

Boris Cyrulnik y Marie Anaut
(Coords.)

¿Por qué la resiliencia?

Lo que nos permite reanudar la vida



gedisa
editorial

RESILIENCIA

Boris Cyrulnik y Marie Anaut
(Coords.)

¿Por qué la resiliencia?

Lo que nos permite reanudar la vida

RESILIENCIA



Boris Cyrulnik y Marie Anaut (*Coords.*)

¿Por qué la resiliencia?

Colección
Psicología / Resiliencia

Otros títulos de Boris Cyrulnik publicados en Gedisa:

Los patitos feos

La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida

De cuerpo y alma

Neuronas y afectos: la conquista del bienestar

Bajo el signo del vínculo

Una historia natural del apego

Del gesto a la palabra

La etología de la comunicación en los seres vivos

Me acuerdo...

El exilio de la infancia

El murmullo de los fantasmas

Volver a la vida después de un trauma

Autobiografía de un espantapájaros

Testimonios de resiliencia: el retorno a la vida

Las almas heridas

Las huellas de la infancia, la necesidad del relato y los mecanismos de la memoria

¿Por qué la resiliencia?

Lo que nos permite reanudar la vida

Boris Cyrulnik y Marie Anaut (Coords.)

gedisa
editorial

Título original en francés:
Résilience. De la recherche à la pratique
© 2014 Odile Jacob

© De la traducción: Alfonso Díez, 2016
Corrección: Rosa Rodríguez Herranz

Cubierta: Equipo Gedisa, 2016

Primera edición: abril de 2016, Barcelona

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, S.A.
Avda. Tibidabo, 12, 3º
08022 Barcelona (España)
Tel. 93 253 09 04
Correo electrónico: gedisa@gedisa.com
<http://www.gedisa.com>

Preimpresión:
Moelmo, S.C.P.
Girona, 53, principal – 08009 Barcelona
www.moelmo.com

eISBN: 978-84-9784-955-5

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier
medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada,
en castellano o en cualquier otro idioma.

Índice

Prólogo

Boris Cyrulnik

¿Por qué la resiliencia?

Boris Cyrulnik

Nacimiento, trauma, apego y resiliencia

Pierre Rousseau

Interacciones precoces y nicho sensorial

Boris Cyrulnik

¿Cuáles son las fuentes de resiliencia para bebés y niños pequeños en duelo por la muerte de un ser querido?

Hélène Romano

El apego seguro: un factor de resiliencia al servicio de la capacidad de pensar

Nadine Demogeot

Adaptación y resiliencia en adolescentes adoptados por una familia de acogida emparentada

Cristina Villalba, Esperanza León, Alicia Muñoz, Jesús M. Jiménez, Isabel Zavala

Resiliencia y funcionalidad familiar

José Madariaga, Irati Novella, Ana Arriballaga

Sobre los autores

Prólogo

1. Resultó muy difícil pensar el trauma en una época en que el alma inmateral estaba separada del cuerpo; de modo que pensar la resiliencia (la reanudación del desarrollo tras una agonía psíquica) costó mucho más aún. Hoy día se sabe que un trauma emocional inhibe el funcionamiento cerebral y que reorganizando el medio se puede ayudar a iniciar un nuevo desarrollo.

2. Mediante un método etológico, Pierre Rousseau filma y convierte en observable el modo en que se tejen, alrededor del nacimiento, los primeros nudos del vínculo de apego. Cuando el recién nacido pasa del medio acuático del útero al medio aéreo del nacimiento, ya reconoce las bajas frecuencias de la voz materna, así como el olor del líquido amniótico, pero ahora es la primera vez que puede ver a su madre. El encuentro mediante la mirada es pues para el bebé —igual que para la madre— un acontecimiento fundante. Cuando, a pesar de la conmoción del nacimiento, este encuentro se produce espontáneamente, el vínculo se irá tejiendo. Pero cuando la conmoción del nacimiento impide el encuentro, habrá que estar atentos a este pequeño indicio para aportar seguridad a los *partenaires* de la interacción y ayudarles a rehacer el vínculo.

3. ¿Cómo entender que el mundo de la madre pueda influir en el desarrollo biológico del niño? La visión occidental, que escinde la condición humana en un cuerpo separado del espíritu, únicamente puede dar a esta pregunta una respuesta mágica. Pero si nos entrenamos para razonar en términos sistémicos, se comprende sin dificultad que el ser humano no está hecho de pedazos. Cuando la madre es infeliz debido a una enfermedad, una relación conyugal violenta, una historia traumatizada o su precariedad social, el nicho sensorial con el que rodea a su hijo está estructurado por esa desgracia. Las estimulaciones sensoriales se apagan o quedan deformadas por el trauma, de tal modo que las adquisiciones comportamentales y fisiológicas del bebé quedan alteradas.

4. La muerte o el sufrimiento de una persona cercana desorganiza el nicho preverbal. En este estadio precoz de los primeros meses de la existencia, cuando las neuronas cerebrales están en ebullición para entrar en contacto y establecer circuitos en el cerebro, la menor carencia ambiental organiza otro circuito, menos funcional. La muerte del padre, al apagar la afectividad de la madre, desquicia el nicho sensorial y detiene el tejido del vínculo. Esta carencia precoz provoca la adquisición de una vulnerabilidad

neuroemocional que más adelante perturbará las interacciones sociales. Paradójicamente, cuando la muerte de la madre es compensada por un sustituto afectivo que sirve de tutor de resiliencia, el fracaso emocional será más fácil de resiliar.

5. El apego seguro es la regla, está presente en un 70% de los casos entre los recién nacidos. Es posible detectarlo clínicamente en una expresión de las emociones que el cuidador descodifica con facilidad, lo cual le permite responder armoniosamente. Muy pronto, el niño seguro aprende a superar el alejamiento de su figura de apego, que sustituye por un objeto que la representa (trapo, peluche o un ruido familiar). De este modo, se puede comprobar la adquisición de factores de protección —no de resiliencia, puesto que no ha habido trauma—. El niño afrontará mejor las inevitables dificultades de la existencia, ya que dispone de recursos o puede buscar un apoyo afectivo que le aporte seguridad.

6. Adaptación y resiliencia van necesariamente unidas. Cuando el medio es inerte, no aporta seguridad y estímulos y el niño se adapta aumentando sus comportamientos autocentrados porque no hay alteridad. Esta patología es una adaptación a un medio enfermo. Felizmente, la mayoría de las familias de acogida están llenas de vida y motivación, lo que les permite devolver el calor a un niño congelado por una carencia afectiva precoz. Los aislamientos precoces son los que más deterioran el cerebro, la afectividad, las interacciones sociales y el dominio de la palabra. Cuanto antes tomen la decisión de una acogida aquéllos a quienes les corresponde hacerlo, más fácil será resolver los desperfectos mediante la resiliencia.

7. No es tanto la estructura familiar lo que organiza el nicho afectivo capaz de tutorizar los desarrollos de un niño, sino su modo de funcionamiento. Cuando el padre y la madre se asocian para coordinarse en torno al bebé, el niño aprende con facilidad a sincronizarse con las dos figuras de apego. Pero cuando la madre acapara al niño para compensar su propia carencia afectiva, o cuando los padres rivalizan, el niño descodifica mal esos mensajes confusos y ello altera sus propias relaciones afectivas.

BORIS CYRULNIK

¿Por qué la resiliencia?

Boris Cyrulnik

Durante milenios, la especie humana no ha pensado la psicología. Se explicaban los padecimientos mentales recurriendo a la posesión diabólica o la degeneración. Fue necesario esperar hasta el siglo XIX para empezar a hablar de trauma. Y solamente desde los años 1980 se trabaja sobre la idea de resiliencia, la posibilidad de volver a la vida después de una agonía psíquica traumática o en condiciones adversas.

La definición de resiliencia es simple y está ampliamente aceptada, pero las que resultan más difíciles de descubrir son las condiciones que permiten iniciar un nuevo desarrollo después del trauma. Ninguna especialidad puede, por sí sola, explicar el retorno a la vida. Hace falta, por tanto, asociar a los investigadores de disciplinas diferentes y reunir sus datos con la perspectiva de descubrir los factores, heterogéneos pero no obstante integrados, que hacen posible un proceso de neodesarrollo. Un razonamiento sistémico nos permite abordar este problema: el sistema respiratorio se alimenta del oxígeno del aire que atraviesa la pared sólida de los alveolos pulmonares y es recogido en la concavidad de los glóbulos rojos que flotan en el líquido plasmático. Los elementos de este sistema son heterogéneos y, sin embargo, funcionan juntos para hacer posible la respiración.

Así razonaremos para intentar entender el porvenir de la resiliencia.

Genética y resiliencia

Toda vida parte de la genética, pero los genetistas, al trabajar en los procesos que permiten un desarrollo resiliente, han cambiado de punto de vista respecto a la genética. No hablan de programa genético, puesto que ningún gen puede existir fuera de su medio. Ahora bien, las presiones ambientales pueden modificar la expresión de una secuencia de ADN. Partiendo de un mismo alfabeto genético, el medio orienta miles de relatos diferentes. La mayoría de genetistas trabajan en desarrollos epigenéticos que permiten, actuando sobre el medio, modificar la expresión de una enfermedad genética (Bustany, 2012). Hace 20 años, las personas con síndrome de Down morían muy jóvenes, de modo que se podían socializar muy poco. Desde que los educadores ofrecen a los niños aquejados de esta anomalía cromosómica un medio más conveniente, se escolarizan y

pueden vivir 70 años. Algo parecido pasa con la fenilcetonuria: a pesar de una fuerte determinante genética, desde que los biólogos esquivan la enfermedad proponiendo un régimen sin fenilalanina, estos niños manifiestan un apego seguro y una vida intelectual cotidiana superior a la población en general (Evrard, 1999), porque, debido a su enfermedad, han sido mejor apoyados por su entorno.

El mismo fenómeno se observa respecto a los grandes trastornos desarrollo-neuronales. La OMS censa un 1% de esquizofrénicos, con independencia de la cultura en la que viven. Esta cifra, que aboga por un determinismo genético, no excluye la estructura cultural, ya que en las poblaciones de inmigrantes se detecta de un 3% a un 5% de esquizofrénicos según sea la cultura de acogida (Sam y Berry, 2006).

El hecho de que un trastorno psiquiátrico esté determinado genéticamente no excluye que se actúe sobre las condiciones educativas y culturales para disminuir su expresión psiquiátrica.

Resiliencia neuronal

Los más recientes descubrimientos sobre la epigénesis nos permiten entender que no es posible observar un cerebro como si éste estuviera separado de su medio ecológico y de sus interacciones humanas. Todo niño necesita de un nicho sensorial que haga posible su desarrollo. Cuando este nicho que rodea al niño se ve alterado, el desarrollo de su cerebro corre el riesgo de ser encaminado en direcciones disarmónicas.

Durante el estadio fetal, la sinaptización es enorme (200.000 sinapsis por minuto). Durante este estadio, la estructura del medio y el más mínimo acontecimiento deja su huella en la efervescencia sináptica. Deja una huella duradera. Cuando la madre sufre un trauma existencial, cuando su historia, su familia o su contexto social le producen estrés, cuando consume drogas que traspasan la barrera de la placenta, el cerebro del pequeño queda marcado (Toussaint, Gauce y de Noose, 2013).

Los circuitos tóxicos que se producen son resiliables, pero habrá que evitar el aislamiento y la repetición de las huellas (Cyrulnik, 2012). En este estadio del desarrollo, la resiliencia neuronal es fácil, teniendo en cuenta la gran plasticidad cerebral, con la condición de reorganizar el nicho sensorial que rodea al lactante.

El enanismo afectivo de los niños abandonados fue durante mucho tiempo un misterio. El electroencefalograma muestra un adelanto del sueño paradójico de todos los niños inseguros. Este adelanto altera las fases lentas precedentes que estimulan el diencéfalo y las secreciones de hormonas sexuales y del crecimiento. Desde la primera noche en que el bebé se encuentra en unos brazos que le proporcionan seguridad, la arquitectura de su sueño vuelve a ser la normal para su edad y las secreciones neuroendocrinas reanudan

su trabajo de construcción del cuerpo.

Cada bebé reacciona a su manera: una misma privación no altera de la misma forma a todos los niños. Una misma reorganización del medio no produce la misma reanudación del desarrollo. Pero, teniendo en cuenta al conjunto de la población, un nicho seguro desencadena un gran número de procesos de resiliencia.

Luchando contra todo aquello que empobrece el nicho sensorial de los primeros meses, se asegura al niño y se estimulan todos sus desarrollos. Las causas del empobrecimiento son numerosas, heterogéneas, pero desembocan todas en una misma estructura del nicho. La muerte de la madre, la depresión materna sea cual sea su origen, su propia historia, un trauma no resuelto, una familia disfuncional, violencia conyugal, precariedad social, una guerra o el colapso cultural son fuentes distintas que contribuyen al establecimiento de un nicho pobre en torno al niño.

En cuanto se puede actuar sobre lo que ha provocado el malestar de los padres, se posibilita la resiliencia. El tutor de la resiliencia será a veces un tutor explícito, un psicólogo, un educador, pero a menudo es una decisión política lo que estructura el nicho. Los países del norte de Europa han establecido un período de vacaciones paternas de un año, han propuesto una formación común para los profesionales de la infancia, han retrasado la entrada en el sistema escolar y las calificaciones. El rendimiento de esta inversión es enorme. En diez años, se ha visto una disminución del 40% en los suicidios, una fuerte atenuación de los trastornos psicopatológicos y los mejores resultados mundiales en las evaluaciones de competencias escolares; el informe del Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (PISA), realizado por la Unesco.

Resiliencia afectiva

Cuando ciertos psicoanalistas empezaron a describir las «carencias en los cuidados maternos» desde 1946 (Bowlby, 1958), provocaron la hostilidad de los antropólogos que consideraban que estas descripciones clínicas culpabilizaban a las madres. Un razonamiento sistémico permite entender que el culpable no es la madre, sino aquello que causa su malestar (marido, familia, colapso social). Para aportar al niño un factor de resiliencia, hay que suprimir la causa del malestar de la madre, lo cual no siempre es posible.

Si no tiene lugar una intervención, el nicho empobrecido no conecta las sinapsis de los lóbulos prefrontales, soportes neurológicos de la anticipación y de la inhibición de las amígdalas del rinencéfalo.

De esta forma el niño adquiere una vulnerabilidad neuroemocional, que dificulta las relaciones y altera su socialización.

El apego es, pues, una adquisición afectiva impregnada en la memoria de los primeros meses. Este aprendizaje proporciona un estilo afectivo que gobierna las relaciones ulteriores. Hacia el décimo o al duodécimo mes, una población de niños ha aprendido a amar con un estilo propio:

- un 66% han adquirido un apego seguro: el placer de dirigirse a los otros, de pedir ayuda en caso de sufrimiento y de situarse ellos mismos en la disposición espacial de aprender a hablar;
- un 20% han adquirido un apego con evitación: una distancia afectiva, una retracción que hace que se vuelvan periféricos (Guedeney y Guedeney, 2010);
- un 15% establecen relaciones ambivalentes: agreden a aquellos a quienes aman — en este grupo encontramos a más niños cuyos padres no recibieron apoyo después del trauma del que ellos mismos fueron víctimas—;
- un 5% están confundidos, desorientados, son imprevisibles; sus padres sufren a menudo.

Lo que mejor protege al niño es un sistema familiar con apegos múltiples (Bowlby, 1978). «Hace falta toda una aldea para criar a los niños», dicen los africanos.

Este determinante está fuertemente estructurado por la historia de los padres y por la evolución técnica y la cultura. Las mujeres cuyo nivel sociocultural es poco elevado, sin oficio y sin familia, se encuentran a menudo en situaciones de empobrecimiento sensorial. La adquisición de un factor de resiliencia para sus hijos deberá provenir de una mejor educación de los medios pobres y de una socialización de las mujeres aisladas.

La tecnología también tiene un papel importante en la estructuración de las familias. En la época en que los hombres trabajaban de 12 a 15 horas al día, la pareja constituía la unidad social más pequeña. El sexo servía sólo para la creación de bienes sagrados (traer un alma al mundo) y bienes sociales (traer al mundo a un niño para que vaya a la mina, vaya a la guerra y asegure el retiro de los padres). En un contexto tecnocultural como éste, el amor no tenía nada que ver con el matrimonio, pero los niños estaban rodeados de un sistema familiar dotado de apegos múltiples.

Desde la explosión de los oficios técnicos, el nicho sensorial ha sufrido una metamorfosis. La aldea ha sido sustituida por un hogar donde se alternan el esprint y el aislamiento sensorial. Las pantallas y los frigoríficos ejercen de cuidadores, la escuela y los oficios desexualizados del sector de los servicios provocan un sedentarismo que hace inútil la fuerza muscular.

En un contexto así, es necesario desarrollar los oficios de la infancia y las actividades culturales perifamiliares, con el objetivo de ofrecer a los niños el equivalente de la aldea.

Resiliencia psicológica

El psicoanálisis ofrece una herramienta para entender mejor cómo puede quedar paralizado el mundo interior de un sujeto traumatizado, en agonía psíquica, y luego volver a la vida. El estupor psíquico es frecuente cuando un acontecimiento nos acerca a la realidad de la muerte (Lighezzolo y de Tichey, 2004).

La vida se reanuda cuando el herido, una vez recobrada su seguridad, consigue de nuevo mentalizar. Cuando soporta la representación del horror que le ha acaecido, ponerlo en imágenes y palabras para entender el trauma e ir a ver a una persona de confianza a quien dirigir su relato con el fin de sentirse apoyado (Rimé, 2005).

Los mecanismos de defensa ayudan a describir el mundo íntimo de un sujeto herido (Vaillant, 1993). Ciertas defensas impiden la resiliencia: el estupor y la indiferencia que permiten sufrir menos impiden afrontar el problema. La cólera, la agresividad, la búsqueda del chivo expiatorio provocan problemas relacionales que agravan la situación y a veces llevan al aislamiento, que constituye a su vez el principal factor de antiresiliencia. La regresión conlleva el efecto tranquilizador de la renuncia, pero altera la confianza en sí mismo necesaria para la resiliencia.

Dos mecanismos de defensa son momentáneamente aceptables: la negación, que permite evitar la reiteración dolorosa, pero impide la mentalización, y la escisión, que constituye la adaptación más frecuente. El herido sólo comparte con su entorno lo que es capaz de escuchar. Otra parte de su mundo íntimo, no compartible, sufre en secreto, lo cual explica a veces las explosiones o las depresiones que sorprenden a quienes le rodean.

Otros mecanismos de defensa participan del neodesarrollo resiliente. La sublimación, que al transformar el horror en obra de arte permite mentalizar y compartir el mundo mental. El humor, esa cortesía de la desesperación, permite expresar sin provocar malestar en el entorno. Y el compromiso social o el altruismo estimulan la empatía que nos permite vivir juntos.

Los clásicos test de psicología evalúan la reanudación resiliente. Las preguntas son validadas estadísticamente y los grupos evaluados permiten constatar el efecto resiliente de los tratamientos individuales o grupales (Ionescu y Jourdan-Ionescu, 2011).

Los tutores de resiliencia son puestos a disposición del herido por parte de la familia, los amigos y la cultura.

Algunos tutores son explícitos (Salguero, 2012). Los psicólogos, médicos y trabajadores sociales se forman en las tareas de apoyo. Los psicoterapeutas ayudan a los traumatizados a mentalizar, a dar coherencia a la representación del trauma que los ha hecho trizas y a compartir las emociones previamente paralizadas o encriptadas.

Otros tutores son implícitos. El sujeto es quien elige en su entorno familiar y cultural a

aquél (o aquella) a quien le atribuye el poder de entenderle y de apoyarle. Se trata de un tutor que no sabe que lo es: un deportista, un músico, un actor, un escritor que corresponde a la relación esperada por el traumatizado.

Las formaciones profesionales y la cultura de lo cotidiano proporcionan tutores de resiliencia.

Resiliencia familiar

Los estilos afectivos precoces se adquieren en el nicho sensorial de los primeros meses de vida, compuesto por un hogar, mientras que la resiliencia familiar concierne a la familia confrontada al trauma. «Puede haber alguien herido en una familia que le proporciona tutores de resiliencia, pero también ocurre a veces que la familia en su totalidad es víctima de un trauma. Entonces el mecanismo grupal deberá implicar al conjunto de la familia en un proceso de resiliencia» (Delage, 2008). Los medios para llevarlo a cabo son diferentes, pero a menudo una sola personalidad induce un contagio sentimental y coordina a los miembros de esta familia hacia una meta común, una forma de compartir las representaciones y las prácticas familiares.

No es infrecuente que el trauma se origine en la familia. La resiliencia de los traumatizados depende en este caso de la transacción entre la estructura familiar y sus propias reacciones de defensa. Cuando los dos padres maltratan al niño, se detecta un 90% de niños inseguros. Cuando el maltratador sólo es uno de los padres y el otro es protector, se detecta un 60% de niños inseguros. Y, en la población general, incluso cuando todo va bien, encontramos un 30% de niños inseguros.

En las familias con interacciones incestuosas, la resiliencia resulta difícil porque el niño agredido es traicionado por aquél de quien esperaba protección y, a menudo, no es apoyado por el resto de la familia. Es una avalancha de traumatismos que bloquea la resiliencia. Desde hace algunos años, hay mujeres que se agrupan en asociaciones de ayuda mutua y reflexión. Van a buscar al exterior el tutor de resiliencia que no han podido encontrar dentro de su familia.

En una situación de precariedad social, los traumas son a veces intensos, pero casi siempre insidiosos, cotidianos y reiterados. Imprimen en la mente del niño un trauma del desarrollo que conlleva trastornos cognitivos y una alteración de la representación de sí mismo (Zaouche-Gaudron, 2008).

Podemos hablar de resiliencia familiar cuando, después de un desgarramiento traumático, la familia recupera un funcionamiento tranquilizador, se distancia del sufrimiento y es capaz de transformar el trauma en historia del pasado y en actividades que se pueden compartir.

La función narrativa estructura los recuerdos y los mitos familiares que vuelven más solidarias las representaciones familiares. Cuando los relatos no se pueden compartir (como, por ejemplo, después de la muerte de un niño), la pareja se separa y los vínculos familiares se resienten. La resiliencia es aún posible, pero en otra familia.

Las familias cerradas, rígidas, se revuelcan en sus sufrimientos, haciendo imposible la reestructuración del trauma. Se instaura una no-vida en la familia, en la que todos callan para evitar la explosión, mientras que las familias abiertas a la vida social y compartida con amigos son capaces de hacer evolucionar los vínculos desgarrados por el sufrimiento. Inventan rituales nuevos (vacaciones, cumpleaños) y reorganizan otro funcionamiento resiliente.

Cada cultura inventa una forma familiar diferente. El hogar, necesario para la estructuración del niño, pronto abre sus puertas: desde que el niño va al colegio, recibe otras influencias. Hoy en día, la pareja tiene mucho menos una función social y mucho más una función afectiva. La familia cambia de funcionamiento; ya no se extiende a los primos lejanos, se reduce a un hogar cada vez menos estable. En cambio, el barrio, la escuela y el vecindario dejan cada vez más su huella en el psiquismo. La cultura local, las reuniones, la práctica del deporte de bajo nivel, por placer, engendran un sentimiento de pertenencia necesario para la identidad y la seguridad. Por todo ello, una política cultural podrá hacer que la nueva familia se organice, ofreciendo extensos permisos de paternidad y maternidad, escuelas que no sean angustiantes, en las que ya no se fuerce a los niños a hacer esprints, y actividades de barrio en las que se podrán socializar.

Algunos niños pobres o de inmigrantes hacen de la escuela un tutor de resiliencia, con la condición de que la familia y la cultura local den valor a esta institución (Pourtois y Cyrulnik, 2007).

