

AMAR

Atención – Mentalización – Automentalización - Regulación

Felipe Lecannelier Acevedo

Índice

Introducción

Conciencia, prevalencia e intervención en la salud mental del infante de 0 a 6 años

Capítulo 1

Intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego (ITBA): formas, evidencias, sugerencias y reflexiones

Capítulo 2

Arquitectura conceptual del modelo AMAR

Capítulo 3

Los programas AMAR en diversos contextos vitales de los niños

Capítulo 4

Reflexiones finales: apego y complejidad Infantil

Introducción

Conciencia, prevalencia e intervención en la salud mental del infante de 0 a 6 años

El futuro de los niños es siempre hoy. Mañana será tarde
Gabriela Mistral

La conciencia empática sobre el mundo y la experiencia de la infancia ha sido una tarea que los adultos hemos tenido que ir desarrollando a través de la historia. Desafortunadamente, el dolor y los malos tratos hacia los niños han tenido que ser la *alarma* que ha ido despertando progresiva y lentamente esta conciencia (Lecannelier, 2018a). Es decir, que solo al ir conociendo e investigando las múltiples experiencias negativas que los niños pueden sufrir, así como los efectos negativos en su bienestar, es

cuando los adultos empiezan a tomar conciencia de algo que siempre ha ocurrido, pero que ahora parece despertar en sus mentes.

La historia de la toma de conciencia de fenómenos como el abuso sexual, el maltrato físico, la negligencia, el trauma, el *bullying*, la diversidad de dificultades de salud mental y otros, ha seguido siempre esa tendencia, aun cuando son dificultades que los niños han experimentado por siglos. Como un ejemplo, en EEUU y otros países del hemisferio norte, las primeras publicaciones en la década de los 50-60 sobre la prevalencia del maltrato proponían que no debía haber más que unos casos aislados en toda la región (¡cuando actualmente se sabe que constituyen el 10-20% de la población!).

En Latinoamérica hasta la década de los 90 se pensaba que la institucionalización de niños a temprana edad no tenía un impacto negativo en su desarrollo, conciencia que se ha ido modificando con la enorme cantidad de estudios que evidencian sus efectos devastadores. En Chile, recién en el año 2004 se tomó conocimiento de algo que se llamaba *bullying* (o intimidación) y que no era algo normal, típico y propio de la vida escolar (a pesar de que los estudios al respecto ya llevaban 30 años de existencia). La alarma que despertó esta conciencia fue el suicidio de una niña producto de las constantes intimidaciones sufridas por parte de sus compañeros. Lo mismo empezó a ocurrir en otros países de Latinoamérica. Más aún, en la actualidad sigue existiendo la resistencia a mencionar la palabra *trauma* para referirse al dolor en la infancia, donde se prefieren usar eufemismos o términos generales tales como *vulneración infantil*.

Menor es la conciencia de que el trauma puede ocurrir desde el nacimiento y que a más temprana edad sus efectos son más desorganizantes en el cuerpo y la mente de la persona a través de su ciclo vital (Lecannelier, 2018a). En estos y otros casos, la estrategia del adulto es a negar y posteriormente normalizar (*no es tan grave, los niños lo superan porque son resilientes, solo existen unos pocos casos aislados, esas dificultades les ocurren a otros niños, en otros barrios, en otros países, o en otras condiciones socioculturales*). Narváez, Panksepp, Schore y Gleason (2013) llaman a esto *normalizar la anormalidad* y plantean que es un fenómeno preocupante de las sociedades modernas (volveré a este tema en el capítulo 2).

Menciono estos casos, dado que en mi experiencia profesional he podido realizar estudios e intervenciones sobre una variedad de experiencias dolorosas, observando de primera fuente este proceso de normalización y minimización del dolor infantil. Muchas de estas intervenciones son el foco central del presente libro.

En la actualidad recién podemos decir que estamos a medio camino de poder comprender “cómo es ser un infante” (Lecannelier 2018b). Esta tarea es muy reciente, donde la historia de la Humanidad está plagada de creencias y prácticas de cuidado traumatizantes, en que generalmente el niño solo ha sido un objeto de los deseos, motivaciones y ambiciones del mundo adulto (véase DeMausse, 1974.). A pesar de haber existido propuestas y creencias respetuosas hacia los niños (tales como Rousseau, Montaigne, Lock), solo es a partir de los inicios del siglo XX que éstas empezaron a materializarse, tanto en las áreas de la educación como de la psicología. Sin embargo, el camino ha sido lento y la mayoría de estas visiones seguían siendo el reflejo de las necesidades adultas, tanto en los modelos educativos, los enfoques psicológicos imperantes, y en la creencia popular sobre la crianza. La historia y conciencia del conocimiento y cuidado respetuoso de los niños no es el tema específico de este libro, pero sí ha sido mi motivación personal y profesional, tanto en el mundo de la

investigación (Lecannelier, et al., 2008, 2014), la intervención (Lecannelier, 2007a, 2009b, 2012b), el cuidado de parte de los adultos (Lecannelier, 2016) y el trauma infantil (Lecannelier, 2018a). En ese camino, una preocupación esencial ha sido lo que llaman la *infancia temprana*, que en lengua inglesa se refiere solo a *infancia* (o *infancy*, que etimológicamente es lo que se podría definir como *el periodo sin lenguaje*) y que inicialmente se postuló como el rango de edad de los 0 a los 3 años (Zeanah, 1999) y actualmente se ha replanteado como el tramo de los 0 a los 6 años (Zeanah, 2012).

¿Por qué investigar e intervenir en este periodo? Más allá de las razones personales, ya desde la década de los setenta en países de lengua inglesa, y a partir de los noventa en América Latina y España, empezó a surgir la conciencia de que si el periodo infantil (6-18 años) ha sido una etapa olvidada, muchas veces negada y mal comprendida, los niños durante sus primeros años de vida han sido dejados literalmente en el olvido. Con todo lo que se conoce en la actualidad sobre la importancia nuclear de estos primeros años a nivel biológico, psicológico, económico, social y humanitario (Shonkoff y Phillips, 2000), ha sido paradójico haber descartado de nuestra conciencia el periodo que justamente es el más esencial para el desarrollo humano. Me atrevo a plantear que es sólo a partir de la década de los setenta que empezó lo que se podría llamar una *ciencia de los bebés*, partiendo con los estudios y propuestas sobre el legado del apego temprano (Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980) y los procesos intersubjetivos entre las madres y sus infantes (Stern, 1985; Tronick, 2004; Trevarthen & Aitken, 2001, Beebe & Lachman, 2014, y otros)¹. En los países de habla hispana, esta información llegó a ser tomada en cuenta de un modo más masivo recién a principios del Siglo XXI. En Chile (y en los países latinoamericanos y en España) antes de la década de los 90 las investigaciones e intervenciones en los infantes eran algo casi inexistente, sin mencionar la nula aplicación del conocimiento para la intervención y las políticas públicas. Los currículos de la formación en psicología, educación, pediatría, psiquiatría y trabajo social, y las propuestas generales sobre la conducta infantil seguían basándose en los enfoques clásicos del desarrollo (Freud, Mahler, Piaget, Vigotsky, Kolberg, Erickson), los cuales a estas alturas han sido declarados como un necesario punto inicial pero ausentes de evidencia empírica y mirada multinivel, por ser planteamientos excesivamente generalizados y reduccionistas (psicosexual, cognitivo, moral, cultural, y emocional) y perspectivas adultizadas de cómo se deben desarrollar los niños (Lecannelier, 2006b). Así mismo, las aplicaciones prácticas, tanto a nivel de intervenciones de impacto y políticas públicas, aunque empezaron a surgir sólo en los últimos años, son un camino largo que seguir recorriendo (Lecannelier, 2018c).

