



Nicole Vliegen  
Eileen Tang  
Nick Midgley  
Patrick Luyten  
Peter Fonagy

# **TRABAJO TERAPÉUTICO CON NIÑOS CON TRAUMA COMPLEJO**

Un enfoque psicodinámico  
de tres vías



biblioteca de psicología    DESCLÉE DE BROUWER



NICOLE VLIEGEN  
EILEEN TANG  
NICK MIDGLEY  
PATRICK LUYTEN  
PETER FONAGY

# **TRABAJO TERAPÉUTICO CON NIÑOS CON TRAUMA COMPLEJO**

**Un enfoque psicodinámico de tres vías**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA**  
**Desclée De Brouwer**

Título de la edición original:

THERAPEUTIC WORK FOR CHILDREN WITH COMPLEX TRAUMA

A THREE-TRACK PSYCHODYNAMIC APPROACH

© Nicole Vliegen, Eileen Tang, Nick Midgley, Patrick Luyten y Peter Fonagy

All Rights Reserved

Authorised translation from the English language published by Routledge,  
a member of the Taylor & Francis Group

Nueva York, EE. UU.

Traducción: Ramón Alfonso Díez Aragón

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S. A., 2026

Henao, 6 - 48009 Bilbao

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

[info@edesclee.com](mailto:info@edesclee.com)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos

–[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

*Impreso en España – Printed in Spain*

ISBN: 978-84-330-3979-8

Depósito Legal: BI-1510-2025

Impresión: Grafo S. A. - Basauri

# Índice

---

Agradecimientos. . . . .	9
Introducción. . . . .	11

## PRIMERA PARTE

### Marco teórico

1. Una perspectiva y un enfoque psicodinámicos actuales sobre el trauma complejo . . . . .	25
2. El trauma complejo y los trastornos profundos en cuatro ámbitos del desarrollo infantil . . . . .	51
3. El trauma complejo y el desafío a las capacidades mentalizadoras de los padres y la red. . . . .	83

## SEGUNDA PARTE

### El enfoque de tratamiento de tres vías

4. El enfoque de tratamiento de tres vías: características principales y principios básicos . . . . .	119
5. Evaluación del desarrollo del «niño dentro de la familia» . .	137
6. Trabajo directo con el niño. . . . .	197

7. Trabajo con los padres . . . . .	261
8. Trabajo con la red . . . . .	311
9. Trabajar de cara a la finalización . . . . .	347
Índice onomástico y de materias . . . . .	377

# Introducción

---

## Presentación de los niños



Jemal, de diez años, tuvo un comienzo difícil en la vida y aunque ahora vive con sus padres adoptivos, muy cariñosos, muestra graves problemas de comportamiento y educativos, que repercuten en su funcionamiento y rendimiento en el colegio. Sus padres adoptivos también informan de que en casa tiene dificultades para comer y dormir. En una sesión de admisión dicen al terapeuta que Jemal decidió un día que ya no quería dibujos en la pared de su habitación y quitó todos los peluches de su cama, alegando que era «demasiado mayor para esas cosas de niños». La madre exclama desesperada que también odia su comida y apenas come. «Y cuando se va a la cama, insiste en irse solo, sin un abrazo ni un beso, pero luego no puede dormir, resulta molesto y nos mantiene despiertos toda la noche», añade el padre. La primera expresión que les viene a la mente cuando el terapeuta los invita a describirlo es esta: «Es difícil llegar a él».



Los cuidadores de acogida de Lisa buscan ayuda cuando ella tiene nueve años. Piden una evaluación psiquiátrica, convencidos de que cumple los criterios para ser diagnosticada de un «trastorno del vínculo». Empezaron a leer todo lo que podían en internet sobre este trastorno, intentando encontrar

más información y, sobre todo, consejos sobre lo que podían hacer para ayudar a Lisa. Cuando leyeron una publicación de una madre, en la que decía que su hijo es «un niño cuyas necesidades no tienen fin», sintieron al instante que esto describía a la perfección lo que a menudo sentían sobre su hija de acogida, es decir, que hicieran lo que hicieran por esta niña con «trastorno del vínculo» nunca sería suficiente.



