

73

COLECCIÓN
MATERIALES
DOCENTES

Trauma complejo en la vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes

Carolina Duque Duvauchelle
Alicia Fuentes Rebolledo
Cristóbal Guerra Vio

2024

AJ ACADEMIA
JUDICIAL
CHILE



Carolina Duque Duvauchelle

Psicóloga Forense de la Universidad Diego Portales. Se ha desempeñado como perito psicóloga en el área penal y supervisor técnico de los Equipos Periciales del Dpto. de Criminalística de Carabineros (LABOCAR) y de la 35° Comisaría de Delitos Sexuales de la misma Institución. Magister en Criminología de la Academia de Ciencias Policiales de Carabineros de Chile, y diplomada en “Psicología Jurídica” y “Criminalística y Metodología Forense” de la Universidad de Valparaíso. Docente desde el año 2004 en diferentes Universidades e Instructora de la Ley 21.057 de Entrevistas Videograbadas. Actualmente es profesora asistente en la Facultad de Leyes y Criminología de la Universidad Católica de Lovaina (KU Leuven), Bélgica; y estudiante de doctorado de la misma Universidad.



Trauma complejo en la vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes

MATERIALES DOCENTES 73

© Carolina Duque Duvauchelle, Alicia Fuentes Rebolledo, Cristóbal Guerra Vio, por los textos, 2024

© Academia Judicial de Chile, por esta edición, 2024

Amunátegui 465, Santiago de Chile

academiajudicial.cl • info@academiajudicial.cl

EDICIÓN Y DISEÑO: DER Ediciones | derediciones.com

Todos los derechos reservados.



Alicia Fuentes Rebolledo

Psicóloga, Magíster en Intervención Psicojurídica y Forense de la Universidad Diego Portales. Magíster en Investigación en Psicología, de la Universidad Alberto Hurtado. Diplomada en Entrenamiento en entrevista forense de niñas y niños, por la Universidad de Griffith, Australia. Diplomada en derechos de la infancia y adolescencia, Universidad de Talca. Diplomada en Niñez y Políticas Públicas, de la Universidad de Chile. Diplomada en técnicas de peritaje forense psicosocial en víctimas de delitos violentos, Universidad de La Frontera. Instructora para la formación la Ley N° 21057 sobre entrevistas videograbadas a niños, niñas y adolescentes. Actualmente, es Doctorante en Psicología de la Universidad Alberto Hurtado y Directora de la consultora Grupo Justicia e Infancia.

Cristóbal Guerra Vio

Psicólogo clínico Universidad de Chile, Magíster en Psicología de la Universidad de La Frontera y Doctor en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica y Universidad de Chile. Especialista en terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Se ha desempeñado como psicólogo en el Centro de Atención a Víctimas de Delitos Violentos de Viña del Mar entre 2001 y 2018. Actualmente, es profesor titular de la Escuela de Psicología e investigador en el Centro Cielo de la Universidad Santo Tomás. Las temáticas de sus líneas de investigación se relacionan con trauma, resiliencia y psicoterapia.



Resumen

El presente documento aborda el fenómeno del trauma complejo y su relación con la vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. En primer lugar, provee información respecto de las distinciones conceptuales cruciales para comprender las consecuencias de las experiencias adversas en la infancia, como abusos o negligencia, y su profundo impacto en el desarrollo emocional y psicológico, que deriva en el llamado trauma complejo del desarrollo. El abordaje de niños y niñas con trauma complejo requiere enfoques multidisciplinarios, en los que la justicia de familia desempeña un papel fundamental. En especial, para las consejeras y consejeros técnicos, especializados en la intersección de lo psicosocial y el derecho, quienes juegan un rol crucial en la asesoría técnica a la magistratura respecto de estos casos, este texto es un material de consulta y profundización que podrá contribuir en la función de proporcionar información especializada a los tribunales para que estos tomen decisiones informadas y centradas en el bienestar de los niños, niñas y adolescentes. La colaboración entre profesionales jurídicos, sociales y de la salud mental es esencial para garantizar una respuesta integral y sensible a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que han experimentado trauma complejo en el contexto de la vulneración de sus derechos.

Contenido

7	CAPÍTULO 1
	Distinciones conceptuales respecto del trauma complejo
7	Introducción
8	¿Qué se entiende por trauma?
10	Evento traumático y experiencia traumática
12	El apego y su relación con el trauma
16	Trastorno de estrés postraumático
22	¿Qué entendemos por trauma complejo?
29	Experiencias adversas en la infancia y sus consecuencias en el desarrollo infantil
36	Variación en la sintomatología en las víctimas de violencia
40	Sintomatología relacionada con el trauma complejo
43	Síntesis del capítulo
45	CAPÍTULO 2
	Abordaje de niños, niñas y adolescentes con trauma complejo
45	Introducción
46	Evaluación e informes relacionados con trauma complejo
47	Últimas actualizaciones en intervenciones posibles en materia de trauma complejo
62	Instituciones informadas en trauma y modelos de atención informados en trauma respecto de niños, niñas y adolescentes institucionalizados
64	Oferta nacional de programas para el abordaje del trauma complejo, especialmente en la competencia de familia
68	Síntesis del capítulo
70	CAPÍTULO 3
	Trauma complejo y sus alcances en el ámbito judicial
70	Introducción
70	Reconocimiento de síntomas del trauma complejo y su abordaje en el contexto judicial
73	Trauma complejo y aplicación del principio del interés superior del niño y determinación de la autonomía progresiva

79	Trauma complejo y condiciones del ejercicio del derecho a ser oído en tribunales de familia
90	Entrevista con niños, niñas y adolescentes que presentan trauma complejo
96	Propuesta de procesos de trabajo para la consejería técnica
98	Síntesis del capítulo
100	<i>Conclusiones</i>
102	<i>Referencias bibliográficas</i>
110	<i>Normas jurídicas citadas</i>
111	<i>Anexos</i>

Capítulo 1

Distinciones conceptuales respecto del trauma complejo

Introducción

Hablar sobre el concepto de trauma complejo claramente requiere una revisión acerca de las diferentes ideas y nociones que se han manejado en los últimos años, pues este concepto ha sufrido una evolución durante la última década. Diferentes autores se han propuesto definir y acotar un fenómeno que, si bien no es nuevo, ha sido observado por quienes trabajan en contacto directo con niños y niñas expuestos a traumas crónicos –y múltiples– durante etapas del desarrollo particularmente vulnerables.

Los niños y niñas, a lo largo del mundo, crecen en el seno de diferentes tipos de familias, culturas y comunidades, en las que, en general, se piensa que tendrán el cuidado, protección y afecto que los ayudarán a desarrollarse como personas sanas y fuertes, capaces de enfrentar las dificultades de la vida de forma satisfactoria o, al menos, con una adecuada eficacia. Sin embargo, existen ocasiones en las que los adultos / adultas o cuidadores llamados a esta tarea no están disponibles para proteger, ayudar o contener, ya sea porque físicamente no están presentes o porque su forma de hacerlo no es adecuada e incluso es dañina.

El concepto de trauma complejo articula su significado en este contexto: cuando se producen situaciones adversas en la vida de los niños y niñas, y los cuidadores / cuidadoras no están disponibles para mediatizar el impacto de esas situaciones.

Tomando en cuenta lo señalado, se aconseja lo siguiente quienes profesionalmente trabajan directamente con niños, niñas y adolescentes que presentan traumatización compleja:

- Que conozcan la fenomenología del trauma complejo para determinar mejor las prioridades de tratamiento y abordar las brechas necesarias para alcanzar el bienestar.

- Capacitarse en la utilización de herramientas de evaluación estandarizadas –que hayan sido validadas empíricamente– con el objetivo de detectar situaciones de traumas en quienes ingresan al sistema.
- Capacitarse con relación a la forma de satisfacer las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con antecedentes traumáticos complejos.

Señalado todo lo anterior, es fundamental comprender el concepto de trauma complejo y sus repercusiones en todo nivel en los niños y niñas, pues es importante evitar una sobrepatologización o una innecesaria patologización de quienes han vivido situaciones traumáticas.

Las definiciones revisadas ponen de manifiesto elementos comunes para comprender el concepto de trauma complejo: primero, es un tipo de trauma que tiene lugar de forma repetida y acumulativa durante un período de tiempo y dentro de relaciones y contextos específicos; segundo, se debe a la acumulación a lo largo del tiempo de traumas repetidos, malos tratos, abusos físicos, psíquicos o sexuales, o circunstancias adversas graves.

¿Qué se entiende por trauma?

Para comenzar a ofrecer una definición de lo que se entenderá por trauma complejo es fundamental, en primer lugar, conocer el concepto de trauma. Si bien esta definición variará de acuerdo con el área de especialización en la que se utilice, etimológicamente su origen proviene de griego y significa «herida», lo que ya va aporta la idea de que, para que exista una herida, «algo» la debe de haber provocado.

Según el DSM-5,¹ la definición de trauma hace alusión a «cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo». Por su parte, el CIE-11² lo concibe como la exposición a una situación estresante cuya naturaleza destaca por ser amenazante y que tiene una alta probabilidad de causar un malestar profundo en la mayoría de las personas que la vivencian.

Dado lo anterior, es importante extraer al menos cuatro características propias del trauma:

¹ ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA, GRUPO DE TRABAJO DSM-5 (2013).

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019-2021).

- La persona se ve expuesta a situaciones de muerte real o inminente.
- Pueden ser lesiones físicas graves o agresiones sexuales.
- La persona puede ser víctima directa, testigo o cercana a la persona victimizada.
- La exposición a la situación puede causar un malestar profundo en quien la experimenta.

Al comprender lo anterior, es posible entender que la persona que ha sido expuesta a un trauma tiene una alta posibilidad de quedar en un estado de vulnerabilidad emocional y/o física. En este sentido, se plantea que, para que una situación sea vivenciada como traumática, la persona debe haber sentido una amenaza –real o no– respecto de la cual su organismo es incapaz de restablecer sus niveles normales de homeostasis, debido a que la situación se vuelve inmanejable con los recursos habituales con los que cuenta la persona.

Si bien todas las personas reaccionan de forma diferente ante distintas situaciones, es posible nombrar algunos escenarios que potencialmente pueden desarrollar un trauma, tales como acciones de acoso, abuso físico, psicológico o sexual, enfermedades de alto riesgo, pérdida repentina de un ser querido, sufrir delitos violentos, desastres naturales, actos de guerra y/o terrorismo, entre otros.

Siguiendo lo planteado previamente, el trauma infantil puede definirse como una o varias experiencias que resultan abrumadoramente estresantes para un niño, niña o adolescente, que exceden su capacidad para afrontarlas o procesarlas de manera adecuada en ese momento. Al respecto, Van der Kolk enfatiza cómo el trauma afecta al cerebro y al cuerpo, alterando la capacidad del niño para sentirse seguro y regulado emocionalmente, lo que lleva a dificultades en la integración de experiencias sensoriales y emocionales,³ a lo que Perry agrega la afectación en la capacidad para aprender, vincularse con otros y en la autorregulación de los afectos.⁴ En esa misma línea, Herman subraya que el trauma puede resultar de eventos de terror y desamparo, afectando el sentido de control, conexión y significado en la vida del niño, lo cual requiere un proceso de reconstrucción de un sentido de seguridad y autonomía.⁵

3 VAN DER KOLK (2014).

4 PERRY (2014).

5 HERMAN (1997).

Integrando estos enfoques, el trauma infantil puede ser visto como una disrupción profunda en el desarrollo emocional, fisiológico y neurobiológico del niño, provocada por experiencias que sobrepasan sus mecanismos de adaptación, lo que puede resultar en efectos duraderos en su bienestar y funcionalidad a lo largo de la vida.