Es este punto sobre las intervenciones en infancia temprana en lo que estará centrado este libro y, más específicamente, en modelos de prevención/intervención en el fomento del apego y el desarrollo socio-emocional de los infantes en múltiples contextos de aplicación y, más específicamente aún, en un modelo de intervención que he diseñado, aplicado e investigado junto con otros profesionales, durante los últimos trece años, que tiene el acrónimo de AMAR en relación a que fomenta las capacidades de atención – mentalización – automentalización - regulación en los diversos adultos

¹ Para una revisión completa de los estudios y propuestas de ambos enfoques, ver Lecannelier 2006b y 2009a.

(profesionales y no profesionales) que interactúan cotidianamente con los niños. Tal como mencioné, si la conciencia de la infancia es algo nuevo en los diversos ámbitos y niveles, en el caso de la intervención históricamente se ha considerado que es sólo la psicoterapia infantil el espacio de cambio necesario y válido. Esta noción ha sido imperante hasta el día de hoy, la cual hunde sus raíces en el psicoanálisis y las grandes fuerzas de la psicología, emulando el modelo médico de profesional - paciente en un *setting* de cambio restringido y controlado. Una de las reflexiones iniciales que dieron origen a los programas AMAR fue justamente hacernos la pregunta de que, si miramos los intereses, necesidades y experiencia de los niños desde su mundo, ¿es la psicoterapia el mejor espacio de cambio? Es decir, si uno se mete en *los zapatos* de los niños, ¿es ese ambiente el más propicio para aumentar el bienestar infantil? ¿Es un profesional que atiende en promedio una vez a la semana a un niño (y su familia) una figura significativa y cotidiana para él? ¿Qué es lo que necesita el niño para desarrollar su bienestar? La respuesta no implica el abandono de la psicoterapia, sino más bien el replanteamiento de la acción terapéutica hacia ambientes significativos del infante.

En Chile y otros países, cuando empezamos a plantear la idea de que el espacio de cambio no debía ser necesariamente el contexto clínico tradicional y que el agente de cambio vital no es necesariamente el psicoterapeuta, muchos profesionales se escandalizaban, reaccionando con resistencia y enojo. Afortunadamente, esta idea ha ido tomando forma en los últimos años, no sólo desde la propuesta de programas masivos de intervención, sino también desde el interior de la tradición clínica psicológica. Por ejemplo, en un artículo sobre el rol de la mentalización en la relación terapéutica, Fonagy y Allison (2014) concluyen que: “El cambio es probablemente debido a las transformaciones de las maneras en que la persona usa su ambiente social, no solo lo que ocurre en la terapia” (p. 378). Así mismo, en una reciente publicación de la Revista Lancet sobre el trabajo de una comisión de expertos destinadas a formular el futuro de la psicoterapia, se plantea que las intervenciones tempranas, masivas, empíricamente basadas, y adaptadas a la realidad y cultura de cada familia debe ser un camino futuro por transitar (Holmes et al., 2018). Fuera del ambiente de la psicoterapia, para aquellos profesionales que trabajan con poblaciones de alto riesgo esta conclusión no es sorprendente ni novedosa, donde la idea de *sacar el diván a la calle* parece ser la vía necesaria hacia donde debe transitar un tipo de intervención que sea más masiva (que alcance no solo a aquellas familias que pueden costear un tratamiento individualizado).

La carga mundial de los trastornos mentales y emocionales en la infancia

En lengua inglesa, en los últimos reportes sobre la prevalencia y riesgo de la salud mental infantil se está utilizando el término de *carga* para referirse al doloroso hecho de que las dificultades de salud mental suelen ser una carga a través de todo el ciclo vital, para aquellas personas que la vivencian, pero especialmente cuando su aparición es temprana. Del mismo modo, pienso que existe otra carga y responsabilidad de los países en la urgencia y deuda que tienen para enfrentar esta problemática. Si nos referimos solo a la infancia, ésta no solo es mayor, sino que permanece enterrada en el olvido. En un informe actualizado sobre esta temática, elaborado por un grupo de trabajo (*task force*) integrado por investigadores expertos de la Asociación Mundial de Salud Mental

del Infante (WAIMH), se menciona que “Mientras que la carga global de la salud mental en la niñez y adolescencia está siendo un tema de investigación, los costes asociados a los trastornos en la infancia (0-3 años) han permanecido en gran parte en el olvido” (Lyons-Ruth et al., 2017, p. 697). A pesar de que ha existido un aumento sobre los estudios de prevalencia de dificultades (más que trastornos) en este periodo, los estudios siguen siendo escasos y queda mucho trabajo por hacer (especialmente en Iberoamérica). Sin embargo, no todo es negativo, ya que, por ejemplo, se poseen datos sobre diferencias multiculturales en este ámbito. Por ende, algunos hallazgos son dignos de rescatar y enumerar (especialmente si enciende el fomento de la conciencia empática de los profesionales y cuidadores):

- **Evidencias globales y generales:** a nivel mundial, el 10-20 % de los niños y adolescentes (de 7 a 18 años) experimentan un trastorno mental (World Health Organization, 2003). Los estudios emergentes han ido demostrando que esta prevalencia se repite en la infancia (Lyons-Ruth et al., 2017). La creación del Sistema de Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y Trastornos del Desarrollo en la Infancia y Niñez Temprana (CD: 0-5; Zero to Three, 2016) ha permitido un ordenamiento más exhaustivo de la investigación de los tipos y frecuencias de dificultades en la salud mental. Durante el primer año, las principales dificultades son los trastornos del sueño, de la alimentación y de la regulación (Zeanah, 2012). Los principales trastornos del sueño suelen ser los terrores nocturnos, las pesadillas y las dificultades para conciliar el sueño (Maldonado-Durán, 2002). Los trastornos de la alimentación suelen oscilar entre el 2.4% y el 15-20 % (Skovgaard et al., 200), dependiendo del instrumento de pesquisa que se utilice. Sin embargo, el principal trastorno extremo de alimentación es lo que se conoce como *falla del crecimiento (Failure to Thrive)* que consiste en una baja del crecimiento corporal del infante unida a un patrón de conducta de escaso interés en el ambiente, baja motilidad y retraso generalizado del desarrollo. Aunque algunos profesionales plantean que se debe tener precaución al considerarlo como un trastorno, se ha evidenciado que el cuidado negligente, el control parental inadecuado en la alimentación, la prematuridad y las condiciones de pobreza incrementan esta dificultad (Lyons-Ruth, et al., 2014). El tercer tipo de trastorno es el más prevalente: el *trastorno de la regulación o trastorno de la regulación del procesamiento sensorial (7-10%)*.

Este tipo de dificultad afecta al manejo emocional y sensorial en los diferentes dominios de adaptación (conducta, afectos, atención, regulación fisiológica, etc.), perturbando el bienestar del infante y de su entorno. El tipo más frecuente es el *hiper-responsivo*, donde se observa al infante extremadamente sensible a uno o varios sentidos (vista, oído, gusto, olfato y tacto), a determinadas emociones básicas tales como la frustración, la rabia y/o la tristeza, a la capacidad atencional y a la actividad motriz. En general, el infante hiperresponsivo presenta estados de irritabilidad, llanto excesivo, dificultades en la alimentación y el sueño y, a partir del segundo año, pataletas, enojos, obstinación y excesivo control de los demás. Todo lo cual hace que esos niños suelen presentar dificultades en lo social (rechazo y aislamiento por parte de los pares) y en la crianza, donde los padres con frecuencia se sobreestresan y

pierden la paciencia con un hijo al que los acontecimientos cotidianos le afectan sobremanera. La información actualizada de este trastorno es abundante, donde sus principales exponentes son los modelos del temperamento y de la integración sensorial (Zeanah, 2012). Es mucho lo que se puede mencionar de esta dificultad y, en mi experiencia clínica de atención de infantes durante quince años, he podido notar que constituye alrededor del 40-50 % de los motivos de consulta de los padres, debido principalmente a la experiencia estresante y frustrante de cuidar a un niño con estas características. Importante remarcar que, en su etiología, la hiper sensibilidad suele tener un origen genético (uno o ambos padres con rasgos similares), o epigenéticos (condiciones de riesgo en el embarazo y/o parto). Las dificultades en la crianza pueden tener un efecto exacerbante, pero no causante. Se ha demostrado que solo el 9% de los llamados cólicos tienen una causa orgánica (dolor en el colón), y el 90% es en el fondo la expresión de una hiper sensibilidad sensorial y emocional. Debido a eso, es que se ha propuesto modificar su nomenclatura a Llanto Excesivo.