Mei-Lan, de siete años, a menudo se comporta mal de forma inexplicable, de un modo que agota a sus padres adoptivos. En esos momentos parece que está con una especie de furia ciega, dando patadas y mordiscos, aparentemente sin ninguna razón que provoque esos arrebatos. En otros momentos se comporta como un bebé necesitado, que quiere que su madre adoptiva la vista, o llora desconsoladamente cuando mamá no está. Aunque sus padres adoptivos creen que Mei-Lan es una niña bastante inteligente, no le va muy bien en el colegio y no consigue establecer y mantener amistades con otros niños. Sus padres adoptivos están muy preocupados por su futuro y creen cada vez más que Mei-Lan padece algún tipo de autismo.



La madre de acogida de Youri busca ayuda cuando este acaba de cumplir ocho años, porque, aun cuando está en la familia desde su primer año de vida, no parece capaz de «asentarse». Su madre biológica murió, tras años de adicción a las drogas, poco después de que él naciera; su padre padece una enfermedad mental y es incapaz de cuidar de él. La madre de acogida de Youri esperaba al principio que el ambiente de cariño que ella y su marido le proporcionaban en su hogar fuera suficiente, pero ahora le preocupa que no sea así.

Jemal, Lisa, Mei-Lan y Youri son niños con un historial de trauma complejo, como los que se suelen remitir a los psicoterapeutas infantiles psicodinámicos. Contaremos sus historias a lo largo de esta guía de tratamiento, en un intento de ayudar a comprender los problemas a los que se enfrentan estos niños y las formas en que intentamos

ayudarlos, así como de explorar el modo en que sus padres de acogida o adoptivos pueden abordar los problemas de desarrollo con los que luchan sus familias. Sus historias son casos combinados de historias reales de niños y familias que han sido recopiladas y adaptadas para proteger su intimidad.

Las breves viñetas anteriores ilustran los problemas típicos que presentan los niños traumatizados cuando son remitidos para recibir tratamiento. Jemal y Mei-Lan son niños adoptados de países extranjeros; Lisa y Youri son niños que han sido alojados en hogares de acogida permanente. Como se desprende de las viñetas anteriores, los niños como ellos forman un grupo un tanto heterogéneo en cuanto a los motivos de derivación. El hecho de que sus síntomas y comportamientos observables muestren similitudes con otros trastornos más comúnmente conocidos complica a menudo la tarea de evaluación y diagnóstico del clínico. Sin embargo, un hilo conductor de las historias de estos niños es el nivel extremo de problemas de conducta que presentan y la intensa intranquilidad que suelen provocar en las personas que los rodean. Su comportamiento intenso, a menudo rápidamente cambiante y difícil de controlar, es un devorador de energía para todos los que intentan apoyarlos, ya sean familiares, amigos, profesores u otros profesionales. Como resultado, sus cuidadores suelen enfrentarse a sentimientos de agotamiento, y suelen esforzarse por ser capaces de seguir pensando en lo que se esconde tras el comportamiento «incomprensible» del niño (por ejemplo, una ansiedad intensa), comprometiendo así su capacidad para proporcionarles las respuestas favorecedoras del crecimiento necesarias para fomentar la recuperación del desarrollo. Esta capacidad de los padres y otros cuidadores de sentir curiosidad por los pensamientos y sentimientos que conforman nuestro comportamiento y de reflexionar sobre los estados mentales, a menudo complejos, que subyacen en los comportamientos desafiantes de estos niños se ha denominado «mentalización», y la pérdida temporal de esta capacidad en situaciones de estrés o de niveles elevados de intranquilidad se ha descrito como «colapsos de la mentalización» (Bateman y Fonagy, 2019). Dichos colapsos mentalizadores son en gran medida inevitables en los cuidadores de los niños que presentan estos problemas. También se dan con frecuencia en los profesionales que trabajan con ellos. Uno de los principales objetivos de esta guía de tratamiento es



presentar a los profesionales y cuidadores herramientas para prevenir estos colapsos mentalizadores y restablecer su capacidad para proporcionar un contexto genuinamente comprensivo, afectuoso y mentalizador para estos niños.