Evento traumático y experiencia traumática

Tal como ya se ha esbozado, el trauma impactará de forma diferente en cada persona, en especial en la población infantojuvenil, donde una determinada situación que se estima como traumática podría no generar las mismas consecuencias y/o secuelas en diferentes niños, niñas y adolescentes.

De esta forma, es posible entender que no todos los niños y niñas que han experimentado un evento traumático lo vivencian de forma traumática. Así, por ejemplo, la separación de los progenitores puede ser vivida de forma traumática o no, dependiendo de factores de mediación o de protección de las figuras de apego, los que se abordarán a lo largo de este capítulo.

Con relación a la categoría evento traumático, Allen, Fonagy y Bateman⁶ proponen una clasificación de los eventos que pueden resultar potencialmente traumáticos para una persona, de acuerdo con su naturaleza y el nivel de implicación interpersonal del estresor, a saber:

- Estresores impersonales, como catástrofes naturales.
- Estresores interpersonales, cuando provienen de la conducta intencional o imprudente de otra persona, como los accidentes de tránsito.
- Estresores del contexto de relaciones de apego, relativos a la violencia interpersonal, como la negligencia en los cuidados hacia un niño o niña, el abuso sexual, entre otros.

Dicho lo anterior, se entenderá que un evento traumático infantil puede ser una situación determinada, como un abuso sexual, maltrato físico o negligencia, entre otras; sin embargo, cuando se hace referencia a una experiencia traumática, esta se entiende como la «experiencia en sí», es decir, se considera cómo subjetivamente ese niño o niña ha vivenciado dicha situación. En este sentido, una situación traumática será el abuso

6 En un texto de 2008, citado en CERVERA *et al.* (2020).

físico, en tanto que la experiencia traumática estará constituida por la forma psicoemocional y biológica en la que el niño o niña responde a dicho evento, su experiencia individual y relacional.⁷

En este sentido, es posible señalar que, según lo que postula Lecannelier, la diferencia fundamental entre experimentar un evento traumático y organizar una experiencia traumática, residirá en el nivel de seguridad emocional que el niño o niña ha desarrollado con sus principales cuidadores u otros adultos. Según lo que plantea el mismo autor, la calidad del apego entre el niño o niña y sus progenitores o adultos significativos, será fundamental para comprender cómo una situación traumática puede volverse una experiencia traumática.⁸ El vínculo de apego entre el niño o niña y sus cuidadores vendría siendo como un escudo de protección ante el trauma, en especial ante el trauma complejo, cuyo concepto se desarrollará a continuación; sin embargo, en muchas ocasiones el escudo puede encontrarse débil, roto e incluso ser inexistente.

Ahora bien, con relación a lo antes señalado y teniendo claro que no todos los eventos traumáticos serán vividos por el niño o niña como una experiencia traumática, es importante señalar que, entre los diversos autores que se han dedicado a estudiar la infancia vulnerada, existe consenso respecto de aquellas situaciones que podrían afectar el desarrollo adecuado de niños, niñas y adolescentes, las que se señalan a continuación:

- Abuso sexual.
- Maltrato físico y/o psicológico.
- Negligencia.
- Abandono físico o emocional.
- Pérdida o muerte del progenitor o de un cuidador significativo.
- Enfermedad del progenitor o de un cuidador significativo.
- Ser testigo de violencia intrafamiliar.
- Accidentes o catástrofes naturales.
- Matonaje escolar (*bullying*).
- Hospitalización o procedimientos médicos invasivos.
- Violencia comunitaria y social.
- Vivir o ser testigo de violencia policial.
- Tener a un progenitor (o ambos) o un cuidador significativo privado de libertad.

7 LECANNELIER (2018), KLIETHERMES *et al.* (2014).

8 LECANNELIER (2018).



- Ser víctima de actos de terrorismo o crimen organizado.
- Cambios constantes e impredecibles de cuidadores y del contexto en que se desenvuelve.

El apego y su relación con el trauma

Tal como se señaló en un comienzo, el concepto de apego es un elemento fundamental para comprender las consecuencias de los eventos traumáticos en los niños, niñas y adolescentes. Aquí se revisará en general el concepto y más adelante profundizaremos sobre su estrecha relación con el trauma complejo.

El apego o “attachment”⁹ ha sido un concepto que se ha utilizado para describir el vínculo afectivo y de tipo social que establece una persona con otra. Su característica principal radica en conductas de búsqueda de proximidad e interacción íntima que serán la base de referencia y apoyo en las relaciones con el mundo externo. La definición de apego de este psiquiatra británico refleja la importancia de las relaciones en el desarrollo temprano de un niño o niña, en tanto representa una conexión emocional duradera que se desarrolla y que actúa como un mecanismo evolutivo para ayudar a su supervivencia. Asimismo, resulta fundamental para explorar el mundo y aprender.

De acuerdo con lo señalado por López y Nieto (2016), este vínculo de apego se puede observar desde dos miradas; una emocional, que apunta a que cuando la persona está segura de la incondicionalidad de la figura de apego y de la competencia del otro para ayudar, se generan sentimientos de seguridad, estabilidad y autoestima, lo que facilita la empatía, la ternura, el consuelo, la comunicación emocional y hasta el amor entre dos personas; y otra, mental, donde el apego va construyendo un conjunto de representaciones sobre la propia figura de apego, sí mismo, la relación y la supuesta imagen que la figura de apego tiene respecto del otro.¹⁰

Entonces, si el vínculo del apego se desarrolla de manera adecuada, se genera la sensación de incondicionalidad, es decir, que la figura de apego no va a fallar ni a abandonar a la persona apegada, y de eficacia, o sea, la creencia en que el otro tiene la capacidad de proteger, cuidar y ayudar.

Es importante saber que a lo largo de la infancia se pueden establecer vínculos de apego con una o varias personas: padres, cuidadores y otros

9 BOWLBY (1969).

10 LÓPEZ Y NIETO (2016).

familiares, al igual que a lo largo de la vida adulta; sin embargo, en la niñez, a diferencia de la adultez, las relaciones entre el niño o niña y las figuras de apego tienen más asimetrías, pues se parte de la base de que existe una diferencia de edad y un nivel de desarrollo distinto entre los niños y niñas, y sus cuidadores o cuidadoras.

Siguiendo con lo planteado por Bowlby, al nacer, los seres humanos somos absolutamente dependientes de otros para nuestra subsistencia.¹¹ Sin perjuicio de lo anterior, somos además criaturas profundamente sociales, en tanto nuestras relaciones afectivas tempranas permiten el desarrollo de habilidades en diferentes ámbitos de nuestro funcionamiento. De esta forma, al crecer, aprendemos progresivamente a hacernos cargo de nosotros mismos, a nivel físico y psicológico. Respecto de esto último, el dominio de la posibilidad de autorregulación depende en gran parte de las interacciones tempranas del niño o niña con sus cuidadores / cuidadoras, aspecto fundamental para su vida futura.

En consonancia con lo anterior, la seguridad emocional es un aspecto crucial del desarrollo saludable del niño o niña, y se establece cuando las figuras de apego proporcionan un entorno consistente y receptivo, mostrándose como disponibles y responsivas ante las necesidades del niño o niña, lo que permite la exploración del mundo con confianza y el desarrollo de relaciones interpersonales sanas. Esta seguridad es la piedra angular del desarrollo de la autoestima y la capacidad de gestionar emociones y comportamientos. Un niño que se siente emocionalmente seguro está mejor equipado para enfrentar desafíos y adaptarse a nuevas situaciones a lo largo de la vida, lo que refleja la importancia fundamental de los primeros vínculos afectivos en la configuración de la salud emocional y psicológica.

El apego infantil, según la teoría desarrollada por John Bowlby, es un proceso biológico innato diseñado para asegurar la supervivencia del niño mediante el mantenimiento de una proximidad física y emocional con sus cuidadores. Este autor propuso que los niños nacen con una tendencia a buscar y mantener contacto con figuras de apego, generalmente su madre y padre, quienes actúan como una «base segura» desde la cual los niños y niñas pueden explorar el mundo y a la cual pueden regresar en busca de confort y seguridad en momentos de estrés o mie-

¹¹ BOWLBY (1969).

do.¹² Este vínculo emocional que se establece entre el niño o niñas y sus cuidadores / cuidadoras es crucial para su desarrollo emocional y social saludable. A través de interacciones consistentes y sensibles con quienes los cuidan, los niños y niñas aprenden a confiar en otros, a regular sus emociones y a desarrollar una imagen de sí mismos como dignos de cuidado y amor.

La teoría del apego destaca la importancia de las respuestas adecuadas de los cuidadores / cuidadoras durante los primeros años de vida, pues establecen las bases para los patrones de apego y las relaciones interpersonales que el niño o niña mantendrá durante toda su vida. En ese sentido, uno de los elementos claves para generar apego entre hijos / hijas y padres / cuidadores es la sensibilidad emocional de estos últimos, entendida como la capacidad para identificar, interpretar y calmar las conductas y claves que el bebé expresa, especialmente en momentos de estrés. En este sentido, es función de los cuidadores y cuidadoras interpretar las señales que el niño o niña expresa, a fin de leer lo que siente y calmarlo.

Con relación a este último punto, cabe señalar lo referente a la función de mentalización,¹³ que es la capacidad de interpretar el comportamiento propio y el de los demás sobre la base de estados mentales subyacentes, es decir, de emociones, creencias y necesidades de las personas. La mentalización es un aspecto esencial para el desenvolvimiento social y emocional, y emerge inicialmente en el contexto de las relaciones de apego. En las interacciones tempranas y posteriores entre los adultos / adultas y el niño o niña se establecen las bases para que este logre una representación coherente de sí mismo/a y de su entorno.¹⁴

Por otra parte, a lo largo de los años se han investigado los diferentes estilos de apego que se generan entre los niños y niñas y sus cuidadores / cuidadoras; esto se relaciona con cómo los cuidadores significativos han reaccionado recurrentemente en los momentos de estrés. Estas cuatro formas de apego se llaman apego seguro, apego inseguro ambivalente, apego inseguro evitante y apego desorganizado, y es importante comprenderlas para entender el surgimiento del trauma complejo.