Aunque menos investigado, las prevalencias de los trastornos afectivos (ánimo depresivo, ansiedad o rabia/frustración) son del 2.8%, los trastornos del desarrollo oscilan alrededor del 2-3%, y el déficit atencional a temprana edad tiene una prevalencia del 2.4% (Skovgaard et al., 2007). Como se mostrará posteriormente, este tipo de evidencias varía dependiendo del tipo de instrumento a utilizar (informe versus observación), del informante (padres, educadores, profesionales) y del contexto de evaluación (natural versus experimental).

- **Evidencias del impacto de las trayectorias tempranas desadaptativas en la salud mental:** durante las últimas tres décadas, la disciplina sobre el desarrollo infantil empezó a generar estudios de corte longitudinal, es decir investigaciones que evaluaban una diversidad de variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales a través de diferentes etapas del ciclo vital. Hasta ese entonces, las propuestas y modelos en psicología del desarrollo solo se abocaban a la especulación teórica y retrospectiva, estudios de dudosa validez metodológica e investigaciones de corte transversal (análisis en un solo momento temporal). De los dos primeros, cabe mencionar que se constituyeron en la base de la psicología infantil durante las primeras siete décadas del siglo XX, alcanzando visiones limitadas, sesgadas e incorrectas sobre el desarrollo humano (Lecannelier, 2006b). Por ejemplo, la mayoría de las propuestas psicoanalíticas estaban basadas en informes retrospectivos de la infancia de pacientes adultos en un contexto de psicoterapia. Posteriormente, los estudios transversales fueron (y siguen siendo) un avance significativo en la comprensión evolutiva del ser humano. Sin embargo, estas propuestas encerraban una contradicción, a saber, ¿cómo puedo comprender la temporalidad del desarrollo a través de un evento temporal único y específico? O más específicamente, ¿cómo debo investigar el sentido inherentemente temporal de la complejidad dinámica del devenir humano? Los estudios longitudinales fueron la respuesta, donde se han llevado a cabo proyectos de un alcance impresionante, analizando a los infantes desde el embarazo hasta la edad adulta, incluso llegando a evaluar las generaciones siguientes de estos bebés (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins,

2006). La riqueza de la información obtenida en estos estudios ha permitido comprender la dinámica evolutiva multinivel del desarrollo de un modo más específico y a su vez más integrativo (diversos niveles de análisis, dominios del desarrollo, y contextos y condiciones diversas). Uno de esos aportes ha sido la evidencia sobre el rol fundante de las experiencias tempranas en la vida y adaptación humana, en todos los niveles del funcionamiento psicobiológico.

Paradójicamente, los postulados de Sigmund Freud sobre el determinismo temprano en la estructuración de la psique no estaban lejos de ser válidos y revolucionarios (aunque a su vez demostraron que los primeros años de vida no son determinantes de la personalidad). Uno de los interesantes aportes de este tipo de estudios ha sido la emergente evidencia de que *cuanto más temprano se desarrollan las diversas trayectorias desadaptativas, más probable será que esas desadaptaciones se mantengan y refuercen a lo largo de la vida*. Este es uno de los principales argumentos de la psicopatología del desarrollo, disciplina considerada actualmente como líder en la formulación de teorías, programas de investigación e intervención, y generación de políticas públicas (Cicchetti, 2016). La metáfora del *árbol caído* resume este planteamiento, donde cuanto más temprano se tuercen las ramas, más difícil será enderezarlas posteriormente.

Para demostrar esta idea, algunos estudios longitudinales de largo alcance merecen ser articulados sintéticamente. El primero es liderado por el investigador canadiense Richard Tremblay de la Universidad de Montreal (Lecannelier, Flores, Hoffman, & Vega, 2010; Tremblay, 2004; Tremblay, Hartup, & Archer, 2005). La pregunta de investigación principal surge de la comprensión del desarrollo de la agresividad humana. Tremblay observa que todas las propuestas sobre este fenómeno adolecen de importantes limitaciones: en primer lugar, todos los estudios evalúan la agresividad desde los 6-10 años, proponiendo que el curso de la agresión aumenta en la adolescencia temprana, tiene su pico en la adolescencia tardía y juventud y va disminuyendo a los 40-50 años. Este modelo fue adoptado en la comprensión de la delincuencia y sus efectos en las intervenciones y políticas públicas sobre la conducta delincinencial. Sin embargo, evidencia una falacia confirmatoria evidente (y muy común en los estudios del desarrollo infantil): para demostrar que el pico de la agresión se encuentra en la adolescencia, solo realizo estudios transversales en ese periodo, por lo que confirmo mi hipótesis (Lecannelier, Flores, Hoffman, & Vega, 2010). Pero Tremblay va más allá y se pregunta: ¿hay evidencia de agresividad en la edad escolar? Así surge un estudio que evalúa a 1000 niños examinados desde la edad preescolar hasta la adolescencia, descubriendo que la tendencia promedio es que en la medida que van creciendo se presenta una menor agresividad y un mayor uso de estrategias sociales adaptativas (Tremblay, 2002).

Estos hallazgos despiertan otra serie de preguntas de este investigador: ¿Habrá agresividad en la edad preescolar y en la infancia? ¿En qué momento del desarrollo surge la agresividad? ¿Aprenden los niños a ser agresivos? A través de otro estudio longitudinal que evalúa una muestra más grande de bebés desde el embarazo descubre una evidencia que revoluciona la psicología del desarrollo: la agresividad se inicia desde los primeros meses de vida, alcanza su pico entre los 24-42 meses de edad y va

decaendo en la edad escolar. Más aún, ¡el periodo de mayor frecuencia de conductas agresivas en el desarrollo humano ocurre entre los 2 y 4 años!² Los principales factores etiológicos distales de la agresividad son el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas durante el embarazo, parto con dificultades (preclamsia, uso de fórceps y parto inducido parto forzado (Brennan, Grenick, & Mednik, 1999; Arsenault, Tremblay, Boulerice, y Saucier, 2002). Posteriormente, variables causales relacionadas al temperamento (hiper-responsivo), presencia de hermanos, historia de conductas antisociales de la madre, edad de la madre, bajo nivel socioeconómico, uso de drogas y alcohol en los padres, y parentalidad coercitiva y disfuncional (Dionne, Tremblay, Boivin, Laplante, y Pérusse, 2003). Pero, sobre todo, la hipótesis del árbol caído se confirma: Tremblay seleccionó de su muestra aquellos adolescentes con los mayores índices de agresividad y, dado que existían datos de toda su historia, dentro de la inmensidad de variables evaluadas, se hizo la siguiente pregunta: ¿Si pudiera volver atrás en el tiempo, qué variables tempranas habrían podido predecir ese alto nivel de agresividad adolescente? ¡La principal variable predictora fue nada menos que la presencia temprana de conductas agresivas durante los primeros años de vida! Es decir, se encontró que un 4-6% de los niños, ya a temprana edad empiezan a mostrar indicadores de agresión, los que a través del tiempo se van intensificando, cronificando y desajustando. Esto plantea una serie de interrogantes sobre qué ocurre durante la infancia donde se produce una especie de *programación* de una alta sensibilidad al estrés, la que bajo condiciones ambientales adversas va generando una escala de conductas desadaptativas que deterioran progresivamente el funcionamiento de la persona.