Adopción y resiliencia

La adopción lleva a cabo una experimentación casi natural de la resiliencia. Antes de la adopción, no todos los niños están traumatizados, pero todos han tenido que cambiar de hogar, de estilo afectivo y a veces de lengua. Ciertas culturas consideran que la adopción es una práctica inmoral ya que ignora la filiación del niño. Algunas personas creen que la adopción es a menudo un fracaso, pero cuando se hacen estudios poblacionales y cuando hacemos el seguimiento de estos niños hasta la edad adulta, resulta visible un fenómeno de resiliencia. Al principio, los niños adoptados muestran un 80% de apego con evitación (por un 20% de la población en general). Pero después de entre 12 y 18 meses, estos niños aprenden a amar de la forma en que se ama en su nueva familia. En la edad adulta, la reanudación evolutiva es comparable a la población en general, en la que la OMS

estima en un 17% las dificultades psíquicas, frente al 20% en una población de niños adoptados. El impacto del medio de adopción es importante, puesto que los niños adoptados por directivos tienen mejores resultados escolares y una socialización más elevada que los niños adoptados por padres de bajo nivel sociocultural (Chomilier y Duyme, 2009).

Cuando la organización de un nicho afectivo en los primeros meses de vida ha sido estable, cuando los adoptantes están preparados para esta evolución afectiva y cuando la cultura ya no estigmatiza a estos niños, la evolución es prácticamente la misma que en la población general.

Resiliencia adolescente y en la tercera edad

Estas dos edades de la vida constituyen períodos sensibles del desarrollo.

Durante la adolescencia, una poda sináptica, una reducción de los circuitos neuronales, demuestra que consumiendo menos energía el cerebro funciona mejor porque sus circuitos se han conectado por la acción de las huellas del medio.

En conjunto, los adolescentes afrontan bien el cambio:

- del 12% al 15% se estrellan y su malestar es desgarrador;
- el 30% sortean a duras penas el cambio;
- y el 60% restante sonríen cuando cambian de medio.

Los que sufren y hacen sufrir son quienes han padecido aislamientos sensoriales precoces durante sus primeros años de vida. Más tarde pasan a engrosar, cuando aparece el deseo sexual y la voluntad de independencia, un grupo en el que las ideas suicidas y las depresiones ansiosas son cuatro veces más frecuentes que en la población general (Courtet, 2010; Mishard y Tousignant, 2004).

Los inmigrantes tienen dificultades durante este período sensible, ya que su escolarización ha sido más difícil, muy a menudo están en el paro e idealizan el país de origen de sus padres. Hay que decir que los hijos de inmigrantes, la segunda generación, nacidos en y ayudados por la cultura de acogida, sufren más mentalmente y se suicidan más que la primera generación. Sus padres, infelices y enmudecidos, no han podido establecer una base de seguridad para sus hijos, cosa que explica la «paradoja de la segunda generación» (Ehrensaft y Tousignant, 2006).

Las personas de la tercera edad también pasan un período sensible: el 25% de ellos se deprimen (frente al 17% de la población general), lo que nos deja de todas formas un 75% de mayores que permanecen contentos. Les pueden afectar dos fuentes de

sufrimiento: el aislamiento del contexto (social y afectivo) y el resurgimiento de recuerdos ocultos de traumas no reconocidos (Maury-Rouan y Langhans, 2007).

Estos períodos sensibles arrojan luz sobre la importancia de la estructura del medio que estructura el mundo íntimo: un aislamiento sensorial precoz crea una vulnerabilidad neuroemocional que dificulta las relaciones y el aprendizaje, hasta el punto de conducir al adolescente a la depresión. Y en los mayores, un trauma no resiliado, que nunca ha sido elaborado ni reestructurado, una negación que inicialmente evitó el sufrimiento («todo eso ya pasó», «hablemos de otra cosa») resurge «como si acabara de pasar».

Tres períodos sensibles en toda historia de vida subrayan la importancia del medio afectivo y del contexto cultural. En el recién nacido, el nicho sensorial que impregna en el cerebro la adquisición de un factor de vulnerabilidad o de resiliencia halla su origen en el afecto de los padres, en la historia de su vida y en las organizaciones sociales.

Los adolescentes que llevan a cabo bien el viraje de su existencia han recibido seguridad durante la infancia. Adquieren confianza en sí mismos y encuentran en su entorno estructuras sociales y culturales que tutorizan su nuevo desarrollo.

Los mayores que hayan podido, durante su vida adulta, elaborar su trauma, compartir el relato de sus desafíos y reestructurar la representación de su malestar, no padecen este resurgimiento traumático y no transmiten su malestar al haber modificado su memoria (Lani-Bayle, 2006).

Arte y resiliencia

La forma más segura de reestructurar la representación de la desgracia es elaborarla. Los relatos de testimonios hacen que vuelva el sufrimiento y reactivan la memoria herida; esto llevó a Primo Levi al suicidio. Mientras que los traumatizados que reestructuran la representación de su desgracia hacen de ello poesía (Charlotte Delbo, en Auschwitz), una obra de teatro (Jean-Claude Grumberg, huérfano), una canción (Corneille después de Ruanda), una novela (Jorge Semprún después de la Segunda Guerra Mundial), un ensayo filosófico o psicológico, transforman el sufrimiento del trauma en obra de arte. Se erigen como sujetos, actores de su historia, después de haber quedado destrozados por el acontecimiento (de Souza, 2008).

Los relatos autobiográficos de un trauma no son testimonios, se trata de verdades narrativas que permiten compartir representaciones (Gilbert, 2001). La política cultural es pues necesaria para introducir la música en las favelas y en las residencias de la tercera edad. Las películas, novelas y ensayos proporcionan el placer de entender y de reintegrar la condición humana.

Conclusión

Ninguna disciplina puede, por sí sola, ser totalmente explicativa. En cambio, un equipo que hace converger esclarecimientos múltiples es capaz de proporcionarle al herido una representación coherente. Los recientes descubrimientos en neurobiología subrayan el impacto en el desarrollo de los medios afectivos, históricos y culturales.

El ser humano puede moldear el medio que a su vez le moldea: ésta es su principal libertad.

Referencias

- Bowlby, J. (1951). *Soins maternels et santé mentale*, Organisation Mondiale de la Santé, Ginebra, pág. 208.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte*, PUF, París.
- Bustany, P. (2012). «Neurobiologie de la résilience», en Cyrulnik, B. y Jorland, G., *Résilience. Connaissances de bases*, Odile Jacob, págs. 45-64.
- Chomilier, J. y Duyme, M. (2009). *Adoption: un lien pour la vie*, Solal, Marsella.
- Courtet, P. (dir.) (2010). *Suicides et tentatives de suicide*, Flammarion, París.
- Cyrulnik, B. (2012). «Limites de la résilience», en Cyrulnik, B. y Jorland, G., *Résilience. Connaissances de base*, Odile Jacob, París, págs. 191-204.
- de Souza, E. C. (2008). *(Auto)biographie*, L'Harmattan, París.
- Delage, M. (2008). *La Résilience familiale*, Odile Jacob, París.
- Ehrensaft, E. y Tousignant, M. (2006). «Immigration and resilience», en Sam, D. L. y Berry, J. W. (dirs.), *Acculturation Psychology*, Cambridge University Press, Nueva York, págs. 469-482.
- Evrard, P. (1999). «Stimulation et développement du système nerveux», en Cohen-Solal, J. y Golse, B. (dirs.), *Au début de la vie psychique. Le développement du petit enfant*, Odile Jacob, París, págs. 77-96.
- Gilbert, M. (2001). *L'Identité narrative*, Labor et Fides, Ginebra.
- Guedeney, N. y Guedeney, A. (2010). *L'Attachement. Concepts et applications*, Masson, París.
- Ionescu, S. y Jourdan-Ionescu, C. (2011). «Évaluation de la résilience», en Ionescu, S., *Traité de résilience assistée*, PUF, París, págs. 61-127.
- Lani-Bayle, M. (2006). *Taire et transmettre. Les histoires de vie au risque de l'impensable*, Chronique sociale, París.
- Lighezzolo, J. y de Tichey, C. (2004). *La Résilience. Se (re)construire après le traumatisme*, en prensa, París.
- Maury-Rouan, C. y Langhans, B. (2007). «Empathie et présence de l'autre dans la conduite du discours», en Lejeune, A. y Maury-Rouan, C., *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer*, Solal, Marsella, págs. 65-80.
- Mishard, B. L. y Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*, Presses de l'Université de Montréal, Montreal.
- Pourtois, J.-P. y Cyrulnik, B. (2007). *École et résilience*, Odile Jacob, París.
- Rimé, B. (2005). *Le Partage social des émotions*, PUF, París.
- Salguiero, E. (2012). *Congrès mondial de la résilience*, junio 2012, París.
- Sam, D. L. y Berry, J. W. (dirs.) (2006). *Acculturation Psychology*, Cambridge University Press, Nueva York, págs. 458-459.
- Toussaint, J.; Gauce, J. y de Noose, L. (2013). «Impact de l'alcoolisme maternel sur le développement socio-émotionnel de l'adolescent», en *Alcoologie et Addictologie*, n° 35 (3), págs. 225-232.
- Vaillant, G. E. (1993). *The Wisdom of the Ego*, Harvard University Press, Cambridge.
- Zaouche-Gaudron, C. (2008). *Précarités*, Érès, Toulouse.

Nacimiento, trauma, apego y resiliencia

Pierre Rousseau

Los datos presentados en el taller «Interacciones precoces y resiliencia» son resultado de una investigación sobre la etología del nacimiento humano, elaborada para intentar responder a una pregunta planteada por los futuros padres y madres que hasta hoy ha permanecido sin respuesta. Esta pregunta es fundamental, puesto que concierne a la manera en que se establecen los vínculos afectivos en el momento del nacimiento, particularmente los referentes al apego. Para hacer posible esta investigación, se filmaron 75 nacimientos entre 1999 y 2003 en el Centro Hospitalario Universitario de Tívoli, en La Louvière. Se entregó una copia íntegra del vídeo del nacimiento de su hijo a cada pareja de padres. Sus comentarios se recogieron en entrevistas, 17 de las cuales fueron filmadas, con el fin de poder dar sentido a las observaciones recogidas mediante el análisis de los vídeos.

El análisis de vídeos llama la atención sobre la rapidez en la que el recién nacido es capaz de detectar los ojos de otra persona y de establecer el primer intercambio de miradas. Los primeros intercambios de miradas no se producen necesariamente el día del nacimiento. También pueden producirse algunas horas o días más tarde y venir acompañados de una verdadera sonrisa de placer en el recién nacido (Rousseau, 2008). Todos los canales sensoriales pueden ser utilizados para el establecimiento de vínculos afectivos, pero los intercambios de miradas y la sonrisa del bebé constituyen, sin duda, el canal más potente de comunicación no verbal en la especie humana (Rousseau, 2006; Gobin, 2008; Rousseau, 2010, 2013).

Los vídeos muestran claramente que el recién nacido, mediante sus gritos, su mirada, su sonrisa, sus gestos, es el primero en intentar entrar en relación con otra persona. Los mensajes que envía tienen la propiedad de desencadenar el sistema motivacional del *caregiving*, sistema complementario al sistema de apego del bebé con las personas encargadas de cuidar de él (Bekhechi, Rabouam y Guédeney, 2010). Si estas personas, en particular la madre y/o el padre, están disponibles y responden de forma adecuada, los gritos y las expresiones faciales de malestar del bebé se apaciguan. Este es el principio de un vínculo entre el más débil y el más fuerte, el vínculo del apego del bebé con sus padres. Por su parte, los padres declaran que los primeros contactos con su bebé los han convertido en mamá y papá del niño y que les han conferido una responsabilidad para

toda su vida. El primer intercambio de miradas, sobre todo si se acompaña de una sonrisa, es el principio de una relación amorosa con su bebé, de naturaleza diferente de la del apego.

Las primeras interacciones entre el bebé y su madre tienen a menudo un efecto apaciguador, pero no siempre es así. No siempre se establecen con tanta facilidad.

Un comportamiento sorprendente

Desde los primeros momentos posteriores al nacimiento, algunos recién nacidos se inmovilizan durante largos instantes, con la cabeza fija y los ojos abiertos de par en par, para luego sobresaltarse y gritar. Darwin describió este comportamiento en los animales que, cuando un depredador se les acerca, se quedan súbitamente inmóviles y adoptan la expresión *feigned death* «hacerse el muerto» (Darwin, 1883). Este reflejo innato les permite a menudo eludir la muerte, puesto que la mayor parte de depredadores sólo atacan a presas móviles. Este comportamiento reflejo, destinado a mantenernos con vida ante un peligro se conoce como *freeze reaction*, «parálisis por miedo», y hoy en día como *inmovilidad tónica*, que significa la extrema vigilancia que acompaña a este fenómeno. En cuando quedan inmóviles, el corazón de los animales atacados se ralentiza bruscamente y luego bate de forma irregular; la respiración se hace apenas visible a causa de su rapidez y superficialidad. La duración de la inmovilidad se extiende cuando los animales que han reaccionado de esta manera son sometidos otra vez a las condiciones del experimento o puestos en presencia de un depredador. Ciertos ejemplares quedan en un estado de torpor prolongado y mueren al cabo de una semana del experimento, sin duda de fibrilación ventricular (Hofer, 1970).

En los seres humanos, este comportamiento se da en veteranos que han estado en combate, en víctimas de catástrofes o de atentados y en entre el 30% y el 50% de niños y mujeres víctimas de agresiones sexuales (Humpreys *et al.*, 2010). La reacción de inmovilidad tónica se considera la expresión conductual más extrema del trauma y constituye un factor de predicción ulterior de síntomas del síndrome postraumático (SPT) (Abrams *et al.*, 2009).

Características de los recién nacidos en estado de inmovilidad tónica

La reacción de inmovilidad del recién nacido corresponde quizás a eso que los viejos pediatras describían en términos de «bebés que nacen perplejos». Las características principales son parecidas a las observadas en los animales: respiración rápida y superficial, latidos del cordón umbilical lentos e irregulares, luego progresivamente más

rápidos. A esto hay que añadir el rostro inmóvil, con los ojos abiertos de par en par, la boca entreabierta y expresiones faciales cada vez más intensas, para luego dar paso al sobresalto y al grito que ponen fin a esta reacción (Rousseau *et al.*, 2014).

Psicopatología del trauma

El funcionamiento del sistema de miedo o de alarma destinado a preservar nuestra vida en presencia de un peligro fue descrito por Joseph LeDoux. Este investigador descubrió una vía neuronal de comunicación rápida entre el tálamo sensorial, centro de selección de las percepciones de los cinco sentidos, y la amígdala. En cuanto se percibe un peligro, la amígdala desencadena los reflejos instantáneos de *flight, fight or freeze*, «huir, luchar o inmovilizarse» en caso de peligro mortal sin escapatoria. A la vez, la amígdala ordena la descarga de las hormonas del estrés, adrenalina y glucocorticoides, que aumentan la tensión arterial e movilizan las sustancias energéticas necesarias para afrontar la situación. Mediante una vía más larga y, por lo tanto, más lenta, las señales percibidas por el tálamo se transmiten al córtex sensorial que puede, conscientemente, modular los reflejos inconscientes. Después de un trauma, la presencia de un nuevo peligro o de percepciones sensoriales actuales, pensamientos, recuerdos o sentimientos que lo evocan, reactivan las reacciones de estrés (LeDoux, 1998). En un sujeto sano, estas reacciones son reguladas mediante un mecanismo de retrocontrol de la tasa de cortisol, principalmente en la amígdala y el hipocampo.

La repetición del trauma o de las percepciones sensoriales que lo evocan aumentan la reactividad de la amígdala y pueden provocar el mal funcionamiento de la respuesta del cortisol mediante modificaciones epigenéticas de la expresión de los genes, principalmente aquellos que codifican la síntesis del receptor de la membrana del cortisol. Este mal funcionamiento puede, por una parte, causar un consumo exagerado de serotonina, con depresión, y por otra, provocar toda una gama de trastornos ansiosos. Cuando el trauma se asocia a una reacción de inmovilidad tónica, lo más frecuente es que evolucione hacia un SPT (Shin *et al.*, 2009). En este último caso, las imágenes del cerebro muestran una hiperactividad de la amígdala y zonas de necrosis neuronal en el hipocampo y en la región central del lóbulo frontal, responsable esta última de la modulación de los reflejos inconscientes del sistema de alarma (Bremner *et al.*, 2008).

Factores asociados a la reacción de inmovilidad del recién nacido

Teniendo en cuenta lo dicho hasta ahora, la reacción de inmovilidad después del nacimiento puede ser considerada como un síntoma del trauma del recién nacido. En este

estudio exploratorio, se le han asociado tres factores.

El primer factor identificado es el frotamiento para secar al niño, teniendo en cuenta la relación temporal entre el frotamiento y el principio de la reacción de inmovilidad, bien visible en tres vídeos. Aunque estadísticamente no significativa en este estudio ($p = 0,09$), esta relación causa-efecto puede ser tomada en consideración, puesto que el frotamiento podría ser interpretado por el sistema de alarma como la agresión de un depredador.

El segundo factor identificado es la presencia de livideces, aunque se encuentra en el límite de la significación estadística ($p = 0,05$). Esta relación podría explicarse por la acidosis que acompaña a la vasoconstricción cutánea destinada a proteger los órganos nobles como el cerebro y el corazón. En efecto, la amígdala es particularmente sensible a la acidez provocada por el enriquecimiento en CO_2 del aire respirado, tanto en el ser humano como en el resto de los animales (Ziemann *et al.*, 2009; Schmidt *et al.*, 2008).

La relación más significativa con la reacción de inmovilidad al nacer es el estrés prenatal materno ($p = 0,02$). Dicha relación merece ser comentada, teniendo en cuenta el gran interés que suscita este síndrome. A partir de los años 1990, las investigaciones epidemiológicas llevaron a cabo el seguimiento de niños cuyas madres habían perdido a un pariente próximo durante el embarazo (Lou *et al.*, 1992) sufrido la invasión de su país por parte de un ejército enemigo (Van Os y Selten, 1998). una gran hambruna (Susser *et al.*, 1996; Barker *et al.*, 1993) depresión y sobre todo ansiedad (Van den Bergh *et al.*, 2005; Sarkar *et al.*, 2008) o que habían vivido desastres como ataques terroristas, con el célebre ejemplo del World Trade Center en 2001, terremotos, ciclones, inundaciones, naufragios... (Harville, Xiong y Buekens, 2010) Las investigaciones mostraron que estas diferentes formas de estrés prenatal están asociadas a patologías del embarazo —abortos, malformaciones congénitas, retraso del crecimiento intrauterino, partos prematuros— y a patologías que aparecen más tarde en la vida del niño, incluso en la siguiente generación: por un parte, patologías somáticas —enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes— y, por otra parte, patologías psicoafectivas —déficits cognitivos, hiperactividad y trastornos de la atención, adicciones y enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia—.

En ausencia de una medida del estrés en este estudio retrospectivo, los acontecimientos de vida anotados en los informes obstétricos se han tomado como indicadores de estrés prenatal: infertilidad de larga duración, embarazos no deseados, embarazos después de una pérdida perinatal, metrorragias, miedo excesivo de anomalías en el bebé y muerte o enfermedad grave de un pariente de primer grado.

Fisiopatología del estrés prenatal

La experimentación en animales permite proponer un modelo fisiopatológico del estrés prenatal similar del propuesto por el SPT. La diferencia principal es la ausencia de percepción directa por parte del sistema de alarma del feto de los acontecimientos susceptibles de estresar a la madre. La hormona liberadora de corticotropina (CRH) secretada durante el estrés materno atraviesa la barrera de la placenta y estimula el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal del feto, mientras que el cortisol materno sólo atraviesa la placenta en caso de presentar niveles muy elevados (O'Donnell *et al.*, 2012). En este caso, puede causar modificaciones epigenéticas de retrocontrol del cortisol fetal y programar la aparición de trastornos del desarrollo del niño (Harris y Seckl, 2011). En los adolescentes cuya madre haya sufrido estrés durante el embarazo y que presentan trastornos de la atención y de hiperactividad, se han detectado lesiones en el córtex órbito-frontal, una de las regiones del cerebro cuyo volumen disminuye a causa del SPT (Mennes *et al.*, 2006).

La reacción de inmovilidad al nacer: fisiopatología y posibles consecuencias

Las consecuencias fisiopatológicas de la reacción de inmovilidad al nacer se desconocen, dado que aún no se ha llevado a cabo seguimiento alguno de los niños que han participado en este estudio. Siendo la inmovilidad tónica la respuesta conductual al trauma más extrema podría dejar huellas en forma de una hiperreactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal y de un mal funcionamiento del retrocontrol del cortisol, sobre todo si éste se asocia al estrés prenatal materno o a una acidosis sobrevenida durante el parto.

Las analogías con los modelos fisiopatológicos del trauma y del estrés prenatal nos hacen temer la aparición del síndrome de hiperactividad —trastornos de atención, adicciones y depresión en los niños que han presentado inmovilidad tónica al nacer y, más tarde, una pérdida de las capacidades de resiliencia frente a los desafíos con los que podrían encontrarse durante su vida—. Esta hipótesis está pendiente de confirmación. Hasta hoy, algunos testimonios de madres estresadas durante el embarazo hablan de hiperactividad y trastornos de la atención en su hijo.

¿Es la pérdida de las capacidades de resiliencia un hecho inexorable tras la programación epigenética resultante del estrés prenatal y, dado el caso, debido a la hiperreactividad de la amígdala tras una reacción de inmovilidad al nacer?

Factores de resiliencia

La experimentación en animales y los datos de un estudio prospectivo en la especie humana muestran que la desprogramación de los trastornos asociados al estrés prenatal es posible y, por analogía, también lo es la de los trastornos que podrían surgir tras una reacción de inmovilidad al nacer. En los animales, la desprogramación es posible durante un breve período sensible. Un maternaje intensivo (lameduras), la adopción al nacer por parte de madres no estresadas durante la gestación y la administración de antidepresivos corrigen las anomalías inducidas por el estrés prenatal (Wakshlak y Weinstock, 1990; Maccari *et al.*, 1995; Morley-Fletcher *et al.*, 2011). En la especie humana, el período durante el cual la desprogramación es posible parece mucho más largo, ya que depende de un proceso de larga duración; el del establecimiento del apego durante el aumento de la plasticidad neuronal de los primeros meses de vida. En efecto, la calidad del apego a los padres, particularmente a la madre, disminuye las manifestaciones de miedo y los déficits cognitivos en los niños nacidos tras el estrés prenatal materno (Bergman *et al.*, 2008, 2010). Estos datos abren perspectivas esperanzadoras. Muestran que, desde el nacimiento, los niños pueden beneficiarse de factores de resiliencia, y así pueden evitar la fatalidad de las consecuencias de los desafíos vividos por su madre durante el embarazo y/o las consecuencias del trauma que puedan haber sufrido durante el nacimiento.

Conclusión. Algunas propuestas prácticas

Durante el embarazo

La primera medida que hay que tomar es preventiva. Los profesionales de la etapa prenatal deberían velar por la seguridad emocional de las mujeres embarazadas, acompañar a las que presentan ansiedad o están viviendo acontecimientos estresantes y ayudar a gestionar su estrés para evitar consecuencias que podrían afectar a sus futuros hijos (Rousseau *et al.*, 2009; Roegiers y Molenat, 2011). Deberían velar también por la seguridad emocional de los futuros padres para que puedan responder a las necesidades afectivas de su hijo. La teoría del apego nos enseña que, en efecto, el sistema del *caregiving* no funciona si las personas encargadas de dar cuidados se sienten a su vez inseguras.