12 BOWLBY (1969).

13 FONAGY *et al.* (1991).

14 FONAGY y TARGET (2006).

A continuación, se expondrán, siguiendo a Lecannelier, los indicadores de estrés observables en los niños y niñas según el tipo de apego que han desarrollado:¹⁵

- a) Un niño o niña con apego seguro que está estresado puede:
 - Expresar su malestar.
 - Aproximarse a algún adulto confiable para calmarse.
 - Mantener el contacto con algún adulto confiable hasta que se encuentre calmado.
 - Ser muy directo en buscar a personas para calmarse.
 - Ser una niña o niño curioso y explorador en aquellos momentos en que no se encuentra estresado.
- b) Un niño o niña con apego evitativo que está estresado puede:
 - No expresar su malestar y tratar de mostrar que nada le ocurre.
 - Evitar o no buscar el contacto con algún adulto confiable.
 - Buscar modos de calmarse solo (por ejemplo, a través de la actividad).
 - Ser una niña o niño más bien activo, que evita la interacción con los otros a través de la sobreexploración.
 - Mostrarse agresivo en algunas ocasiones.
 - En otras ocasiones, parecer un niño o niña muy sobreadaptado, precoz y hasta solitario y controlado.
- c) Un niño o niña con apego ambivalente que está estresado puede:
 - Sobreexpresar mucho malestar que aparece como rabia, frustración o impotencia.
 - Buscar constantemente el contacto con un adulto, mostrando incluso algunas dificultades para separarse de él.
 - Esperar que sea el adulto el que lo trate de calmar o resuelva alguna situación conflictiva, sin hacer intentos de hacerlo por sí mismo.
 - Sentirse temeroso, inhibido en su actividad y cauto en las interacciones, en situaciones que lo estresan.
 - Llamar la atención bajo una forma disruptiva en situaciones estresantes o impredecibles.

Respecto de la identificación de estos aspectos en cada uno de los estilos de apego antes señalados, es relevante considerar tanto la observación directa de las interacciones entre los niños y niñas y sus figuras

¹⁵ LECANNELIER (2018).

de cuidado como el levantamiento de información desde entrevistas en las que se aborden las reacciones del niño o niña ante las situaciones de estrés y la respuesta entregada por sus cuidadores o cuidadoras.

Con relación a las manifestaciones que podrían ser observables en niños y niñas con apego desorganizado, estas se abordarán más adelante, pues tienen directa relación con el trauma complejo.

Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un concepto acuñado a partir de las reacciones emocionales y físicas observadas en cientos de soldados que volvieron de la guerra. Si bien estos síntomas se habían observado desde guerras primitivas, no fue sino hasta luego de la guerra de Vietnam (1955-1975) que los profesionales vinculados a la salud sistematizaron dichas consecuencias psíquicas. De esta forma, en el año 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría introdujo en el DSM-3 el trastorno por estrés postraumático como una entidad nosológica existente y clara. Pese a que la guerra ya había concluido y los soldados ya habían regresado a sus hogares, se observaba en ellos una escasa o nula capacidad de volver a sintonizar con su entorno anterior o con su familia, y manifestaban sintomatología de ansiedad y depresión.

Durante años, los investigadores y especialistas dedicados al trabajo con la infancia vulnerada han tomado el diagnóstico de estrés postraumático para explicar las secuelas o consecuencias observadas en niños y niñas que han estado expuestos a experiencias traumáticas. Dado lo anterior, resulta importante revisar este concepto y analizar su alcance.

A modo de síntesis,¹⁶ el TEPT podría desarrollarse en personas que han estado expuestas una o más veces A UN suceso traumático o múltiples sucesos traumáticos repetidos en el tiempo) al peligro de muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o como amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa cuando el suceso les ocurrió a otros.
3. Conocimiento de que el suceso le ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.

16 ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA (2014).

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

De forma general, los síntomas del trastorno de estrés postraumático se pueden dividir en cuatro grupos:

1. Recuerdos intrusivos del evento traumático.
2. Evasión de estímulos que recuerden el evento traumático.
3. Cambios negativos en el pensamiento y el estado de ánimo.
4. Cambios en las reacciones físicas y emocionales.

En el DMS-5 se hace especial énfasis en que, en niños menores de seis años, la reexperimentación de la vivencia traumática también puede darse en sueños o representada a través de los juegos.

A continuación, se presenta una tabla que sintetiza las características del trastorno de estrés postraumático, según el DSM-5. Debe recordarse que siempre puede tratarse de un suceso traumático o de más de uno.

Tabla 1. Trastorno de estrés postraumático, de acuerdo con el DSM-5.

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o como amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
- 1) Experiencia directa del suceso traumático.
 - 2) Presencia directa ante el suceso ocurrido a otros.
 - 3) Conocimiento de que el suceso traumático le ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
 - 4) Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos o policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático y que comienzan después de que este se haya producido:
- 1) Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
 - 2) Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
 - 3) Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
 - 4) Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
 - 5) Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto en una o las dos características siguientes:
- 1) Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
 - 2) Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso traumático o estrechamente asociados a él.
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático que comienzan o empeoran después de este, como se pone de manifiesto en dos (o más) de las características siguientes:



Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ej., «estoy mal», «no puedo confiar en nadie», «el mundo es muy peligroso», «tengo los nervios destrozados»).

Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que comienza o empeora después de este, como se pone de manifiesto en dos (o más) de las características siguientes:

Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

Comportamiento imprudente o autodestructivo.

Hipervigilancia.

Respuesta de sobresalto exagerada.

Problemas de concentración.

Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Se debe especificar si se presenta:

Con síntomas disociativos:

1. Despersonalización

2. Desrealización:

Se debe especificar si se presenta:

Con expresión retardada.

Es importante señalar que si bien en la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos* del DSM-5¹⁷ señala los criterios clínicos para el diagnóstico del estrés postraumático, también incluye un apartado especial para la observación de criterios diagnósticos en niños y niñas menores de seis años, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla:

17 ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA (2014).



Tabla 2. Criterios diagnósticos de TEPT para niños y niñas menores de 6 años.

A. En niños menores de seis años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o como amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- 1) Experiencia directa del suceso traumático.
- 2) Presencia directa del suceso ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.
- 3) Conocimiento de que el suceso traumático le ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes, asociados al suceso traumático y que comienzan después de este:

- 1) Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
- 2) Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
- 3) Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
- 4) Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
- 5) Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso traumático.

C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso traumático o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso traumático que comienza o empeora después de este:

Evitación persistente de los estímulos

- 1) Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso traumático.
- 2) Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso traumático.

Alteración cognitiva

- 1) Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
- 2) Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
- 3) Comportamiento socialmente retraído.
- 4) Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que comienza o empeora después de este, como se pone de manifiesto en dos (o más) de las características siguientes:

- 1) Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
- 2) Hipervigilancia.
- 3) Respuesta de sobresalto exagerada.
- 4) Problemas con concentración.
- 5) Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Se debe especificar si se presenta:

Con síntomas disociativos:

1. Despersonalización
2. Desrealización.

Se debe especificar si se presenta:

Con expresión retardada.



Uno de los aspectos que recalca el DSM-5 es que, en el caso de niñas y niños, los recuerdos espontáneos e intrusivos del evento traumático pueden no ser necesariamente angustiosos y pueden expresarse a través de la recreación del juego.

Ahora, si bien el diagnóstico de TEPT recoge una importante variedad de síntomas observados en niños y niñas que han vivido experiencias traumáticas, diversos autores han especificado que tal categoría nosológica no logra dar cuenta de la complejidad de la vivencia de trauma en la infancia. En este sentido, Lecannelier postula que el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático tiene el indicador temporal de «pos», entendiendo que para que el niño o niña reciba el diagnóstico debe haber existido previamente una vivencia traumática; sin embargo, ignora que hay niños y niñas que en la actualidad están siendo víctimas de experiencias de trauma como un continuo en sus vidas, no existiendo en esos casos aún el momento postraumático.¹⁸ Además, el concepto de TEPT no considera el rol fundamental que tiene el vínculo de apego del niño o niña con sus figuras significativas y/o cuidadores / cuidadoras, tanto como causa como en cuanto a la solución frente a la experiencia del trauma infantil.

En esta misma línea de diagnósticos manifestada en el DSM-5, es posible apreciar una categoría identificada como «trastorno de estrés agudo», que se ha utilizado para diagnosticar a niños y niñas que han vivido situaciones traumáticas. Los criterios de diagnóstico en este caso están sintetizados en la siguiente tabla. Al igual que en todos los casos anteriores, siempre puede tratarse de un solo evento traumático o múltiples sucesos traumáticos.

18 LECANNELIER (2018).



Tabla 3. Criterios de diagnóstico del trastorno de estrés agudo.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- 1) Experiencia directa del suceso traumático.
- 2) Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
- 3) Conocimiento de que el suceso traumático le ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
- 4) Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos o policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de la cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienzan o empeoran después del suceso traumático:

Síntomas de intrusión

- 1) Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
Nota: en los niños y niñas se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso traumático.

- 2) Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso.

Nota: en los niños y niñas pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

- 3) Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Nota: en los niños y niñas, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

- 4) Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan el suceso traumático o se parecen a un aspecto de este.

Estado de ánimo negativo

- 5) Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

- 6) Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse a uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, percibir lentitud del tiempo).

- 7) Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores, como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

- 8) Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso traumático o estrechamente asociados a este.

- 9) Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso traumático o estrechamente asociados a este.

Síntomas de alerta

- 10) Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

- 11) Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

- 12) Hipervigilancia.

- 13) Problemas con la concentración.

- 14) Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

Nota: los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir con los criterios del trastorno.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve), y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Expuestos los anteriores criterios de diagnóstico, es posible señalar que en los diferentes estudios e investigaciones realizadas, los expertos en trauma reconocen cada vez más que existe otra forma de trauma que involucra experiencias y síntomas prolongados y repetidos que a menudo no se manifiestan como los manuales lo indican.

Como se verá más adelante, el trauma complejo no es un diagnóstico recogido en un manual, sino que más bien es un concepto que describe cómo las experiencias perturbadoras y peligrosas crónicas afectan a las personas, en especial a los niños, niñas y adolescentes.

Según lo señalado por Kliethermes *et al.*, la extensa literatura e investigaciones relacionadas con la temática han dejado en evidencia que la experiencia de un trauma complejo da como resultado un conjunto de síntomas significativamente diferente a los descritos por las categorías nosológicas conocidas, pues estas no recogen de manera precisa y exhaustiva las secuelas del trauma complejo, que incluyen la regulación afectiva, la conciencia, la autopercepción, la percepción del perpetrador, las relaciones con los demás, los sistemas de creencias y significados, las alteraciones en la atención y la conciencia, la somatización y las alteraciones en la capacidad de autorregulación.¹⁹

¿Qué entendemos por trauma complejo?

Tal como se ha venido señalando, las definiciones de trauma en general y, particularmente, la de trastorno por estrés postraumático son insuficientes para aquellas consecuencias relacionadas con la violencia interpersonal que sufren niños y niñas durante su infancia, en la interacción con sus figuras significativas.²⁰ Este tipo de trauma se refiere a múltiples y/o prolongados eventos traumáticos, a menudo de naturaleza interpersonal, que suceden en un periodo crítico de desarrollo en la infancia. A lo anterior apunta la emergencia del concepto de trauma complejo, también conocido como trauma complejo del desarrollo.

¹⁹ KLIETHERMES *et al.* (2014).

²⁰ HERMAN (1992).

En esa misma línea, Cook *et al.* señalaron que este tipo de trauma se caracteriza por su carácter crónico, de vínculos interpersonales, de inicio en etapas tempranas de la vida y que puede afectar todas las áreas de funcionamiento de un niño o niña.²¹

Por su parte, otros autores plantean una definición más amplia del trauma complejo, señalándolo como el trastorno que llega a sufrir una persona debido a la acumulación de traumatización crónica, es decir, cuando ha permanecido en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, generándose una cronificación del daño y la sintomatología.²²

Según lo señalado por Kliethermes *et al.*, las definiciones con relación a lo que se entenderá por trauma complejo pueden tener diferentes énfasis, dependiendo si se cuenta el número de eventos traumáticos que ha vivido el niño o niña, el tipo de evento traumático experimentado, el período del desarrollo en el que ocurren el evento o los eventos y el perfil del síntoma resultante.²³ Esto da cuenta de que no es un concepto de fácil comprensión, pues aborda un conjunto de diferentes elementos, y tiene como centro la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia con características de crónicas, las que a su vez socavan el desarrollo de la personalidad del niño o niña y la confianza fundamental en las relaciones con otros.