### **¿De qué niños (no) trata esta guía de tratamiento?**

Es importante señalar que no consideramos que todos los niños acogidos o adoptados corran el riesgo de sufrir problemas de desarrollo graves, ni siquiera leves. Las investigaciones sugieren que aproximadamente un tercio de los niños acogidos y adoptados siguen trayectorias de desarrollo típicas; otro tercio desarrolla problemas de salud mental leves en un momento determinado de su desarrollo, y en su caso un tratamiento relativamente breve puede bastar para que vuelvan a la normalidad; sin embargo, se ha demostrado que el otro tercio de los niños acogidos y adoptados corre un mayor riesgo de padecer múltiples deficiencias de desarrollo complejas y generalizadas (Barroso et al., 2017; Juffer et al., 2011; Palacios y Brodzinsky, 2010; Palacios et al., 2014; Vasileva y Petermann, 2018).

A este respecto, la investigación también ha demostrado sistemáticamente que el acogimiento familiar o la adopción pueden dar lugar a una recuperación sustancial del desarrollo en la mayoría de los niños con un historial de adversidad temprana (Fisher, 2015; Palacios y Brodzinsky, 2010; Welsh et al., 2007). El acogimiento y la adopción son, en este sentido, intervenciones terapéuticas profundas por derecho propio. Sin embargo, esta recuperación no parece completa en todos los ámbitos del desarrollo, y tampoco todos los niños muestran el mismo grado de recuperación (Fisher, 2015; Palacios y Brodzinsky, 2010; Welsh et al., 2007). Una minoría sustancial de niños bajo tutela y adoptados padecen vulnerabilidades en su desarrollo que bien pueden tener repercusiones a más largo plazo en su salud y bienestar. Para estos niños, parece que el entorno estable y afectuoso de su nueva familia de acogida o adoptiva no basta para amortiguar los efectos perjudiciales de las adversidades sufridas en etapas anteriores de su vida.

Evidentemente, y por desgracia, el trauma complejo no es único ni exclusivo de los niños acogidos o adoptados; sin embargo, este es el grupo de niños con el que los clínicos se encuentran a menudo en la

práctica clínica. En Flandes (la parte de habla neerlandesa de Bélgica), la adopción se refiere principalmente a la adopción internacional, de acuerdo con el Convenio relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional de 1993. El grupo de niños adoptados de la propia nación es muy limitado en Flandes (alrededor del 5 % de todos los adoptados), ya que la adopción nacional solo en raras ocasiones forma parte de una medida de protección infantil. Más bien, el acogimiento familiar suele tenerse por indicado cuando se considera que los padres biológicos son incapaces (temporalmente) de hacerse cargo de sus hijos. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en otros países como el Reino Unido, no es habitual que se adopten niños procedentes de acogimientos de larga duración. En Flandes, el acogimiento familiar pasa a la adopción solo excepcionalmente, por ejemplo, en el caso de niños huérfanos. El acogimiento familiar puede comprender diferentes medidas, desde el acogimiento en situaciones de crisis hasta el acogimiento a largo plazo. El presente enfoque de tratamiento se ha desarrollado para los siguientes niños: niños adoptados (mediante acuerdos entre países) y niños en acogida de larga duración que tienen un historial de graves dificultades relacionales en sus primeros años de vida, pero que actualmente viven en un entorno familiar estable.

Los niños adoptados y los niños en acogida de larga duración tienen en común que han sufrido al menos una experiencia de pérdida importante, ya que no pueden crecer en su familia de origen. Con mayor frecuencia, estos niños han tenido que hacer frente a múltiples pérdidas de cuidadores, así como de su entorno familiar –y de todos los aspectos de la «cultura» asociados–. Además, por haber necesitado una familia de acogida o adoptiva, pasaron más o menos por otras experiencias adversas tempranas. Jemal y Mei-Lan, por ejemplo, fueron niños expósitos, abandonados entre su nacimiento y un año aproximadamente, y pasaron algún tiempo en un orfanato antes de ser adoptados. Mei-Lan fue adoptada de un orfanato de China a la edad de ocho meses. Jemal fue adoptado de Etiopía a los tres años, después de haber vivido en dos orfanatos diferentes. Lisa y Youri fueron alojados en hogares de acogida por los servicios de protección de menores. Lisa sufrió malos tratos graves y abandono por parte de sus padres biológicos. Youri fue acogido después de que su madre, drogadicta, muriera de sobredosis y su padre, enfermo mental, no

podiera hacerse cargo de él. Como afirman Steele y Steele (2015, p. 429), hay algo singularmente perjudicial para el carácter humano en pasar los primeros años de vida en un entorno desprovisto de los típicos cuidados parentales. Por ello, desde sus primeros años, los niños como Jemal, Lisa, Mei-Lan y Youri han tenido que enfrentarse a «la mayor amenaza de la vida, la de ser abandonados y dejados solos» (Bettelheim, 1976, p. 145).