Esa *hipótesis de la programación* fue corroborada por Thomas O'Connor, investigador inglés cuyo diseño metodológico consistió en evaluar los niveles de ansiedad de las madres en su embarazo. Una vez nacidos los bebés, fue realizando un seguimiento hasta la edad escolar, pesquisando una serie de factores protectores y adversos. Sus resultados mostraron que aquellas madres que presentaban altos niveles de ansiedad durante periodos prolongados del embarazo, sus hijos expresaban una alta vulnerabilidad a dificultades de salud mental, casi de forma independiente de sus factores protectores. La explicación simple es que los altos niveles de ansiedad estimulan la sobreproducción de la hormona del cortisol (hormona del estrés), la que se traspasa al flujo sanguíneo del bebé a través de la placenta. Entonces, dado que éste se encuentra en su periodo de formación de sus órganos (especialmente, el cerebro), se hipotetiza que el nivel de reactividad neurobiológica se programa hacia el estrés, sobre-activando estrategias disfuncionales de adaptación (O'Connor, Monk, y Filtelson, 2014). Aunque muy controvertida, esta evidencia ha ido tomando forma a través de estudios genéticos y psiconeuroinmunológicos donde si bien no se plantea que el infante queda determinísticamente programado para la psicopatología, si lo deja en un estado de vulnerabilidad frente a los acontecimientos estresantes de la vida (Letourneau y Joschko, 2013).

² Por ejemplo, entre los 12 y los 20 meses, el 70% de los niños le suele quitar los juguetes a otros niños, el 40% empuja a los otros para obtener algo deseado, y un 20% realiza conductas agresivas mas extremas, tales como pegar, patear y morder (Tremblay, 2003). Así mismo, el 4-6% presenta una trayectoria de conductas agresivas desde el primer año de vida, las que van aumentando y sofisticándose a través de la adolescencia y adultez. Este 4-6% representa un tercio de los adolescentes y adultos que caen en conductas de Bullying extremo, delincuencia, maltrato en el noviazgo y en el matrimonio.

En la actualidad, otros estudios han comprobado que la vulnerabilidad temprana no sólo se puede aplicar a la agresividad, o la ansiedad, sino que también al trastorno por déficit atencional y la depresión (Galera et al., 2011)³.

Por ende, a nivel práctico estas evidencias apuntan a una necesidad urgente y vital: la implementación de sistemas de pesquisa temprana y políticas públicas destinadas a identificar precozmente la amplia gama de dificultades adaptativas, de modo de buscar encauzar el árbol en su etapa de formación. En Chile, hemos realizado intentos de avanzar hacia ese camino, implementando un *sistema nacional de detección del apego temprano* a los 4 y 12 meses de edad, en los contextos de evaluación pediátrica (Lecannelier y Zamora, 2013). Así mismo, se han realizado esfuerzos por formar a los diversos profesionales de la salud para la pesquisa temprana de conductas desorganizadas en el apego que puedan ser indicadores de trauma y vulnerabilidad presente y futura (Lecannelier, 2018a).

Evidencias multiculturales

En el año 2006 se publicó un artículo en una revista oficial sobre salud mental infantil (*Infant Mental Health Journal*), cuyo objetivo era detectar el número de publicaciones sobre estudios de infancia en los diversos países (Tomlinson, Swartz, y Fitzgerald, 2006). Los resultados fueron desalentadores para Iberoamérica, donde no más del 2% de los estudios provenían de Latinoamérica, España y Portugal.

Afortunadamente, los aportes desde la antropología, la biología evolucionista, la genética de poblaciones, la neurociencia del desarrollo y otras disciplinas asociadas han ido demostrando la enorme influencia cultural en el desarrollo humano (Konner, 2011). Sintéticamente, estas propuestas han sacado a la luz el hecho de que gran parte de lo que sabemos sobre el desarrollo infantil normal y desviado proviene de estudios con muestras de niños occidentales (EEUU y Europa), de condiciones socioeconómicas adecuadas, y generalizando inadecuadamente al resto de los países (Lecannelier, 2018c). Más aún, los propios estudios sobre el vínculo de apego temprano se encuentran marcados por una concepción moderna basada en el binomio madre-bebé y en la familia nuclear como espacio vital de crecimiento del infante (Hrdy, 2009, volveré a este punto en el capítulo 2). Por ende, lo que hemos aprendido sobre la infancia está cultural y científicamente sesgado, y eso no ha permitido ampliar las teorías sobre el desarrollo humano. Un modo de solucionar este sesgo está siendo la creciente influencia de lo que se conoce como estudios multiculturales, destinados a generar información empírica sobre las diferencias entre los países sobre variables tales como la crianza, el apego, el temperamento, el desarrollo socioemocional y la salud mental temprana. Describiré los principales resultados de cuatro estudios en los que he participado y que han sido considerados de los pocos y principales proyectos multiculturales en infancia en el mundo.

Los primeros tres estudios fueron liderados por el equipo de ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) del Dr. Thomas Achenbach y la Dra. Nancy

³ Estos estudios han verificado que mientras más temprano aparecen indicadores de TDA o depresión, mayor es la tendencia a que estas dificultades se manifiesten a través del ciclo vital. Por ejemplo, uno de los principales factores del TDA en la adultez se predicen por la presencia de estos signos tempranos.

Rescorla. El equipo ASEBA no solo es líder y pionero en los estudios multiculturales (Achenbach & Rescorla, 2006), sino que son los creadores de una amplia gama de instrumentos para la medición de la salud mental (desde la infancia hasta la adultez) bajo diferentes informantes (educadores, padres, profesionales). El CBCL (*Child Behavior Check List*) y sus sistemas de evaluación asociados constituyen actualmente el estándar mundial de las investigaciones en salud mental, siendo utilizados por miles de proyectos a través del mundo (www.aseba.org).

Las dos investigaciones siguientes son parte del *Joint Effort Toddler Temperament Consortium* (JETTC) liderado por el Dr. Samuel Putnam del Bowdoin College, cuyo objetivo es analizar las diferencias culturales en variables relacionadas al temperamento, las creencias sobre la crianza, la salud mental, la regulación emocional, y otros procesos asociados.

1) La investigación a mayor escala en el mundo sobre diferencias culturales sobre la salud mental de los infantes fue publicada en el 2010 y 2011 (Ivanova et al., 2010; Rescorla et al., 2011), donde se evaluó a 19.850 infantes provenientes de 23 países⁴, bajo el modelo dimensional de Achenbach & Rescorla (2006). Dicho modelo plantea que la psicopatología se distribuye bajo un continuo de problemas externalizantes e internalizantes, donde la primera dimensión se refiere a aquellas dificultades que el niño externaliza hacia el exterior, e incluyen los síndromes relacionados con los problemas de atención y las dificultades en la agresividad. La dimensión internalizante es aquella donde el infante internaliza sus problemas y se compone de los síndromes de reactivo emocionalmente, depresivo/ansioso, quejas somáticas, evitación, y problemas de sueño. El instrumento utilizado fue el *Child Behavior Check List 1½-5 años* (CBCL 1½-5) el cual se compone de 99 ítems sobre diversas conductas del infante, las cuales son facilitadas por los padres) (Lecannelier et al., 2014). El objetivo del primer estudio fue analizar la validez factorial y consistencia del instrumento a través de las diferentes sociedades (Ivanova et al., 2010). Es decir, analizar si las dos dimensiones y los siete síndromes se comprobaban en los países evaluados, dando un indicador de que la validez y confiabilidad del modelo dimensional es adecuada a nivel supra-cultural. Los resultados confirmaron la existencia del modelo de siete síndromes, así como una adecuada consistencia interna del instrumento en las diferentes sociedades. Por ende, el modelo de dimensional se aplica en 24 países, encontrando que los siete síndromes aparecen de modo válido y confiable en dichas sociedades.