Entonces, el trauma complejo es “la experiencia [de] haber sufrido múltiples traumatizaciones, específicamente de origen interpersonal, y con consecuencias nefastas para el desarrollo del niño”.²⁴ De esta forma, las personas que sufren de trauma complejo generalmente tienen una historia de victimización en la infancia por parte de sus cuidadores o cuidadoras principales o primarios.

Para Lecannelier, el trauma complejo presenta cuatro características principales:

- a) Estar o haber estado expuesto a múltiples experiencias traumáticas, tales como maltrato, abuso, negligencia, violencia intrafamiliar, accidentes, *bullying*, pérdidas significativas, entre otras.
- b) Desorganización sistémica del cuerpo y la mente, a nivel biológico, somático, emocional, cognitivo, psicológico, relacional, social y cultural.

21 COOK *et al.* (2005).

22 NIETO Y LÓPEZ (2016).

23 KLIETHERMES *et al.* (2014).

24 VAN DER JOLK (2005).



- c) Representación e imagen de la realidad y de sí mismo alterada, consistente en autoestima extremadamente negativa, desconfianza de los otros, inseguridad emocional, autorresponsabilidad, culpa, visión de desamparo del presente y el futuro.
- d) Alteración en todos los ámbitos de la vida, tales como el familiar, educacional, vocacional, legal, de pares y con relación a la sociedad.²⁵

Por su parte, Herman plantea que las alteraciones principales del trauma complejo se configuran de la siguiente forma:

- a) Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos, lo que se relaciona con la posibilidad de modular la rabia y las conductas autodestructivas.
- b) Alteraciones en la atención y la consciencia, las que pueden configurarse como embotamiento, lentitud en el procesamiento del pensamiento, dificultades en la atención y concentración, entre otras.
- c) Alteraciones en la autopercepción, relativas a un sentido crónico de culpabilidad y vergüenza.
- d) Alteraciones en la percepción de la(s) figura(s) maltratante(s), pudiendo relacionarse con esta mediante la aceptación, la dependencia e, incluso, la incorporación de su sistema de creencias.
- e) Alteraciones en las relaciones con los otros, en cuanto a su capacidad para confiar e intimar, acompañada de sensación de vulnerabilidad y peligro en relaciones afectivas más intensas e íntimas.
- f) Somatización y/o problemas médicos, las que pudiesen tener conexión con los abusos vividos, o bien como somatizaciones.
- g) Alteraciones en el sistema de significados respecto de un sentido de desesperanza acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.²⁶

El trauma complejo suele ser el resultado de experiencias interpersonales negativas y crónicas como abuso, abandono o violencia en el hogar o la comunidad del niño, niña o adolescente. Dado que la familia y su entorno serán un factor fundamental en este, es frecuente que sean los padres / madres o los cercanos los responsables de este daño. Teniendo en consideración que el daño viene causado por el entorno en que está inserto, es muy difícil que el niño o niña pueda desarrollar un sentido de seguridad y confianza en los adultos o adultas.

²⁵ LECANNELIER (2018).

²⁶ HERMAN (1992).

Según lo señalado por Nieto y López, las investigaciones son contestes en que los eventos subyacentes a un trauma complejo suelen cumplir con los siguientes criterios:

- Son seriamente negativos, como abuso, abandono y violencia.
- Se producen durante un largo período de tiempo.
- Afectan la capacidad del niño o niña para relacionarse con los demás y establecer vínculos de confianza con sus cuidadores / cuidadoras y otras figuras de autoridad.²⁷

Dado lo anterior, se hace énfasis en que, cuando se habla de trauma complejo, se está refiriendo al daño que tiene una persona debido a la acumulación crónica de traumatización. Las autoras señalan que lo anterior puede generarse tanto cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, cronificándose el daño y la sintomatología, como cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, experiencias traumáticas que devienen en trauma complejo por acumulación del daño.

Es importante señalar que no todas las personas que han vivido situaciones traumáticas desarrollarán un trauma complejo, pues para que esto ocurra deben confluir diferentes factores. Es por esto que, para comprender el vínculo entre las experiencias traumáticas complejas y sus consecuencias, es importante considerar un enfoque multifactorial.

En este sentido, Kliethermes *et al.*, manifiestan que existen factores intrínsecos y extrínsecos al niño o niña y su adaptación.²⁸ La combinación de estos puede explicar –de alguna manera– la respuesta de ese niño, niña o adolescente a las situaciones traumáticas y el eventual desarrollo posterior del trauma complejo.

A continuación, se ofrece un breve desarrollo de dichos factores.

Problemas familiares

Los padres / madres o cuidadores cercanos son, en general, la fuente principal del trauma complejo en niños, niñas o adolescentes. Si bien se postula que los padres / madres son los responsables de cuidar y proteger a sus hijos e hijas, esto no siempre es así; los padres / madres y cuidadores cercanos pueden llegar a generar daño emocional en los niños y niñas a través del desarrollo de un apego inseguro e incluso desorganizado.

²⁷ NIETO Y LÓPEZ (2014).

²⁸ KLIETHERMES *et al.* (2014).

Según Kliethermes *et al.*, hasta en un 90 % de las niñas y niños maltratados es posible observar un estilo de apego inseguro y en más de la mitad de ellos se presenta un apego desorganizado.²⁹ Este patrón de apego desorganizado se asocia a la dificultad de regular de forma adecuada las emociones, a problemas de externalización y al deterioro del funcionamiento social.

Cuando quien infringe daño al niño, niña o adolescente es su cuidador cercano o su familia, el trauma se complejiza aún más, pues no es un extraño el que genera daño, sino aquella persona que debe cuidar y proteger, aquella persona en la que se debería poder confiar. Dado que esto no se cumple, la relación constituye una amenaza para la supervivencia. Esto puede provocar que el niño o niña tienda a alejarse de dicho cuidador, interrumpiendo, de esta forma, la relación de apego que debería brindarle seguridad y protección. Lo anterior se conoce como «trauma por traición». También es posible que el niño, niña o adolescente permanezca –subjetivamente– inconsciente de la traición, lo que se identificará como «ceguera por traición». Esto le permite preservar una (irreal) sensación de seguridad, lo que, si bien le posibilita sentirse medianamente seguro en su entorno cercano, lo lleva a utilizar mecanismos como la disociación junto con una alteración de la cognición, lo que generará en el futuro la presencia de alteraciones en su salud mental y el funcionamiento interpersonal.

En adición a lo anterior, es altamente probable que, cuando el trauma se origina en la familia, se produzcan importantes adversidades secundarias para los niños, niñas y adolescentes, como lo es un cambio de residencia, o la adaptación a nuevos cuidadores, hogares y escuelas, entre otras. Por lo tanto, la disgregación de la familia y los amigos, la falta de certeza acerca del futuro, la pérdida de rutinas familiares, entre otros factores, pueden exacerbar los síntomas relacionados con el trauma primario desarrollar progresivamente lo que ya se ha definido como trauma complejo.

El trauma complejo, especialmente en contextos familiares, puede tener efectos profundos y duraderos tanto en la dinámica familiar en su conjunto como en cada uno de sus miembros. Los problemas familiares relacionados con el trauma complejo pueden variar ampliamente, pero aquí se destacan algunos de los más comunes (Van der Kolk, 2014; Spinazzola *et al.*, 2021):³⁰

29 Ídem.

30 VAN DER KOLK (2014), SPINAZZOLA *et al.* (2021).

- Desregulación emocional: dificultades significativas en manejar emociones, lo que puede resultar en explosiones de ira, tristeza profunda o ansiedad. Esto puede desestabilizar las relaciones familiares y crear un ambiente de tensión y de incertidumbre para el niño o niña.
- Problemas de comunicación: el trauma puede alterar la forma en que los miembros de la familia se comunican, llevando a malentendidos, conflictos y distanciamiento emocional.
- Dificultades en las relaciones: el trauma puede afectar la capacidad de confiar en los demás, lo que puede hacer que sea difícil establecer y mantener relaciones saludables dentro de la familia. Esto puede incluir aislamiento, dependencia o relaciones conflictivas y caóticas.
- Roles familiares disfuncionales: A menudo, el trauma lleva a roles distorsionados dentro de la familia, donde los niños y niñas pueden asumir responsabilidades de adultos o los padres pueden volverse excesivamente dependientes de sus hijos o hijas, de modo que estos les brindan apoyo emocional a los adultos.
- Repetición de patrones de trauma: las familias afectadas por el trauma complejo pueden repetir inconscientemente patrones de abuso, negligencia o violencia, perpetuando el ciclo de trauma de manera intergeneracional.
- Problemas de salud mental y física: los miembros de la familia pueden experimentar una variedad de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático, así como problemas de salud física que son exacerbados por el estrés crónico y la desregulación emocional.
- Impacto en la crianza: los padres y madres que en su infancia han experimentado trauma pueden tener dificultades para proporcionar un entorno de crianza estable y consistente.

Resiliencia/afrentamiento

Tal como ya se ha señalado, la familia es el entorno social primero y generalmente el más importante de un niño o niña y, como tal, desempeña un papel fundamental a la hora de determinar cómo los niños, niñas y adolescentes se adaptan a la exposición a traumas complejos. Si bien hay factores que no se pueden manejar, como el tipo y duración de un

trauma, sí hay elementos característicos de las familias, como la resiliencia y adecuadas prácticas parentales, que pueden contribuir al trauma o exacerbar sus síntomas.

Según lo señalado por Kliethermes *et al.*, las prácticas parentales pueden mediar el impacto del trauma en niños y niñas, pese a que al interior de la familia se vivan situaciones de maltrato y violencia intrafamiliar.³¹ Los autores señalan que se ha encontrado que una crianza hostil/coercitiva se asociaba con una mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático y síntomas de internalización en niños y niñas expuestos a traumas, mientras que una crianza comprometida y solidaria se asociaba con mayores niveles de adaptación a la situación.

En este sentido, la crianza de los cuidadores / cuidadoras y la respuesta de cuidado y apoyo luego de ocurrida una situación de trauma incluye tres factores importantes: creer y validar la experiencia del niño o niña, tolerar sus afectos y la regulación de los cuidadores / cuidadoras de su propia respuesta emocional. De otra forma, cuando los padres, madres o cuidadores no reconocen la experiencia traumática en los niños y niñas, estos no pueden integrar las experiencias traumáticas ni desarrollar estrategias positivas para afrontarlas. Dado lo anterior, su recuperación emocional se ve dificultada.

Nunca se debe olvidar que el apego seguro puede mitigar el impacto de factores estresantes para el niño, niña o adolescente, apoyando una mejor recuperación después de la exposición a un trauma.