Se debería prestar especial atención a la localización y al acompañamiento de las mujeres embarazadas que presentan síntomas de SPT. En efecto, sus hijos son los más expuestos al riesgo de presentar trastornos del desarrollo programados por el estrés prenatal de la madre (Yehuda y Bierer, 2008). Los síntomas principales del SPT —revivir el acontecimiento traumático, intento de evitar todo aquello que recuerda los hechos, reacciones exageradas, sobresaltos y estado ansioso de hipervigilancia—¹ son

difíciles de detectar durante la entrevista clínica, puesto que los pacientes tienen tendencia a disimularlos. Teniendo en cuenta la importancia de la prevención de los trastornos del desarrollo psicoafectivo de los niños, la detección sistemática del SPT podría realizarse con ayuda de la Escala Edinburgh para la Depresión Posnatal (EPDS), ya que la depresión viene a menudo acompañada de diversos síntomas del SPT y la EPDS ha sido validada para su utilización prenatal. También se podrían proponer escalas de medida del SPT, pero no disponemos aún de la evaluación de su utilización durante el embarazo.

El segundo punto concierne a los profesionales. También ellos deberían tener un apoyo individual e institucional que les aportase seguridad, para que así pudieran aportársela a sus pacientes; deberían trabajar en red y ser coherentes en sus intervenciones (Rogiers y Molenat, 2011).

La tercera medida concierne a la educación prenatal de los padres. Los cambios de la sociedad posmoderna han roto la transmisión intergeneracional de un saber hacer maternal tradicional. Imperan muchas ideas falsas sobre las capacidades de comunicación del lactante y sus necesidades de interacción afectiva. Las madres están mal informadas sobre las ventajas de la lactancia materna (Guigui, 2007). El embarazo es un momento propicio para la educación de los futuros padres sobre las tareas que deberán asumir después del nacimiento de su hijo y para las cuales muchos no están formados.

Debemos subrayar dos puntos. Debería favorecerse más la lactancia materna prolongada. Los efectos de la campaña «Iniciativa hospital amigo de los bebés», organizada por la OMS y la Unesco desde 1991, han aumentado mucho las tasas de lactancia materna exclusiva en un primer momento, pero estas tasas caen rápidamente algunas semanas después de la vuelta al hogar. Además de los efectos positivos bien establecidos sobre la salud física de las madres y de los bebés, dar el pecho favorece el apego seguro (Britton, Britton y Gronwaldt, 2006). Al aumentar la secreción de oxitocina, la lactancia disminuye la ansiedad de la madre y aumenta su sensibilidad a las señales del niño, en concreto a sus expresiones faciales (Saive y Guedeney, 2010). En resumen, teniendo en cuenta la disminución de la excitabilidad de la amígdala provocada por la oxitocina (Debiec, 2005), la lactancia materna podría tener un efecto farmacológico de atenuación del mal funcionamiento causado por el estrés prenatal materno y/o por el trauma manifestado en el nacimiento mediante la reacción de inmovilidad tónica. De esta forma, la lactancia materna podría ser un factor de resiliencia para los desafíos que el niño enfrentaría más adelante en su vida, sobre todo si se acompaña de interacciones afectivas entre el bebé y su madre.

Los modos de comunicación no verbal del bebé son mal conocidos por el público en general. Educar a los padres y enseñarles a expresar en palabras sus propias emociones y

las de su bebé son quizás maneras de ayudarles a aportar a su hijo las condiciones para que desarrolle el importante factor de resiliencia que supone el apego seguro. Esto es todo un desafío, teniendo en cuenta la tendencia de los padres, sobre todo de las madres, a transmitir a sus hijos el tipo de apego que ellos mismos desarrollaron durante su más tierna infancia (Van Ijzendoorn, 1992; Strathearn *et al.* 2009).

El nacimiento

En el momento del nacimiento, la recomendación que resulta de este estudio es la necesidad de evitar toda estimulación inútil del recién nacido y, en particular, frotarlo para secarlo. Se recomienda más bien cubrirlo con cuidado con una mantilla precalentada.

La necesidad de tranquilizar al niño debería preceder, no suprimir, las recomendaciones que rigen muchas maternidades, como las del contacto continuo piel con piel y la búsqueda del seno por parte del bebé. Estas prácticas son bien conocidas por favorecer la lactancia. Lo mejor sería dejar tranquilas a las madres durante los primeros contactos con su bebé. Los vídeos de este estudio muestran que las madres se adaptan a él mediante los reflejos adecuados a las demandas que éste les envía por canales de comunicación no verbal. De la misma manera que el nacimiento es un momento de peligro para los bebés, dar a luz también lo es para las madres, tal y como muestran las estadísticas de mortalidad materna y neonatal. A menudo, se teje un vínculo de apego muy fuerte entre dos personas que se tranquilizan mutuamente en presencia de un peligro. Cuando el apaciguamiento mutuo es exitoso, las primeras reacciones espontáneas entre el recién nacido y su madre tienen también, sin duda, esta propiedad de crear un vínculo de apego muy potente, cuya huella podría ser un factor de resiliencia más tarde durante la vida del niño.

Referencias

- Abrams, M. P.; Carleton, R. N.; Taylor S. y Asmundson, G. J. (2009). «Human tonic immobility: Measurement and correlates», en *Depress. Anxiety*, vol. 26, págs. 550-556.
- Barker, D. J.; Gluckman, P. D.; Godfrey, K. M.; Harding, J. E.; Owens, J. A. y Robinson J. S. (1993), «Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life», en *Lancet*, vol. 341, s.e., Londres, págs. 938-941.
- Bekhechi, V.; Rabouam, C. y Guédeney, N. (2010). «Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving», en Guedeney, N. y Guedeney, A. (dirs.), *L'Attachement: approche théorique. Du bébé à la personne âgée*, Masson, París, págs. 17-28.
- Bergman, K.; Sarkar, P.; Glover, V. y O'Connor, T. G. (2008). «Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness», en *Journal of child psychology and. Psychiatry and allied disciplines*, vol. 49, págs. 1089-1098.
- Bergman, K.; Sarkar, P.; Glover, V. y O'Connor, T. G. (2010). «Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: Moderation by infant-mother attachment», en *Biological psychiatry*, vol. 67, págs. 1026-1032.

- Bremner, J. D.; Elzinga, B.; Schmahl, C. y Vermetten, E. (2008) «Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder», en *Progres in Brain Resarch*, vol. 167, págs. 171-186.
- Britton, J. R.; Britton, H. L. y Gronwaldt, V. (2006). «Breastfeeding, sensitivity, and attachment», *Pediatrics*, vol. 118, págs. e1436-43.
- Darwin, C. R. (1883). «A posthumous essay on instinct», en Romanes, G. J. (dir.), *Mental Evolution in Animals*, Kegan Paul Trench & Co., Londres, págs. 355-384; disponible en Internet en: https://archive.org/details/cihm_16907
- Debiec, J. (2005). «Peptides of love and fear: Vasopressin and oxytocin modulate the integration of information in the amygdala», en *Bioessays*, vol. 27, págs. 869-73.
- Gobin, G. (2008). «Regarder», en *Le Monde caché des bébés*, France 5 TV, bre 2008.
- Guigui, G. (2007). «Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement», en *Devenir*, vol. 19, págs. 261-297.
- Harris, A. y Seckl, J. (2011). «Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease», en *Hormones and Behaviour*, vol. 59, Academic Press., Nueva York, pag. 279-289.
- Harville, E.; Xiong, X. y Buekens, P. (2010). «Disasters and perinatal health: A systematic review», en *Obstetrical and gynecological survey*, vol. 65, Williams and Wilkins, Baltimore, págs. 713-728.
- Hofer, M. A. (1970). «Cardiac and respiratory function during sudden prolonged immobility in wild rodents», en *Psychosom Med.*, vol. 32, págs. 633-647. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001923/>
- Humphreys, K. L.; Sauder, C. L.; Martin, E. K. y Marx, B. P. (2010). «Tonic immobility in childhood sexual abuse survivors and its relationship to posttraumatic stress symptomatology», en *Interpers. Violence*, vol. 25, págs. 358-372.
- LeDoux, J. (1998). *Le Cerveau des émotions. Les mystérieux fondements de notre vie émotionnelle*, Odile Jacob, París.
- Lou, H. C.; Nordentoft, M.; Jensen, F.; Pryds, O.; Nim, J. y Hemmingsen, R., (1992). «Psychosocial stress and severe prematurity», en *Lancet*, vol. 40, pag. 54.
- Maccari, S.; Piazza, P. V.; Kabbaj, M.; Barbazanges, A.; Simon, H. y Le Moal, M. (1995). «Adoption reverses the longterm impairment in glucocorticoid feedback induced by prenatal stress», en *Journal of Neuroscience*, vol. 15, Society of Neuroscience, s/l, págs. 110-116
- Mennes, M.; Stiers, P.; Lagae, L. y Van den Bergh, B. (2006). «Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: Involvement of the orbitofrontal cortex», en *Neuroscience and biobehavioral reviews*, vol. 30, págs. 1078-1086.
- Morley-Fletcher, S.; Mairesse, J.; Soumier, A. et al. (2011): «Chronic agomelatine treatment corrects behavioral, cellular, and biochemical abnormalities induced by prenatal stress in rats», en *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 217, Springer-Verlag., Berlín, págs. 301-313.
- O'Donnell, K. J.; Bugge Jensen, A.; Freeman, L.; Khalife, N.; O'Connor, T. G. y Glover, V. (2012). «Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11 β -HSD2», en *Psychoneuroendocrinology*, vol. 37, Pergamon Press., Oxford, Elmsford, NY, págs. 818-826.
- Roegiers, L. y Molenat, F. (dir.) (2011). *Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque?*, Érès, Toulouse.
- Rousseau, P. (2006). «La naissance: partage d'émotions et de signaux entre le bébé et ses parents», en Dugnat, M. (dir.), *Les Émotions (autour) du bébé*, Érès, París, págs. 107-128.
- Rousseau, P. (2008). «Human newborn's first eyes movements and facial expressions», presentado en *The 12th European Conference on Facial Expression*, Universidad de Ginebra, del 28 al 31 de julio 2008.
- Rousseau, P. (2010). «Les premières expressions du visage du bébé à la naissance», en Delaporte, F.; Fournier, E. y Devauchelle, B. (dirs.), *La Fabrique du visage, de la physiognomie antique à la première greffe*, Brepols, Turnhout, págs. 159-179.
- Rousseau, P. (2013). «Les premiers regards du nouveau-né. L'attachement précoce», en Morel, M.-F. (dir.), *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui*, Érès, col. 1001 BB, n° 34, Toulouse, págs. 155-183.

- Rousseau, P. V.; Francotte, J.; Fabbriatore, M.; Frischen, C.; Duchateau, D.; Perin, M. y Gauthier, J. M. (2014). «Immobility Reaction at birth in human newborn», en *Infant Behavior and Development*, s.e., Norwood NY.
- Rousseau, P.; Roegiers, L.; Masson, V. y de Thysebaert, B. (2009). «Sécurité émotionnelle de la grossesse», en Alexander, S.; Debiève, F.; Delvoye, P.; Kirkpatrick, C. y Masson, V. (dir.), *Guide de consultation prénatale*, De Boeck, Bruselas, págs. 145-160.
- Saive, A. L. y Guedeney (2010). N. «Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants», en *Devenir*, vol. 4, págs. 321-338.
- Sarkar, P.; Bergman, K.; O'Connor, T. G. y Glover, V. (2008). «Maternal antenatal anxiety and amniotic fluid cortisol and testosterone: Possible implications for foetal programming», en *Journal of neuroendocrinology*, vol. 20, Oxford University Press, Eynsham, págs. 489-496.
- Schmidt, N. B.; Richey, J. A.; Zvolensky, M. J. y Maner, J. K. (2008) «Exploring human freeze responses to a threat stressor», en *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 39, págs. 292-304.
- Shin, M. L.; Rauch, S. L.; Pitman, R. K. y Whalen, P. J. (2009). «The human amygdala and anxiety disorders », en Whalen, P. y Phelps, E. (dirs.), *The Human Amygdala*, The Guilford Press, Nueva York, págs. 321-343.
- Strathearn, L.; Fonagy, P.; Amico, J. y Montague, P. R. (2009). «Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues», en *Neuropsychopharmacology*, vol. 34, págs. 2655-2666.
- Susser, E.; Neugebauer, R.; Hoek, H. W.; Brown, A. S.; Lin, S.; Labovitz, D. y Gorman, J. M. (1996). «Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence», en *Archives of general psychiatry*, vol. 53, American Medical Association, Chicago, págs. 25-31.
- Van den Bergh, B. R.; Mulder, E. J.; Mennes, M. y Glover, V. (2005). «Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review», en *Neuroscience and biobehavioral reviews*, vol. 29, págs. 237-258.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1992). «Intergenerational of parenting: A review of studies in nonclinical populations», en *Developmental Review*, vol. 12, págs. 76-99.
- Van Os, J. y Selten, J. P. (1998). «Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands», en *The British journal of psychiatry*, vol. 172, Royal College Of Psychiatrists, Londres, págs. 324-326.
- Wakshlak, A. y Weinstock, M. (1990). «Neonatal handling reverses behavioral abnormalities induced in rats by prenatal stress», en *Neuroscience and biobehavioral reviews*, vol. 48, págs. 289-292.
- Yehuda, R. y Bierer, L. M. (2008). «Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk», en *Progress in brain research*, vol. 167, págs. 121-135.
- Ziemann, A. E.; Allen, J. E.; Dahdaleh, N. S. *et al.* (2009). «The amygdala is a chemosensor that detects carbon dioxide and acidosis to elicit fear behavior», en *Cell*, 2009, vol. 139, págs. 1012-1021.

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001923/>

Interacciones precoces y nicho sensorial

Boris Cyrulnik

Sin alteridad todo se detiene. Ninguna promesa genética se cumplirá. Sin un nicho sensorial que envuelva al bebé, no será posible ningún desarrollo.

Pero a veces ocurre que este nicho sensorial se empobrece a causa de una desgracia de los padres. Un envoltorio afectivo pobre, insuficiente para estimular o asegurar al bebé, provocará desarrollos alterados. Una resiliencia —retomar el desarrollo después de la perplejidad traumática— tan sólo se puede construir sobre una relación, tejiendo con el apego.

Nicho sensorial empobrecido

Hace algunas décadas, se enseñaba que un bebé no entendía nada, puesto que no podía hablar. Hoy se sabe que, mucho antes de la palabra, el recién nacido es capaz de entender y tratar un gran número de problemas.

Un mismo hecho exterior tendrá entonces efectos biológicos, afectivos y psicológicos distintos según el nivel de desarrollo y según el estilo de construcción anterior. Perder a la madre antes de acceder a la palabra comportará un empobrecimiento sensorial del nicho afectivo. Perderla después del establecimiento de la palabra también hará sufrir, pero de otra manera. A partir de ahora, el niño se sentirá mal ante una representación verbal: «los otros tienen mamá y yo no».

Ciertos bebés pierden a su madre desde el embarazo. Cuando la madre queda traumatizada por un accidente de la existencia, el medio uterino del niño cambia mucho. Los niveles de cortisol amniótico aumentan con fuerza. Y puesto que el feto traga de 4 a 5 litros de líquido cada día, integra esta cortisona que provoca un edema cerebral al que las neuronas límbicas son muy sensibles. La hiperosmolaridad provocada de esta forma hace estallar un gran número de neuronas, cosa que explica la atrofia cerebral de este circuito neuronal detectada desde el nacimiento (Harel, 2000).

Cuando se detecta esta alteración cognitiva y una reorganización del nicho sensorial proporciona un sustituto afectivo para arropar al bebé, la resiliencia neuronal es muy fácil de desencadenar. En un bebé inseguro, la arquitectura eléctrica del sueño se desestructura. Como en todos los mamíferos, un individuo inseguro adelanta su sueño

paradójico, lo que demuestra la alerta cerebral. Esta oleada neuronal acorta la fase de ondas lentas que precede al sueño paradójico y disminuye de este modo la secreción de las neurohormonas del crecimiento. El sujeto en alerta no repara suficientemente su organismo. Se despierta cansado y su crecimiento se ralentiza (Buser, 2005).

Esta comprobación clínica, biológica y neurorradiológica plantea un problema epistémico, puesto que invita a renunciar a los saberes fragmentados (biología, psicología o sociología) y a adoptar razonamientos sistémicos en que los datos heterogéneos se coordinan para hacer funcionar un solo sistema. Un razonamiento fragmentado lineal sostiene que ciertas madres son la causa de los trastornos psicológicos de sus hijos (cosa que a veces ocurre). Un razonamiento sistémico explica que no es la madre la causa del déficit cognitivo de su hijo, sino su malestar: violencia conyugal, precariedad social, guerra o enfermedad. Estos trastornos son resiliables cuando se consigue reestructurar en torno al bebé un nicho sensorial estable y fortificante.

A menudo, el nicho se empobrece después del nacimiento. Cuando se trata de un trauma agudo como la muerte de un padre, la tragedia deja a los adultos perplejos, los inmoviliza y les hace perder su poder asegurador. Estos educadores aterrorizados aterrorizan. Sus hijos son demasiado pequeños para entender que su padre les da miedo porque está desocupado (en duelo o enfermo) y él mismo tiene miedo del futuro.

Lo que deteriora más este nicho sensorial es el aislamiento completo que, en algunas semanas, provoca una atrofia cerebral, un embotamiento afectivo, el miedo al otro y un aumento de las actividades autocentradas que se pueden detectar: balanceos, dar vueltas, tocamientos o autoagresiones. Todo el circuito neurológico se desorganiza a causa del aislamiento precoz (Feder *et al.*, 2010).

Normalmente, el empobrecimiento del nicho está causado por un trauma insidioso o por la memoria aún viva de una desgracia pasada. Una «observación dirigida» muy elegante revela de qué modo una alteración de las mímicas maternas provoca un trastorno de las interacciones madre-hijo.

En los años 1970, Trevarthen mostró que, en una dualidad madre-hijo (de 2 a 4 meses), las sincronías mímicas y gestuales (mismos gestos, mismas mímicas) eran a menudo iniciadas por parte del bebé (Trevarthen y Aitken, 2003). En 1975, Edward Tronick le pidió a una madre que se inmovilizase voluntariamente para interrumpir las interacciones (Citó in Mazet, 1993). En pocos segundos el bebé, desorganizado, manifestó comportamientos ansiosos, agresiones autocentradas y, sobre todo, una clara retracción conductual (Guedeney y Guedeney, 2010). Esta desorganización momentánea es inevitable y puede ser necesaria en la vida cotidiana. Provoca un rebote afectivo del niño, que se arroja en brazos de la madre reencontrada. Pero cuando la desgracia familiar o la precariedad social duran varios años, el nicho afectivo constantemente empobrecido

inscribe en la memoria del niño un trauma del desarrollo (Zaouche-Gaudron, 2005). Los trastornos cognitivos y el estilo relacional esquivo, ambivalente o confuso son consecuencias de una dificultad en el entorno paterno mediatizada por padres desdichados.

Período sensible

Cuando un empobrecimiento tal sobreviene durante el período sensible de las interacciones precoces, este mal aseguramiento deja una huella cerebral duradera.² La calidad pobre de las estimulaciones precoces provoca una atrofia de los dos lóbulos prefrontales, cuyas sinapsis ya no se conectan. Cuando este sustrato neurológico se establece correctamente permite la anticipación e inhibe la amígdala rincefálica, base de la memoria y de las emociones. Cuando el lóbulo prefrontal no puede entrar en funcionamiento, no frena a esta almendra neurológica que «se incendia» en las imágenes del cerebro y que a veces se vuelve entre cuatro y diez veces mayor que en la población general. Esta vulnerabilidad neuroemocional adquirida podrá ser compensada más tarde con la condición de que el medio enseñe al niño el uso afectivo de la palabra y establezca los rituales culturales que organizan la coexistencia. Pero cuando el entorno desorganizado o desculturizado no le proporciona al niño la posibilidad de adquirir estos factores de resiliencia, el pequeño se vuelve «explosivo», incapaz de dominar sus emociones cuya violencia se desencadena ante los más insignificantes acontecimientos de la vida cotidiana (Cyrulnik, 2013). Luego, cuando durante la adolescencia se produzca el inevitable desafío afectivo, la aparición del deseo sexual y de las aspiraciones de autonomía, el joven que durante su más tierna infancia haya adquirido un factor de vulnerabilidad experimentará esta evolución natural y cultural como una agresión inquietante. En este caso, las chicas se ven asaltadas por fuertes ideas suicidas y los chicos acaban suicidándose más a menudo (Ehrensaft y Tousignant, 2006). La traza biológica que esculpe ciertas zonas del cerebro ha sido inscrita por la huella del medio.

Ontogénesis de la empatía

Pero el niño no es un recipiente pasivo. En 1990, el descubrimiento de las neuronas espejo demostró que todos los niños no descodifican las mímicas faciales de la misma manera. Cuando un bebé ve una sonrisa en el rostro de su cuidador, la percepción de las informaciones neurológicas se lleva a cabo en su lóbulo parieto-occipital, el que trata las imágenes. ¡Sorpresa! Constatamos entonces que la base de la frontal ascendente, que envía los estímulos a los músculos del rostro, prepara al bebé para imitar el mismo acto

de sonrisa. El córtex motor del niño prepara la sonrisa que acaba de percibir. Igual que, cuando vemos a alguien vomitar, la parte anterior de la ínsula izquierda consume energía, como si el espectador mismo se dispusiera a vomitar (Rizzolatti y Sinigaglia, 2008).

Esta respuesta premotriz permite imaginar lo que el otro siente, como un desencadenante de la empatía (Jeannerod, 1994). El bebé participa de lo que ve, sonríe cuando se le sonríe, se agita cuando percibe agitación y se apaga cuando todo se apaga a su alrededor. La armonía afectiva (Stern, 1985) crea una intersubjetividad que hace observable la forma en que el nicho sensorial, compuesto por las figuras del apego, tutoriza el desarrollo de los niños.

Pero cuando un niño queda alterado a causa de una enfermedad genética, cuando su cerebro está dañado por un accidente, una enfermedad o un desarrollo anómalo, cuando no sabe interpretar las mímicas, los gestos y los sonidos emitidos por parte de su figura de apego, la desorganización del niño desorganiza a su vez la intersubjetividad y desorienta a la madre.

De esta forma, el nicho sensorial que hace posible la intersubjetividad puede sufrir malformaciones: la mayor parte de las madres jóvenes que en su juventud temprana han sido víctimas de incesto tienen miedo del bebé que acaban de traer al mundo. Sin decirlo piensan: «Con lo que he pasado, jamás podré criar a este niño». Esta representación íntima organiza en torno al bebé un nicho sensorial pobre, distante, lleno de miedo e inseguridad.

Un bebé que *in utero* haya adquirido una vulnerabilidad neuroemocional debido al estrés materno viene al mundo con dificultades para controlar la intensidad de sus emociones: cuando la madre ha padecido estrés, la amígdala del bebé está hipertrofiada. Para resiliar esta vulnerabilidad adquirida, sería necesario un nicho sensorial aún más estable y tranquilizador que para el resto de bebés. Ahora bien, si la madre aún sufre por su desgracia pasada, atribuye a su hijo una significación aterradora que provocará el abandono, empobrecerá el nicho y hará que transmita inseguridad. Desde el principio, la espiral de interacciones está mal constituida.

El sufrimiento de la madre, debido a su historia personal, provoca el freno del desarrollo del bebé, que expresa sus emociones en un nicho inseguro, a veces incluso aterrador. Este trastorno agrava el malestar de la madre, quien se da cuenta de que su bebé es difícil de criar. Esta espiral de dolor puede seguir hasta la ruptura si no se intenta introducir un proceso de resiliencia.