Los fracasos en el apego y la exposición a otras experiencias adversas en la primera infancia han sido, por desgracia, demasiado comunes en la historia vital de muchos de estos niños (Ensink et al., 2019). Antes de ser alojados en una familia de acogida o adoptiva, algunos niños han crecido con cuidadores con graves problemas sociales o psiquiátricos y han pasado por experiencias de abandono, rechazo, inversión de roles y maltrato físico o psicológico a manos de sus cuidadores principales. La mayoría de estos niños pasaron posteriormente algún tiempo en centros residenciales o de acogida, algunos de ellos de calidad cuestionable. Ya sea a manos de los padres biológicos o de los miembros de la familia o en acogimiento institucional o familiar de baja calidad, muchos de estos niños han experimentado «sucesos simultáneos o secuenciales de maltrato infantil –incluidos el abuso emocional y la negligencia, el abuso sexual, el abuso físico y el hecho de presenciar violencia doméstica– que son crónicos y comienzan en la primera infancia» (Cook et al., 2003, p. 5). Todo ello constituye un «trauma complejo». En tales circunstancias, el sistema de cuidados tempranos, el mismo entorno social que se supone que es la principal fuente de seguridad y estabilidad en la vida de un niño pequeño, ha sido una fuente de estrés, peligro y acontecimientos traumáticos. «El trauma psicológico más temprano y posiblemente más dañino es la pérdida de una base segura» (van der Kolk, 1987, p. 32). Por eso, un subgrupo de niños adoptados, así como de acogidos, sufren dificultades que pueden resumirse como constitutivas de un trauma complejo. Sin duda, también existen diferencias entre los niños adoptados mediante acuerdos entre países y los niños en acogida de larga duración; hemos intentado tratar estas diferencias en este libro cuando tienen implicaciones relevantes para el trabajo terapéutico realizado.

Estos niños son el centro de atención de esta guía de tratamiento: niños que han tenido la desgracia de acumular experiencias adversas en el contexto de sus relaciones de apego primarias, que han desbordado sus capacidades de afrontamiento. Su desarrollo posterior, a menudo en diferentes ámbitos simultáneamente, está pagando el precio hasta la fecha. En otras palabras, este libro trata de niños que han experimentado un trauma complejo y luchan por recuperarse de él. Sus problemas suelen ser persistentes y es poco probable que respondan rápidamente al tratamiento. Por ello, estos niños y sus familias pueden beneficiarse de intervenciones psicosociales especializadas dirigidas a sus dificultades particulares. Los tratamientos cortos, aunque pueden tener algunos beneficios a corto plazo o pueden facilitar el acceso a un tratamiento más completo, a menudo son insuficientes e incluso pueden ser contraproducentes (por ejemplo, porque pueden llevar a los padres a sentirse decepcionados de los profesionales de salud mental porque no son capaces de ayudar a su hijo o porque su hijo vuelve a empeorar tras un tratamiento corto).

Por razones de precisión y claridad, a veces nos referiremos a los niños que han experimentado un trauma complejo como «niños que sufren [un] trauma complejo» o «niños traumatizados». Del mismo modo, utilizaremos indistintamente el término *padre(s)* o *cuidador(es)* cuando esté claro que se refiere al cuidador principal del niño, es decir, en el sistema de protección infantil de Flandes (Bélgica), los padres adoptivos y los cuidadores de acogida. Igualmente, hemos tenido en cuenta cuándo es importante diferenciar entre padres biológicos, por un lado, y padres adoptivos o cuidadores de acogida, por otro, o entre padres adoptivos y cuidadores de acogida.