Problemas sistémicos

Los niños, niñas y adolescentes que han sido ingresados en los sistemas de protección infantil generalmente presentan altas tasas de exposición al trauma, incluida la exposición a traumas complejos. Según lo señalado por Kliethermes *et al.*, los NNA con historias traumáticas complejas que se encuentran bajo la protección del Estado presentan mayor sintomatología asociada a la salud mental, incluidos síntomas de estrés traumático, en comparación con los niños y niñas que presentan otros tipos de trauma.³²

³¹ KLIETHERMES *et al.* (2014).

³² Ídem.

Dado lo anterior, es importante conocer las trayectorias adversas de cada uno de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al sistema de protección, toda vez que desconocer su historia puede potenciar el daño emocional que ya traen de una biografía compleja.

Según lo que plantea Nieto y López, es importante recordar que no todas las personas que sufren diversos traumas desarrollan trauma complejo, pero este siempre implica haber sufrido múltiples traumas.³³

Experiencias adversas en la infancia y sus consecuencias en el desarrollo infantil

Dadas las definiciones de trauma complejo antes vistas, es relevante considerar, por una parte, la frecuencia de la exposición a experiencias traumáticas complejas y, por otra, la frecuencia de resultados traumáticos complejos en respuesta a dicha exposición. A partir de lo anterior, las consecuencias en el desarrollo de los niños y niñas pueden ser devastadoras, tanto por su intensidad como por su cronicidad.

Diversos autores concuerdan en que las repercusiones del trauma complejo en el desarrollo infantil estarán influidas por el período evolutivo durante el cual ocurre la exposición al trauma, lo que, probablemente, afecte la etapa de desarrollo posterior.

Según lo señalado por Kliethermes *et al.*, el impacto del daño psicoemocional parece ser más crónico y grave cuando la exposición al trauma tiene un inicio más temprano, posee una mayor cronicidad, se traduce en múltiples tipos de experiencias traumáticas y es de naturaleza interpersonal.³⁴

En este sentido, vuelve a ser importante retomar el concepto de apego y, en especial, lo que se ha señalado como el patrón de apego desorganizado. Tal como se indicó, los estilos organizados de apego consideran aquellos que son seguros, con evitación o ambivalencia, pues aunque sus vínculos no hayan sido netamente seguros, en el caso de los dos últimos, los niños y niñas han aprendido durante sus primeros años de vida una forma continua, estable y predecible para apegarse a sus cuidadoras o cuidadores.

Como señala Lecannelier, la dificultad se encuentra cuando los niños y niñas no saben qué hacer para buscar proximidad, disponibilidad,

33 NIETO Y LÓPEZ (2016).

34 KLIETHERMES *et al.* (2014).

protección y regulación de lo que están sintiendo, es decir, del estrés que están viviendo.³⁵ Lo anterior está dado por el mismo cuidador, es decir, es el progenitor/cuidador la fuente y el origen de las situaciones estresantes. Si bien la función del apego es regular el estrés a través de la «calma» (entre otras herramientas) que entregan los adultos / adultas a los niños y niñas, la dificultad se genera cuando es el adulto la causa misma del dolor y, por ende, del estrés, pues esto ocasiona lo que se denomina «paradoja vincular». Según lo que plantea el autor, el niño o niña razona de la siguiente manera: «si me acerco, me tengo que alejar (por el miedo), y si me alejo, me tengo que acercar (por la soledad y el abandono)». Dicha paradoja se hace imposible de resolver en el cerebro inmaduro de niñas y niños pequeños, quienes no poseen herramientas para elaborar una estrategia que organice un vínculo de apego estable y predecible. Esto generaría un torbellino de sensaciones físicas y emocionales, caos y terror en el niño o niña, el que, por ende, se desorganiza.

Las emociones de miedo, abandono y soledad que le generan estrés no son calmadas por los adultos / adultas, lo que se va convirtiendo en parte de la experiencia diaria del niño o niña, quien siente miedo en las interacciones, miedo de la persona que –en teoría– debería protegerlo, contenerlo y enseñarle a manejar el estrés para un desarrollo sano de sí mismo.

Es fundamental considerar lo anterior en la generación del trauma, pues las sensaciones y emociones que vive el niño o niña son las semillas del trauma complejo. Ahora, es importante preguntarse cuáles son las conductas de cuidado que tienden a desorganizar el apego de un niño o niña. Según Lecannelier (2018), al comienzo de varios estudios se postulaba que estas estaban relacionadas con el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia; sin embargo, el autor propone una gama de «conductas de cuidado desorganizantes» que no son tan evidentes y pueden resultar confusas de identificar para un niño o niña, lo que le hace imposible desarrollar una estrategia para enfrentarlas de forma adecuada y con menos riesgo emocional.³⁶

Las conductas de cuidado desorganizantes se dividirían en dos tipos, a saber:

35 LECANNELIER (2018).

36 Ídem.

a) Atemorizantes

- Conductas inadecuadas en momentos de estrés del niño o niña, como burlarse o reírse de él cuando está llorando o angustiado, expresar un falso afecto al tratar de calmarlo, asustarlo, minimizar lo que siente, ser intrusivo, brusco o cambiante en la forma de relacionarse con él.
- Conductas sexualizadoras.
- Conductas negativas físicas y verbales, como tratarlo de forma brusca y agresiva, empujarlo, tirarle objetos o usarlos de forma acelerada y fuente cerca del niño, gritarle, burlarse, reírse de él, castigarlo exageradamente, criticarlo y descalificarlo, ponerle nombres o etiquetas negativas.
- Conductas inadecuadas en momentos de estrés del niño o niña, como no prestarle atención cuando llora, no contenerlo físicamente, alejarlo, evitar el contacto, la mirada y la palabra.
- Confusión de roles, donde el adulto se comporta de modo pasivo e infantil con el niño o niña, especialmente en momentos de estrés.

b) Atemorizadas

Son conductas muy sutiles, pero son índices de que el cuidador siente un miedo (no consciente) hacia el niño o niña.

Es importante señalar que estas conductas, por sí mismas y de forma aislada, no generan un patrón de apego desorganizado en los niños y niñas, pues, para que esto ocurra, deben presentarse de forma sistemática en el vínculo entre adultos / adultas y niños o niñas.

No hay que olvidar que si los adultos cuidadores o progenitores tienen la función de cuidar y asegurar la sobrevivencia de los niños y niñas, el mayor problema es cuando ellos se convierten en aquellos que infligen el daño. Entonces, a los niños y niñas se les hace inevitable empezar a desarrollar una sensación física y emocional de que los otros siempre te abandonarán, te dañarán y no estarán disponibles en momentos de estrés. Lo anterior traerá consecuencias complejas, que serán tratadas en otro apartado.

Ahora, también es importante saber que no necesariamente las experiencias dolorosas van a llevar al desarrollo del trauma, sobre todo si estas han sido adecuadamente mentalizadas, reguladas, validadas y contenidas por las figuras de apego.

Tal como se ha señalado anteriormente, el apego desorganizado es un caldo de cultivo para el desarrollo del trauma complejo; dicho proceso se va instalando paulatinamente en los niños y niñas, no solo afectando su emocionalidad y sus relaciones interpersonales, sino también aspectos básicos de su biología y su desarrollo cerebral.

Según Kliethermes *et al.*, la exposición temprana a situaciones traumáticas puede provocar cambios estructurales y funcionales en el desarrollo del cerebro de los niños y niñas.³⁷ Se ha estudiado que las áreas del cerebro más afectadas por la exposición al trauma son las estructuras que forman el sistema de respuesta al estrés, pues ya hemos visto cómo las niñas y niños con un apego desorganizado no han aprendido a enfrentar dichas situaciones. Según el autor, los hallazgos neurobiológicos después de una exposición a un trauma incluirán los siguientes:

- Una desregulación neuroendocrina.
- Una reducción del volumen del hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal.
- Una disminución del tamaño del cuerpo caloso.

Dichos cambios estructurales serían los causantes de la sintomatología postraumática del trauma, tal como se ha expuesto anteriormente (hiperexcitación, reexperimentación, desregulación emocional y conductual, disociación, entumecimiento, dificultades de atención y déficits de funciones ejecutivas). Los cambios señalados ayudan a fomentar una vía de desarrollo alternativa para poder adaptarse al estrés.

De esta forma, la estructura del cerebro de los niños y niñas va cambiando, observándose que los sistemas biológicos pasan de centrarse en el aprendizaje a centrarse en la supervivencia. El niño o niña va aprendiendo a entregar respuestas autónomas y rápidas que eviten mayor daño, de forma que no hay lugar para un aprendizaje complejo y/o adaptativo.

Tal como plantean Kliethermes *et al.*, el cerebro centrado en la supervivencia puede defenderse del daño inmediato, pero lo hace a expensas de sistemas que previenen el agotamiento, las lesiones y las enfermedades y promueven la autorregulación y el aprendizaje, por lo que no resulta extraño encontrar niños y niñas con trauma complejo que muestren alteraciones en dichas áreas.³⁸

37 KLIETHERMES *et al.* (2014).

38 Ídem.

Las alteraciones en la estructura cerebral no solo producirán deficiencias afectivas, somáticas, conductuales e interpersonales, sino también otros déficit en los niños y niñas, como los trastornos del habla o del lenguaje, y déficit en las funciones ejecutivas y en la capacidad cognitiva en general. Las investigaciones realizadas han puntualizado que un inicio más temprano junto a una mayor duración de la exposición al trauma se asocian con cambios estructurales más significativos en el cerebro.

Existen diversos y numerosos estudios que han procurado dar cuenta de las repercusiones del trauma complejo; si bien aún no existe un perfil claro de este, hay cierta convergencia en que los actuales manuales de clasificación diagnóstica no logran capturar lo severo del impacto en el desarrollo infantil de las experiencias adversas.

Según lo planteado por Kliethermes *et al.*, es posible observar las secuelas del trauma complejo en las siguientes manifestaciones:

1. Desregulación del afecto y el comportamiento.
2. Alteraciones en la atención/conciencia, cognición y procesamiento de la información.
3. Dificultades interpersonales.
4. Distorsiones en las atribuciones.
5. Interferencia en el desarrollo neurológico y fisiológico (biología del trauma).³⁹

A continuación, se desarrollará cada uno de estos puntos para que puedan comprenderse en mayor profundidad.

Desregulación del afecto y el comportamiento

En general, este es uno de los aspectos más evidentes en los niños y niñas que presentan un trauma complejo; síntomas como la ansiedad, la depresión, la ira y la agresión pueden estar presentes, pues las situaciones traumáticas que han vivido tienen el potencial de afectar la forma en que afrontan sus emociones. Se ha observado una dificultad para acceder a las emociones e identificarlas, lo que no solo perjudica su capacidad de tolerar la expresión emocional, sino también de regular sus impulsos.

Esta desregulación del comportamiento puede presentarse como patrones de comportamiento escasamente regulados o, por el contrario,

³⁹ Ídem.



excesivamente controlados. Un comportamiento altamente regulado tiene la función de gestionar el afecto que le resulta abrumador al niño, niña o adolescente y los sentimientos de impotencia que le surgen; de esta forma, el control rígido le ayuda a «mantener bajo control» su forma de actuar a través de rutinas establecidas. Por su parte, un comportamiento desregulado y poco controlado es una muestra de un déficit en el control de sus impulsos y la planificación, además de un déficit en su funcionamiento ejecutivo, que no le permite prever las consecuencias de sus actos.