2) El segundo estudio utilizó la misma muestra (pero con 23 sociedades), con el objetivo de analizar las diferencias multiculturales en la frecuencia de los siete síndromes (Rescorla et al., 2011). En términos generales, el orden de menor a mayor promedio de la suma de los siete síndromes es la siguiente: Dinamarca, Islandia, España, Corea, Alemania, Kosovo, Bélgica, Australia, Finlandia, Holanda, Francia, Unidad Emiratos Árabes, Estados Unidos, Italia, China, Perú, Portugal, Rumania, Singapur, Irán, Turquía, Taiwán, Lituania y Chile. Para sorpresa de nuestro país, obtuvimos la puntuación más alta de todas las sociedades con una diferencia estadísticamente significativa entre Chile y los demás países. Del mismo modo, Chile puntúa alto en casi

⁴ Los países evaluados fueron: Dinamarca, Islandia, España, Corea, Alemania, Kosovo, Bélgica, Australia, Finlandia, Holanda, Francia, Unidad Emiratos Árabes, Estados Unidos, Italia, China, Perú, Portugal, Rumania, Singapur, Irán, Turquía, Taiwán, Lituania y Chile.

todos los síndromes. España se encuentra en la tercera posición de menor puntaje y Perú en la 16ª. A pesar de lo preocupante de nuestros resultados, adicionado a que Chile ha sido considerado el país con las políticas públicas de infancia más avanzadas en Latinoamérica, los datos no fueron considerados con la seriedad que merecen (otros estudios similares dentro de Chile confirman estos resultados). La reflexión que cabe hacer es que no existe necesariamente una relación positiva entre el NSE de un país y la salud mental de sus infantes (¡e incluso en algunos casos la correlación es negativa!). Al analizar los resultados dentro de Chile, controlando el NSE, se encontró que los niveles más altos y más bajos presentaban las frecuencias más altas de problemas. Lo segundo es que las políticas públicas no necesariamente aseguran un bienestar en la infancia, si es que éstas no están destinadas a dar una seguridad real y tangible en la vida de los niños. Esta es una discusión interesante que viene a confirmar lo ya sabido: la mayoría de las teorías, modelos, sistemas educativos y políticas públicas de infancia, siguen estando en el ámbito adultizado, reflejando más bien los intereses, motivaciones, ambiciones e ideologías de los adultos, más que de los niños (Lecannelier, 2016, 2018b, 2018b).

3) En el tercer estudio se evaluó a 10.521 infantes de 1½ a 5 años provenientes de Islandia, Dinamarca, Austria, Holanda, China, EEUU, Portugal, Serbia, Italia, Alemania, Chile, Rumania, Irán, Lituania, y Kosovo. El instrumento utilizado fue el *Caregiver-Teacher Report Form (CTRF 1½-5)* (Achenbach & Rescorla, 2000) que consiste en un informe de parte de cuidadoras y/o educadores de contextos de salas de cuna (guarderías) y jardines infantiles. Al igual que el CBCL ½-5, contiene 99 ítems, los cuales se agrupan en dos dimensiones y seis síndromes: externalizante (problemas atencionales y conductas agresivas) e Internalizante (emocionalmente reactivo, depresivo/ansioso, quejas somáticas y evitación). Los resultados arrojaron una secuencia de menor a mayores problemas totales de salud mental (suma de los seis síndromes) bajo el siguiente orden: Islandia, Dinamarca, Austria, Holanda, China, EEUU, Portugal, Serbia, Italia, Alemania, Chile, Rumania, Irán, Lituania, y Kosovo. Como era de esperar, los países nórdicos aparecen con los indicadores más bajos de dificultades (Islandia y Dinamarca). Por el contrario, países de post-dictadura y conflictos bélicos presentan los más altos puntajes. Chile aparece en el 5º lugar de los países con mayores dificultades de salud mental. Por ende, este es otro estudio, utilizando otra muestra, en otro periodo de tiempo, y con otro informante, pero Chile sigue apareciendo en rangos preocupantes de trastornos mentales en niños de 1½-5 años.

4) El cuarto estudio tuvo como foco principal el proceso del temperamento bajo el modelo de Mary Rothbaryh (2012). En términos simples, este modelo plantea que el temperamento no es un homúnculo de la personalidad del sujeto, o es determinante de la misma, y menos que es 100% estructurado genética y epigenéticamente. Más bien se plantea que es un proceso (afectado por la cultura y la crianza) sobre las diferencias constitucionales en el modo de reactividad emocional y sensorial de la persona, así como su capacidad de regulación atencional. Este modelo, validado empíricamente, expresa una noción más integrada del temperamento, donde se incluyen tanto los procesos de reactividad sensorial y emocional, como las capacidades de la persona para regular esta reactividad (la que se considera también como un aspecto esencial del temperamento). El estudio fue realizado por el JEETC, que es un consorcio internacional

formado por investigadores de diferentes países con el objetivo de comprender las diferencias culturales en el temperamento, la crianza y procesos asociados (tales como la salud mental o la regulación emocional). El estudio en cuestión evaluó a 1155 infantes entre 16 y 35 meses provenientes de Chile, Corea del Sur, Polonia y Estados Unidos (Krassner et al., 2016). El instrumento utilizado fue el *Early Childhood Behavior Questionnaire*-ECBQ, una prueba de informe parental consistente en tres factores generales, los cuales se dividen en 18 dimensiones: surgencia⁵ (Putnam, Garstein, & Rothbart, 2006): (nivel de actividad, alta intensidad de placer, impulsividad, anticipación positiva, sociabilidad), afectividad negativa (miedo, tristeza, discomfort, frustración, activación motora, inconsolabilidad, timidez y sensibilidad perceptual), y control esforzado (cambio atencional, focalización atencional, control inhibitorio, abrazos y baja intensidad de placer). Los resultados generales evidenciaron que Chile arrojó puntajes significativamente altos en relación a los otros países en las dimensiones de nivel de actividad, tristeza, miedo, discomfort, frustración, activación motora, timidez, y sensibilidad perceptual. Como era de esperar, Corea del Sur obtuvo los puntajes más altos en control esforzado, focalización de la atención y control inhibitorio. Sorprendentemente, Chile mostró los más altos puntajes en cambio atencional y baja intensidad de placer. EEUU obtuvo la más alta puntuación en alta intensidad de placer. Los investigadores concluyen el posible efecto de las culturas colectivistas versus Individualistas en la conformación del temperamento. Una vez más, datos que sorprenden, confirmando los resultados anteriores, y poniendo en tela de juicio la verdadera aplicabilidad de las políticas públicas y los programas de intervención existentes.

5) Finalmente, el quinto estudio ha sido publicado el presente año bajo el formato de libro (Putnam & Garstein, 2018). El objetivo de la investigación es analizar cómo las diferencias culturales afectan los procesos del temperamento (mencionado en el estudio anterior) bajo las variables relacionadas a la crianza, la socialización y la salud mental. Se coordinó la participación de 14 países, evaluando a infantes de 18 a 36 meses, en una muestra total de 853 niños (y sus padres). Los instrumentos utilizados fueron el CBCL 1½-5, ECBQ 18-38, un cuestionario sobre etnoteorías parentales y rutinas de cuidado cotidianas. Finalmente, se analizaron los niveles de individualismo/colectivismo⁶. Este estudio a gran escala mostró evidencias multiculturales muy interesantes en diversos dominios y procesos del desarrollo del infante y la influencia societal y parental. Algunos ejemplos: Los países de Asia del Este presentaron alta afectividad negativa y surgencia en relación a los países del Oeste. Los problemas internalizantes fueron más graves en los países colectivistas (China, Brasil y Rusia) y menos importantes en los países europeos y norteamericanos. Los problemas externalizantes fueron más pronunciados en los países Latinoamericanos (Brasil, Chile y México), y bajos en Corea del Sur y EEUU. En relación a la crianza se encontró que las creencias de crianza del tipo autónoma se asociaban a las prácticas autónomas de crianza donde Chile, México, Holanda, y Rusia presentaron los más altos puntajes. Aquellos países con una mayor tendencia individualista y complacencia en la crianza

⁵ Se refiere a una dimensión emocional caracterizada por altos niveles de actividad, emociones positivas, e impulsividad hacia el ambiente.