Estructura verbal y nicho sensorial

El nicho sensorial es la plataforma móvil de la intersubjetividad, donde se cruzan las

presiones que tutorizan el desarrollo del pequeño. Los puntos de referencia que permiten analizar la espiral pueden ser neurológicos, biológicos, conductuales o verbales. Por este motivo, las palabras pronunciadas alrededor del recién nacido son puntos de referencia importantes de la estructura del nicho.

Pedimos a los profesionales de la maternidad de Toulon que anotaran tan sólo la primera frase pronunciada por la madre cuando le presentaban a su hijo.³ La mayoría de esas frases son encantadoras, conmovedoras y alegres.

Primero vimos solamente la expresión de una emoción:

«¡Oooh!»

«¡Qué maravilla! Es el hombre de mi vida».

Luego una frase de bienvenida:

«Bienvenido a casa de los Dupont».

«Es tan bonito como el niño Jesús».

«Seremos amigos».

Casi enseguida, la inscripción en una filiación; la madre busca en el cuerpo de su hijo un indicio anatómico que pruebe la pertenencia a la familia:

«Tiene los pies grandes. Será futbolista como su padre».

«Tiene la nariz de su madre».

Pero también ocurre que estas frases expresan el malestar de la madre:

«He creído ver a mi padre entre mis piernas», dice una madre, asustada por el bebé que sale de donde se ponía el padre de la parturienta unos años antes.

«Su mirada me molesta. Este niño me impedirá volver a Argelia», dice la madre que no consigue integrarse en Francia.

«Tiene la mirada triste. ¡No veis que quiere morir!», dice la madre que ha pensado en el suicidio durante el embarazo.

A menudo, el mundo mental de la madre se formula mediante la primera frase:

«Ésta amará la vida».

«Todos aquéllos a quienes amo mueren».

«Lo siento, he tenido una niña».

«Podré amar como jamás he podido hacerlo».

La llegada al mundo de una personita, al mismo tiempo que permite una vida nueva, desvela las huellas del pasado:

«Vete, déjanos solos», le dice a su marido una madre que sueña con quedarse con el bebé para ella sola.

«Es bonita, es horrible», dice una madre cuyo primer bebé había venido al mundo sin el brazo derecho. La belleza de su segundo bebé evoca el sentimiento de injusticia provocado por la malformación del primero. El pequeño discapacitado ha sido

sobreprotegido, la niña bonita ha sido rechazada: «Tú no tienes razón para llorar, tienes los dos brazos. Mira lo valiente que es él».

Las representaciones mentales de la madre han estructurado de forma distinta el envoltorio afectivo de cada niño, cuyo desarrollo ha sido diferente.

El nicho sensorial es un medio compartido. Es un conjunto de fuerzas heterogéneas, provenientes tanto del niño como de los padres, que confluyen para funcionar juntas. Aquello que el recién nacido es en un momento dado de su desarrollo establece transacciones constantes con su entorno.

Un recién nacido puede ser hipersensible por razones genéticas o porque ha adquirido una vulnerabilidad neuroemocional durante las interacciones precoces con una madre traumatizada. Esta vulnerabilidad es una tendencia, pero de ninguna manera una fatalidad, ya que basta con que la madre sea ayudada a superar sus dificultades para que se vuelva capaz de aportar seguridad. O si esto no resulta, se puede confiar al bebé a otro nicho seguro.

Pero cuando un bebé vulnerable se deja en un nicho pobre, deprimido o violento, se establece un fenómeno de resonancia entre el niño hipersensible y los padres terroríficos/aterroizados. Esta transacción agrava la espiral dolorosa y puede llevar a una organización psicopatológica (Bateman y Fonagy, 2006).

Puede que haya contradicciones entre el mundo mental de los padres y el del niño. Como el de aquella madre feliz por tener una niña pequeña, que ella soñaba con vestir con faldas de encaje y enseñarle gestos graciosos. Entonces vio que su combativa hija se desarrollaba prefiriendo el fútbol con los sus amigos del barrio a las horas de aburrimiento en el colegio. Una madre de un hijo autista reconocía: «Me aburría con este bebé, pero me gustaba jugar con sus hermanos y hermanas». Hace algunas décadas, se explicaba que el autismo estaba causado por la frialdad de la madre. Hoy en día, se sabe que el desarrollo autocentrado del bebé desanima a la madre, lo cual empobrece el nicho, que no es estimulante, y se ralentiza el desarrollo del niño. Esta descripción en forma de espiral interactiva es una constatación que resta culpabilidad a la madre. Es precisa la intervención de un tercero para organizar alrededor del niño un nicho adaptado a este desarrollo extraño. Una nueva estrategia educativa explica el aumento en el número de niños autistas que salen de su mutismo.

Sensorialidad verbal

Los primeros años de existencia, hasta la aparición de la palabra, se consagran al establecimiento de un verdadero órgano de coexistencia: el apego.

Hacia la edad de 10-12 meses, todos los niños preverbales ya han adquirido una forma

de establecer relaciones afectivas que, en este punto del desarrollo, socializa al pequeño.

A la edad en que aparece la palabra (a los 20 meses), los pequeños que han estado rodeados por un apego paterno seguro son los primeros en acceder a esta herramienta relacional. Un niño seguro aprende a orientarse hacia los adultos y a acercar su cuerpo al de ellos, en una situación preconversacional que permite el aprendizaje de palabras. El pequeño se sitúa en una proximidad afectiva, un cuerpo a cuerpo preverbal, y dirige al adulto un balbuceo en el que las palabras aún son inciertas. El educador desempeña un papel clave cuando reformula este balbuceo en palabras de la lengua materna (Hesse, 1999). Y, en menos de diez meses, todo niño seguro, sea cual sea su cultura, aprenderá, sin escuela ni libros, 4.000 palabras, la gramática y sus excepciones. La prosodia, el acento de su lengua materna —esa memoria del cuerpo de la que le costará deshacerse cuando aprenda otra lengua— es una memoria procedimental que queda impregnada de forma duradera. Este funcionamiento intelectual es posible gracias a la sorprendente vivacidad de la memoria procedimental característica de un período biológicamente sensible.

No es el caso de los niños inseguros que permanecen en la periferia, a distancia del adulto educador, evitando las interacciones y las palabras. Estos niños, que han adquirido un apego ambivalente o confuso, establecen relaciones difíciles: agreden a las personas a las que aman o muestran comportamientos indescifrables. Este estilo afectivo adquirido de forma muy precoz altera las relaciones y retrasa el aprendizaje. En la población general hay un 30% de niños inseguros que serán en su mayoría malos alumnos. Pero como se trata de transacciones, no es raro que un niño esquivo, poco interesado en las relaciones humanas, se refugie en los libros y obtenga excelentes resultados escolares que le proporcionarán responsabilidades... ¡sociales!

Incluso los relatos colectivos participan de la estructuración del nicho en los primeros meses. En las culturas que dicen que un huérfano es un niño embrujado del que hay que desconfiar porque no se le conocen ancestros, muchas interacciones se ven influenciadas por esta creencia. El nicho afectivo será pobre y transmisor de rechazo. Y cuando el niño acceda al lenguaje, se le humillará mediante esta representación de niño embrujado. En Europa, durante la Edad Media, se hablaba así de los bastardos, los niños nacidos fuera del matrimonio. Se les rechazaba, se les excluía de la Iglesia y de ciertos oficios. Se les orientaba hacia la guerra y se llegaba a la conclusión de que el hecho de haber nacido fuera del matrimonio los hacía violentos, «bastardos». Hoy en día, más de la mitad de niños nacen fuera del matrimonio, van a la escuela y no son más violentos que otros.

Entre los kisii de Kenia o entre los hausa de Níger, el nicho sensorial se compone exclusivamente de mujeres. El niño se apega a tres o cuatro mujeres, lo cual es suficiente para su desarrollo. Pero normalmente conserva un apego privilegiado con su madre

natural y se dirige a ella para resolver los problemas más comunes.

El reclamo de apoyo afectivo es universal, pero la forma de llevarlo a cabo es cultural. En Occidente, se habla al niño y se le sonríe cara a cara. En África se le habla menos, pero se le toma más de la mano. En Asia se dan menos besos, pero el niño siempre está rodeado. Cuando las culturas funcionan suficientemente bien, la mayoría de niños se desarrollan bien: 70% de apegos seguros, sea cual sea la cultura.

En cambio, cuando la cultura se viene abajo o cuando la ecología amenaza la supervivencia, los comportamientos de apego cambian. En el país de los dogón, en el oeste de África, la sequía da pobres cosechas de mijo y las vacas mueren deshidratadas. La lactancia se sobreexplota, ya que si el cuerpo de la madre ya no da leche, el niño, sin acceso a agua ni a leche de sustitución, muere. En este contexto catastrófico, los padres infelices y las madres inquietas forman un nicho particular. No obstante, a los 10 meses se da un 69% de apegos seguros, como en los países ricos, pero se detecta un 23% de apegos confusos, frente al 5% en Occidente (True, 2006).

En estas condiciones, la recuperación resiliente sólo se podrá llevar a cabo actuando sobre el contexto social y ecológico, ¡siempre y cuando ello sea posible!

Conclusión

Esta forma de razonar en función de una constelación de determinantes se analiza biológicamente, conductualmente, afectivamente y culturalmente; y esto implica que las decisiones políticas deben participar del buen desarrollo de los niños y de su resiliencia.

En los países del norte de Europa se ha organizado una política de la infancia cuyos resultados han sido evaluados. La baja por maternidad dura un año. Los primeros tres meses se le conceden a la madre y los nueve meses siguientes al padre o a la madre, según decida la pareja. Los profesionales de la infancia son valorados y se les enseña desde el enfoque de la acogida más que del cuidado. El inicio en la escuela es más tardía, las clases se han reducido a la mitad y las primeras notas que orientarán a los niños no se dan hasta los 14 años.

La evaluación de estas reformas es concluyente; se observa un «claro rendimiento de la inversión». El desarrollo es fácil, las relaciones son seguras y agradables. Los finlandeses tan sólo cuentan con un 1% de analfabetos frente al 15% francés. Los trastornos psicopáticos son raros, los suicidios adolescentes han descendido casi a la mitad y los escolares de primaria obtienen a menudo la medalla de oro en el informe PISA (resultados evaluados por la Unesco) (Robert, 2008).

El desafío que supone la infancia temprana es enorme. Un niño de tres años puede haber empezado su vida con mal pie, pero los trabajos sobre resiliencia permitirán

mejorar su desarrollo, así como, en general, el de los niños que hayan resultado marcados por la existencia.

Referencias

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder*, Oxford University Press, Oxford.
- Buser, P. (2005). *L'Inconscient aux mille visages*, Odile Jacob, París.
- Cité in Mazet, P. (1993). «Les interactions entre le bébé et ses partenaires», en *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 41, n° 3-4, págs. 126-133.
- Cyrulnik, B. (2013). «Emotion and trauma», en *Medicographia*, vol. 35, n° 3, págs. 265-270.
- Ehrensaft, E. y Tousignant, M. (2006). «Immigration and resilience», en Sam, D. L. y Berry, J. W. (dirs.), *Acculturation Psychology*, Cambridge University Press, Nueva York, págs. 469-482.
- Feder, A.; Nestler, E. J.; Westphal, M. y Charney, D. S. (2010). «Psychological mechanisms of resilience to stress», en Reich, J. W.; Zautra, A. S. y Hall, J. S., *Handbook of Adult Resilience*, The Guilford Press, Nueva York, págs. 35-54.
- Guedeney, N. y Guedeney, A. (2010). *L'Attachement. Concepts et applications*, Masson, París.
- Harel, S. (2000). «Six year follow up of children with intra- uterine growth retardation: Long-term, perspective study», en *Journal of Child Neurology*, vol. 15, n° 12, págs. 781-786.
- Hesse, E. (1999). «The adult attachment interview», en Cassidy, J. y Shaver, P. R. (dirs.), *Handbook of Attachment*, The Guilford Press, Nueva York, pág. 395.
- Jeannerod, M. (1994). *The Neural and Behavioral Organization of Goal directed Movements*, Oxford University Press, Oxford.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2008). *Les Neurones miroirs*, Odile Jacob, París, pág. 196.
- Robert, P. (2008). *La Finlande: un modèle éducatif pour la France? Les secrets d'une réussite*, ESF, París.
- Stern, D. (1985). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, París.
- Trevarthen, C. y Aitken, K. J. (2003). «Intersubjectivité chez le nourrisson. Recherche, théorie et applications cliniques», en *Devenir*, n° 4, vol. 15.
- True, M. M. (2006). *Mother-Infant Attachment and Communication among the Dogon of Mali*, tesis de doctorado, Universidad de California, Berkeley.
- Zaouche-Gaudron, C. (dir.) (2005). *Les Conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants?*, Érès, Toulouse.

2. Véase el capítulo anterior de Rousseau P., «Nacimiento, trauma, apego y resiliencia», págs. 29-44.

3. Pierre Rousseau en la maternidad de Mons-Hainaut (Bélgica) llevó a cabo la misma observación y obtuvo resultados comparables.

¿Cuáles son las fuentes de resiliencia para bebés y niños pequeños en duelo por la muerte de un ser querido?

Hélène Romano

A modo de preámbulo

Lo que queremos subrayar es que nuestra práctica clínica es relativamente específica, puesto que nos lleva a intervenir de urgencia desde los primeros momentos posteriores al anuncio de la muerte, pero también a distancia, en el marco de un seguimiento psicoterapéutico de bebés, niños, adolescentes y adultos expuestos a acontecimientos traumáticos intencionales o accidentales. Proponemos nuestra reflexión a partir del estudio del seguimiento de 51 bebés y jóvenes niños en duelo (niños entre 11 meses y 5 años al inicio del tratamiento y a los que se les ha realizado un seguimiento durante dos años). En particular, presentaremos los factores (individuales, familiares, medioambientales) que hemos podido identificar como fuentes de resiliencia y los que han resultado ser perjudiciales para el buen desarrollo del niño.

Especificidad del duelo en el pequeño

El sufrimiento traumático provocado por la brutal pérdida de los padres fue descrito hace tiempo (Freud y Burlingham, 1943; Winnicott, 1974; Bowlby, 1973), pero sigue siendo mal conocido y suscita múltiples controversias. Nuestro trabajo con niños en duelo a causa de la pérdida violenta de un pariente cercano (padre, madre, hermanos) nos lleva en efecto a constatar la dificultad de los intervinientes y del entorno del niño para pensar la realidad del impacto traumático de esta pérdida, algo indispensable para sostenerlo en este duelo precoz (Romano, 2006, 2012). La indiferencia, la banalización, incluso la negación de la realidad del sufrimiento de los bebés y de los niños pequeños en duelo son frecuentes. En efecto, el dolor de bebés y niños, ya sea físico o psíquico, no es fácil de admitir y se tarda en compartirlo. Aún es más evidente en el caso del dolor psíquico y, en especial, el dolor traumático y el dolor del duelo. Frecuentemente se oye que los niños pequeños no se dan cuenta de lo que están viviendo, que son demasiado pequeños para entenderlo, que lo olvidarán fácilmente cuando se hagan mayores, que lo convierten todo

en un juego, que no acumularán las huellas violentas en su memoria, que no disponen de metacognición e introspección suficiente, que no poseen una representación suficiente de la muerte y, por lo tanto, no tienen miedo de ella, que la conciben como algo transitorio y no pueden establecer la conexión entre el acontecimiento violento y la muerte real e irreversible... Estas aserciones se basan en datos parcialmente verdaderos (sobre el lenguaje, la memoria o las representaciones), pero la consecuencia que se extrae de ellos es errónea. En opinión de algunos autores como Anna Freud, mientras el niño no posea un yo suficientemente estructurado y no esté en posición de percibirse de un modo independiente, separado de la protección paterna, y mientras no tenga las capacidades cognitivas suficientes para entender el sentido de la muerte, no puede estar en duelo y es incluso incapaz de llevar a cabo el trabajo de duelo. No es infrecuente que se utilice la referencia al concepto de resiliencia para justificar esta negación de la realidad del duelo en los pequeños y sus consecuencias. De esta forma, la interpretación rápida de este concepto conduce a numerosas derivas, que consisten en pensar que el niño puede soportarlo todo «gracias» a la célebre resiliencia. Una lectura más acertada de las aportaciones de la resiliencia (Cicchetti y Rogosh, 1997), muestra que, frente a un acontecimiento traumático, el niño está en disposición de movilizar sus recursos internos en función de la calidad anterior de los procesos interrelacionales con su entorno, así como de la calidad de los procesos interrelacionales posteriores al acontecimiento. Dicho de otro modo, si el bebé en duelo se ha beneficiado con anterioridad de interacciones tranquilizadoras y estructuradoras y si adultos con capacidad de tutorizar su desarrollo se hacen cargo de él (Baubet, 2006; Romano, 2011), las consecuencias traumáticas serán menores que en el caso de que se encuentre solo en el mundo y sin recursos adquiridos.

En opinión de autores como Bowlby, Hoffer, Raphael y otros, el «trauma de la pérdida» no tiene edad y el niño pequeño no es ajeno a él, más bien al contrario (Pynoos, Steinberg y Piacentini, 1999). De esta forma, la realidad del duelo en el niño pequeño ha sido confirmada por parte de numerosos equipos de especialistas como Baubet y Moro, Romano y Baubet, o Hanus y Sourkes, en el tratamiento de acontecimientos traumáticos en los niños (Lieberman *et al.*, 2003). Nuestra experiencia con niños pequeños y bebés expuestos a muertes y a duelos traumáticos nos lleva a afirmar que, precisamente, el duelo es traumático debido a la vulnerabilidad psíquica del niño. La ausencia de mecanismos emocionales operativos y su inmadurez neurocognitiva no le permiten elaborar las consecuencias de la muerte como lo haría un niño mayor o un adulto. El pequeño pierde violentamente todos los puntos de referencia que estructuraban su forma de interaccionar con el mundo exterior.

La muerte de uno de los padres durante la infancia temprana (entre 0 y 2 años) resulta tan psíquicamente desestructurante para el niño, que no está capacitado para entender el

sentido de esta pérdida. La muerte de uno o de ambos padres representa la pérdida brutal de un sentimiento de seguridad y de bienestar a una edad en que el niño no es capaz de elaborar el sentido de esa brutal desaparición. Según Bowlby y otros autores, este cataclismo íntimo le provoca un estado de agonía psíquica que conduce a una ruptura en la continuidad de su sentido de sí mismo (Pynoos, Steinberg y Piacentini, 1999), capaz de hipotecar su porvenir de forma duradera. Hemos comprobado que la muerte violenta de alguien cercano y sus consecuencias rompen su ritmo de vida, hacen pedazos su confianza en la vida y en quienes son responsables de ella; sus figuras de apego. Los bebés y niños pequeños no disponen de una representación completa de la muerte, pero sí que poseen, desde muy temprano, una representación de la vida. A estas consecuencias directas de la muerte hay que añadir las consecuencias indirectas, es decir, las consecuencias, sobre estos niños, de los traumas paternos o colectivos. En efecto, los niños —y en particular los más pequeños— necesitan para vivir y crecer la ayuda de sus padres o de sus sustitutos, tutores de desarrollo o bien de un grupo (Delage, 2000, 2002; Cyrulnik y Delage, 2010; de Clercq, 1995). Ahora bien, unos padres traumatizados y un grupo desestructurado por acontecimientos colectivos están demasiado heridos psíquicamente para estar lo «suficientemente» disponibles, en el sentido de Winnicott, para su hijo y para ocuparse de él de una forma adaptada. Su propio dolor, sus miedos, sus sentimientos de culpabilidad y de impotencia pueden hacer que se encuentren, de forma continuada, en una mala posición para desarrollar sus competencias paternas, por lo que dejan a su hijo solo ante el duelo. En cuanto a los profesionales, el impacto traumático de tales situaciones puede contaminarlos y hacer que ya no resulten accesibles a los niños (sus necesidades, miedos, preguntas y síntomas).

La muerte de uno de los padres puede sobrevenir en una multiplicidad de contextos que es preciso conocer, puesto que las circunstancias de la muerte inciden en el niño: cuando la muerte es esperada (por enfermedad, por secuelas de un accidente), los adultos normalmente elaboran un «preduelo» (Hanus y Sourkes, 1997; Romano, 2012) y no se encuentran en el mismo estado de fractura psíquica que en el caso de una muerte inesperada. Las repercusiones de la muerte en la vida cotidiana del niño a menudo son anticipadas, en particular por la presencia obligada junto al niño de la persona que sustituirá al padre desaparecido. Esta preparación permite limitar al máximo las perturbaciones proporcionando al bebé, lo antes posible, una continuidad material y afectiva necesaria. En el marco de una muerte accidental o por causas médicas inesperadas (como en un accidente vascular cerebral), los adultos se ven violentamente golpeados por esta muerte repentina, de modo que no pueden tranquilizar al niño ni asegurarle la continuidad de cuidados indispensable para su vida cotidiana.

Otro caso es el de un padre muerto a causa de un suicidio. A la fractura psíquica ligada

a la brutal confrontación con la muerte de un ser querido, se le añade la intensa culpabilidad de sus allegados. Cuando crecen, es frecuente que los niños que hayan pasado un duelo en su más tierna infancia debido a tales circunstancias expresen a su vez una culpabilidad muy fuerte y se atribuyan una responsabilidad por esa muerte. Cuando sobreviene el suicidio, los allegados a menudo esconden las causas de la muerte y minimizan todo aquello que el niño haya podido ver y escuchar; en particular, cuando éste se encuentra presente en el momento del suicidio o del hallazgo del cadáver. El niño sabe qué ha ocurrido, aunque no tenga una comprensión adulta de los hechos, y las mentiras que se vierten sobre este acto hacen más frágil su confianza en el adulto de forma duradera.

Un contexto diferente es cuando el niño es testimonio directo de la muerte de su progenitor (suicidio, accidente, homicidio, guerra). El terror sentido frente al acontecimiento crece a causa del desconcierto ante el cuerpo sin vida de su padre o de su madre: esa madre o ese padre que ya no responden, que no se mueven y que a menudo están irreconocibles por las heridas que les han causado la muerte. Muertes como éstas exponen violentamente a los testigos, pequeños y mayores, a estímulos extremos (sonidos, olores e imágenes) capaces de quedar impresos de forma duradera en la memoria y provocar múltiples reviviscencias. El impacto sensorial puede aumentar debido a otros estímulos que acompañan a la muerte, principalmente las llamadas de ayuda y los gritos de los testigos. Estas consecuencias se describen en la literatura que habla de los adultos que han sido víctimas de acontecimientos traumáticos, pero raramente hacen referencia a niños, aunque éstos no se encuentran a salvo y tales escenas pueden quedar grabadas durante mucho tiempo en sus mentes.

En estas circunstancias, calificadas como duelo postraumático (Bacqué, 2003), a la herida del duelo se le pueden añadir trastornos postraumáticos ligados al enfrentamiento violento con la muerte de su progenitor. Su pérdida queda inextricablemente ligada a todo el contexto traumático y el recuerdo puede hundir al niño en una angustia extrema. Por parte del clínico, la atención debe centrarse a la vez en los trastornos postraumáticos que surgen tras el acontecimiento y también en los trastornos ligados al duelo —lo cual no es nada fácil—. Como se verá, en el momento del tratamiento también es preciso tener en cuenta las posibles reviviscencias postraumáticas.

Sea cual sea el contexto de la muerte, la conmoción en la organización familiar también puede ocasionar nuevas tensiones y exponer al niño a otros conflictos. Los reproches entre adultos sobre las responsabilidades de unos y de otros en las causas de la muerte, las decisiones que se toman acerca de las modalidades de custodia del niño y la reactivación de conflictos familiares anteriores también son factores que influyen en la inseguridad del niño y pueden empeorar sus trastornos (Pynoos, 1993).

