mike y su madre fueron atendidos inicialmente por nuestro clínico de guardia inmediatamente después del interrogatorio policial. En la fase aguda de la intervención, el terapeuta invitó al chico a hacer dibujos. Sin ninguna sugerencia sobre el contenido, el chico dibujó inmediatamente un dibujo tras otro en los que el tirador y la pistola crecían más y más mientras que el chico y su amigo adolescente se encogían hasta convertirse en meros puntos en la página. En las semanas siguientes, Mike tuvo pesadillas frecuentes, se mostraba irritable en casa y en el colegio, y cada vez tenía más peleas físicas con su hermano pequeño y sus compañeros. Antes del tiroteo, a Mike le había ido bastante bien en la escuela y, a pesar de que el padre había abandonado a la familia cuando el niño tenía tres años, la madre describió un historial de desarrollo común y corriente. Su única preocupación era que su hijo pasaba demasiado tiempo fuera

de casa, a menudo pasando horas solo o viendo a los chicos mayores jugar al baloncesto en las canchas donde se había producido el tiroteo.

En el transcurso de la psicoterapia quincenal que se prolongó durante ocho meses después del tiroteo, los dibujos de Mike y las narraciones que los acompañaban se hicieron más elaborados.

En ellos revelaba el papel central que John había desempeñado en su vida interior como una representación más próxima de un padre vagamente recordado y altamente idealizado: fuerte, competente e interesado en él. Mike podía describir cada vez más cómo la atención de John —que le dejaba pasar el rato en la cancha de baloncesto y de vez en cuando le enseñaba algunos tiros— había sido un contraste importante con los regaños de su madre y las preocupaciones por su seguridad que le hacían sentir como un bebé. En este contexto, Mike volvió una y otra vez al momento en que dispararon a John y a su sensación de incredulidad y confusión, que luego se transformaría en dolor, rabia y culpa. Mientras describía la imagen perdurable de ver a John caer al suelo con expresión de sorpresa, Mike podía ahora poner en palabras lo que constituía la esencia de su momento traumático: la figura/representación de fuerza y competencia con la que tan desesperadamente se identificaba podía caer como un bebé indefenso y abandonarle. Con el reconocimiento del vínculo entre el pasado y el presente, asociado a su nostalgia por un padre y un amigo que ahora lo habían "abandonado", Mike y su terapeuta pudieron empezar a dar sentido a la irritabilidad y las peleas que servían para restablecer el poder, expresar rabia y defenderse de los sentimientos "infantiles" no deseados asociados a la nostalgia por un padre y un amigo que lo habían abandonado. Tal vez lo más importante fue la capacidad de Mike para reconocer que su comportamiento de "chico duro" reflejaba su deseo de revertir su experiencia original traumática; para Mike, la convergencia de peligros internos y externos —de pérdida, vulnerabilidad corporal y daño; comportamiento alocado y completa impotencia—. Su pérdida traumática de control confirmó no sólo su propia sensación de "ser un bebé" sino que destruyó, de nuevo, su necesaria idealización de

una poderosa figura paterna/masculina con la que podía identificarse. Mike estaba cada vez más alerta ante aquellas situaciones en las que su sentido de competencia se sentía atacado —ya fueran las bromas de sus amigos, las burlas de un hermano menor o las preocupaciones y expectativas de su madre— y daba lugar a airados contraataques. Su irritabilidad y sus peleas disminuyeron y acabaron por cesar, al igual que las pesadillas que le producían terror y le robaban la seguridad del sueño. Además de las sesiones individuales, el terapeuta se reunía con Mike y su madre. A medida que fueron capaces de identificar los comportamientos problemáticos como "síntomas" y fuente de batallas/luchas, Mike pudo empezar a experimentar un tipo de apoyo muy diferente por parte de su madre. En su cambio respecto de la frustración, las luchas airadas y la preocupación, la Sra. R. podía ahora señalar a Mike cuándo creía que estaba pasando un momento difícil y ayudarlo a recordar que pelearse con los demás no haría desaparecer el disgusto por su amigo mayor ni le haría sentirse mejor consigo mismo. A su vez, Mike se sentía menos "tratado como un bebé " por su madre y más capaz de tolerar la auténtica necesidad de su atención y apoyo en un momento en el que se sentía tan triste y angustiado. Aunque no podía controlar lo que le había sucedido a su amigo, ahora podía enorgullecerse de su mayor capacidad para controlar los síntomas que siguieron.