⁶ Los países que participaron fueron: Bélgica, España, México, Corea del Sur, Italia, Rumania, Turquía, Brasil, Finlandia, China, Chile, Rusia, Holanda (Nimega) y Países Bajos (Ámsterdam).

suelen utilizar técnicas más pasivas y autorreguladoras para hacer dormir a los infantes (dejarlos llorar hasta que se duerman). En relación con las prácticas de disciplina se encontró que el uso del *tiempo fuera* (dejar al niño solo para que se calme) es muy frecuente en España, Bélgica y EEUU, y muy poco frecuente en Finlandia. Quitar privilegios es muy común en España. Los investigadores concluyen que esta amplia gama de resultados multiculturales arroja interesantes y novedosas evidencias sobre cómo las culturas individualistas/colectivistas junto a sus creencias y prácticas de crianza suelen afectar el temperamento y la salud mental del infante.

Desde una ciencia de la infancia hacia una ciencia de la prevención/intervención temprana

Una muy breve historia de la *intervención temprana/preventiva* (ITP). Ya en el año 1986, el senado de EEUU declaraba la importancia de la intervención temprana y la aplicación del conocimiento científico sobre el desarrollo infantil en aras de una ciencia de la prevención:

Hemos aprendido mucho en los últimos años sobre las maneras de prevenir el daño en los niños, cuidado peri y pre-natal, educación temprana, inmunización, nutrición, y mucho más. Ahora el gran desafío es ser lo suficientemente ingeniosos y persistentes para encontrar maneras de poner ese conocimiento al servicio de un desarrollo infantil saludable en un contexto socio técnico en constante cambio (Hamburg, 1987, p. 49-50, en Meisels Shonkoff, 2000).

La intervención temprana/preventiva (ITP) abarca toda una gama de servicios y programas destinados a anticipar futuras dificultades en el desarrollo o intervenir en problemas ya diagnosticados. De la misma forma como la infancia ha evolucionado desde el tramo de edad de los 0 a los 3 hasta los 0 a los 6 años, la ITP ha seguido esa misma transición. La historia de este tipo de intervenciones posee múltiples trayectorias dependiendo de si utilizamos como punto de partida la educación, la psicología clínica o la salud pública. Así mismo, la temporalidad de esta historia es claramente diferente si consideramos los países del hemisferio norte en relación a aquellos del hemisferio sur. De todos modos, y en términos muy generales, esta historia ha experimentado ciertos patrones de inicio y cambio que son comunes (Shonkoff y Meisels, 2000). El primer camino fue la educación inicial entendida como la aceptación de que la enseñanza formal debe iniciarse durante los 2-3 años. Esto es lo que se llamó el *movimiento de los kindergarten*, cuya transformación en el siglo pasado y el actual ha ido lentamente evolucionando desde unos objetivos netamente de logro académico hacia el reconocimiento de los procesos socioemocionales como factor decisivo para el bienestar y aprendizaje del infante (volveré a eso en el capítulo 3). Paralelamente al inicio de la educación inicial, la ITP fue tomando un rumbo hacia la prevención e intervención de la salud y bienestar físico del infante. Así se han ido logrando la disminución ostensible de las tasas de mortalidad infantil, la prevención de dificultades y rezagos en el desarrollo, la eliminación de la explotación laboral infantil, y la promoción de la lactancia materna como factor vital para el desarrollo del infante. Una tercera

trayectoria histórica paralela de la ITP es la educación de niños con necesidades especiales.

Después de décadas (y siglos) de olvido, ostracismo y malos tratos de estos niños, ésta es una rama que paulatinamente ha ido cobrando un lugar central en los servicios de atención y educación temprana. Instituciones residenciales y educativas empezaron a preocuparse del retardo mental, donde progresivamente la ayuda ha ido transitando hacia toda una amplia gama de retardos, rezagos y dificultades en el desarrollo (trastornos generalizados del desarrollo, síndrome de down, dificultades en la integración sensorial, síndromes de etiología genética, y otros). Dentro de esto, un aspecto decisivo en las intervenciones y políticas públicas ha sido el cambio en la concepción de que estos niños no son el primer paso hacia la delincuencia (noción de moda en los siglos XVIII), ni una carga para las familias y la sociedad, o el producto de cuidados aberrantes, sino más bien la expresión de la diversidad y flexibilidad de la naturaleza humana. Shonkoff & Meisels plantean que existe una cuarta trayectoria histórica de este tipo de intervenciones, es decir, las paradigmáticas contribuciones de los estudios empíricos del desarrollo infantil, empezando en la década de los 70. Desde una transición desde los modelos clásicos del desarrollo cognitivo (Jean Piaget), psicosexual (Sigmund Freud), de la identidad (Milton Erickson), moral (Lawrence Kohlberg), cultural (Lev Vigostsky) hasta la implementación de cientos de programas de investigación destinados a comprender micro-procesos del desarrollo en periodos acotados del ciclo vital, bajo múltiples niveles de análisis. Esta *nueva ciencia del bebé* (Lecannelier, 2006b) ha ido sentando las bases conceptuales y metodológicas para la transformación en una *ciencia de la prevención* (Cicchetti y Hinshaw, 2002).

Un procedimiento histórico, no articulado por Shonkoff y Meisels, es el desarrollo del ámbito de la psicología clínica (psicoterapia) en la intervención con infantes. No es de extrañar que estos dos importantes personajes de la ITP no la hayan incluido, debido a que históricamente ha sido un área más bien específica, quizás elitista y de difícil acceso masivo (fuera de las políticas públicas). De todas formas, su evolución y aporte ha sido una interesante vía de cambio hacia el bienestar de los infantes (Lecannelier, 2009a). El origen de lo que se conoce como *psicoterapia padres-bebé* puede rastrearse en los aportes de la psicoanalista y trabajadora social Selma Fraiberg, con la publicación del artículo "Ghosts in the nursery: A Psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships" en el Journal of the American Academy of Child Psychiatry (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1976). El dilema de Fraiberg, quien trabajaba en la ciudad de San Francisco (EEUU) era cómo lograr que aquellas madres en situación de pobreza e indocumentación pudieran acceder a los servicios de ayuda para las dificultades de salud mental de sus bebés y su entorno de cuidado. Una de las dificultades radicaba en que estas madres, debido a su situación socioeconómica y cultural, no accedían a estos servicios, dada la historia de desconfianzas hacia el sistema de salud. Es por esto por lo que Fraiberg decide visitarlas en las casas, siendo una de las pioneras de una de las formas de ITP más efectivas: la visita domiciliaria. La psicoterapia padres-bebé no solo era un aporte innovador en el mundo de la psicología clínica al tratar dificultades de niños a tan temprana edad, sino también por su *setting* domiciliario y su estrategia de intervención. En términos muy simples, esta intervención consistía en intervenir en *los fantasmas en la guardería* (o más bien en el desarrollo), es

decir, aquellos *visitantes del pasado* de la madre que se activan con la llegada del hijo, y que en algunos casos *toman residencia en la guardería del bebé* y terminan afectando su bienestar y seguridad emocional. Estos fantasmas que se expresan a través de emociones, pensamientos, fantasías negativas que se proyectan hacia el infante, y del que la madre no tiene conciencia de su origen y presencia, terminan desregulando la relación afectiva, donde el bebé ya no es más cuidado desde su propio ser, sino más bien desde los fantasmas de la madre. Entonces, a través de lo que se podría llamar una *psicoterapia psicoanalítica breve* bajo un *setting* muy flexible y poco estructurado, el psicoterapeuta busca conectar el pasado con el presente de la madre, y éste con el desarrollo y conductas presentes del bebé.