Las posibles reacciones del pequeño en duelo

La literatura nos recuerda que las repercusiones psicotraumáticas de una muerte dependen al mismo tiempo de factores internos (nivel de desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño en el momento de la muerte), pero también de factores externos: forma de la muerte, presencia o no del niño durante la muerte, reacciones de sus allegados, etc.

Los síntomas más frecuentemente descritos en el niño pequeño son estados de postración, atonía tímica y retracción emocional, tristeza profunda, pérdida del interés por el juego, trastornos del sueño (hipertonía, pesadillas, negativa a dormir solo), accesos de cólera que se manifiestan mediante crisis clásticas, ansiedad ante todo aquello que pueda recordar la pérdida (principalmente separaciones, aunque sean por poco tiempo, de sus nuevas figuras de apego), manifestaciones de cólera y comportamientos agresivos, regresión del funcionamiento del desarrollo (Prigerson *et al.*, 1995; Lieberman *et al.*, 2003; Sheeringa *et al.*, 1995). Estos síntomas pueden agravarse por trastornos postraumáticos si el niño estaba presente —reviviscencias, juegos traumáticos (Romano *et al.*, 2008), hipervigilancia si el niño quedó directamente expuesto a la muerte del progenitor—.

La especificidad de estos trastornos en el niño estriba en que pueden ser de corta duración y resurgir de forma episódica, interrumpidos por momentos en los que el joven se ocupa del mundo exterior «como si nada hubiera pasado». Wolfenstein propuso el término de *short sadness span* para describir estos períodos de pausa, cuya explicación sería la incapacidad del niño para soportar por mucho tiempo la angustia. Para los adultos de su entorno, estas reacciones, que podríamos designar como «manifestaciones intermitentes del duelo», son particularmente desconcertantes. Las fases de desesperación intensa dan paso a períodos de aparente indiferencia, que hacen creer al entorno del niño en duelo que él no ha quedado tan «tocado» como los adultos.

Fuentes de resiliencia y perspectivas de cuidado

Una de las dificultades que a menudo se plantean en el tratamiento de los lactantes se debe a que no tienen acceso a la palabra; lo cual no significa que no puedan comunicarse. Prestar atención a los pequeños en duelo permite darse cuenta de la riqueza de su balbuceo traumático y de la intensidad de su angustia. Uno de los factores principales de resiliencia es que estas manifestaciones postraumáticas sean reconocidas por su entorno y que puedan ser elaboradas por parte de las nuevas figuras de apego del niño. La negación de la realidad del duelo es una causa de mayor victimización.

Aquí subrayamos las dificultades a las que se enfrentan los adultos que velan por el niño ante los trastornos que éste presenta. Se pueden sentir desorientados, molestos, enervados, impotentes e incompetentes ante manifestaciones que no consiguen calmar. El riesgo principal es la negación de lo que representan los trastornos (por ejemplo, «tiene rabietas», cuando el niño presenta una crisis de reacción clásica ante las reviviscencias traumáticas). Para reforzar el factor de resiliencia que representa el reconocimiento de las manifestaciones de duelo en el pequeño, nos parece esencial apoyar a los adultos que se ocupan del niño. No se puede considerar que puedan tratar al niño sin la experiencia clínica de los intervinientes, en particular acerca de: saber cómo el niño se representa el mundo exterior y piensa su relación con el otro; reconocer la especificidad de su memoria y su forma de experimentar el tiempo; identificar las manifestaciones del duelo precoz y de los trastornos postraumáticos en el niño, con el fin de poder identificar trastornos hipotéticos, e, identificar las repercusiones familiares en situaciones traumáticas.

La demanda de tratamiento del niño puede ser planteada inicialmente por parte de los servicios de urgencia después de haber intervenido (información oral y soporte escrito sobre los posibles lugares donde puede darse el tratamiento). En otros casos, el entorno, inquieto ante el comportamiento del niño, busca ayuda varias semanas, incluso meses después de la muerte. Todas estas situaciones exigen del clínico capacidad para adaptarse al niño (Romano, 2009ab) y gestionar las relaciones contratransferenciales que tienen lugar, ya que dichas situaciones poseen un poder de contaminación traumática muy importante (Romano y Verdenal, 2011). La primera entrevista, inmediatamente después del acontecimiento, requiere una evaluación precisa del contexto, en concreto de:

- la persona que ha planteado la demanda y su vínculo con el niño;
- el nivel de desarrollo del niño y su marco de vida antes de la pérdida;
- el contexto de la muerte;
- si el niño estaba o no presente en el momento de la muerte;
- la evolución del niño desde entonces, para identificar hipotéticos trastornos anteriores que han pasado desapercibidos para el entorno;
- los trastornos considerados «inquietantes» por parte del entorno;
- la composición de la familia (fratría);
- modalidades de reorganización familiar desde la muerte (principalmente la forma de custodia y la continuidad de la presencia junto al niño de adultos de referencia o cuidadores);
- qué se le ha dicho al niño o no en relación a lo sucedido;
- lo que las personas cercanas desearían decirle y lo que se niegan a transmitirle;
- la naturaleza de la relación del niño con su entorno (el progenitor que le queda,

- hermanos, etc.);
- reacciones del entorno frente al niño;
- impacto del duelo en el entorno.

Aparte de esta evaluación del contexto y de los recursos individuales y colectivos disponibles, el marco terapéutico debe ser especialmente flexible para ajustarse a cada familia y adaptarse, en el seno de cada grupo familiar, a la evolución de cada uno. El trabajo con niños pequeños en duelo requiere un ajuste constante del marco terapéutico. De este modo, las estrategias pueden variar de un niño a otro, pero también para cada niño en función de su evolución: consulta con el cuidador o el niño solo, trabajo terapéutico con todos los hermanos u otros niños muertos en el mismo contexto; recurso a objetos de mediación o a soportes terapéuticos que integren el cuerpo del niño en el proceso de cura (relajación, musicoterapia, etc.)

También es importante que el terapeuta pueda proponer un marco suficientemente tranquilizador para no agravar la ansiedad del pequeño (un local tranquilo, horarios adaptados a los horarios de las comidas y de la siesta, etc.)

Al tratar a un niño, ciertos puntos merecen ser abordados con precisión: la necesidad de asegurar, con el bebé o el niño, una continuidad de los cuidados, con una figura de apego de sustitución estable. Es importante considerar la importancia de darle al bebé pertenencias de la persona muerta (vestidos con su olor) y conservar huellas materiales (fotos, objetos personales y vídeos), y ello debe hacerse rápidamente, desde los primeros días posteriores a la muerte, antes de que se lleve a cabo alguna «evacuación»: a menudo la temprana edad del niño hace pensar a las personas de su entorno que no tiene sentido conservar las pertenencias personales del progenitor muerto: «Es demasiado pequeño para que esto tenga valor alguno para él»; «No se acordará de nada ¿para qué guardar todo esto?», «Le hará más daño que bien». A esta edad, en que los niños no disponen de los recursos psíquicos suficientes para memorizar las representaciones internas de la persona desaparecida, prestar atención a todo aquello que pueda recordarle a su progenitor es más que necesario. El seguimiento de niños y adultos en duelo confirma hasta qué punto todas estas «huellas» son esenciales y preciosas para soportar la ausencia del progenitor.

Cuando la consulta tiene lugar inmediatamente después de la muerte, las personas de su entorno tienen dos preocupaciones principales: el anuncio de la muerte y la participación en los rituales funerarios. El terapeuta puede apoyar a los adultos y hacer posible que la explicación de la muerte del progenitor se dé mediante palabras sencillas. Los bebés son más sensibles a la tonalidad emocional de lo que se les dice que al sentido literal de la información. El modo en que se fijan en el adulto que les habla o cómo

interrumpen lo que estaban haciendo para movilizar toda su atención hacia quien los interpela muestran la importancia de hablarles y explicarles lo que acaba de suceder. Hay algunos puntos que es preciso transmitir al niño, adaptando, según su edad, nuestro vocabulario:

- el padre o la madre ha muerto;
- ya no volverá;
- ya nunca podrá estar con él como antes, pero no será olvidado;
- el progenitor muerto ya no sufre;
- él no es el responsable de la muerte de su progenitor;
- él no corre peligro de morir;
- no está solo, sino rodeado de personas que le quieren y que van a ocuparse de él lo mejor posible;
- puede continuar amando a su progenitor muerto y pensando en él.

La presencia del bebé o del niño en las exequias hay que considerarla con cada familia, teniendo en cuenta los recursos de cada una y, en particular, su disponibilidad a su lado durante la ceremonia. Si no puede estar presente, puede participar de otra forma en los rituales de duelo (por ejemplo, con una foto, el regalo de un objeto transicional o juguete para poner junto al cuerpo del progenitor, etc.). También es importante que el niño pueda materializar la muerte de su allegado en un lugar (tumba, lugar donde se han esparcido las cenizas, etc.) al que pueda acudir.

Conclusión

La muerte de uno de los padres en la infancia temprana es un acontecimiento traumático considerable que puede hipotecar el futuro de un bebé. La atención que se presta a los bebés y a los niños muy pequeños en duelo es, aun hoy en día, limitada, y a menudo se le quita importancia a su angustia. Sin embargo, tras el horror de la pérdida de uno o ambos progenitores, este bebé o este niño pequeño en duelo deberá continuar viviendo. Los duelos en la infancia temprana pueden llevar a mentiras, secretos, silencios que son cada uno un «fantasma» que puede visitar la habitación de estos niños (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975) y estar presente en su vida adulta. Acompañar a las personas del entorno encargadas de estos niños (familia, profesionales) y prestar atención a estos pequeños y a las expresiones particulares de su tristeza son también maneras de limitar las transmisiones traumáticas intergeneracionales. Proporcionarles un cuidado precoz, lo antes posible, tras la pérdida del progenitor, nos parece esencial para prevenir trastornos

postraumáticos y trastornos psíquicos resultantes del duelo (Hanus, 2001). El futuro de estos niños también puede inscribirse en un porvenir posible, rico en recursos internos liberados y respetuosos con la singularidad de su historia. Pero para ello la realidad del duelo en la infancia temprana debe ser reconocida y tomada en consideración. También es necesario inscribir estos cuidados en un tiempo concreto (lo antes posible después de la muerte, en los primeros días y meses que siguen) y que luego estén disponibles durante los años posteriores. En efecto, los seguimientos terapéuticos nos permiten constatar que ciertos períodos de la vida son particularmente propicios para la reactivación de acontecimientos traumáticos pretéritos: la adolescencia, el embarazo, el nacimiento de un niño y la llegada de un hijo a la misma edad en que se produjo el trauma. Estas reactivaciones pueden llevar a verdaderos colapsos psíquicos que se pueden anticipar gracias a un trabajo terapéutico previo.

El hecho de prestar atención a estos niños pequeños en duelo es también lo que constituye el primer acto de restauración psíquica. Si esta mirada es fuente de estigmatización y de condena del niño por su condición de huérfano, él no será capaz de construirse dentro de un vínculo humanizador con el otro. El proceso de resiliencia que permitirá a estos jóvenes en duelo seguir viviendo pasa por el reconocimiento de su historia traumática dentro de un vínculo en el que el otro lo reconozca como sujeto de su historia, de esa historia, y le dirija una mirada de confianza, llena de esperanza, sin negar su pasado (Cyrulnik, 1999, 2012).

Referencias

- Bacqué, M.-F. (2003) «Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique», en *Études sur la mort*, n° 123, Morts et deuils collectifs, L'esprit du temps, París, págs. 131-141.
- Baubet, T.; Lachal, C.; Ouss-Ryngaert L. y Moro M. R. (2006). *Bébés et traumas*, La Pensée Sauvage, Grenoble.
- Bowlby, J. (1973). «Attachment and Loss, vol. 2: Separation, Anxiety and Anger», en *The International Psycho-Analytical Library*, vol. 95, Hogarth Press, and the Institute of Psycho-Analysis, Londres, págs. 1-429.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un meilleur malheur*, Odile Jacob, París.
- Cyrulnik, B. y Delage, M. (2010). *Familles et résilience*, Odile Jacob, París.
- Cyrulnik, B. (2012). *Quand un enfant se donne la mort. Attachement et sociétés*, Odile Jacob, París.
- de Clercq, M. (1995). «Les répercussions du syndrome de stress post-traumatique sur les familles», en *Thérapie familiale*, vol. 16, n° 2, Médecine et Hygiène, Ginebra, págs. 185-195.
- Delage, M. (2000). «Traitement familial du traumatisme psychique», en *Thérapie familiale*, vol. 21, n° 3, Médecine et Hygiène, Ginebra, págs. 273-287.
- Delage, M. (2002). «Aider à la résilience familiale dans les situations traumatiques», en *Thérapie familiale*, 2002/3, vol. 23, Médecine et Hygiène, Ginebra, págs. 269-287.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). «Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships», en *Journal of the American Academy of Child and*

- Adolescents Psychiatry*, vol. 14, s/l, págs. 387-421.
- Freud, A. y Burlingham, D. (1943). *War and Children*, International University Press, Nueva York.
- Hanus, M. y Sourkes, B. M. (1997). *Les Enfants en deuil*, Frison-Roche, París.
- Hanus, M. (2001). *La Résilience, à quel prix?*, Maloine, París.
- Lieberman, A. F.; Compton N. C.; Van Horn, P. y Chosh Ippen, C. (2003). *Losing a Parent to Death in the Early Years. Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood, Zero to Three*: National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington DC.
- Prigerson, H. G.; Maciejewski, P. K.; Reynolds C. F. *et al.* (1995). «The inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss», en *Psychiatry Research*, vol. 59, págs. 65-79.
- Pynoos, R. S. (1993). «Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescent», en Pynoos, R. S. (dir.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Review*, Sidran Press, Lutherville MD, págs. 65-98.
- Pynoos, R. S.; Steinberg, A. M. y Piacentini, J. C. (1999). «A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders», en *Biological Psychiatry*, vol. 46, Society of Biological Psychiatry, Nueva York, págs. 1542-1554.
- Romano, H. (2006). «Enfants et adolescents face à un événement traumatique: Quelle prise en charge dans l'immédiat?», en *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 6, n° 4, Princeps, Issy-les-Moulineaux, págs. 239-246.
- Romano, H.; Baubet, T. y Moro, M. R. (2008). «Expressions du jeu traumatique», en *Annales médico-psychologiques*, vol. 166, págs. 702-710.
- Romano, H. (2009a). «Us et méfaits de l'événement traumatique sur le lien fraternel», en Scelles, R. (dir.), *Fratreries confrontées au traumatisme*, Presses universitaires de Rouen, págs. 135-157.
- Romano, H. (2009b). *Dis, c'est comment quand on est mort? Accompagnement des enfants sur le chemin du chagrin*, La Pensée Sauvage, Grenoble.
- Romano, H. y Verdenal, E. (2011). *Guide des prises en charge psychologiques précoces*, Elsevier-Masson, París.
- Romano, H. (2011). «La mort en face: réactions en immédiat des enfants et adolescents confrontés à la mort d'un proche», en *Études sur la mort*, n° 138, págs. 89-106.
- Romano, H.; Verdenal, E.; Thiam, H.; Marty, J. y Baubet, T. (2011). «Le lien fraternel à l'épreuve du deuil», en *Soins pédiatrie-puériculture*, n° 258, págs. 16-20.
- Romano, H. (2012). «Thérapie et processus résilient chez les enfants endeuillés en contexte criminel», en Coutanceau, R. y Smith, J. (dir.), *Trauma et résilience*, Dunod, París.
- Rutter, M. (1993). «Resilience: Some conceptual considerations», en *The Journal of Adolescent Health*, vol. 14, Society of Adolescent Medicine, Nueva York, págs. 626-631.
- Scheeringa, M. S.; Zeanah, C. H.; Drell, M. J. y Larrieu, J. A. (1995). «Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood», en *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n° 2, págs. 191-200.
- Spitz, R. (1946). «Anaclitic depression», en *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 2, págs. 313-342.
- Winnicott, D. W. (1959). «Objets transitionnels et phénomènes transitionnels», en *La psychanalyse*, n° 5, PUF, París.
- Wolfenstein, M. (1966). «How is mourning possible?», en *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 21, págs. 93-123.

El apego seguro: un factor de resiliencia al servicio de la capacidad de pensar

Nadine Demogeot

Introducción y problemática

El trabajo aquí expuesto se inscribe a la vez en una práctica clínica y de docente-investigador (Demogeot, 2009) sobre los estrechos vínculos que existen entre las dimensiones cognitivas y afectivas en toda experiencia de aprendizaje. Hoy en día se aprecia la tendencia a reducir el fracaso escolar de los niños a la esfera cognitiva mediante diagnósticos muy descriptivos apoyados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1996). La abundancia de patologías o disfunciones con el prefijo dis- (dislexia, discalculia, disgrafía, etc.) muestra una polarización hacia las componentes cognitivas y neurológicas que luego llevan al establecimiento de remedios instrumentales. Sin cuestionar los posibles disfuncionamientos que incluyen el prefijo dis-, mi objetivo es proponer un enfoque que permita resituar el fracaso escolar en un contexto global. Desde esta perspectiva, este texto aborda la cuestión de la influencia de la calidad del apego en las dificultades escolares y las posibilidades futuras de resiliencia del individuo. Las relaciones entre apego y resiliencia tienden a expresarse claramente mediante la «base de seguridad» que ofrece apego, que es puesta de relieve como un poderoso factor de resiliencia (Lighezzolo y de Tychev, 2004).

Mis referentes teóricos

Un modelo teórico-clínico original

La cuestión de la relación entre el fracaso escolar y una problemática del apego, es considerada aquí con el apoyo de un modelo teórico-clínico original en el que se cruza la teoría del apego con referentes psicodinámicos. Mientras que Freud en 1926 consideraba que el niño se apega a su madre porque ésta responde a sus necesidades fisiológicas satisfaciendo así su libido (Freud, 2002), Bowlby en 1969 vio en el apego una necesidad de proximidad primaria, distinta de la libido y no secundaria a la relación de cría

(Bowlby, 2002, 2006, 2007). De esta manera, la teoría del apego tiende un puente entre las esferas afectiva y cognitiva. En efecto, Ainsworth (1978), con el paradigma experimental de la «situación extraña» y el concepto de «base tranquilizadora», mostró que el niño se lanza a explorar su medio físico en cuanto se siente seguro y confortable junto a sus padres. Si bien al principio de la vida la seguridad del apego supone una proximidad, un contacto físico con la figura de apego, una serie de autores (Bowlby, 2002; Ainsworth, 1978; Winnicott, 1969; Stern, 1992) recalcan que el bebé necesita sobre todo una proximidad psicológica por parte de su madre. Desde esta perspectiva, diversos investigadores (Golse, 2007; Miljkovitch, 2001; Fonagy, 2004) recuerdan que no hay una verdadera antinomia entre la teoría psicoanalítica y la teoría del apego. Las aportaciones de nuestro modelo teórico se sitúan pues en una complementariedad de puntos de vista. Según Benony, «una buena base de seguridad permite el desarrollo de las funciones cognitivas. De hecho, la seguridad autoriza la desestabilización que puede ser comprendida e integrada; esta desestabilización se convierte incluso en una parte integrada en el aprendizaje cognitivo y guía a los sujetos hacia el desarrollo y la autonomía» (Benoy, 1998: 82). Trabajos recientes (Bacro y Florin, 2008; Moss y Saint-Laurent, 2001) subrayan las intrincadas relaciones entre el tipo de apego y la adaptación escolar. De todas maneras, son infrecuentes las investigaciones que hayan examinado directamente el vínculo entre los paradigmas de apego y el rendimiento escolar de los niños en la escuela primaria (entre 6 y 12 años).

Cuando el pensamiento es disfuncional

Hemos querido explorar las determinantes psicológicas implicadas en el fracaso escolar insistiendo en las perturbaciones de la «capacidad de pensar» que afectan de forma más general al «placer de aprender y de pensar» (de Mijolla-Mellor, 1992). La actividad de pensar se construye sobre el trasfondo de unas pruebas que el niño debe superar, en las cuales el apego impone su corolario, es decir, la pérdida, el «duelo del objeto primario», la capacidad de separarse. Cuando el pensamiento es disfuncional, los interrogantes puede dirigirse a diversas dimensiones: anomalías en el «espacio de pensar» (Gibello, 2003), el establecimiento de un «falso *self* cognitivo» en referencia a los trabajos de Flagey (2002), el miedo a aprender (Boimare, 2000). En consecuencia, el acceso a un «espacio de pensar» se plantea sobre la base de un punto importante de la tesis de Winnicott (1969): la «capacidad de estar solo». Según el autor, se trata de la experiencia de estar solo en presencia del otro, condición necesaria para una vida interior. De nuevo se recuerda aquí el «juego del rodeo a través del otro», ese otro «tranquilizador» que ofrece la posibilidad de una continuidad en el «espacio de pensar».

Metodología

El dispositivo metodológico empleado se basa en pasar pruebas proyectivas (test de Rorschach y dibujos) a dos grupos de niños de entre 6 y 12 años; 20 niños que mostraban un apego inseguro y 20 niños cuyo apego era seguro.

Hipótesis

Aquí tenemos en cuenta dos hipótesis teóricas principales. La primera reflexiona sobre las perturbaciones en la estructuración identitaria y la fragilidad narcisista que de ella se deriva. Se espera una diferencia importante en la representación de sí mismos entre los niños con fracaso escolar que presentan un apego ansioso y los niños en situación de éxito escolar que presentan un apego seguro.

La segunda hipótesis explora el acceso al espacio transicional y la calidad de las imágenes mediante una herramienta de proyección original (*Digital Circuit Multiplication Equipment* —DCME—): el «dibujo del camino de casa a la escuela», prueba inspirada por los trabajos de Resnik (2009). La extensión del espacio imaginario debería ser más reducida y más pobre en los niños con dificultad escolares que presentan un apego ansioso, el cual no les permite investir el «espacio transicional» ofrecido por el entorno escolar.

Herramientas utilizadas

Se proporcionó a los educadores un cuestionario-guía para que captaran el tipo de apego de los niños y delimitaran sus dificultades escolares. Además, se llevaron a cabo entrevistas semidirectivas con los padres inspiradas en el cuestionario CaMir (Pierrehumbert, 2006) para explorar los vínculos de apego que los padres mismos habían construido con su familia de origen.

En el presente texto, nos centraremos esencialmente en los resultados obtenidos pasando dos tipos de pruebas proyectivas: el test de Rorschach y un conjunto de tres pruebas gráficas. El Rorschach permite aproximarse a diversos procesos del funcionamiento mental, en especial la calidad del espacio imaginario y las posibilidades de mentalización del sujeto. Las huellas gráficas se buscan mediante el dibujo de un monigote (Royer, 2011) para estudiar la imagen del cuerpo; y el dibujo de la familia (Porot, 1965), con el fin de delimitar las relaciones de los niños con su entorno y la dinámica familiar. La tercera prueba gráfica se basa en la siguiente consigna, dada a cada uno de los 40 niños que participaron en nuestra investigación: «Dibuja el camino que va

de casa a la escuela», dejando abierta la posibilidad a cada sujeto de representarse o no en la imagen. El objetivo consistía en entender la capacidad de cada niño de separarse del objeto original, es decir, el «hogar-madre».