Es importante señalar que ambos extremos muestran los intentos de adaptación al estrés abrumador del trauma complejo en los niños, niñas y adolescentes; se trata de la forma en que pueden –o aprenden– a afrontar sus experiencias. Sin embargo, paradójicamente, son estos mismos extremos los que los ponen en mayor riesgo de vivir una mayor traumatización, pues estas detrimentadas capacidades para regular sus emociones y sus acciones los dejan sin las habilidades necesarias tanto para enfrentar situaciones sociales como para responder conductualmente a ellas.

Alteraciones en la atención/conciencia, cognición y procesamiento de la información

De acuerdo con lo investigado por Kliethermes *et al.*, las alteraciones de la atención y la conciencia pueden presentarse como disociación, falta de atención, falta de curiosidad sostenida, o dificultad para planificar y anticipar, entre otras alteraciones.⁴⁰ Lo anterior muestra que los niños, niñas y adolescentes que experimentan trauma complejo utilizan la evitación como parte fundamental de su interacción. Pese a que la evitación es una respuesta traumática común, en el caso de un trauma complejo, la evitación se vuelve aún más extrema y se generaliza en síntomas como disociación, pérdida de memoria y deterioro del funcionamiento ejecutivo.

En adición a lo anterior, los síntomas disociativos pueden presentarse como pérdida de memoria, despersonalización, desrealización, desconexión y entumecimiento. Si bien la disociación desempeña un papel único en las secuelas generales de un trauma complejo, también contri-

40 Ídem.

buye a las dificultades en las relaciones, pues en la medida que aumenta la disociación, aumenta el deterioro de las habilidades interpersonales.

Es importante señalar que la dificultad en prestar atención y la continua activación en los niños, niñas y adolescentes ha creado un debate sobre la comorbilidad del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en quienes que han experimentado un trauma complejo; no obstante, aún no existe evidencia sólida que apunte a que este pueda ser un factor de riesgo para el TDAH.

Dificultades interpersonales

El trauma complejo tiene el potencial de causar una variedad de dificultades interpersonales que se manifiestan a través de la dificultad de confiar en otros y sí mismo, una baja efectividad interpersonal, revictimización, victimización de otros y límites deficientes. Lo anterior tiene su origen en la mala calidad del apego primario y la representación interna de la niña o niño de sí mismo en relación con los demás, por lo que resulta comprensible que el conjunto de síntomas resultantes sean interrupciones en la capacidad para desarrollar habilidades interpersonales adaptativas de alta calidad.

Ha sido posible establecer que los niños, niñas y adolescentes con historias traumáticas complejas a menudo no experimentan seguridad en sus relaciones y no son capaces de utilizar sus relaciones de cuidado primario como una base segura sobre la cual desarrollar modelos de trabajo interno y con los demás.

A lo anterior se suma que, frecuentemente, suelen vivenciar factores estresantes traumáticos secundarios, como puede ser la reubicación familiar o las transiciones en la composición familiar, lo que dificultará aún más la capacidad de desarrollar mejores habilidades interpersonales y relaciones de apego de calidad, al ser factores de riesgo adicionales que deben superar.

Distorsiones en las atribuciones

Todo lo antes señalado, como las alteraciones en el apego y la capacidad de regular las emociones y los impulsos, generalmente está vinculado con la evolución de las distorsiones acerca de uno mismo, de los demás y del mundo. Ahora, tal como ya se ha señalado, el trauma complejo

frecuentemente ocurre dentro del contexto de relaciones formativas de cuidado que moldean las creencias de los niños, niñas y adolescentes, por lo que dichas experiencias traumáticas pueden implicar el desarrollo de creencias distorsionadas sobre sí mismos y/o el mundo. Esta información es útil para afrontar el trauma, su entorno y los síntomas resultantes, como el surgimiento de sentimientos de culpa, baja autoestima y baja autoeficacia, lo que a su vez va sentando las bases tanto para las relaciones sociales como para la salud mental general.

Interferencia en el desarrollo neurológico y fisiológico (biología del trauma)

Si bien este aspecto es un tema que merece tratamiento en extenso por sí mismo, es fundamental señalar que el impacto neurobiológico del trauma puede impedir la maduración de estructuras cerebrales específicas, alterar las respuestas neuroendocrinas, y desregular la coordinación tanto de la cognición como de las emociones y el comportamiento.

Concretamente, el trauma y su impacto biológico puede disminuir la conciencia general que tienen los niños y niñas de sus cuerpos, manifestarse a través de síntomas somáticos, aumentar la irritabilidad eléctrica en las estructuras límbicas, y conducir a enfermedades y comportamientos de riesgo graves para la salud a largo plazo.

Siempre es importante recordar que el trauma complejo puede interferir con muchos procesos de desarrollo neurológicos y fisiológicos, causando un compromiso biológico importante y un déficit en la salud mental. Por lo tanto, conocer a cabalidad el impacto de aquel en los niños y niñas puede ayudar a optimizar los factores protectores y desarrollar estrategias más efectivas de intervención o recuperación.

Variación en la sintomatología en las víctimas de violencia

Pese a la evidencia de los efectos dañinos de la violencia interpersonal, no existe una configuración consistente de síntomas en todas las víctimas e incluso algunas no presentan sintomatología, o bien la presentan después de mucho tiempo.⁴¹

41 ECHEBURÚA y GUERRICAECHEVARRÍA (2005).

Por ejemplo, en un estudio chileno con adolescentes víctimas de abuso sexual infantil que se encontraban iniciando una terapia reparatoria, se observó que habían quienes presentaban baja, moderada y alta sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático.⁴² Esta variabilidad puede ser poco comprendida por los profesionales del área jurídica, quienes pueden llegar a argumentar que una persona que no presenta sintomatología o que presenta un nivel bajo de sintomatología no sufrió eventos graves o incluso que está simulando. Sin embargo, existen varias explicaciones de la baja sintomatología que permiten comprender las razones de que se produzca, pese a que la persona puede haber sufrido situaciones graves:

- a) Ausencia de síntomas aparentes, producto de fenómenos disociativos. Es común que las víctimas de eventos traumáticos presenten algunas expresiones de disociación que enmascaran otros síntomas más agudos y que dan la apariencia de que la persona no ha sido afectada por la situación traumática.

La disociación corresponde a un proceso en que el individuo que enfrenta una situación estresante o adversa percibe y responde a los estímulos de su entorno sin integrar sus sensaciones físicas, sus pensamientos y sus emociones. De esta manera, el individuo puede responder de una forma diferente a lo esperado, puede presentar vacíos de memoria y no recordar el acontecimiento, o bien puede expresar emociones no esperables dado el acontecimiento o no expresar ninguna emoción en absoluto.

En el contexto del estudio del trauma, se ha establecido que cierto tipo de reacciones disociativas serían adaptativas dado que le permitirían al individuo soportar experiencias extremas.

Por ejemplo, una niña de ocho años abusada sexualmente por su abuelo materno no recordaba nada de lo sucedido y no presentaba sintomatología atribuible a los supuestos hechos de abuso. Al no ser capaz de dar un relato detallado de la situación y al aparentemente no presentar sintomatología, la fiscalía decidió no continuar con la investigación del caso, por falta de antecedentes.

Luego de que la niña dejó de tener contacto con el abuelo (y comenzó a estar en un espacio seguro), dentro de un proceso terapéutico la niña comenzó a recordar lo que le sucedía. En el proceso

42 GUERRA y FARKAS (2015).

terapéutico se pudo constatar que mientras era abusada –y dado que no tenía cómo evitar por sí misma los abusos–, la niña comenzó a focalizar su atención en lo que transmitía la televisión. Eso le permitía soportar lo sucedido, evadirse de la situación para evitar el sufrimiento físico y emocional, pero también generaba que no recordara lo sucedido. Posteriormente, estando en un contexto seguro, con disponibilidad de ayuda, esa estrategia disociativa dejó de ser adaptativa. La niña recordó lo sucedido y con ello afloraron otros síntomas, como la depresión y el estrés postraumático, los que fueron tratados por profesionales especializados.

El proceso de disociación no es algo voluntario, que los niños, niñas y adolescentes pueden controlar. En la disociación están presentes procesos neurobiológicos vinculados con mecanismos de supervivencia. Por esta razón, en los tribunales de familia se debe estar consciente de la posibilidad de que este tipo de procesos operen. Son parte normal del proceso de enfrentamiento al trauma y no deben ser considerados como un indicador de falsedad en las denuncias.

- b) Ausencia de síntomas producto de la normalización del maltrato y la poca conciencia del niño o niña de que los actos constituyen maltrato. También es común que niños, niñas o adolescentes que han sido socializados en un ambiente abusivo desarrollen un marco de creencias en el que se considere que esas prácticas son normales y, por tanto, no se observa sintomatología aparente hasta que el niño o niña entra en contacto con otros agentes socializadores que lo ayudan a tomar conciencia de lo sucedido y a reconocer que ciertas experiencias constituyen vulneraciones graves. En estos casos, la sintomatología recién puede aparecer luego de ese proceso de toma de conciencia.

Por ejemplo, muchos abusos sexuales son cometidos por agentes cercanos afectivamente a los niños y niñas. En estos casos, los abusos pueden haber comenzado en fases tempranas de la niñez, sin violencia explícita, como parte de «juegos» y disfrazados como «manifestaciones de cariño».

De esta forma, los niños y niñas pueden creer que este tipo de contacto es normal, presentando en algunos casos conductas sexualizadas propias o con relación a otros sin presentar manifestaciones sintomáticas aparentes. Cuando los niños y niñas tienen contacto,

por ejemplo, con agentes socializadores en el colegio con los que se discutan normas de comportamiento o directrices para la educación sexoafectiva, pueden tomar conciencia del carácter abusivo de cierto tipo de interacciones y a partir de ahí presentar sintomatología internalizadora o externalizadora asociada al abuso experimentado.

- c) Ausencia de sintomatología debido a factores de resiliencia. La resiliencia corresponde al fenómeno en que las personas obtienen buenos resultados en términos de salud mental pese a los daños sufridos en su desarrollo.⁴³ Se ha argumentado que la ausencia de sintomatología es señal de resiliencia cuando existen mecanismos y factores identificables que permiten explicar la positiva adaptación de las víctimas.⁴⁴ Por esta razón, en los procesos de evaluación de la sintomatología en víctimas de eventos traumáticos –incluido el trauma complejo– es importante evaluar también esos factores de resiliencia que permitan comprender la variación en la sintomatología.

A nivel internacional, se han propuesto modelos para comprender el proceso variable de desarrollo de sintomatología asociada al maltrato y abuso infantil. Estos modelos se han centrado en las características del abuso (por ej., frecuencia y cronicidad), el apoyo social, la dinámica familiar, las relaciones interpersonales, las estrategias de afrontamiento y la forma en que la víctima procesa la situación.⁴⁵ De esta manera, se ha considerado que cuando la persona tiene más fuentes de apoyo social y familiar, y su entorno da credibilidad a lo que relata, es más probable que pueda resistir a los eventos traumáticos de mejor manera, desarrollando mayores recursos personales y presentando menor sintomatología. Por el contrario, si el entorno social (incluido el entorno institucional) es poco acogedor o incluso revictimizante, la sintomatología puede ser alta incluso ante eventos considerados menos graves.