A través de una *educación no didáctica* el profesional clínico busca a su vez ayudar a las madres a reconocer sus necesidades y emociones. Como era de esperar, en la década de los 80', el enfoque *transgresor* de Selma Fraiberg no solo no tuvo la aceptación de la comunidad psicoanalítica (al violar las reglas básicas del *setting* clínico), sino que muchas veces fue víctima de burlas e ironías (tales como una foto donde se muestra a un psicoanalista con imagen freudiana en análisis con un bebé en el diván). Pero la historia suele regirse por cambios dinámicos no-lineales, y es gracias a la revolución paradigmática proveniente de los estudios y aportes de la teoría del apego (Bowlby, 1976), así como de los estudios sobre los micro procesos intersubjetivos en la relación madre-bebé (Trevarthen, Meltzoff, Stern, Tronick y otros), que el modelo de Fraiberg recibe el reconocimiento e influencia que se merecía (Acquarone, 2005; Baradon, Biseo, Broughton, James, & Joyce, 2015; Dio Bleichmar, 2015; Cramer, 1993; Maldonado-Durán, 2002; Stern, 1996). Actualmente, la connotada clínica e investigadora Alicia Lieberman ha tomado el legado dejado por Fraiberg, construyendo un proyecto y modelo clínico y de investigación pionero en el tratamiento del trauma temprano (Trauma Research Project-Lieberman y Van Horn, 2008). Los aportes de Lieberman y su equipo son inconmensurables debido a su capacidad de integrar el psicoanálisis con las aportaciones de la teoría del apego, la neurociencia, los estudios actuales del trauma, y la influencia del estrés en el desarrollo (Lieberman, Van Horn, y Ippen, 2005).

En la actualidad, las ITP ha tomado una multiplicidad de formas y facetas, generando una cantidad importante de sub-especializaciones. Dentro de éstas, todo el ámbito dedicado al fomento del desarrollo vincular y socioemocional del infante ha ido creciendo de modo exponencial, tanto en los modelos de intervención como en los estudios de impacto (Steele & Steel, 2018). Existen diversas clasificaciones y subclasificaciones al respecto, en base al foco de intervención (la sensibilidad parental, las representaciones mentales de apego, la salud mental del cuidador, el ambiente de apoyo social), el contexto de cambio (visita domiciliaria, red de apoyo social, salas de cuna, familias de acogida, educación preescolar, consulta clínica, unidades de neonatología, pediatría y psiquiatría), la metodología utilizada (video-feedback, el vínculo terapéutico, el registro de la historia temprana de apego, la reformulación de las representaciones de apego, el uso de manuales de sensibilidad, el masaje, la psicoeducación, la ayuda comunitaria médica-legal, el uso del agenciamiento del infante). Este libro estará centrado específicamente en lo que se conoce como *intervención*

temprana basada en el apego (ITBA), que aborda muchas las características anteriormente mencionadas.

Para finalizar esta breve historia, es fundamental remarcar que el mantenimiento y crecimiento de las ITP ha sido en una parte importante gracias a la transición hacia los estudios de impacto de la efectividad y eficacia, el cuál es el último punto por articular en esta introducción.

Impacto y evidencia de las intervenciones tempranas/preventivas

Actualmente, la entrada en sociedad de cualquier tipo de intervención es la demostración de un cierto nivel de impacto en aquellos focos que el modelo propone (Fonagy, Target, Cottrell y Kurtz, Z., 2015). Esta es no solo una condición suficiente y necesaria de parte de la comunidad científica, sino una obligación de las propuestas de intervención y políticas públicas a nivel gubernamental. En el caso de las ITP a nivel general, dos tipos de evidencias han resultado fundamentales para el financiamiento e implementación de programas a nivel macro:

Primeras evidencias sobre el efecto temprano

Dos grandes programas a gran escala dieron inicio hacia la convicción de que *cuanto más temprano se interviene, mayores efectos positivos a corto y largo plazo*. El primer programa es el Perry Preschool Project, que se inició en los años 62-67, donde se seleccionó una muestra de 123 niños en condición de vulnerabilidad socioeconómico, y se los hizo partícipes de una intervención socioeducativa *High Scope* de alto nivel a los 3 y 4 años (Schweinhart et al., 2005). Utilizando una asignación aleatoria a grupo de control/intervención, donde el grupo de comparación fueron niños en las mismas condiciones desfavorables pero que asistieron al sistema educativo preescolar usual, se realizó un seguimiento de ambos grupos en diferentes momentos del ciclo vital, llegando hasta la adultez (3, 11, 14, 15, 19, 27, 40). En términos muy resumidos, los efectos del grupo de intervención fueron sorprendentes: menor probabilidad de ser arrestado cinco o más veces a los 40 años (36% versus 55% en el grupo de control); mayores ingresos socioeconómicos en la misma edad; mayor probabilidad de haberse graduado de la enseñanza media (65% versus 45% en el grupo de comparación); buen rendimiento académico a los 14 años (49% versus 15%); coeficiente intelectual de a lo menos 90 puntos a los 5 años (67% versus 28%). Estos datos no solo son notables debido a la diferencia porcentual de ambos grupos en diferente momento de la vida de los niños, sino que por el hecho de que lo único que se realizó fue insertar a estos niños en un programa de educación de alta excelencia por un breve periodo de tiempo durante la infancia.

Otro de los programas pioneros que dio impulso a la consideración de la ITP como tarea país, fue el Carolina Abecedarian Project (Frances et al., 2002). Este programa consistió en seleccionar a 57 niños de condición socioeconómica baja e insertarlos en un programa educativo de alta calidad (al igual que el anterior), durante los primeros 5 años de vida. La intervención focalizada para ellos consistía en juegos individualizados, actividades de aprendizaje socioemocional, y un fuerte énfasis en el desarrollo lingüístico. Los infantes fueron evaluados hasta los 21 años y los resultados

mostraron logros muy significativos (versus un grupo de comparación aleatoriamente asignado): a los 3, 12 y 18 años hubo una mejora significativa en el desarrollo cognitivo; a los 21 años se evidenciaba un aumento considerable en las habilidades lectoras y matemáticas; a los 21 años, los jóvenes tenían más y mejores empleos, menos deserción escolar, mejor salario y menor embarazo adolescente. Ambos proyectos mostraron una evidencia que posteriormente fue confirmada por investigaciones psicobiológicas: la infancia es una ventana de oportunidades altamente sensible en lograr cambios significativos de la persona a través de toda la vida.

Evidencias a nivel económico

Si los datos empezaban a mostrar el impactante efecto de la ITP en el desarrollo de los niños, desafortunadamente eso no era suficiente para que los gobiernos decidieran implementar (y financiar) programas masivos y políticas públicas en pro de la infancia. Se necesitaba algo más: la evidencia del coste económico. James Heckman es un economista y profesor estadounidense de la Universidad de Chicago. En el año 2000 fue galardonado (junto a Daniel McFadden) con el Premio Nobel de economía por sus aportes en econometría y microeconomía. Pero su aporte para la infancia fue sustancialmente mayor. Este economista demostró que al invertir en la primera infancia se ahorra en inversión social en las etapas posteriores. O lo que a los políticos convenció: “trabajar en la infancia es más barato para los gobiernos” (Heckman, Pinto, y Savelyev, 2013). Es decir, demostró que con cada dólar invertido en la infancia la tasa de rentabilidad económica futura es de 7 a 17 dólares. Así mismo, por cada dólar que se invierte en intervención temprana, supone un ahorro de 13 dólares en gastos en etapas posteriores de la vida. Más específicamente, propuso que el gasto debe concentrarse en: 1) ayudar los infantes desfavorecidos (de 0 a 5 años); 2) contar con profesionales especializados en el fomento del desarrollo cognitivo y social de los niños; 3) ofrecer sistemas de apoyo e intervención a los padres para detectar posibles riesgos y favorecer el desarrollo; 4) recolectar datos sobre el estado del desarrollo de los niños, y evaluar periódicamente el impacto de los programas de intervención/prevención. Otro de sus planteamientos, que en mi opinión y profesional ha sido una temática urgente que resolver es (Lecannelier, 2016): ¿por qué los adultos (políticos, padres, profesionales, educadores) tomamos conciencia de las dificultades en la infancia cuando éstas ya se encuentran en su estado avanzado de gravedad? ¿Por qué no hemos podido desarrollar una conciencia preventiva sobre el sufrimiento infantil? Desafortunadamente, si se analizan cada una de las dificultades en la infancia, la conciencia y las propuestas solo llegan cuando el daño ha alcanzado niveles extremos. Tal como ya se mencionó, en Chile y otros países las políticas públicas de infancia sobre el *bullying* empezaron a gestarse con casos de suicidio infantil. Las políticas sobre la institucionalización temprana se encuentran en proceso de cambio cuando se encontró que miles de niños viven situaciones traumáticas extremas en las residencias (la cual es en sí misma una experiencia traumática). En EEUU en la década de los sesenta, un pediatra publicó un artículo donde proponía que los casos de maltrato infantil no alcanzaban más de 40.000 (¡en un país con 400 millones de habitantes!). En este mismo periodo, se solía realizar operaciones quirúrgicas a bebés sin anestesia, debido a que las teorías planteaban que, debido a la inmadurez del sistema nervioso, el sistema sensorial no se encontraba desarrollado (Karr-Morse y Wiley, 2012). Posteriormente, se encontró que un número importante de infantes habían muerto en el quirófano como producto de estas