Resultados

Respecto a la construcción identitaria

Esta hipótesis sugiere la idea de una representación positiva de sí mismos en los niños que gozan de un apego seguro, mientras que los niños cuyo apoyo es ansioso y que se encuentran en una situación de fracaso escolar muestran una fragilidad narcisista importante. El conjunto de resultados obtenidos en el Rorschach y en las pruebas gráficas valida la hipótesis. Mediante el Rorschach, los datos indican diferencias significativas: los niños con un apego ansioso presentan un porcentaje de respuestas referidas a lo humano inferior a la norma (véase tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de respuestas «humano»

		GRUPOS		GRUPOS COMPARADOS: VALOR DE χ^2 CORREGIDO Y UMBRAL SIGNIFICATIVO
En 10 láminas		Apego seguro	Apego ansioso	Apego seguro / Apego ansioso
Sujetos que tienen un H% < o $\geq$ a la norma	$\geq$	17 (85%)	8 (40%)	χ^2 corregida = 6,82 Significativo de 0 a 0,0089
	<		12 (60%)	

Adviértase también que la tendencia a no percibir las respuestas triviales a las láminas III y V es más frecuente en el grupo «apego ansioso». En efecto, 36 respuestas triviales sobre 40 son de sujetos que muestran un apego seguro, frente a tan sólo 22 banales sobre 40 de niños que tienen un apego inseguro. Por otra parte, las percepciones de seres humanos (lámina III) y de animales enteros (lámina V) siguen siendo aleatorias por parte de los niños cuyo apego es inseguro. Estos resultados confirman la hipótesis antes planteada de la fragilidad de las representaciones de sí mismo y la dificultad de establecer límites dentro/fuera.

Mediante las pruebas gráficas (dibujo del monigote, de la familia y del camino de casa a la escuela), los datos muestran diferencias netas entre las producciones de uno y otro grupo. De forma global, el estilo grafomotor parece más seguro y firme en los niños que disponen de un apego seguro. En el grupo «apego ansioso», a menudo los trazos son más controlados, dubitativos, con una sucesión de pequeños trazos finos o discontinuos.

Tal y como señaló Corman, otros autores han indicado recientemente que la falta de amplitud y de fuerza en el trazo señalaría una forma de inhibición de la expansión vital y una tendencia a replegarse en sí mismo (Royer, 2011; Cognet, 2011). Bajo este mismo enfoque, en el dibujo del monigote las representaciones de niños que presentan un apego problemático muestran lagunas respecto al esquema corporal. Hay anomalías de estructura y se muestran discordancias estructurales en el esquema fundamental del cuerpo. Este último se ve cualitativamente alterado por defectos flagrantes de proporción, asimetría e hipertrofia (véase figura 1). En el grupo de control, vemos más frecuentemente la ausencia de manos, pies y piernas. De hecho, la integridad del esquema corporal se ve afectada y parece indicar una estructuración identitaria frágil.

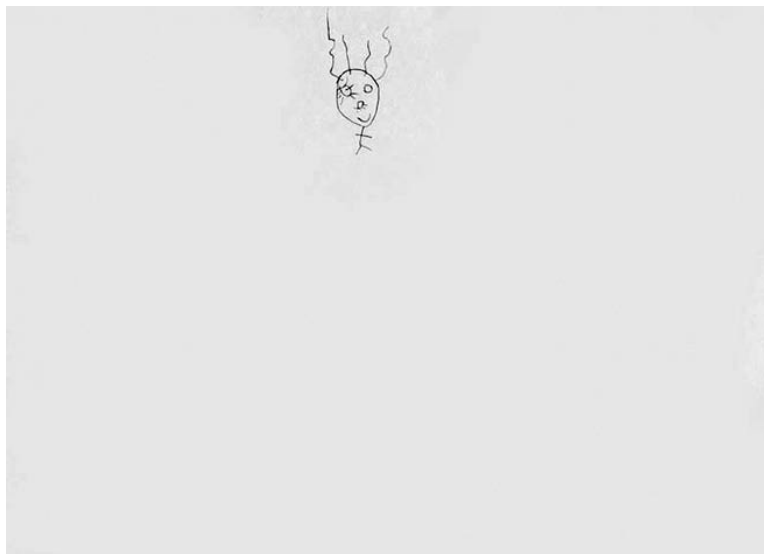


Figura 1. Dibujo de un personaje
Enzo, 6 años y 5 meses, CP, apego ansioso

Respecto al dibujo de la familia, en los niños que pertenecen al grupo «apego ansioso», los personajes forman una vasta familia que flota en la hoja de papel, una especie de «nebulosa» donde los vínculos son difíciles de delimitar (Cognet, 2011). Por otra parte, los rasgos del rostro tienden a indicar una dimensión agresiva, a veces inquietante. De forma global, las representaciones del cuerpo son más esquemáticas, están menos acabadas y se caracterizan por la escasez de detalles en la vestimenta o los atributos personales (ej. cabellos) y contextuales (véase figura 2).

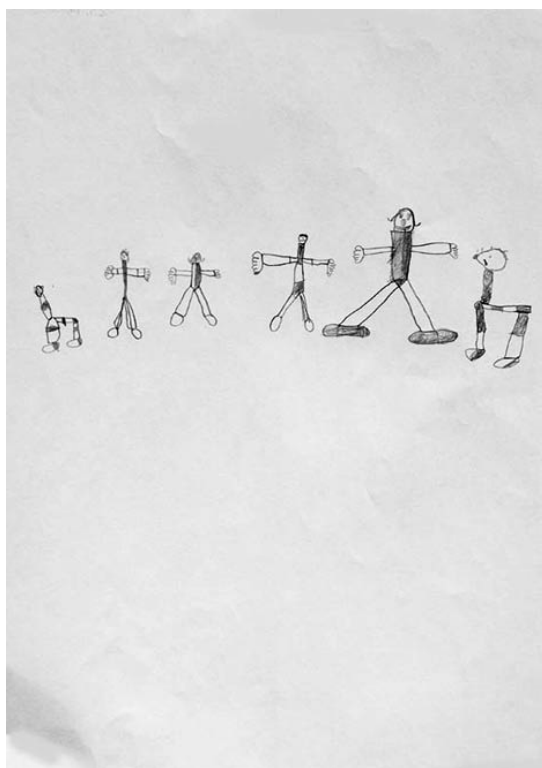


Figura 2. Dibujo de la familia
Jules, 7 años y 6 meses, CEI, apego ansioso

En cambio, los trazos de los niños que disponen de un apego seguro muestran caras finamente elaboradas, con ojos, nariz y boca. La representación de sí mismo que se expresa es globalmente positiva. Las expresiones del rostro se identifican claramente y señalan las capacidades de adaptación social, mientras que la dimensión simbólica de la ropa refuerza el carácter majestuoso e idealizado de ciertas proyecciones (véase figura 3).



Figura 3. Dibujo de un personaje

Simon, 8 años, CE1, apego seguro

La estructura nuclear de la familia con relaciones claramente establecidas y circunscritas es más frecuente en el grupo «apego seguro». Los límites, que se hacen visibles, le permiten al niño estructurarse y tener en cuenta interrelaciones numerosas y dinámicas. Los vínculos de proximidad espacial entre los padres y la diversificación de personajes están más desarrollados en los niños que no tienen problemas de apego. Según Royer (2011), esto es indicio de una integración adaptada y fuerte en el grupo, lo cual tiende a confirmar las hipótesis planteadas. En las pruebas gráficas de niños del grupo de control, la relación edípica se expresa a menudo mediante la identificación con el padre del mismo sexo o por la cercanía al padre del sexo opuesto. En consecuencia, los procesos de identificación son más perceptibles en los niños que poseen un apego seguro que en los niños cuyo apego es problemático (véase figura 4).

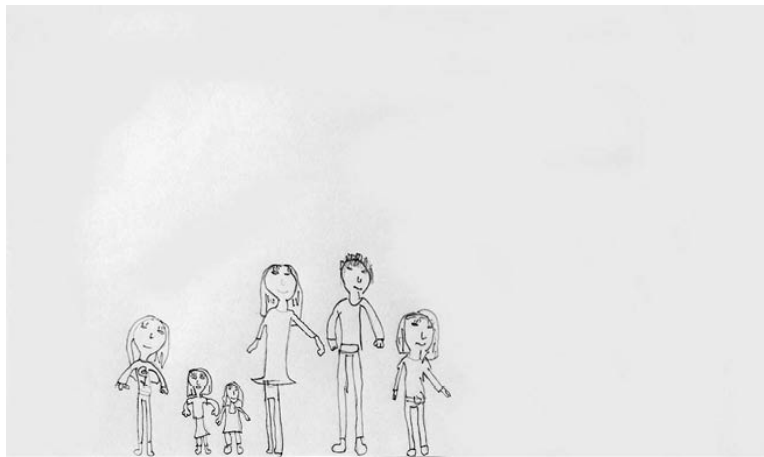


Figura 4. Dibujo de la familia
Charlotte, 11 años, CM2, apego seguro

Respecto al acceso al «espacio transicional»

Centrémonos ahora en la segunda hipótesis que plantea que los niños con fracaso escolar asociado a un apego inseguro poseen un imaginario pobre, a veces desbordante, que no les permite investir «el espacio transicional» que representa el ambiente escolar. En el Rorschach, un porcentaje de respuestas formales (F%) y de respuestas «animal» (A%) dentro de la norma permiten apreciar las cualidades del imaginario de los sujetos. Ahora bien, los datos obtenidos indican diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro grupo: el 45% de los niños con un apego ansioso tienen un F% dentro de lo normal, mientras que representan el 90% en el grupo de control. Cuando el apego es seguro, los resultados muestran que la expresión privilegiada por parte de los sujetos es formal, cosa que coincide con los trabajos con los Rorschach «normativos» (Rausch de Traubenverg

y Boizou, 1981). A esto hay que añadir que los niños del grupo de control completan su aproximación formal con una importante participación cenestésica y con colores que reflejan igualmente una variedad de modos de integración y de movilización de la experiencia. En cuanto al número de respuestas «animal», son proporcionalmente más elevadas en los niños con un apego seguro, aunque la diferencia no es significativa respecto a los niños cuyo apego es problemático (véase tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de respuestas formales y de respuestas «animal»

		GRUPOS		GRUPOS COMPARADOS: VALOR DE X^2 CORREGIDO Y UMBRAL DE SIGNIFICATIVIDAD
En las 10 láminas		Apego seguro	Apego ansioso	Apego seguro/ Apego ansioso
Sujetos que tienen un F% dentro de la norma (entre el 60% y el 70%)	Dentro de la norma	18 (90%)	9 (45%)	X^2 corregida = 7,29 Significativo a 0,0089
	Fuera de la norma	2 (10%)	11 (55%)	
Sujetos que tienen un A% dentro de la norma (entre el 40% y el 60%)	En la norma	14 (70%)	11 (55%)	X^2 corregida = 0,420 No significativo a 0,5136
	Fuera de la norma	6 (30%)	9 (45%)	

Por otra parte, los resultados observados respecto a la prueba gráfica del «camino de casa a la escuela», que permite una aproximación al mismo tiempo topológica y simbólica del «espacio transicional», son complementarios. En efecto el dibujo del camino escuela-casa pone de relieve la noción de espacio y la capacidad de separarse del objeto (en este caso la familia, representada mediante la casa). En consecuencia, la forma en que el niño realiza esta prueba gráfica indica cómo ha negociado los límites y las distancias.

En primer lugar, el nivel de madurez gráfica que refleja las capacidades globales de receptividad y adaptación del niño a su medio es menos marcado en los niños del grupo «apego ansioso». La calidad de los trazos, los detalles y el respeto por las proporciones son menos perceptibles en los dibujos de los niños con apego inseguro. En estos últimos, los trazos revelan de forma global una utilización pobre de los colores y de elementos contextuales. A menudo, los caminos son grises, con trazas rectilíneas que indican una forma rígida o, al contrario, los trazos son en espiral, mostrando así un aspecto tumultuoso e inestable (véase figura 5). En estos dos casos, lo que predomina refleja o

bien un marco cerrado, o bien una ausencia de marco, lo cual evidencia las fallas de la base de seguridad.



Figura 5. Dibujo del camino casa-escuela
Adrien, 7 años y 1 mes, CP, apego ansioso

En el grupo de control, los niños producen trazos que subrayan una configuración relativamente armónica del «espacio transicional». Tienden a representar caminos llenos de color y de elementos contextuales (vegetación, calles colindantes, comercios, casas vecinas, etc.) Los recorridos son ricos, con tiempos de pausa «obligatorios» (señales de *stop*, semáforos) y «pasajes protegidos» que parecen reflejar la «base de seguridad» definida por los teóricos del apego (véase figura 6). Se trata de un aspecto topológico pertinente: el niño, al sentirse seguro, puede seguir el camino, cruzando así la carretera que conduce al colegio —y de regreso a casa—.

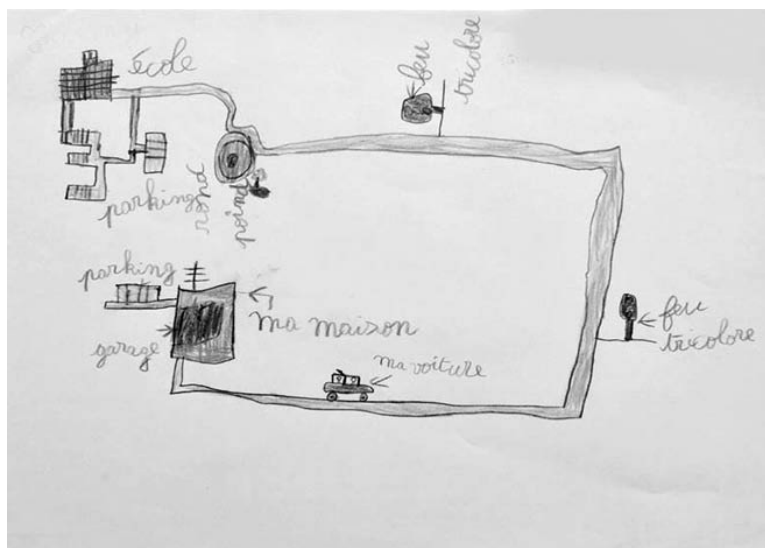


Figura 6. Dibujo del camino casa-escuela
Nicolas, 9 años y 1 mes, CE2, apego seguro

Debate

El modelo teórico-clínico que combina la teoría del apego y los referentes psicodinámicos muestra la preponderancia de las características psicológicas que están en juego en situaciones de fracaso escolar asociadas a un apego inseguro. Para ser un alumno «suficientemente bueno» hay que configurar un espacio para la expresión que desarrolle la creatividad y los procesos de pensamiento en el niño. Este último aprende cuando se siente autorizado por los padres a configurar el «espacio transicional» que representa la escuela y cuando percibe que la exploración de la novedad, la adquisición de saber, lejos de amenazar su lugar en la estructura familiar, le da una identidad de «adulto en construcción» (Dolto, 1989; Flagey, 2002).

Los soportes proyectivos (Rorschach y los dibujos) permiten a los niños entrar en una interacción entre lo perceptivo y lo imaginario. Desde ese momento, la capacidad de establecer límites entre el interior y el exterior muestra un nivel de desarrollo libidinal en el que se establecen las relaciones de objeto. Muy a menudo, los fallos en el proceso de individuación se explican por las carencias de apuntalamiento y de «armonía afectiva», que emergen en la anamnesis y en la historia del niño con sus padres durante una hospitalización, o durante las interrelaciones entre los padres, en el espacio que se le proporciona al niño (Stern, 2004).

Estas consideraciones nos recuerdan que los estilos de apego tienen un papel fundamental en la constitución de la resiliencia de los sujetos (Anaut, 2003; Lighezzolo y de Tychev, 2004; Cyrulnik y Duval, 2006). Los trabajos de Fonagy (2004) ponen de relieve que la capacidad de resiliencia parece estar muy ligada a un apego de tipo seguro: se detectan correlaciones entre la seguridad del apego en los primeros años de vida y el desarrollo de capacidades dependientes de competencias interpretativas o simbólicas (exploración, juego, aptitudes verbales y cognitivas, etc.) También hay que mencionar las investigaciones de Jacobsen, Edelstein y Hofmann (1994) que muestran una asociación entre el apego y el rendimiento en tareas cognitivas piagetianas mediatizadas por el sentimiento de confianza en sí mismo del joven, en una muestra de niños de 7 a 15 años. Los resultados muestran que el apego seguro es un factor predictivo significativo de las habilidades de razonamiento deductivo y de la motivación escolar, con independencia del sexo del niño. Los sujetos inseguros-esquivos e inseguros-ambivalentes presentan una motivación escolar más débil y más dificultades en la realización de tareas cognitivas.

En resumen y desde esta misma perspectiva, los resultados de nuestra investigación,

tanto por las pruebas gráficas como por el Rorschach, indican que la representación de sí mismo es más elaborada y a la vez más afirmativa entre los niños cuyo apego es seguro. En cambio, las fragilidades narcisistas se imponen más en las respuestas al Rorschach y en las representaciones gráficas en los niños con un apego ansioso (Fury, Carloson y Sroufe, 1997). La calidad del dibujo del camino de casa a la escuela en el grupo tiende a confirmar la segunda hipótesis, según la cual los niños que encuentran apoyo en un apego seguro están más inclinados a configurar armónicamente el «espacio transicional» proporcionado por la escuela. Los dibujos muestran que la dificultad que supone separarse del medio familiar no es vivida como un desgarramiento: la calidad de los vínculos de apego parece permitir a estos niños seguros encontrar recursos psíquicos para ganar autonomía y configurar un espacio diferente del que ya conocen —su hogar—. En cambio, los niños del grupo «apego ansioso» no consiguen acceder a la «capacidad de estar solos»; sus dibujos muestran una dimensión ansiosa y amenazante de la separación, de modo que se torna incierta y difícil toda exploración del mundo exterior.

En vista de estos datos, podemos considerar que la tranquilidad proporcionada por la «base de seguridad» constituye, a través de la mentalización que desarrolla y refuerza, un factor de resiliencia (Cyrułnik y Duval, 2006). En resumen, y esto coincide con la posición defendida en nuestros trabajos (Demogeot *et al.*, 2004), para acceder a la capacidad de pensar que abre a la comprensión del mundo y a un obtener un lugar en el mundo, el niño necesita forjar una *seguridad interna*. Esta seguridad es la base suficiente que sostiene a la vez el crecimiento psíquico y el funcionamiento psicoafectivo del pensamiento y que ofrece aspectos positivos como la exploración intelectual, la posibilidad de informarse, hacer, comprender, de aprender a ser. En consecuencia, sería interesante basarse en el concepto «base securizante» para estudiar las posibilidades de reordenación de los vínculos en contacto con figuras de apego seguro. El educador, por ejemplo, podría, en ciertas situaciones, representar esta figura. En efecto, el espacio que se abre a la capacidad de pensar y al placer de pensar hace referencia a ese «juego de rodeo a través del otro» y, por tanto, a la importancia de los encuentros relacionales.

Referencias

- American Psychiatric Association (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traducción francesa del *DSM-IV*, 4ª ed., Masson, París.
- Anaut, M. (2003). *La Résilience, surmonter les traumatismes*, Nathan Université, París.
- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M. C.; Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Bacro F. y Florin A. (2008). «Spécificités des modèles internes opérants: les représentations d'attachement au

- père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans», en *Enfance*, n° 60, págs. 108-120.
- Benony, H. (1998). *Le Développement de l'enfant et ses psychopathologies*, Nathan, París.
- Boimare, S. (2000). *L'Enfant et la peur d'apprendre*, Dunod, París.
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte*, vol. 1: *L'Attachement*, PUF, París.
- Bowlby, J. (2006). *Attachement et perte*, vol. 3: *La Perte. Tristesse et dépression*, PUF, París, 2006.
- Bowlby, J. (2007). *Attachement et perte*, vol. 2: *La Séparation. Angoisse et colère*, PUF, París.
- Cognet, G. (2011). *Comprendre et interpréter les dessins d'enfant*, Dunod, París.
- Cyrlunik, B. y Duval, P. (2006). *Psychanalyse et résilience*, Odile Jacob, París.
- Demogeot, N.; Lighezzolo, J. y de Tychey, C. (2004). «Gémellité, traumatismes, vulnérabilité et résilience: approche comparative», en *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 52, págs. 112-121.
- Demogeot, N. (2009). *Échec scolaire et problématique d'attachement. Approche clinique comparative*, tesis de doctorado en psicología, dirigida por J. Lighezzolo-Alnot, Université de Nancy-II.
- Dolto, F. (1989). *L'Échec scolaire. Essais sur l'éducation*, Robert Laffont, París.
- Flagey, D. (2002). *Mal à penser, mal à être. Troubles instrumentaux et pathologie narcissique*, Érès, Toulouse.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, Érès, Toulouse.
- Freud, S. (2002). *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF, París, 2002.
- Fury, G.; Carlson, E. A. y Sroufe, A. (1997). «Children's representations of attachment relationships in family drawings», en *Child Development*, vol. 68, n° 6, págs. 1154-1164.
- Gibello, B. (2003). «D'OEdipe à Euclide. De l'espace primitif à l'espace commun», en *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 51, págs. 283-287.
- Golse, B. (2007). «Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet», en *Dialogue*, n° 175, págs. 15-30.
- Jacobsen, T.; Edelstein, W. y Hofmann, V. (1994), «A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence», en *Developmental Psychology*, vol. 30, págs. 112-124.
- Lighezzolo-Alnot, J. y de Tychey, C. (2004). *La Résilience. Se (re) construire après le traumatisme*, en prensa, París.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'Attachement au cours de la vie*, PUF, París.
- de Mijolla-Mellor, S. (1992). *Le Plaisir de pensée*, PUF, París.
- Moss, E. y Saint-Laurent, D. (2001). «Attachment at school-age and school performance», en *Developmental Psychology*, vol. 37, págs. 107-119.
- Pierrehumbert, B. (ed.) (2006). *L'Attachement, de la théorie à la clinique*, Érès, Toulouse.
- Porot, H. (1965). «Le dessin de la famille», en *Revue de psychologie appliquée*, págs. 179-192.
- Rausch de Traubenverg, N. y Boizou, M. F. (1981). *Le Rorschach en clinique infantile. L'imaginaire et le réel chez l'enfant*, Dunod, París.
- Resnik, S. (2009). «Expériences sur l'espace-temps vénitien avec des enfants d'âge scolaire», en *Cliopsy*, n° 1, págs. 69-93.
- Royer, J. (2011). *Dessin du bonhomme: la personnalité de l'enfant dans tous ses états*, Éditions du Journal des Psychologues, París.
- Stern, D. (2004). *Journal d'un bébé*, Odile Jacob, París.
- Winnicott, D. W. (1969). «La capacité d'être seul», en *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, París, págs. 325-333.

Adaptación y resiliencia en adolescentes adoptados por una familia de acogida emparentada

Cristina Villalba, Esperanza León, Alicia Muñoz, Jesus M. Jiménez, Isabel Zavala

Introducción

A pesar de la diversidad de enfoques que conceptualizan la resiliencia, Muñoz (2012) señala el consenso cada vez mayor entre los autores (Cyrulnik, 2002; Grotbert, 1995; Luthar, 2006; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten, 2001; Rutter, 2000, 2007; Ungar, 2011; Vanistendael, 2005) que la definen como la adquisición de una adaptación positiva; dicho de otra manera, como una confrontación adecuada, en materia de desarrollo, respecto a una etapa específica y a una cultura, incluso cuando ha habido experiencias de diversidad o trauma, consideradas como factores de riesgo por estar asociados a una alta probabilidad de ajuste negativo.

Por otro lado, la importancia de las competencias de resiliencia y de los factores contextuales en la evaluación de los niños y adolescentes ha sido analizada por cierto número de autores de la literatura sobre resiliencia (Werner y Smith, 1992; Gilligan, 2001; Ungar, 2001, 2011; Olsson *et al.*, 2003). Sin embargo, las competencias de resiliencia en los niños y adolescentes a partir de su propia percepción son un campo que no ha llamado mucho la atención de los investigadores. Por otra parte, la literatura sobre la aplicación de la teoría de la resiliencia en contextos familiares complejos o de riesgo, como en el caso de la adopción por parte de familias de acogida emparentadas, es densa a escala internacional (Barudy y Dantagnan, 2011; Cyrulnik, 2002; Luthar, 2006; Rutter, 2007), pero es pobre todavía en España. En efecto, la protección de la infancia ha reafirmado la necesidad de identificar y estudiar la adaptación positiva de los niños frente a adversidades, especialmente en niños que viven en una familia de acogida (Amorós y Palacios, 2004; Palacios y Jiménez, 2009; León, 2011; Villalba, 2004ab, 2006; Muñoz, 2012).