### ¿A quién va dirigida esta guía de tratamiento?

La presente guía de tratamiento está destinada principalmente a los psicoterapeutas infantiles con formación psicodinámica que se encuentran en su práctica clínica con niños que han sufrido un trauma complejo y con sus familias. Esta guía integra los enfoques psicodinámicos «tradicionales», los enfoques más recientes basados en la mentalización y los enfoques de la psicopatología del desarrollo para la comprensión del impacto del trauma en el desarrollo infantil, incluida la floreciente investigación sobre la neurociencia del trauma.

Por ello, esta guía de tratamiento también puede ser de interés para otros profesionales de la salud mental que no tengan necesariamente una formación en psicoterapia (psicodinámica), pero que estén interesados en este enfoque debido a su trabajo con este grupo de niños, como psicólogos clínicos, psiquiatras infantiles y terapeutas familiares, profesores de educación especial, profesionales del trabajo social o trabajadores de centros de acogida. En este sentido, hemos intentado explicar y enmarcar conceptos psicodinámicos relevantes en un lenguaje conciso y accesible.

Esta guía de tratamiento, basada en principios más que en protocolos, pretende ofrecer un enfoque psicodinámico actual para la comprensión y el tratamiento de los niños de acogida y adoptados con un historial de trauma complejo y de los padres y otros cuidadores adultos que viven y trabajan con estos niños. Un enfoque psicodinámico, quizá diferente de otros tipos de enfoques psicoterapéuticos, se presta menos a ser captado en términos puramente conductuales (lo que *hace* un terapeuta). Es más bien, en nuestra opinión, un proceso de pensamiento, una forma activa de estar presente con el niño o el cuidador, y de pensar en ellos, que posteriormente debe traducirse en intervenciones específicas (lo que un terapeuta *piensa* y cómo esto orienta la *acción* terapéutica). En consonancia con ello, esta guía de tratamiento pretende proporcionar al lector una visión de este proceso de pensamiento del psicoterapeuta psicodinámico en el trabajo con niños traumatizados y sus cuidadores, ofreciendo una estructura, delineando principios rectores y esbozando intervenciones y técnicas específicas que los terapeutas pueden aplicar con flexibilidad basándose en su juicio clínico. Con este fin se han integrado a lo largo del libro viñetas clínicas con comentarios que las acompañan para ilustrar tanto conceptos teóricos como intervenciones y técnicas de tratamiento específicas. Siguiendo la acertada afirmación de Lemma et al. (2011) de que «el conocimiento de las estrategias y técnicas terapéuticas no garantiza que el terapeuta sea competente» (p. 23), sostenemos que la competencia del terapeuta a la hora de considerar el momento y la elección de las intervenciones, así como de aplicarlas con flexibilidad, se considera un prerrequisito de la buena práctica (Fonagy y Luyten, 2019). El uso flexible de la comprensión teórica y de las intervenciones terapéuticas se considera una metacompetencia clave para desarrollar eficazmente la psicoterapia psicodinámica (Lemma et al., 2011),

y esto se aplica en mayor medida al trabajo con este grupo concreto de niños y sus cuidadores. Por lo tanto, la supervisión individual y de grupo son componentes importantes de la formación en el enfoque terapéutico propuesto.

Sin embargo, es importante señalar que la aplicación y la ejecución exitosas del enfoque de tratamiento descrito en este volumen no solo implican formación y supervisión individual y de grupo, sino que también requieren apoyo en el equipo y en la organización. Los estudios han demostrado ampliamente que la aplicación de tratamientos psicosociales en la atención clínica rutinaria no solo debe centrarse en el nivel del terapeuta individual, sino también en los niveles del equipo y la organización. Esto es especialmente cierto en lo que respecta a la aplicación de tratamientos más complejos y prolongados, como el presente enfoque terapéutico. Por ejemplo, se ha demostrado que la falta de apoyo y la falta de planificación de la implementación en el nivel organizativo están asociadas con la resistencia al cambio en los profesionales de la salud mental, los problemas de comunicación, la falta de una estructura de supervisión adecuada en el equipo y la falta de competencia y adhesión al modelo de tratamiento entre los terapeutas, así como con mayores tasas de abandono e incidentes críticos en los pacientes durante el tratamiento, lo que provoca que la eficacia del tratamiento quede reducida a menos de la mitad (Bales et al., 2017; Hutsebaut et al., 2012). Por lo tanto, es probable que la aplicación del enfoque terapéutico actual solo tenga éxito cuando se cumplan las condiciones necesarias para la aplicación exitosa de este enfoque en el ámbito de los terapeutas, los equipos y la organización o el servicio en el que se aplica. Esto también implica que no apoyamos la formación y la aplicación del enfoque terapéutico actual en entornos clínicos en los que no se cumplan estas condiciones o no se puedan garantizar durante al menos cinco años. Actualmente estamos llevando a cabo un estudio piloto de viabilidad para investigar más a fondo estos supuestos y está previsto realizar un ensayo clínico pragmático de mayor envergadura.