Por ejemplo, un adolescente que fue víctima de distintos tipos de maltrato, en lugar de presentar sintomatología de estrés postraumático o estrés postraumático complejo, se desempeña como una

43 MASTEN (2001).

44 EDMOND *et al.* (2006).

45 CANTÓN y JUSTICIA (2008).

persona bien adaptada, equilibrada emocionalmente y con buen reporte subjetivo de bienestar. La consejera técnica quiere descartar que esta ausencia de síntomas se deba a una disociación, por lo que le aconseja a la jueza solicitar al equipo tratante que informe de potenciales factores que expliquen la ausencia de sintomatología. El equipo tratante da cuenta de los recursos individuales (confianza en sí mismo), familiares (alto apoyo por parte de sus padres) y sociales en el entorno del joven (alta integración social y apoyo por parte del establecimiento educacional), por lo que se logra comprender los factores de resiliencia involucrados y se orienta al equipo tratante para que estimule el fortalecimiento de estos factores o fuentes de resiliencia.

Sintomatología relacionada con el trauma complejo

Como ya se ha esbozado en los acápite anteriores, la traumatización incide en la totalidad de la persona. Todas las áreas de funcionamiento estarán en mayor o menor medida afectadas por el impacto del trauma. De esta forma, el organismo vive repercusiones a corto, medio y largo plazo en su sistema neurobiológico, lo que afectará a la totalidad de la persona.

Las investigaciones han mostrado diferente constelación de síntomas en los niños, niñas y adolescentes que han vivido situaciones traumáticas en la infancia. No existe un solo patrón de síntomas que dé cuenta del trauma complejo, sino más bien diferentes tipos de síntomas, asociados a las características del niño o niña, de los cuidadores, del tipo de trauma, de la cronicidad de este y la etapa de desarrollo en que ha ocurrido, así también como a si las experiencias traumáticas han sido variadas a lo largo de la vida.

Según lo señalado por Lecannelier, algunos niños y niñas parecen ser extremadamente agresivos, disruptivos, inquietos.⁴⁶ En ocasiones, los adultos o los profesionales que los atienden tienen la impresión de que los niños quieren manipular y llamar la atención mediante esta conducta, y otras veces simplemente les tienen miedo debido a sus reacciones extremas. A estos niños se los identifica como «externalizantes desorganizados», y generalmente suelen ser diagnosticados con déficit atencional e hiperactividad, trastorno de conducta u opositorista desafiante,

46 LECANNELIER (2018).

y en extremos, como conducta psicopática o bipolaridad. Estos diagnósticos solo buscan etiquetar el fenómeno de una conducta extrema y externalizada ante los demás, sin comprenderlo a cabalidad ni entender desde dónde actúa el niño o niña.

También es posible encontrar otro tipo de niños o niñas que muestran conductas del tipo «anestesiamiento», a los que se percibe como distantes y desconectados del mundo. Según el autor, si se intenta buscar contacto visual con ellos, puede que te miren, pero su mirada es más bien perdida, no desean conversar y pueden deambular con una actitud de indiferencia hacia todo y todos. A este tipo de niños o niñas se les identifica como «internalizante desorganizado». Generalmente, tienen muy pocos amigos, pues su actitud refleja que nada les interesa, y procuran pasar desapercibidos, no molestar a nadie y siempre buscan lugares solitarios. Esta actitud suele mantenerse en el ámbito escolar y puede confundirse con soberbia o altanería. En general, este tipo de niños y niñas suele recibir diagnósticos vinculados a trastornos depresivos, de ansiedad, opositorista desafiante, déficit atencional sin hiperactividad y, en casos más severos, trastorno del espectro autista.

Por otra parte, también se han observado otras formas de expresión sintomatológica del trauma en niñas y niños aferrados y/o socialmente indiscriminados, y otros, extremadamente complacientes y/o cuidadosos con los adultos.

Los niños y niñas aferrados, tal como lo señala el nombre, suelen acercarse (aferrarse) a los adultos. Cuando están en ambientes nuevos y/o impredecibles, suelen presentar intensas emociones de miedo y extrema cautela, y habitualmente se ven de menor edad de la que tienen. Se ha observado que, en general, son niños y niñas que han vivido abandono extremo o pérdidas de sus cuidadores significativos; intentan acercarse y apegarse a los adultos con fines de protección, lo que los vuelve vulnerables a situaciones de riesgo.

Las niñas y niños que se observan más complacientes tienden a mostrarles agrado a los otros, especialmente a aquellos que son la fuente del daño. La conducta de complacer a otros se traduce en que los niños y niñas parecieran estar siempre agradando a los otros, haciendo lo que se les pide, siempre sonrientes, anticipando cómo hacer feliz al adulto que lo ha dañado; no obstante, al observarlos con detención, es posible constatar que la niña o niño no está relajado, su cuerpo está tenso y su sonrisa no es espontánea. Lo complejo en estos casos es que resulta

particularmente difícil la detección de su dolor, pues actúan como bien adaptados y cariñosos.

Según Herman, la base de evidencias sobre el trauma complejo es cada vez mayor, y las investigaciones realizadas van mostrando que los niños que han experimentado un trauma continuo y de naturaleza interpersonal tienden a presentar síntomas y desafíos de comportamiento más intensos que quienes han experimentado otras formas de trauma.⁴⁷

Señala, además, que hay síntomas que se asocian más a un trauma complejo que a otro tipo de situación traumática, tales como los siguientes:

- Desafíos con el apego y las relaciones.
- Dificultad para regular emociones y comportamientos.
- Desafíos relacionados con la capacidad de atención y otras capacidades cognitivas.
- Disociación de la realidad.
- Baja autoestima.
- Perspectiva negativa general del mundo.

Adaptándose a los cambios y a la nueva evidencia proveniente de estudios de casos de trauma complejo, la CIE-11, entendida como la norma internacional para el registro, la notificación, el análisis, la interpretación y la comparación sistemáticos de los datos de mortalidad y morbilidad, incluyó por primera vez la clasificación del trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C). Esta clasificación comprende al cuadro como trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar, como, por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia.⁴⁸

En este contexto, se señala que para realizar un diagnóstico de TEPT-C se deben cumplir todos los criterios de diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático. Sumado a lo anterior, el TEPT-C se caracterizará por la gravedad y la persistencia de los siguientes síntomas:

- 1) Problemas en la regulación del afecto.
- 2) Creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado

47 HERMAN (2004).

48 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019-2021).

o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático.

- 3) Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Síntesis del capítulo

Este capítulo ofrece una base teórica y empíricamente fundamentada para entender las distinciones cruciales en la naturaleza del concepto de trauma complejo, resaltando la importancia de un enfoque sensible y bien informado en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes vulnerables.

Las ideas principales de los contenidos abordados pueden organizarse de la siguiente manera:

- Evolución del concepto de trauma complejo: el capítulo introduce el trauma complejo como un fenómeno que ha sido objeto de estudio y refinamiento conceptual en las últimas décadas. A diferencia de un trauma único y aislado, el trauma complejo se caracteriza por ser repetitivo y acumulativo, ocurriendo dentro de relaciones y contextos específicos que son críticos para el desarrollo de un niño o niña. Este concepto ha evolucionado para incluir una amplia gama de experiencias adversas que un niño o niña puede enfrentar, tales como abusos o negligencia, que impactan profundamente su desarrollo emocional y psicológico.
- Impacto y características del trauma complejo en niños y niñas: este tipo de traumatización interfiere significativamente con el desarrollo normal del niño o niña, afectando su capacidad para formar relaciones seguras y saludables, y su bienestar emocional y psicológico general. La exposición prolongada a ambientes interpersonales adversos impide que el niño o niña desarrolle mecanismos de afrontamiento adecuados y puede alterar la capacidad del cerebro para procesar emociones y experiencias de forma saludable.
- Importancia de la identificación y el abordaje adecuados: el capítulo enfatiza la necesidad de que las y los profesionales involucrados en el cuidado y apoyo de niños y niñas expuestos a trauma com-

plejo comprendan profundamente sus manifestaciones. Además, se sugiere la formación continua en estas áreas para optimizar las intervenciones y promover mejores resultados para los niños afectados.

Capítulo 2

Abordaje de niños, niñas y adolescentes con trauma complejo

Introducción

Si bien la labor de los consejeros y consejeras técnicos de tribunales de familia no incluye el diagnóstico e intervención de niños, niñas y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas, sí es necesario que cuenten con conocimientos actualizados en estas materias. Lo anterior favorece que puedan analizar y juzgar críticamente los informes y las declaraciones de los profesionales encargados de diagnosticar y realizar intervenciones en apoyo a estos niños y niñas. Contar con conocimientos actualizados les permitirá también sugerir medidas y realizar derivaciones que promuevan un adecuado diagnóstico y/o intervención, ajustado a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

Por esta razón, a continuación, se ofrece una actualización de los principales abordajes diagnósticos y de intervenciones con niños, niñas y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas y que presentan sintomatología propia del trauma complejo. El objetivo no es que los consejeros y consejeras ejecuten estas estrategias de diagnóstico e intervención, sino que utilicen estos conocimientos dentro de los marcos de su rol.

En primer lugar, se ofrece una actualización de los procedimientos e instrumentos para evaluar y diagnosticar trauma complejo, para luego describir la evidencia existente a favor de modelos y modalidades de intervenciones para este tipo de victimización. Finalmente, se describen los lineamientos internacionales en torno a lo que se ha denominado «instituciones informadas en trauma» y se reseñan los programas que existen a nivel nacional para atender a niños, niñas y adolescentes que han sufrido eventos traumáticos y que pueden presentar indicadores de trauma complejo.

Evaluación e informes relacionados con trauma complejo

Si bien la estructura del informe puede variar en función de la temática de la evaluación o del estilo de las y los profesionales que lo emiten, se espera que, cuando el informe está referido a la evaluación de sintomatología en niños, niñas o adolescentes (NNA) expuestos a violencia interpersonal, este incluya al menos los siguientes elementos:

- Objetivo de la evaluación e hipótesis que se someterán a prueba.
- Descripción del procedimiento de evaluación: pasos o etapas de la evaluación.
- Instrumentos estandarizados que evalúen la sintomatología (estrés postraumático, trauma complejo).

Además, dada la alta variación que existe en la sintomatología de las víctimas de eventos traumáticos, es deseable que el informe incluya una evaluación formal (con instrumentos estandarizados) y/o un análisis de los factores individuales, familiares o sociales que explican la sintomatología del NNA, considerando las experiencias traumáticas vividas.

Dado que en Chile es común el uso de test proyectivos en los procesos de evaluación psicológica, es necesario destacar que las conclusiones de un informe no deben estar basadas únicamente en los resultados de este tipo de instrumentos, debido a los sesgos de interpretación que conllevan. Cuando se utilicen, estos test deben ser considerados como un complemento y sus resultados deben ser triangulados con otros instrumentos que ofrezcan mejores garantías de confiabilidad y validez.

A continuación, se ofrecen algunos de los instrumentos que podrían ser utilizados para evaluar estrés postraumático:

- Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático.⁴⁹
- Escala de Trauma de Davidson (DTS).⁵⁰

Para medir trauma complejo existe un instrumento, disponible en español:

- International Trauma Questionnaire versión para niños y adolescentes (ITQ).⁵¹ Si bien en Chile únicamente se cuenta con un estu-

49 FOA *et al.* (2001), adaptada para Chile por BUSTOS *et al.* (2009).

50 DAVISON *et al.* (1997), traducida al español por BOBES *et al.* (2000) y validada para Chile por GUERRA *et al.* (2013).