Contexto de la investigación

La investigación aquí presentada forma parte de una investigación mayor que trata el

alcance y la amplitud de la realidad de la adopción intrafamiliar en Andalucía, en el sur de España. Este estudio se hizo con 189 familias de acogida y 189 niños adoptados. El resultado global de este estudio nos permitió saber diferentes aspectos de la adopción: las experiencias de adversidad en los niños adoptados, el funcionamiento de las familias de acogida y las posibilidades de adaptación, junto a las respuestas positivas de los jóvenes adoptados, tanto durante la adopción como en su vida anterior.

De forma general, la investigación presenta un perfil de familias de acogida más diverso y heterogéneo de lo esperado, con una importante presencia de tíos y de tías (44%) y no sólo abuelos (56%). También se ha descubierto que: 1) estas familias de acogida tienen más apoyo social por parte de su red informal de lo que creíamos tradicionalmente; 2) la presencia de problemas y de dificultades en estos niños entra dentro de los límites normales, aunque con puntuaciones más elevadas; 3) hay un clima emocional y una aceptación en la relación entre la familia de acogida y los niños positivos en la mayoría de los casos; 4) los niveles de adversidad experimentados por parte de los niños antes de reunirse con su familia de acogida son muy elevados; 5) ciertas dificultades de comunicación de los niños adoptados están ligadas a su vida anterior; y 6) un pequeño grupo de familias de acogida muestra niveles altos de estrés paterno. Sobre este último punto, mencionamos también que el estrés paterno está relacionado significativamente con las diferentes variables del estudio (problemas conductuales y emocionales de los niños adoptados en sus relaciones con los otros miembros de la familia, así como problemas de salud en la familia de acogida).

En este contexto, y sobre la base de los principales resultados de este estudio, el equipo de investigación ha evaluado la posibilidad de hallar capacidades de resiliencia en los niños, cosa que permitiría expandir los conocimientos sobre sus respuestas en términos de adaptación y también sobre los recursos existentes en las familias de acogida. Por esta razón, se decidió analizar datos específicamente relacionados con las competencias de resiliencia, de acuerdo con la literatura existente, exploradas en entrevistas con los niños (León, Villalba, Muñoz y Jiménez, 2008), y relacionar estos datos con otras variables del estudio, con el fin de plantear una aproximación a las capacidades de adaptación y las respuestas de resiliencia de los niños.⁴

Método

Participantes

Los participantes en este estudio pertenecen, como ya hemos señalado, a una submuestra de adolescentes adoptados por parte de su familia extensa (n = 70) que provienen de una

muestra más grande de niños adoptados ($N = 189$).

Los criterios de selección de estos adolescentes están basados en tres elementos:

- la edad;
- la elección de un único adolescente adoptado por parte de la familia extensa, aunque hubiera diversos adolescentes adoptados en la familia adoptiva;
- los participantes no tenían discapacidad física, mental o sensorial alguna.

Características de los participantes

Adolescentes

La edad de los 70 adolescentes era de entre 12 y 17 años, con una media de edad de 13,9 años; el 51,4% de estos adolescentes eran chicas y el 48,5% chicos.

La duración media de la adopción de los adolescentes de esta muestra era de 9,5 años, con un rango de 1 a 15 años.

La mayor parte de adolescentes (84,3%) habían sufrido adversidades durante su más tierna infancia, antes de ser adoptados; un 65,7% sufrieron maltratos antes de su adopción.

Familia extensa de acogida

Respecto a la relación entre los padres adoptivos y los adolescentes adoptados, un 51,4% son abuelos, un 42,8% son tíos y tías, y el 5,7% otros familiares cercanos.

La edad media de los acogedores al principio de la adopción era de 46,87 años y la edad media en el momento de la entrevista de 56,09 años.

Instrumentos

- *Entrevista semiestructurada* dirigida a los adolescentes (León, Villalba, Muñoz y Jiménez, 2008): entrevista semiestructurada preparada por parte del equipo de investigación dirigida a los adolescentes. Esta entrevista tenía como objetivo la exploración de las distintas capacidades y competencias planteadas en las teorías actuales, empíricamente ligadas a la idea de resiliencia. Se creó una escala con cuatro dimensiones que mostró una coherencia interna aceptable respecto al índice de Cronbach (véase tabla 1). Estas cuatro dimensiones eran: 1) motivación, expectativas y determinación; 2) reconocimiento y expresión de los sentimientos y las emociones; 3) competencias interpersonales; y 4) empatía y comportamiento

prosocial.

Tabla 1. Dimensiones

DIMENSIONES	ALFA
Motivación, expectativas y determinación	0,66
Reconocimiento y expresión de las emociones	0,59
Competencias interpersonales	0,62
Capacidad interpersonal y prosocial	0,75

- *Entrevista de las familias de acogida emparentadas* (Jiménez y Palacios, 2008): entrevista creada *ad hoc* que reúne de forma sistemática las informaciones sobre los diferentes datos de la adopción, tales como datos sociodemográficos de los adoptantes, familia de acogida, niños adoptados y sus progenitores; datos sobre los padres de los niños adoptados; relaciones entre los padres y los niños adoptados; historia anterior de los niños adoptados; adaptación a la adopción; comunicación sobre la adopción y el origen de los niños; relación entre la familia de acogida y los servicios de protección social.
- *Aceptación o rechazo de los padres y control paterno* (Rohner *et al.*, 1978): autoevaluación de la percepción por parte de las familias de acogida de su comportamiento y sus relaciones con los adolescentes adoptados. Este test consiste en 60 puntos organizados en cuatro subescalas: 1) efusividad/afecto (se refiere a las relaciones padres/hijos que se caracterizan por la efusividad y el afecto manifestados física o verbalmente); 2) hostilidad/agresividad (se refiere a las reacciones interiores o emocionales de rabia, animosidad o resentimiento, o a toda reacción física o verbal con la clara intención de causar sufrimiento físico o psicológico); 3) indiferencia/negligencia (se refiere a la indiferencia y la falta de cuidados hacia los hijos y a las manifestaciones conductuales como la negligencia emocional, física, sanitaria o educativa); 4) rechazo sin rasgo característico alguno (se refiere a los sentimientos de no ser amado o cuidado o ser rechazado, sin la existencia de indicadores positivos de rechazo). Una puntuación baja en este test indica una mayor percepción de afecto y amor, mientras que una puntuación elevada indica una alta percepción de rechazo.
- *Escala de acontecimientos de vida estresantes* (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008): inventario a rellenar que consiste en una lista de 29 acontecimientos negativos personales y con otras personas significativas que pueden ser vividos por parte de los adolescentes en la familia, la escuela o en el entorno de amistades (divorcio o separación de los padres, muerte de un allegado, repetición, rupturas relacionales, etc.).

- *Escala de satisfacción de vida* (Huebner, 1991): escala de satisfacción de vida de los adolescentes constituida por siete elementos que evalúan la satisfacción de los chicos y chicas en diferentes aspectos de su vida.
- *Lo que yo soy* (Harter, 1985): el perfil de autopercepción de los niños es una autoevaluación formada por 36 elementos concebida para ser aplicada a niños de entre 8 y 15 años. Este instrumento fue desarrollado para evaluar la autopercepción de los niños en cinco aspectos específicos (competencia escolar, aceptación social, capacidades deportivas, apariencia física, comportamiento/conducta) y la percepción global de autoestima. La puntuación de estos elementos va de 1 a 4, siendo 4 el nivel más alto de percepción de sí mismo.
- *Apego al grupo de amigos* (Armsden y Greenberg, 1987): para medir la relación con el grupo de amigos, hemos utilizado una escala de apego al grupo de amigos; un conjunto de 21 elementos adaptados (Sánchez-Queija y Oliva, 2003) de la subescala de apego a los grupos de amigos (*Attachment to Peers Subscale*) tomada del Inventario de apego a los padres y a los grupos de amigos (*Inventory of Parent and Peer Attachment*) de Armsden y Greenberg (1987), que evalúa los aspectos siguientes: la confianza (comprensión y respeto de las relaciones con los amigos, por ejemplo: «Mis amigos me aceptan tal y como soy»), la comunicación (nivel de calidad de la comunicación verbal, por ejemplo: «Cuando hablamos, mis amigos tienen en cuenta mi punto de vista») y la alienación (estado de aislamiento o alienación, por ejemplo: «Hablar de mis problemas a mis amigos me da vergüenza»).

Resultados

La tabla 1 muestra las cuatro dimensiones que provienen de los elementos contenidos en las distintas secciones de la entrevista a los adolescentes con el fin de conocer, entre otras cosas, sus competencias de resiliencia. Los resultados de la tabla 1 muestran la correspondencia del coeficiente Alfa de Cronbach de cada dimensión, que ha dado niveles estadísticamente aceptables.

La tabla 2 muestra la correlación entre las dimensiones de resiliencia y las distintas variables de nuestro estudio, con la excepción de la primera dimensión, que no tiene correlación alguna con las otras.

Tabla 2. Correlación entre las dimensiones del estudio y las otras variables del estudio.

	MOTIVACIÓN, EXPECTATIVAS Y DETERMINACIÓN	RECONOCIMIENTO Y EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES	COMPETENCIAS INTERPERSONALES	CAPACIDAD INTERPERSONAL Y PROSOCIAL
Apego al grupo de amigos	–		0,42	
Total de aceptación/ rechazo (Parq)	–	–0,35		
Subescala de afecto y de efusividad (Parq)	–	–0,42		
Subescala de hostilidad (Parq)	–	–0,30		
Subescala de indiferencia/ negligencia (Parq)	–	–0,36		
Subescala de rechazo (Parq)	–	–0,25		
Acontecimientos estresantes	–	0,29		
Autoestima	–			0,25
Satisfacción de vida	–			0,29

Los resultados relacionados con la *primera dimensión de la resiliencia (reconocimiento y expresión de las emociones)* muestran una relación negativa con el resultado total y con las subescalas de las herramientas que evalúan la aceptación o el rechazo paterno por parte de la familia de acogida respecto a los adolescentes adoptados. En consecuencia, la presencia de competencias de resiliencia en materia de capacidad aumentada de reconocer y expresar las emociones por parte de los adolescentes va ligada a la presencia de un afecto mayor, es decir, rechazo, hostilidad e indiferencia menores por parte del que acoge respecto a los adolescentes adoptados.

De la misma forma, la *segunda dimensión de resiliencia* presenta una relación positiva respecto a acontecimientos estresantes vividos por parte de los adolescentes. Esto podría indicar que la aparición de cierto número de acontecimientos estresantes está relacionado con la capacidad de reconocer y expresar las emociones.

Respecto a la *tercera dimensión de la resiliencia (competencias interpersonales)*, los resultados muestran una relación positiva entre el apego a los grupos de amigos de los adolescentes y la posesión de competencias interpersonales en los mismos.

Los resultados de la *cuarta dimensión de la resiliencia (capacidad interpersonal y prosocial)* indican que existe una relación positiva entre la empatía y el comportamiento prosocial de los adolescentes, y la presencia de una mejor autoestima y de una

satisfacción vital en los jóvenes adoptados.

En resumen, aunque no haya correlación alguna entre la primera dimensión de la resiliencia (motivación, expectativas y determinación) y las otras variables del estudio (véase tabla 1), ha habido resultados significativos utilizando el análisis de la ley *t* de Student, [$t(64) = -1.917$, $p = 0,059$] entre la primera dimensión de la resiliencia y las experiencias de abuso vividas por parte de los adolescentes antes de la adopción. Este resultado indica que los adolescentes que han sufrido abusos durante la infancia tienen tendencia a mostrar menos motivación, expectativas y determinación.

Debate y conclusiones

Durante el proceso de análisis de las dimensiones de la resiliencia se revela como particularmente pertinente una relación entre la capacidad de los adolescentes para reconocer y de expresar sus sentimientos y la percepción de aceptación-rechazo por parte de su familia de acogida. Este resultado muestra que una mejor relación parental con la familia de acogida, caracterizada por el afecto, se asocia a un mejor reconocimiento y expresión de las emociones en los jóvenes. En este sentido, como señalan los resultados de Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija (2008), los adolescentes evaluados como resilientes provienen de familias que tienen las mejores relaciones familiares y vínculos familiares más cercanos. Esta información coincide con nuestros resultados.

Otro hecho interesante es la relación entre las competencias interpersonales de los adolescentes y la creciente capacidad de relacionarse con sus grupos de amigos. Esto coincide con lo que observaron Delgado, Oliva y Sánchez-Queija (2011). En este estudio, el apego de los adolescentes a los grupos de amigos se relacionó positivamente con la presencia de un buen apego parental durante la infancia.

Aunque el apego no sea el tema principal de nuestra investigación, podemos plantear como hipótesis para un futuro estudio que los adolescentes de esta muestra fueron adoptados durante la infancia temprana y que el clima afectivo de sus familias de acogida era positivo, todo lo cual puede influir en los resultados de una mejor adaptación por parte de los adolescentes adoptados.

El resultado de la correlación entre las competencias interpersonales y pro-sociales también es importante, con un alto nivel de autoestima y de satisfacción de vida en los adolescentes. Este es un aspecto importante, ya que volveremos a encontrar estos resultados en estudios sobre los adolescentes criados en otros contextos familiares.

Desde nuestro punto de vista, estos resultados sugieren —como era de esperar— que las experiencias de adversidad, como abusos durante la infancia, pueden tener efectos negativos en el desarrollo de las competencias de resiliencia en los adolescentes

adoptados. De ahí la importancia de una detección precoz de estas situaciones de abuso, con el fin de evitar la acumulación de condiciones adversas y sus consecuencias en los niños adoptados y el desarrollo de los adolescentes. Se reafirma la necesidad de intervención de un profesional para apoyar la adopción, tanto con los niños adoptados como con la familia de acogida, con el objetivo de reforzar el desarrollo de las competencias de resiliencia que permiten esperar un nuevo y mejor desarrollo.

Esta investigación parece indicar que la adaptación de estos jóvenes se instaura en la continuidad. Aunque las medidas de adopción sean correctas, estas familias necesitan apoyo para ayudar mejor a los adolescentes que atraviesan grandes dificultades durante la adopción.

En resumen, estos resultados nos llevan a reflexionar y a concluir, como ya hicieron otros autores (Amorós y Palacios, 2004; Jiménez y Palacios 2008; Villalba, 2002), que es muy importante asistir a las familias de acogida emparentadas —tanto a los familiares como a los niños adoptados—, con el fin de tener en cuenta sus necesidades a todos los niveles, y principalmente la necesidad de un apoyo particular en lo que se refiere la vigilancia y la formación. A este respecto, consideramos que es pertinente trabajar con estas familias en los aspectos de comunicación resaltados por Jiménez, Martínez y Mata, (2010), puesto que pueden constituir un factor clave entre los otros antes mencionados para la identificación, la promoción y la activación de un proceso de resiliencia.

Referencias

- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento familiar*, Alianza, Madrid.
- Armsden, G. y Greenberg, M. (1987). «The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence», en *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 16, págs. 427-454.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). *Fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*, Gedisa, Barcelona.
- Cyrlunik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Gedisa, Barcelona.
- Delgado, I.; Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2011). «Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente», en *Anales de Psicología*, vol. 27, nº 1, págs. 155-163.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The International Resilience Project, Bernard van Leer Foundation, La Haya.
- Guilligan, R. (2001). *Promoting Resilience. A Resource Guide on Working with Children in the Care System*, British Agencies for Adoption and Fostering, Londres.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*, Université de Denver, Denver.
- Huebner, E. S. (1991). «Further validation of the Students'Life Satisfaction Scale: The independence of satisfaction and affect ratings», en *Journal of Psychoeducational Assessment*, nº 9, págs. 363-368.
- Jiménez, J. M.; Martínez, R. y Mata, E. (2010). *Guía para trabajar la historia de vida con niños y niñas. Acogimiento familiar y residencial*, Consejería para la Igualdad y Bienestar Infantil Social, Junta de Andalucía, Sevilla.

- Jiménez, J. y Palacios, J. (2008). *El acogimiento familiar en Andalucía. Procesos familiares, perfiles personales*, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía, Granada.
- León, E.; Villalba, A.; Muñoz, A. y Jiménez, J. M. (2008). *Semi-Structured Interview Addressed to the Adolescents*, documento no publicado.
- León, E. (2011). *Desarrollo, adaptación y ajuste psicológico de los niños y niñas adoptados internacionalmente: factores de riesgo y de protección, dinámica familiar y procesos de recuperación y resiliencia*, tesis de doctorado no publicada, Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Luthar, S. S. (2006). «Resilience in development: A synthesis of research across five decades», en Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (dirs.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder and Adaptation*, 2ª ed., vol. 3, Wiley, Nueva York, págs. 739-795.
- Luthar, S. S.; Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). «The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work», en *Child Development*, vol. 71, nº 3, págs. 543-562.
- Masten, A. S. (2001). «Ordinary Magic. Resilience processes in development», *American Psychologist*, vol. 56, págs. 227-238.
- Muñoz, A. (2012). «El estudio de la resiliencia desde la perspectiva evolutiva y su aportación a la comprensión del riesgo y la protección en la intervención social», en *Revista de Trabajo Social*, vol. XII, nº 1, págs. 1-20.
- Oliva, A.; Jiménez, J.; Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). «Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente», en *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 13, nº 1, págs. 53-62.
- Olsson, C. A.; Bond, L.; Burns, J. M.; Vella-Brodick, D. A. y Sawyer, S. M. (2003). «Adolescent resilience: A concept analysis», en *Journal of Adolescence*, vol. 26, págs. 1-11.
- Palacios, J. y Jiménez, J. M. (2009). «Kinship foster care: Protection or risk?», en *Adoption & Fostering*, vol. 33, nº 3, págs. 64-75.
- Rohner, R. P.; Saavedra, J. y Granum, E. O. (1978). «Development and validation of the parental acceptance rejection questionnaire: Test manual», en *JSAS Catalogue of Selected Documents in Psychology*, vol. 8, págs. 7-8.
- Rutter, M. (2000). «Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications», en Shonkoff, J. P. y Meisels, S. J. (dirs.), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2ª ed., Cambridge University Press, Nueva York, págs. 651-682.
- Rutter, M. (2007). «Resilience, competence, and coping», en *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, págs. 205-209.
- Ungar, M. (2001). «Constructing narratives of resilience with high risk youth», en *Journal of Systemic Therapies*, vol. 20, nº 2, págs. 58-73.
- Ungar, M. (2011). «The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct», en *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 81, nº 1, pág. 1-17.
- Vanistendael, S. (2005). «La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos, Madrid», en II Congreso internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes, Mapfre, Madrid.
- Villalba, C. (2002). *Abuelas Cuidadoras: una aportación para el trabajo social*, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- Villalba, C. (2004a). «El concepto de resiliencia. Aplicaciones a la intervención social», en *Intervención Psicosocial*, vol. 12, nº 3, págs. 283-299.
- Villalba, C. (2004b). «La perspectiva ecológica en el trabajo social con infancia, adolescencia y familia», en *Portularia*, vol. 4, págs. 287-298.
- Villalba, C. (2006). «El enfoque de la resiliencia en trabajo social», en *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, nº 1 Extra, págs. 466-498.
- Werner, E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from Birth to Adulthood*, Cornell University Press, Ithaca, NY.

4. Estos datos han sido extraídos de la investigación “Riesgos y protección en la adopción en familias de acogida con parentesco: trayectorias de vida y ajuste personal, familiar y social”, basado en el Plan nacional R+D

2007 (Ref. SEJ2007-65300, ministerio español de la Ciencia y la Innovación).

Resiliencia y funcionalidad familiar

José Maria Madariaga, Irati Novella, Ana Arribillaga

Introducción

El concepto de resiliencia ha obligado a revisar el comportamiento en situaciones desfavorecidas y en particular después de un trauma. Al contrario que otras investigaciones que intentan analizar las situaciones amenazantes o las influencias negativas, la resiliencia pone el acento en la posibilidad de superar con éxito estas dificultades y, de este modo, rebatir las expectativas de fracaso, ya que implica el paso de la adversidad al refuerzo (Grotberg, 2003); al refuerzo del desarrollo y a la capacidad de reconstrucción ulterior (Muñoz y de Pedro, 2005). Bajo esta nueva perspectiva, el sujeto, en vez de estar expuesto a fuerzas exteriores y a acontecimientos extremos, se vuelve capaz de hacer frente a la adversidad e incluso de tomar el control de su vida.

La realidad muestra que ciertas personas pueden hacer frente a la adversidad mejor que otras. En cambio, este hecho conocido no ha sido suficientemente explicado. Durante mucho tiempo, esta posibilidad se había atribuido a características de constitución poco habituales del individuo, pero luego empezaron a ser tenidos en cuenta la interacción con las personas más cercanas, el medio de vida y sus condiciones. Esto permitió desarrollar estudios sistémicos fructíferos (Manciaux, 2003).

La investigación demostró la eficacia de la resiliencia para promover la calidad de vida en la medida en que las personas resilientes son más capaces que otras de hacer frente al estrés y a las contrariedades (Hiew, Mori, Shmigu y Tominaga, 2000). Por otra parte, la resiliencia reduce la intensidad del estrés y los índices emocionales negativos (ansiedad, depresión y cólera) y, al mismo tiempo, aumenta la curiosidad y la salud emocional. De este modo, podemos considerarla eficaz para la promoción de la salud mental y emocional (Grotberg, 2003). Al mismo tiempo, la resiliencia se puede aplicar al conjunto del ciclo de vida y a todos los campos. Todo ello hace que podamos hablar de educar para la resiliencia y de promoverla (Forés y Grané, 2012).

En resumen, la literatura especializada ha determinado cuatro condiciones igualmente necesarias y suficientes para identificar un proceso de resiliencia (Pourtois, Humbeeck y Desmet, 2012: 8):

- la identificación de un trauma o la percepción de un desorden;

- el establecimiento de estrategias de resistencia o de desistencia;
- un potencial de desarrollo preservado;
- una propensión original a la realización.

¿Qué es la resiliencia? ¿Una capacidad, una cualidad global de la persona o un proceso?

Entre los inicios de la investigación sobre resiliencia (Werner y Smith, 1992) —cuyos objetivos eran verificar la existencia del fenómeno y estudiar los factores que contribuyen a su desarrollo o que se le asocian— y la actualidad, ha habido una evolución significativa.

Podríamos resumir esta evolución como centrada, por una parte, en el interés por descubrir los factores de protección que son la base de una adaptación positiva en condiciones de adversidad (Garmezy, Masten y Tellegen, 1984; Werner, 1982; Werner y Smith, 1992) y, por otra parte, en el estudio de las cualidades de resiliencia según el modelo ecológico transaccional basado en el modelo Bronfenbrenner (1981). Según este modelo, la resiliencia es un proceso dinámico en el que las influencias del entorno y del individuo interaccionan recíprocamente, lo que permite adaptarse a pesar de la adversidad (Glantz y Johnson, 1999; Grotberg, 1995; Rutter, 1999). Otros intentan encontrar la fuente de energía o de motivación que permite reinserciones resilientes (Richardson, 2002) tomando en consideración también el modelo ecológico (Villalba, 2004), así como las características personales que nos ayudan a superar la adversidad, modelo, este último, sugerido por Pereira.