Por último, también es importante señalar que el presente enfoque terapéutico se desarrolló originalmente para niños en edad escolar que vivían en Flandes y presentaban síntomas traumáticos complejos debido a una historia de experiencias adversas tempranas.

Posteriormente, estas ideas se compartieron y ampliaron en debates con colegas del University College London y del Centro Anna Freud de Londres. Sin embargo, los principios esbozados en esta guía de tratamiento también son relevantes para quienes trabajan con bebés y niños en edad preescolar que presentan problemas relacionados con experiencias traumáticas complejas, y pueden ser adaptados para aplicarlos en otros contextos culturales. Del mismo modo, los profesionales de salud mental que trabajan con adolescentes reconocerán muchas de las cuestiones tratadas en esta guía de tratamiento. El enfoque terapéutico esbozado deberá adaptarse cuando se trabaje con niños y jóvenes en función de su edad, o en otros entornos o contextos.

## Descripción de la guía de tratamiento

Este libro consta de dos partes principales. En la primera parte exponemos el planteamiento teórico que sustenta el enfoque de tratamiento propuesto, descrito en la segunda parte. En el capítulo 1 describimos el marco teórico del presente enfoque de tratamiento. En el capítulo 2 pretendemos ofrecer un marco global actual para comprender el mundo interior de los niños traumatizados, esbozando las características específicas de sus deficiencias de desarrollo. En el capítulo 3 analizamos cómo las deficiencias del desarrollo de estos niños desafían de forma continua y omnipresente las capacidades mentalizadoras de los padres y de otros cuidadores adultos que viven y trabajan con ellos.

En la segunda parte del libro se analizan los principios del enfoque psicodinámico actual del tratamiento de los niños con trauma complejo adoptados y acogidos. En el capítulo 4 esbozamos la conceptualización tripartita del actual modelo de tratamiento, así como los principios básicos, incluidos los principios subyacentes en la postura terapéutica. En los capítulos siguientes describimos cómo los principios y actitudes básicos del enfoque terapéutico toman forma y se aplican en la fase de evaluación, que consideramos una parte central e integral del tratamiento (capítulo 5), en el trabajo directo con el niño (capítulo 6), en el trabajo con los padres y cuidadores (capítulo 7) y en el trabajo con la red (capítulo 8). Por último, el capítulo 9 aborda la fase final del tratamiento.

## Bibliografía

- Bales, D. L., Timman, R., Luyten, P., Busschbach, J., Verheul, R. y Hutsebaut, J. (2017). Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. *Personality and Mental Health*, 11, 266-277. <https://doi.org/10.1002/pmh.1381>
- Barroso, R., Barbosa-Ducharne, M., Coelho, V., Costa, I.-S. y Silva, A. (2017). Psychological adjustment in intercountry and domestic adopted adolescents: A systematic review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(5), 399-418. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0485-x>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bettelheim, B. (1976). *The uses of enchantment. The meaning and importance of fairy tales*. Vintage Books [trad. esp.: *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Crítica 1994].
- Cook, A., Blaustein, M. E., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. A. (2003). *Complex trauma in children and adolescents: White paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*. National Center for Child Traumatic Stress.
- Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A. y Fonagy, P. (2019). Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy*, 24(2), 210-227. <https://doi.org/10.1111/inf.12263>
- Fisher, P. A. (2015). Review: Adoption, fostering, and the needs of looked-after and adopted children. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 5-12. <https://doi.org/10.1111/camh.12084>
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2019). Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: Time to move on. *World Psychiatry*, 18, 270-271. <https://doi.org/10.1002/wps.20657>
- Hutsebaut, J., Bales, D. L., Busschbach, J. y Verheul, R. (2012). The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: A case study from an organizational, team and therapist perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 6, 10.
- Juffer, F., Palacios, J., Le Mare, L., Sonuga-Barke, E. J. S., Tieman, W., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vorria, P., van IJzendoorn, M. H. y Verhulst, F. C. (2011). II. Development of adopted children with histories of early adversity. *Mono-graphs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 31-61. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00627.x>
- Lemma, A., Target, M. y Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy. A clinician's guide*. Oxford University Press [trad. esp.: *Terapia dinámica interpersonal breve*. Guía clínica, Mediterráneo 2018].