Los padres/cuidadores como mediadores

Un elemento central de los conceptos psicoanalíticos en relación a la infancia es la noción de que, en cada fase del desarrollo, una función principal de los cuidadores adultos es ayudar a los niños hasta que sean capaces de confiar en sus propias capacidades de mediar y dominar las experiencias internas y externas. Como ilustra la historia de Mike, cuando el nivel de estimulación/exigencia supera las capacidades de mediación del niño, aumenta el riesgo de sobreestimulación y angustia, así como la necesidad de apoyo y amortiguación por parte de los adultos. Este papel es especialmente crucial cuando los niños

se ven obligados a hacer frente a acontecimientos abrumadores y a una sobreestimulación que alcanza proporciones traumáticas para las que no tienen ni la madurez cognitiva ni psicológica necesarias para procesarlos.

La asociación CD-CP abordó la necesidad de estabilización aguda e identificación temprana de los niños que necesitan atención clínica y también nos proporcionó oportunidades regulares para observar directamente a los niños y a los padres en todas las fases de las reacciones traumáticas. En estas observaciones se basó el desarrollo de nuestro tratamiento temprano, peri-traumático, la Intervención de Estrés Traumático del Niño y la Familia (CFTSI) que capitaliza el papel central de los padres como mediadores en el aumento de las capacidades de autoobservación de los niños como fundamental para lograr el orden y el dominio frente a la desregulación traumática.

El CFTSI es un modelo de tratamiento de 5-8 sesiones de tipo psicoanalítico/de desarrollo con eficacia demostrada en la reducción de los síntomas de estrés traumático y la reducción o interrupción del TEPT y trastornos relacionados, que fue desarrollado específicamente para su implementación con niños, adolescentes y sus cuidadores durante la respuesta al trauma en el período temprano o peritraumático, poco después de un evento potencialmente traumático o la reciente revelación formal de abuso físico o sexual (como en una entrevista forense). La CFTSI se centra, en primer lugar, en establecer un marco de referencia compartido tanto para el niño como para los padres sobre el fenómeno del trauma y los síntomas postraumáticos; (2) aumentar la apreciación de los padres sobre esos síntomas en el contexto de las fases del desarrollo y la historia evolutiva del niño; (3) maximizar las capacidades de autoobservación tanto en el niño como en los padres; (4) mejorar la comunicación entre el niño y el cuidador sobre los síntomas traumáticos del éste; y, (5) proporcionar estrategias para ayudar a los niños y a las familias a dominar las reacciones al trauma. Además, el CFTSI mejora el monitoreo y la evaluación inicial de los niños afectados por estrés traumático, ofrece la oportunidad de evaluar las necesidades del niño e introduce sin problemas el tratamiento a largo plazo cuando está indicado. También se han

desarrollado aplicaciones de tratamiento de CFTSI para niños pequeños de entre 3 y 6 años, así como para niños colocados recientemente en familias adoptivas.

El CFTSI es una intervención que va acompañada de un protocolo de entrenamiento estandarizado y es el único tratamiento basado en pruebas para la fase temprana de las reacciones postraumáticas. Un primer ensayo controlado aleatoriamente demostró que los niños que habían recibido CFTSI, en comparación con los que habían recibido un enfoque protocolizado vinculado a tratamientos más tradicionales, tenían un 65% menos de probabilidades de cumplir los criterios completos del DSM IV para el TEPT y un 73% menos de probabilidades de cumplir los criterios parciales o completos para el TEPT tres meses después de finalizar el tratamiento. Numerosos estudios posteriores han replicado estos hallazgos y también han demostrado de forma consistente un aumento significativo en el reconocimiento y la comunicación de los síntomas de trauma por parte del niño y de los padres/cuidadores. Por lo general, los niños que participaron en estos estudios tenían un extenso historial de traumas antes de ser remitidos al CFTSI. Además, los padres/cuidadores que participaron en el CFTSI también experimentaron una disminución clínicamente significativa de los síntomas de estrés postraumático.

Los niños suelen ser remitidos a los CFTSI por la policía, el personal de urgencias pediátricas, los servicios de protección de menores, los evaluadores forenses de maltrato infantil y los profesionales sanitarios, que son los que tienen un mayor contacto temprano con los niños cuya exposición a la violencia y otros sucesos catastróficos los exponen a un mayor riesgo de sufrir estrés postraumático.