En la medida en que las investigaciones han progresado, se ha subrayado el hecho de que la resiliencia se ve también influida por factores externos a la persona y puede ser considerada como un proceso dinámico entre diferentes factores (Grotberg, 1995; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Coatsworth, 1998; Villalba, 2004), entre los cuales podemos identificar los tres tipos siguientes: 1) los atributos de los niños, 2) las características de sus familias, y 3) las características del contexto social que rodea a los niños/las familias.

Desde esta perspectiva, resulta prioritario saber cómo podemos fomentar, en el ambiente cotidiano (familia, escuela y entorno social) el desarrollo de la resiliencia, teniendo en cuenta que el entorno es el mismo en el que el niño crece y donde podemos observar los factores que ayudan o dificultan una reconstrucción (Cyrułnik y Pourtois, 2007). Cyrułnik (2004) usa el término «tejer la vida» como representación mental compatible con el desarrollo de estrategias de resiliencia y de reconstrucción del tejido social. En consecuencia, la resiliencia ya no se considera absoluta y global sino relativa, y

dependiente del equilibrio dinámico de los factores personales, familiares y sociales, así como de los momentos del ciclo de vida, limitados a ciertas zonas de la adaptación.

¿Por qué la familia?

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que hay que desarrollar la resiliencia en el marco de las redes de apoyo (padres, amigos y educadores), pero también, y sobre todo, en las grandes instituciones de socialización que son importantes: «la familia y la escuela» (Cyrulnik y Pourtois, 2007).

El entorno familiar es el primer entorno de socialización en el que se pueden establecer las prácticas educativas que serán referentes para la realización de estilos de socialización, gestión afectiva, desarrollo de competencias, estrategias de adaptación y niveles de prosocialización, entre otros. Su funcionalidad permite a sus miembros ser autónomos, con el fin de protegerlos psicológicamente y socialmente, favoreciendo así la adaptación (Borges y Silva, 2010). Podríamos hablar incluso de interacciones entre la resiliencia individual y la resiliencia colectiva en las que cada familia tiene un papel importante (Vanistendael y Lecomte, 2000). Este papel de la familia en el desarrollo de la resiliencia ha hecho que el concepto de «resiliencia familiar» sea cada vez más importante (Walsh, 1998). Se podría interpretar esta resiliencia como la capacidad que tiene una familia de superar la adversidad y salir reforzada y con más recursos para hacer frente a las demás dificultades de la vida.

Según Pereira, una proposición sistémica más innovadora destaca la resiliencia de la familia en su conjunto, para así poder determinar cuáles son los mecanismos de funcionamiento familiar que actúan como factores de protección y aquellos que, en cambio, actúan como factores de riesgo, como señala Anaut. Sobre esta base, la funcionalidad familiar se considera como la capacidad del sistema para hacer frente y superar cada una de las etapas del ciclo de vida y las crisis que van apareciendo.

Algunos de los principios en los que se apoya esta funcionalidad familiar son:

- una buena comunicación (clara, directa, precisa y coherente);
- el respeto por la individualidad y la autonomía;
- la toma de decisiones y/o la búsqueda de soluciones apropiadas para cada problema;
- la flexibilidad necesaria para adaptarse a las exigencias.

En consecuencia, una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio que le permite progresar de crisis en crisis y resolver cada una de ellas, con el

objetivo de favorecer el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

En definitiva, nuestra intención es proceder a un estudio exploratorio que pueda unir la resiliencia con la funcionalidad familiar en los adolescentes y los futuros profesionales de la educación social, puesto que la adolescencia es un momento particularmente importante para enfrentarse a las dificultades que surgen de situaciones amenazantes y, en ese momento, los profesionales de la educación social tienen un papel importante en la resiliencia. El estudio forma parte de las investigaciones que analizan las interacciones de los individuos resilientes con sus entornos (Cyrulnik, 2001). Esto es una primera etapa, mientras que otras investigaciones tendrán en cuenta los aspectos relacionales de la resiliencia.

Método

Participantes

Las investigación se ha llevado a cabo con 70 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de entre 15 y 16 años y 117 estudiantes del primer ciclo de Educación Social de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) de entre 18 y 40 años. La distribución de la muestra se detalla en la tabla 1:

Tabla 1. Distribución de los participantes por sexo y edad

EDAD			SEXO		TOTAL
15-17	18-19	+20	MUJERES	HOMBRES	
70 (37,4%)	45 (24,1%)	72 (38,5%)	123 (65,8%)	64 (34,2%)	187

Instrumentos de medición

Para medir el nivel de resiliencia, hemos utilizado la escala de Wagnild y Young (1993) que se compone de los dos factores siguientes: «la competencia personal» (confianza en sí mismo, independencia, decisión, invencibilidad, fuerza, generosidad y perseverancia) y la «aceptación de sí mismo y de la vida» (adaptabilidad, equilibrio, flexibilidad y una perspectiva estable de la vida). El resultado total se obtiene sumando los resultados obtenidos en cada escala, de modo que los valores se sitúan entre 25 y 175. Los resultados superiores a 147 indican una fuerte resiliencia, entre 121 y 146 una resiliencia moderada y los valores inferiores a 121 indican una resiliencia débil. Las propiedades psicométricas de la escala son satisfactorias (coeficiente alfa de Cronbach = 0,94).

Para medir la funcionalidad familiar, hemos utilizado el cuestionario APGAR familiar

de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982), adaptado más tarde al español por Bellon, Delgado, Luna y (1996). Este cuestionario mide las características familiares siguientes: adaptación (utilización de recursos para el bien común y de la ayuda mutua para resolver los problemas familiares), participación (reparto equitativo de las responsabilidades de la familia con el fin de resolver problemas familiares), gradiente de crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), afectividad (relación afectiva entre los miembros de la familia) y resolución (compartición del tiempo y de los recursos para la resolución de problemas). Para la codificación, los valores estimados son: > 6 = funcional; y < 6 = disfuncional. En cuanto a la fiabilidad de la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996), es superior a 75 y tiene una coherencia interna de $\alpha = 0,79$.

Resultados

Características de los participantes

El nivel medio de resiliencia del conjunto de los participantes en el estudio es de 131,70, o sea, una resiliencia moderada. En cuanto al nivel de funcionalidad familiar, el resultado medio es de 13,14, lo cual significa que tenemos una muestra de participantes con familias funcionales.

En cuanto a los alumnos de instituto analizados en este estudio, también tienen un nivel moderado de resiliencia (134,66) y un resultado de funcionalidad familiar de (13,47).

Los estudiantes universitarios también tienen un nivel moderado de resiliencia (129,92) y provienen de familias con un nivel adecuado de funcionalidad (12,95).

Resultados de las hipótesis

- *Hipótesis 1:* hay diferencias en los niveles de resiliencia respectivos de hombres y mujeres; de los adolescentes y los universitarios.

Correspondiendo al análisis estadístico realizado con la distribución t de Student, las diferencias en resiliencia no eran estadísticamente significativas entre sexos, tanto en los adolescentes ($F = 1,215$, $p = 0,707$) como en los estudiantes de Educación Social ($F = 0,281$, $p = 0,707$).

- *Hipótesis 2:* hay diferencias en el nivel de resiliencia entre los alumnos en función de la edad. El análisis de las diferencias ha dado los resultados siguientes:

Tabla 2. Nivel de resiliencia según la edad

EDAD	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
15-17	70	134,66	12,257
18-19	45	133,11	9,941
+ 20	72	127,93	12,787
Total	187	131,70	12,280

Se ha realizado el análisis de la varianza (ANOVA) correspondiente y constatamos que las diferencias obtenidas son significativas ($p = 0,003$). Siendo más precisos, entre aquellas que eran significativas después de haber utilizado el análisis de Diferencia Honestamente Significativa de Tukey (HSD), hemos observado que la única diferencia significativa correspondía a la diferencia de 15-17 años respecto a los de más de 20.

- Hipótesis 3: hay una correlación entre la funcionalidad familiar y la resiliencia en los adolescentes y en los universitarios. Tras llevar a cabo el análisis de correlación Pearson, podemos afirmar que no hay correlación entre la funcionalidad familiar y la resiliencia, ni en el conjunto de la muestra ($r = 0,090$; $p = 0,222$), ni en los futuros profesionales de la educación social ($r = -0,055$, $p = 0,554$). De todas formas, hay una correlación significativa ($r = 0,364$; $p = 0,002$) en el caso de los adolescentes.

Discusión

Los resultados sugieren que no hay diferencias de nivel de resiliencia en hombres y mujeres, sea cual sea el grupo de edad analizado. Esto concuerda con los resultados obtenidos en estudios anteriores (Prado y del Águila, 2003). En cambio, los resultados de un estudio mexicano (González, Valdez y Zabala, 2008) muestran un nivel superior de resiliencia en los hombres y también que la resiliencia de las mujeres es satisfactoria cuando hay un apoyo exterior importante. Los resultados tampoco coinciden con los obtenidos en el estudio de Samblás con una población de niños y niñas y adolescentes víctimas de violencia. Esto indica que ser mujer sería un factor de predicción positivo para la resiliencia y para una mejor adaptación a los abusos. Evidentemente, es necesario ahondar en estas cuestiones, o incluso utilizar la variable de género en lugar de la del sexo en la interpretación de la resiliencia vinculada al contexto social inmediato. En efecto, en otros estudios llevados a cabo en otros contextos culturales, no encontramos diferencias apreciables con la variable «sexo», mientras que sí que la hay con el concepto de

«género» (Saavedra y Villalta, 2008).

En cambio, los resultados de este estudio destacan las posibles diferencias en el nivel de resiliencia entre los más jóvenes (entre 15-17 años) y los mayores (más de 20 años) en favor de los primeros. Estos resultados parecen contradecir los que se obtuvieron en un estudio anterior (Saavedra y Villalta, 2008) en otro contexto (Chile). Esta investigación concluye que los niveles de resiliencia no están directamente asociados a los grupos de edad, aunque hay una tendencia a obtener mejores resultados entre los más jóvenes (entre 19 y 24 años). Una posible interpretación de estos resultados sería que la resiliencia no está directamente vinculada a la edad, sino al nivel de implicación de la familia, que es generalmente más elevado en los más jóvenes. De todas formas, esta interpretación debería ser confirmada en investigaciones venideras.

Un razonamiento parecido se podría aplicar al caso de la correlación entre la resiliencia familiar y la funcionalidad, que tan sólo existe en los más pequeños, allí donde la funcionalidad tiene un mayor impacto sobre los miembros de la familia respecto a la toma de decisiones, la búsqueda de soluciones a los problemas y las respuestas a solicitudes sociales muy exigentes.

De todas formas, conviene recordar que la muestra es pequeña y homogénea, tanto desde el punto de vista de la resiliencia como de la funcionalidad familiar, y que por esta razón es más difícil encontrar correlaciones entre las dos variables. Estos límites deberían superarse en investigaciones futuras sobre el mismo tema. Además, los datos también deberían complementarse con análisis cualitativos.

Referencias

- Anaut, M. (2008). *La Résilience. Surmonter les traumatismes*, Armand Colin, París.
- Bellón, J. A.; Delgado, A.; Luna, J. D. y Lardelli, P. (1996). «Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar », en *Atención Primaria*, vol. 18, n° 6, Sociedad Española de Familia y Comunitaria, págs. 289-295.
- Borges, Z. y Silva, M. (2010). «Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas», en *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 28, n° 2, págs. 250-257.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Ecology of Human Development: Experiment by Nature and Desing*, Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Cyrulnik, B. (2004). *Les Vilains Petits Canards*, Odile Jacob, París.
- Cyrulnik, B. y Pourtois, J.-P. (2007). *École et Résilience*, Odile Jacob, París.
- Forés, A. y Grané, J. (2012). *La Resiliencia en entornos socioeducativos*, Narcea, Madrid.
- Garmezy, N.; Masten, A. y Tellegen, A. (1984). «The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology», en *Child Development*, vol. 55, págs. 97-111.
- Glantz, M. y Johnson, J. (dirs.) (1999). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation*, Plenum, Nueva York.
- González, N.; Valdez, J. L. y Zavala, Y. (2008). «Resiliencia en adolescentes mexicanos», en *Enseñanza e*

- Investigacion en psicologia*, vol. 13, n° 1, págs. 41-52.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children*, Bernard van Leer Foundation, La Haya.
- Grotberg, E. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*, en <http://www.cidei.cl/Documentos/38.pdf>.
- Hiew, C.; Mori, J.; Shmigu, M. y Tominaga, M. (2000). «Measurement of resilience development: Preliminary results with astatetrait resilience inventory», en *Journal of Learning and Curriculum Development*, vol. 1, págs. 111-117.
- Luthar, S. S.; Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). «The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work», en *Child development*, vol. 71.
- Manciaux, M. (2003). *La Resiliencia: resistir y rehacerse*, Gedisa, Madrid.
- Masten, A. y Coatsworth, J. (1998). «The development of competence in favorable and unfavorable environments», en *American Psychologist*, vol. 53, págs. 205-220.
- Muñoz, V. y de Pedro, F. (2005). «Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social», en *Revista Complutense de Educación*, vol. 16, n° 1, págs. 107-124.
- Pourtois, J.-P.; Humbeeck, B. y Desmet, H. (2012). *Les Ressources de la résilience*, PUF, París.
- Prado, R. y del Águila, M. (2003). «Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes», en *Revista Persona*, vol. 6, págs. 179-196.
- Richardson, G. (2002). «The metatheory of resilience and resiliency», en *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 3, págs. 307-321.
- Rutter, M. (1999). «Resilience concepts and findings: Implications for family therapy», en *Journal of Family Therapy*, vol. 21, págs. 119-144.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*, en <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf>
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2000). *Le Bonheur est toujours possible*, Bayard, París.
- Villalba, C. (2004). «El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social», en *Psychosocial Intervention. Intervención Psicosocial*, vol. 12, n° 3, págs. 283-299.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). «Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale», en *Journal of Nursing Measurement*, vol. 1, págs. 165-178.
- Walsh, F. (1998). *Resiliencia Familiar*, Amorrortu, Madrid.
- Werner, E. (1982). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*, McGraw-Hill, Nueva York.
- Werner, E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from birth to adulthood*, Cornell University Press, Ithaca, NY.

Sobre los autores

Marie Anaut es psicóloga clínica y terapeuta familiar y de parejas. Es profesora en la Universidad de Lyon-II y autora de *Humor, entre risas y lágrimas. Trauma y resiliencia*.

Ana Arribillaga es doctorada en psicología y profesora en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Boris Cyrulnik es a día de hoy el mayor referente en los estudios sobre resiliencia. Afamado etólogo y neuropsiquiatra, es director de estudios en la Universidad de Sud-Toulon y autor de numerosos libros publicados en su mayoría por la Editorial Gedisa, como *El amor que nos cura*, *Los patitos feos* o *Autobiografía de un espantapájaros*.

Nadine Demogeot es profesor titular de Psicología, Desarrollo y Educación en la universidad de Lorraine, ESPE, de Nancy-Metz, Laboratorio INTERPSY Laboratorio, EA, 4432, Nancy.

Jesús M. Jiménez es psicólogo de desarrollo, profesor en el departamento de Psicología de desarrollo y educación en la Universidad de Sevilla, España.

Esperanza León es profesora asociada. Enseña en el departamento de Psicología de desarrollo y educación en la Universidad de Sevilla, España.

Alicia Muñoz es psicóloga de desarrollo. Es profesora del departamento de Psicología de desarrollo y educación en la Universidad de Huelva, España.

Irati Novella es profesora de pedagogía en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

José María Madariaga es doctor en psicología y profesor de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Hélène Romano es doctora en psicopatología clínica, es psicoterapeuta de urgencia celular Samu 94 y especialista en consulta de psicotrauma de CHU Henri Mondor.

Pierre Rousseau es ginecólogo-obstetra y conferenciante en la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Mons, Bélgica.

Cristina Villalba-Quesada es psicóloga y asistentes de servicio social. Profesora del departamento de Asistencia social y de servicios sociales de la Universidad Pablo de

Olavide de Sevilla, España.

María Isabel Zavala es trabajadora social y colaboradora de la investigación en cuidado de crianza. Estudiante de doctorado del departamento de Psicología y educación de la Universidad de Sevilla, España.

Boris Cyrulnik

Las almas heridas

Las huellas de la infancia, la necesidad del relato
y los mecanismos de la memoria



Las almas heridas

Cyrulnik, Boris

9788497849616

256 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Las almas heridas es un libro sobre las huellas de la infancia, la necesidad del relato y los mecanismos de la memoria, elementos desarrollados a partir de la narración de sus vivencias personales hasta su adolescencia. Boris Cyrulnik, un joven cuyas inquietudes intelectuales ya se encaminan por las lindes de la psiquiatría, y que realiza sus primeras prácticas en un asilo para enfermos mentales (donde quedará en shock tras comprobar el aislamiento y las malas prácticas a las que son sometidos los pacientes: lobotomías, camisas de fuerza, etc.). Su nueva obra Les ames blessées (Las almas heridas) no es ni una autobiografía ni un libro de historia de la psiquiatría: se trata de un testimonio personal sobre el nacimiento de una disciplina difícil y apasionante que denominamos psiquiatría.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Jorge Barudy, Maryorie Dantagnan,
Emilia Comas y María Vergara

La inteligencia maternal

*Manual para apoyar la crianza bien tratante
y promover la resiliencia de madres y padres*



RESILIENCIA

gedisa
editorial

La inteligencia maternal

Barudy, Jorge

9788497848787

192 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

La crianza de los hijos e hijas sigue siendo el resultado de acciones realizadas mayoritariamente por las mujeres, pero gracias a la existencia de un número cada vez más significativo de hombres- pertenecientes a la manada de hombres buenos- constatemos que muchos padres se implican de una forma igualitaria en la crianza de sus hijos e hijas rebelándose del dominio de la ideología patriarcal y creando la esperanza que un cambio cultural es posible. Este libro contiene un manual para compartir nuestro programa, apoyar y promover las competencias maternas de las mujeres, especialmente de aquellas afectadas por experiencias de malos tratos en sus infancias y/o de la violencia de sus parejas, así como de diferentes formas de violencia: violencia organizada, guerras, genocidios, violaciones masivas, tortura y exilio.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Análisis del discurso

Teun A. van Dijk

Sociedad y discurso

Cómo influyen los contextos sociales
sobre el texto y la conversación

gedisa
editorial

Sociedad y discurso

van Dijk, Teun A.

9788497844611

332 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Van Dijk presenta aquí una nueva teoría del contexto que pretende explicar cómo los textos y las conversaciones se adaptan a su contexto o entorno social. En lugar de la relación directa que habitualmente se establece entre sociedad y discurso, el autor sostiene en cambio que lo que se da es una influencia indirecta y que depende de cómo los propios usuarios 'definen' la situación comunicativa en la que están inmersos. El nuevo concepto que introduce Van Dijk para estas definiciones es el de modelos de contexto. Estos modelos controlan toda la producción y la comprensión lingüística y explican cómo el discurso se construye como apropiado en cada situación. Estos modelos constituyen el eslabón perdido entre el lenguaje y la sociedad, y que ha permanecido ignorado hasta ahora tanto por la pragmática como por la sociolingüística. En este libro interdisciplinario, la nueva teoría del contexto se desarrolla desde la perspectiva de la psicología social, de la sociología y de la antropología.. La teoría se aplica al dominio de la política, incluyendo el debate sobre la guerra en Irak, donde los discursos de los líderes políticos constituyen un estudio de caso para un minucioso análisis contextual. En otro libro publicado por Gedisa, Discurso y Contexto, Teun A. van Dijk presenta una teoría multidisciplinaria del contexto y el modo en que el contexto influye sobre el discurso y el uso lingüístico, con un enfoque especial sobre la noción de contexto en la lingüística sistémica, en la psicología cognitiva y en la sociolingüística.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Filosofía

Marcelo Pakman

**Palabras que permanecen,
palabras por venir**

Micropolítica y poética en psicoterapia



gedisa
editorial

Palabras que permanecen, palabras por venir

Pakman, Marcelo

9788497844734

480 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El foco del libro legitima una concepción crítica y poética de la psicoterapia como alternativa a los enfoques puramente técnico-rationales que se han vuelto hegemónicos.

Una práctica crítica de la psicoterapia permite distanciarse de las identidades sociales cotidianas a través de las cuales lo social se encarna en lo psíquico y lo sujeta a guiones estereotipados, incluidos aquellos ligados a nuestros modelos terapéuticos. La dimensión poética puede emerger así como eventos singulares de los que ciertas palabras que permanecen dan testimonio, abriendo mundos que aparecen como alternativas frente a la hegemonía de estereotipos que congelan lo que es único e irrepetible en lo humano.

Viñetas clínicas y elaboraciones teóricas se entrelazan para desarrollar una concepción de la psicoterapia como una aventura poética y de crítica social donde el lenguaje como un regazo a habitar se vuelve protagonista.

Trascendiendo la domesticación de nuestras identidades constituidas y estabilizadas, y la abstracción del sujeto filosófico, la dimensión poética abreva en una sensibilidad cotidiana para generar eventos en torno a los cuales se hace presente, en la psicoterapia, una comunidad en ciernes.

La posición crítico-poética no es una empresa hermenéutica o educativa estabilizadora, sino una invitación a la discontinuidad siempre abierta como una promesa de palabras que la continuaran en una aventura de sentido.

Hoy en día, el trabajo del psicoterapeuta en las sociedades occidentales ya no es posible sin tener en cuenta dos conceptos fundamentales: la micropolítica y la poética.

Para no quedar domesticado dentro de una psicoterapia tecnocrática es necesario tomar distancia crítica de las normas políticas que configuran al sujeto y sus

identidades, y sobre todo rescatar la singularidad de la experiencia humana tal y como aparece en eventos poéticos, en los que se hace visible la raíz del lenguaje.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Análisis del discurso

Teun A. van Dijk

discurso

y

CONTEXTO

Un enfoque sociocognitivo

gedisa
editorial

Discurso y contexto

van Dijk, Teun A.

9788497844499

295 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿De qué manera las situaciones sociales influyen en el uso del lenguaje y en el discurso? Este libro constituye la primera monografía en presentar una teoría multidisciplinaria del contexto. Tradicionalmente, el contexto se definía como variables sociales "objetivas" (como el género o la clase social de los hablantes). Sin embargo, Teun A. van Dijk señala que no es la situación social en sí misma la que influye en las estructuras del texto y el habla, sino la definición de las propiedades relevantes de la situación comunicativa que realizan los participantes del discurso. La nueva noción teórica desarrollada para explicar estos constructos mentales subjetivos consiste en modelos contextuales que cumplen un papel crucial tanto en la interacción como en la producción y comprensión del discurso. Estos controlan de forma dinámica la manera en que el uso del lenguaje y del discurso se adaptan a su escenario situacional; de ahí que también definan bajo qué condiciones estos discursos son apropiados. Los modelos contextuales son el vínculo que faltaba entre el discurso, la situación comunicativa y la sociedad y, por eso, también forman parte de la base de la pragmática. En este libro, los modelos contextuales se estudian especialmente desde una perspectiva (socio) lingüística y cognitiva. En otro libro publicado por Cambridge University Press, *Sociedad y Discurso*, Teun A. van Dijk desarrolla las dimensiones psicológica, sociológica y antropológica de la teoría del contexto.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Prólogo	10
¿Por qué la resiliencia?	12
Nacimiento, trauma, apego y resiliencia	23
Interacciones precoces y nicho sensorial	33
¿Cuáles son las fuentes de resiliencia para bebés y niños pequeños en duelo por la muerte de un ser querido?	42
El apego seguro: un factor de resiliencia al servicio de la capacidad de pensar	52
Adaptación y resiliencia en adolescentes adoptados por una familia de acogida emparentada	64
Resiliencia y funcionalidad familiar	74
Sobre los autores	82