- Palacios, J. y Brodzinsky, D. M. (2010). Review: Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270-284. <https://doi.org/10.1177/0165025410362837>
- Palacios, J., Román, M., Moreno, C., León, E. y Peñarrubia, M.-G. (2014). Differential plasticity in the recovery of adopted children after early adversity. *Child Development Perspectives*, 8(3), 169-174. <https://doi.org/10.1111/cdep.12083>
- Steele, M. y Steele, H. (2015). Attachment disorders. En P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target y S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (pp. 426-444). The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (1987). The separation cry and the trauma response: Developmental issues in the psychobiology of attachment and separation. En *Psychological trauma* (pp. 31-62). American Psychiatric Publishing.
- Vasileva, M. y Petermann, F. (2018). Attachment, development, and mental health in abused and neglected preschool children in foster care: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443-458. <https://doi.org/10.1177/1524838016669503>
- Welsh, J. A., Viana, A. G., Petrill, S. A. y Mathias, M. D. (2007). Interventions for internationally adopted children and families: A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 285-311. <https://doi.org/10.1007/s10560-007-0085-x>

# I

## Marco teórico

---

El trabajo psicoterapéutico con niños que han sufrido un trauma complejo requiere un marco teórico flexible que permita a los terapeutas adaptar su tratamiento a las necesidades y vulnerabilidades específicas de cada niño y su entorno. En la primera parte explicamos el marco teórico que sustenta el enfoque de tratamiento psicodinámico actual expuesto en la segunda parte de este libro. Concretamente, en el capítulo 1 presentamos en primer lugar un enfoque psicodinámico actual sobre el trauma complejo que ofrece una comprensión dinámica e integradora del impacto profundo y generalizado de las experiencias traumáticas complejas no solo en los niños en forma de deficiencias del desarrollo, sino también en los adultos que cuidan de estos niños a diario. En los capítulos siguientes profundizamos en estos dos aspectos, ya que una comprensión amplia de ellos es crucial para fundamentar un enfoque terapéutico eficaz. En el capítulo 2 analizamos cuatro ámbitos del desarrollo infantil que son fundamentales para comprender las intensas alteraciones del desarrollo socioemocional y conductual que suelen derivarse de las experiencias traumáticas complejas. En el capítulo 3 describimos los desafíos particulares a los que se enfrentan los recursos de los padres y otros cuidadores en general –y las capacidades mentalizadoras en particular– a la hora de cuidar a niños traumatizados.

# 1

## Una perspectiva y un enfoque psicodinámicos actuales sobre el trauma complejo

---

En este capítulo presentamos la base teórica que sustenta el enfoque para el tratamiento psicodinámico de niños afectados por trauma complejo. Comenzamos con una definición concisa de trauma complejo, seguida de un análisis de las implicaciones que tiene para las necesidades de salud mental de estos niños y sus familias. Posteriormente desglosamos los cuatro supuestos fundamentales que subyacen en los enfoques de tratamiento psicodinámico para niños con trauma complejo.

### **Trauma complejo y necesidades de salud mental implicadas**

El trauma complejo, también conocido como trauma del apego (Allen, 2013; Schore, 2009) o trastorno traumático del desarrollo (van der Kolk et al., 2009), se refiere a las experiencias adversas que ocurren en las primeras etapas de la vida dentro de relaciones de apego primarias inseguras y poco confiables. Estas experiencias traumáticas complejas tienen un impacto significativamente dañino en el desarrollo posterior del niño y afectan a menudo a múltiples áreas de su vida. En esta sección introductoria comenzamos con una definición concisa del trauma complejo, en relación con otros tipos de trauma. Luego exploramos sus consecuencias para el desarrollo del niño y cómo afecta a las personas que conviven y trabajan con niños que han experimentado un trauma complejo. Finalmente profundizamos

en las necesidades de salud mental que estas familias, que suelen ser complejas, pueden presentar.