prácticas. En la actualidad, los efectos físicos, psicológicos y sociales del trauma repetitivo en la infancia, ha sido considerado como *una epidemia oculta* (Lecannelier, 2018a). Y así podría seguir mostrando la historia de cada uno de los dolores de los niños...

Junto con las evidencias en microeconomía, las investigaciones en neurociencia del desarrollo, psiconeuroinmunología, genética, antropología, biología evolutiva, y otras áreas, vinieron a confirmar lo aseverado por Heckman: invertir en la infancia es más efectivo, barato, breve, y requiere de menos gasto en recursos físicos, humanos y de especialización. En el capítulo 3 profundizaré en este tipo de evidencias, de acuerdo con los contextos vitales del niño de los diferentes programas de intervención/prevenición (salas de cuna, educación preescolar, adopción, trauma temprano).

Los desafíos presente y futuro de las ITP son, en primer lugar, lo que se conoce como *investigación traslacional* (Johns, 2012), es decir cómo se logra traducir todo el acopio de información empírica sobre los diversos procesos multinivel del desarrollo en programas de intervención de alto impacto; en segundo lugar, la implementación de otro concepto muy en boga entre los *científicos de la prevención*: diseminar. Es decir, cómo aplicar los modelos de intervención a poblaciones masivas, en contextos reales, con bajos recursos y escasa especialización profesional. Finalmente, seguir en la búsqueda de evidencias sobre los mecanismos específicos de cambio en los elementos específicos de cada programa. Es decir, no solo analizar *qué funciona para quién*, sino también *cuales componentes de mi programa son los que producen el mayor impacto*. Volveré sobre estos con relación a la experiencia de implementación de los programas AMAR, pero primero empecemos...

Estructura del libro

El modelo AMAR se constituye como una metodología de intervención (el fomento de AMAR) que se materializa en varios programas de prevención e intervención adaptados a diferentes sistemas y contextos de cuidado de los niños, los que, a su vez, se concretizan en determinadas estrategias, técnicas y materiales, expresadas a través de manuales de intervención. El foco principal de cambio es el fomento de la seguridad en el apego y el cuidado respetuoso en todos aquellos adultos que se constituyan como un agente posible de cambio para los infantes. El modelo tiene trece años de vida y ha sido implementado y evaluado en Chile y México. Así mismo, ha sido parte de estudios financiados por el Gobierno de Chile y otras instancias privadas y públicas. El presente libro es la primera publicación que integra los principales programas para un público profesional, articulando toda su arquitectura filosófica, psicológica e interventiva. Las siglas AMAR hacen el acrónimo de las capacidades adultas esenciales para el fomento de la seguridad emocional en los infantes: atención-mentalización-automentalización-regulación. Es decir, promover una seguridad en el apego a través de un cuidado respetuoso implica necesariamente desarrollar una actitud emocional y mental de AMAR a los infantes.

La progresión del libro es la siguiente: después de una larga pero necesaria introducción sobre la infancia (0 a 6 años), el capítulo 1 hará un recorrido teórico y empírico sobre lo que se conoce como *intervención temprana basada en el apego* (ITBA). Este capítulo fue publicado en el libro de la Editorial Psimática *La Teoría del Apego: Investigación y Aplicaciones Clínicas* (Torres, Causadias & Posada, 2014). Agradezco a dicha editorial el permiso para publicarlo ahora aquí. Es de mi conocimiento que éste es el primer documento que sistematiza las ITBA, tanto en español como en otras lenguas (puedo estar equivocado).

El capítulo 2 articula la arquitectura filosófica y conceptual del modelo, el cual se constituye en un edificio organizado en los niveles de la filosofía del cuidado respetuoso, los aportes de la seguridad en el apego como foco central de cambio, el fundamento de las capacidades de AMAR y la metodología de intervención.

En el capítulo 3 se desarrollan los principales programas de intervención-prevenición, tanto en sus fundamentos teóricos y empíricos, el encuadre y lineamiento de la intervención, las sesiones y estrategias, la metodología de evaluación, los resultados empíricos de su impacto, así como recomendaciones a futuro. Los programas a desarrollar son el AMAR-Cuidadores para el fomento de la seguridad en el apego en infantes de 0 a 2 años en diversos contextos de cuidado (salas de cuna, institucionalización temprana, madres privadas de libertad junto a sus bebés, y familias biológicas); el programa AMAR-Educacional para el fomento del aprendizaje socio-emocional bajo el vínculo de apego con los educadores en el contexto de educación preescolar; el Programa de Apego & Trauma Complejo para el restablecimiento de la seguridad emocional en infantes de 2 a 6 años en situación de trauma y/o institucionalización; y el programa AMAR-Terapéutico para infantes de 1 a 5 años con sus padres, en modalidad grupal y/o visita domiciliaria; el AMAR-Adopción para familias adoptivas.

Finalmente, en el capítulo 4 se delinearán algunos aspectos sobre el futuro de las intervenciones tempranas-preventivas, basadas en una comprensión del apego y la complejidad infantil.

Algunas aclaraciones antes de empezar: tal como se ha mencionado reiteradamente, cuando se mencione la palabra infancia se asume que implica el periodo entre los 0 y los 6 años. Para no caer en repeticiones, también se usará el término *niño o bebé*, sobreentendiendo que se habla del infante. Así mismo, y sin ánimo de ofender la diversidad de género, usaré la palabra niño para referirme a ambos sexos, excepto en casos particulares. En segundo lugar, dentro de la concepción de cuidado respetuoso de este modelo, se suele utilizar el término *cuidador o sistema de cuidado* para referirse a cualquier adulto o institución que tenga como propósito el fomento de un desarrollo y bienestar óptimo en el infante. En ese sentido, no se utilizarán términos como *parentalidad, padre-madre y crianza*, ya que son todas concepciones destinadas al rol de los padres, dejando fuera todo posible cuidador alternativo del niño. Esta aclaración es muy relevante, ya que como aspecto central de esta propuesta se encuentra la idea (y evidencia) de que no deberían ser solo los padres los que deban asumir toda la responsabilidad del cuidado de los infantes, sino que es todo adulto e institución que juegue un rol en las relaciones vinculares cotidianas con el infante. Es decir, se busca la creación de toda una *red de cuidado respetuoso*. En el capítulo 2

presento los fundamentos de esta propuesta. Finalmente, al final del libro se encontrarán algunos anexos relevantes para el lector.

150 x 210 mm

ISBN: 978-84-948712-6-9

222 páginas