Más de 1.500 clínicos de salud mental de EE.UU. y Europa han recibido formación en CFTSI, muchos de los cuales están contribuyendo ahora a un ensayo abierto del modelo que incluye más de 3.500 casos.

Además del desarrollo del programa Child Development-Community Policing y como resultado de lo que hemos aprendido a lo largo de los años sobre los fenómenos clínicos y las circunstancias del trauma infantil, el Yale Center for Traumatic

Stress and Recovery del Child Study Center ha desarrollado una intervención de tipo psicoanalítica/del desarrollo basada en pruebas, breve y temprana, la Intervención sobre el Estrés Traumático del niño y la familia (CFTSI) que demuestra su eficacia en la prevención del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos relacionados en niños que han estado expuestos a acontecimientos traumáticos abrumadores, al tiempo que sirve como una oportunidad para determinar cuáles de estos niños pueden requerir tratamiento psicoterapéutico a más largo plazo.

Resumen

Un elemento central del proceso psicoanalítico de acción terapéutica es la tarea de observar atentamente los fenómenos, encontrar palabras y, a continuación, explorar y encontrar significado a lo que se ve. En las colaboraciones que hemos desarrollado con profesionales ajenos a nuestro mundo clínico psicoanalítico tradicional, hemos aplicado estos mismos principios. En primer lugar, aprendimos acerca de las perspectivas de nuestros socios sobre los niños que ven habitualmente, encontramos un lenguaje común que pudo articular las observaciones compartidas y, a continuación, traducimos nuestros hallazgos en nuevos enfoques que abordan con mayor precisión la gama de retos a los que se enfrentan los niños traumatizados y sus familias.

Del mismo modo, la oportunidad de observar más de cerca los detalles de los fenómenos de la experiencia traumática aguda y peritraumática que nos brindó la asociación Desarrollo Infantil-Policía Comunitaria condujo al desarrollo de una nueva intervención temprana que puede abordar el sufrimiento inmediato de los niños traumatizados, ayudar a mejorar el impacto a largo plazo en el desarrollo e identificar más claramente a los niños que necesitan tratamiento a más largo plazo. La Intervención para el Estrés Traumático Infantil y Familiar (CFTSI) refleja una integración del creciente conjunto de conocimientos sobre la fenomenología del trauma infantil procedentes de los campos de la neurobiología y la psicología cognitiva con la riqueza

de la teoría y los conocimientos psicoanalíticos sobre la compleja interacción entre el mundo interno y externo y la trayectoria de desarrollo de las mentes en desarrollo.

Como clínicos psicoanalíticos estamos en nuestro mejor momento cuando nos adherimos a nuestras tradiciones más fundamentales de observar de cerca y esforzarnos por ver el mundo a través de los ojos/experiencia de los demás. A lo largo de nuestra historia psicoanalítica, cuando hemos desplazado nuestro centro de atención más allá de la consulta, no sólo hemos ampliado nuestras teorías sobre el desarrollo y el funcionamiento humano, sino que también hemos extendido el alcance y el impacto de su aplicación mucho más allá del reducido número de personas que entran por la puerta de nuestra consulta. Trabajar en la variedad de entornos en los que se atiende a niños en situación de riesgo ha proporcionado a los clínicos con formación psicoanalítica la oportunidad de acercarse a fenómenos observables que tienen lugar y que no se ven de otro modo. Esta oportunidad ha conducido al desarrollo de nuevas opciones para abordar algunos de los resultados psíquicos y adaptativos de los abrumadores desafíos para el desarrollo progresivo y óptimo de los muchos niños afectados por la adversidad y los acuciantes problemas sociales y de salud pública. En la situación de exposición a la violencia y trauma, la aplicación de los principios psicoanalíticos también ha ofrecido a las instituciones y a los profesionales a los que se recurre regularmente y que son desafiados, en sus intentos de responder a los niños afectados, por las alternativas al alejamiento/evitación que tan naturalmente se producen ante situaciones abrumadoras de miedo e impotencia. Y, cuando tenemos éxito en la aplicación de lo que hemos aprendido juntos, los niños por los que compartimos nuestras mayores preocupaciones ya no necesitan estar solos en su sufrimiento y la desesperación que tan a menudo sigue a una pérdida de control traumática puede ser sustituida por apoyo, dominio, recuperación y esperanza.

Traducción de Lucio Pagliaro