### *Definición de trauma complejo*

El trauma se define generalmente como un evento o una serie de eventos que superan los recursos y las habilidades de un individuo para hacer frente tanto al evento en sí como a las consecuencias físicas y emocionales que lo acompañan. En términos generales, las experiencias traumáticas pueden ubicarse en un continuo que abarca desde el trauma impersonal (por ejemplo, estar implicado en un accidente automovilístico que provoca lesiones graves o la pérdida de un hermano o un abuelo), hasta el trauma interpersonal provocado por individuos distintos a las figuras de apego primarias (por ejemplo, ser acosado por compañeros o sufrir abusos por parte de un entrenador deportivo) y el trauma complejo, que se origina en el contexto de las primeras relaciones de apego del niño (Luyten y Bateman, 2023; ver tabla 1.1).

Para los niños, el impacto de las experiencias traumáticas es especialmente intenso (al menos inicialmente), no solo por la repercusión en el desarrollo del niño, sino también porque, en algunas situaciones, los propios padres se ven implicados en las experiencias traumáticas, lo que comprensiblemente puede dar lugar a una pérdida (temporal) de su disponibilidad y capacidad para ayudar a su hijo a afrontar la situación. Por otro lado, en los casos de trauma de tipo I o de tipo II se puede apoyar a los padres para que recuperen el acceso a sus recursos o habilidades, o pueden intervenir otros cuidadores importantes, con el fin de ayudar al niño a afrontar el trauma y sus consecuencias. Esto es fundamentalmente distinto en el caso de un trauma complejo, en el que se carece de un entorno de cuidados positivo y promotor del crecimiento desde las primeras etapas de la vida, lo que repercute en las capas más tempranas y profundas del desarrollo, empezando por el nivel neurobiológico.

La acumulación de conocimientos procedentes de la neurociencia sugiere que determinados patrones de comportamiento problemático tienen su origen en alteraciones inducidas por el trauma, a menudo generalizadas, en los sistemas y circuitos neurobiológicos que están implicados, por ejemplo, en la excitación y la regulación del estrés (v. gr., eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, es decir, el principal sistema humano de respuesta al estrés), la regulación de

Tabla 1.1. Tipos de trauma y su impacto en el desarrollo infantil.

	Trauma de tipo I. Impersonal	Trauma de tipo II. Interpersonal	Trauma de tipo III. Figura de apego
	Incidente puntual por un agente no humano.	Incidentes recurrentes por un agente humano.	Múltiples incidentes en el entorno del cuidado.
Ejemplos	Un tsunami, un accidente de coche, una pérdida importante (de un hermano o de un abuelo al que se tiene un gran apego).	Maltrato, explotación, abuso sexual (por un cuidador, en el colegio, en un entorno de ocio).	Negligencia, maltrato, abuso, cuidados parentales imprevisibles debido a una enfermedad (mental), la pérdida de un cuidador principal.
Posibles consecuencias	Pensamientos y sentimientos abrumadores, ansiedad excesiva, pesadillas, factores desencadenantes del trauma.	Pensamientos y sentimientos abrumadores, ansiedad excesiva, pesadillas, factores desencadenantes del trauma.	Trastornos fundamentales en múltiples ámbitos del desarrollo.
Impacto en el entorno de los cuidadores	Implicación en el trauma, pérdida de disponibilidad. El cuidado existente es fuente de resiliencia.	Implicación en el trauma, pérdida de disponibilidad. El cuidado existente es fuente de resiliencia.	Es (o ha sido) fuente de miedo, amenaza, peligro, estrés. Falta de «refugio seguro».

Fuente: Adaptado de Vliegen et al. (2023)

las emociones y las capacidades sociocognitivas, como la mentalización (para revisiones recientes, véanse, por ejemplo, Koss y Gunnar, 2018; McCrory et al., 2017). Estas alteraciones se han producido para adaptarse a las circunstancias adversas a las que se ha visto sometido el niño. A este respecto, Blaustein y Kinniburgh (2010) han descrito acertadamente cómo dos factores destacados configuran las respuestas conductuales en los niños afectados por un trauma complejo.