51 CLOITRE *et al.* (2018).

dio de validación de la versión para adultos,⁵² sí se cuenta con una versión adaptada y traducida al español de la versión para niños y adolescentes.⁵³

Últimas actualizaciones en intervenciones posibles en materia de trauma complejo

En esta sección revisaremos los modelos de intervención más recientes disponibles en la literatura.

Nociones de intervención en crisis para la contención inmediata

Una crisis corresponde a una situación en la que las demandas del entorno superan los recursos del individuo, familia o sistema. Para Slaikeu –uno de los autores clásicos de la teoría de la crisis–, esta situación sobredemandante genera en el individuo un estado de desorganización en el que es incapaz de afrontar adecuadamente el escenario debido a que no dispone de los métodos para hacerlo, ya sea porque la situación demanda habilidades o recursos que no tiene o porque ya se agotaron esos recursos.⁵⁴ Asimismo, las crisis tendrían el potencial de desencadenar consecuencias radicalmente negativas o radicalmente positivas, dependiendo de cómo se afronten.

Las personas reaccionan a las crisis de distinta manera. Sin embargo, las diferentes reacciones pueden agruparse en las respuestas básicas al estrés: huida, ataque o paralización.

Las crisis tienen desencadenantes identificables que suelen organizarse en dos niveles:

- a) Crisis normativas: son gatilladas por eventos predecibles (por ej., crisis de la adolescencia, que es gatillada por cambios físicos, hormonales y sociales). Por lo general, es posible prepararse para estas crisis, de forma que el individuo tenga mayores recursos para hacerles frente.
- b) Crisis no normativas: son gatilladas por eventos inesperados (por ej., un accidente, ser víctima de un abuso, la pérdida no esperada

52 FRESNO *et al.* (2023).

53 FERNÁNDEZ-FILLOL *et al.* (2021).

54 SLAIKEU (1996).

de un trabajo). Estas crisis son repentinas, por lo que dificultan la prevención de las reacciones emocionales intensas.

Un mismo evento crítico puede ser esperable o inesperado para diferentes individuos. Por ejemplo, en el contexto judicial una familia puede entrar en crisis, ya que no esperaba que el juez dictamine una determinada resolución. Sin embargo, desde el punto de vista de las consejeras y consejeros técnicos, es esperable que, ante una determinada resolución, las familias entren en crisis, por lo que deberían existir protocolos de acción para prevenir la reacción crítica de la familia o para encauzarla, de manera que tenga un buen resultado. No obstante, en tribunales también pueden ocurrir situaciones inesperadas incluso para las consejeras y consejeros técnicos y otros funcionarios judiciales. Estas crisis –por ejemplo, una agresión física entre las partes– pueden resultarles más difíciles de prevenir y afrontar.

Como en toda crisis, las que se desencadenan al interior de los tribunales tienen el potencial de generar resultados radicalmente positivos o negativos. Por ejemplo, en el caso de que una familia no comprenda la medida de protección, la crisis se puede manifestar a través de una intensa expresión de rabia y pena. Si esta crisis es abordada adecuadamente, puede terminar en que la familia comprenda la medida y por tanto la acate, además de aumentar la confianza y disposición a colaborar con el proceso. En cambio, de no ser abordada adecuadamente, puede desencadenar consecuencias emocionales a largo plazo o llevar a la familia a ejecutar acciones que pongan en peligro el bienestar del niño, niña o adolescente.

En los siguientes apartados se abordan los principales elementos de la intervención en crisis, de forma que consejeros y consejeras técnicas puedan aplicarlos dentro de sus labores cotidianas. Es necesario explicitar que cualquier acción debe ser realizada dentro de la legislación vigente y dentro de los límites de su rol.

En este contexto, la intervención en crisis corresponde a un proceso de ayuda que tiene la intención de apoyar al individuo, familia o comunidad para que sobreviva el evento desencadenante de la crisis, de forma que disminuyan las probabilidades de que se generen consecuencias negativas y aumente la probabilidad de consecuencias positivas.⁵⁵

55 SLAIKEU (1996).

Siguiendo a Slaikau, existen dos modalidades de intervención en crisis:

- Intervención en crisis de primer orden, también conocida como primeros auxilios psicológicos, cuyos objetivos son:
 1. Acoger y brindar apoyo emocional y funcional.
 2. Reducir el riesgo de mortalidad.
 3. Vincular a la familia con otros recursos de ayuda.
 4. Ayudar a que la familia enfrente la crisis
- Intervención en crisis de segundo orden, también conocida como terapia de crisis, cuyos objetivos son:
 1. Asegurar la supervivencia a la crisis.
 2. Identificar y expresar sentimientos asociados a la crisis.
 3. Obtener dominio cognoscitivo sobre la crisis.
 4. Lograr adaptaciones conductuales e interpersonales para la vida futura.

Es necesario destacar que la intervención en crisis en el contexto del trauma complejo no es terapia reparatoria.

Como se verá más adelante, la terapia reparatoria es el proceso tendiente a aminorar las consecuencias negativas a largo plazo del trauma, a diferencia de la intervención en crisis, que es el proceso de ayudar a contener las consecuencias negativas inmediatas de un evento altamente estresante (pero no necesariamente traumático). No obstante, no hay que perder de vista que, en los casos de niños y niñas con trauma complejo, la intervención en crisis requiere mayor cuidado, ya que el cómo se realice va a afectar el posterior proceso reparatorio para bien (promoviendo la reparación) o para mal (generando victimización secundaria).

Entonces, para realizar intervención en crisis con niños, niñas y adolescentes con trauma complejo, hay que considerar los siguientes elementos:

- Su historia de traumatización.
- Elementos evolutivos (crisis normativas).
- Eventos inesperados (gatillantes de crisis no normativas).

A continuación, profundizaremos únicamente en la intervención en crisis de primer orden, dado que se acerca más a la labor de los consejeros y consejeras técnicas. La intervención en crisis de primer orden corresponde a una intervención puntual, de no más de una sesión, que se efectúa en un periodo temporal cercano a la explicitación de la crisis.

La intervención debe estructurarse en torno a los objetivos ya señalados. Es necesario destacar que la intervención en crisis no se realiza en un escenario o encuadre particular, ya que esto depende del lugar donde se desencadene la crisis. De este modo, en ocasiones la crisis puede desencadenarse en la sala de espera del tribunal de familia, o bien en la misma sala de audiencias, y, dependiendo del tipo de crisis, esta contención inicial podría ser realizada en el mismo lugar o si la situación (y la regulación legal) lo permite, pudiera ser pertinente trasladarse a un lugar más privado. La intervención en crisis involucra las siguientes acciones:

1. Acoger y brindar apoyo. Aunque la intervención en crisis es una intervención acotada, que suele ser directiva, es necesario recordar que –como en toda intervención– se debe establecer en un marco de respeto y empatía. Esto es muy relevante en el área del trauma, ya que los niños y niñas que asisten a tribunales de familia (y sus familias) han sufrido mayoritariamente violencia interpersonal (abuso, maltrato, negligencia); por tanto, se espera que cualquier intervención se enmarque en un contexto de buen trato. En los casos de niños y niñas que presenten sintomatología de trauma complejo, la etapa de acogida debe ser adecuadamente planificada, ya que, como se ha señalado, debido al trauma, pueden leer cualquier intento de ayuda como un ataque. Cualquier falla en la acogida puede transformarse en un riesgo de revictimización.
2. En segundo lugar, la persona que realice la intervención en crisis debe examinar las dimensiones del problema, poniendo especial atención en los potenciales riesgos para el niño o niña y su familia (incluyendo el riesgo de muerte). Aquí se hace relevante diferenciar entre las necesidades inmediatas y las necesidades posteriores. En este aspecto, el rol del consejero o consejera podría ser fundamental, ya que, al estar atento a las diferentes dimensiones del problema, podrá recomendar al juez o jueza las mejores medidas para garantizar la protección del niño o niña.
3. Explorar posibles soluciones. Para ello, es importante evaluar los recursos con que cuenta la persona o familia en crisis y, sobre esa base, decidir si se actuará con un enfoque facilitador o más directivo. Una vez que se identifiquen posibles soluciones, suele ser útil analizar las ventajas y desventajas de cada una de ellas, de forma de seleccionar la más pertinente y ayudar a la persona a ejecutarla.

Muchas veces la solución implica contactar a la familia con redes de apoyo. Aquí es importante considerar la red de apoyo familiar y social; por lo tanto, la primera acción recomendada es consultar por personas de su entorno que pudieran ser potenciales agentes protectores, agentes de apoyo emocional en la crisis y apoyo funcional. Además, se hace importante contactar a la familia con la red de apoyo social, que incluye instituciones de apoyo social y de protección a las víctimas, e instancias jurídicas.

4. Seguimiento. La intervención en crisis de primer orden es una acción concreta, pero es necesario hacer un seguimiento para poder determinar si la crisis se ha resuelto, si la acción seleccionada dio resultado o si han surgido nuevos riesgos.

La forma operativa en la que se realiza la intervención en crisis de primer orden o primeros auxilios psicológicos debe ser flexible en función de cada caso. Sin embargo, es posible considerar una orientación general, como la que proponen Cortés-Montenegro y Figueroa-Cabello, llamada modelo ABCDE,⁵⁶ a saber:

- A. Escucha activa
- B. Entrenamiento en ventilación (respiración)
- C. Categorización de necesidades
- D. Derivación a redes de apoyo
- E. Psicoeducación

A continuación, se ofrece un ejemplo genérico de los pasos recién descritos:

⁵⁶ CORTÉS-MONTENEGRO y FIGUEROA-CABELLO (2018).

En una audiencia en tribunal de familia se revisa una medida de protección en favor de una adolescente de 16 años que fue víctima de distintos tipos de maltrato y abuso por parte de su padre, y que posee diagnóstico de trauma complejo. La medida de protección en vigencia indica que la joven debe permanecer bajo el cuidado de una familia de acogida y en tratamiento en un programa de reparación de maltrato grave.

En audiencia, la joven se descompensa emocionalmente, comienza a señalar que nadie la escucha y que está aburrída ya que recibe maltrato físico y verbal por parte de la familia de acogida, indica que se va a suicidar y comienza a darse golpes en la cara.

El consejero técnico decidió realizar una intervención en crisis de primer orden, dentro de los límites de su rol. Para ello considera:

Acoger y brindar apoyo a la joven. El consejero se acerca a la joven y le indica que en el tribunal la van a escuchar y que van a hacer lo posible –dentro de los marcos de la ley– para mejorar sus condiciones. El consejero hace el esfuerzo de realizar una escucha activa, es decir, le da la posibilidad a la joven de hablar, de manifestar lo que le sucede, sin presionarla ni apurarla. En la medida que la joven va expresando lo que siente, el consejero técnico le señala a la joven que va a hacer un resumen para estar seguro de que está comprendiendo lo que ella dice. Luego de hacer el resumen, le pide a la joven que confirme si es adecuado. Cuando la joven se descompensa emocionalmente (llanto descontrolado), el consejero le da el tiempo para expresarse y gradualmente va induciendo ejercicios de respiración que le permitan regular progresivamente esta expresión emocional (la insta a tomar aire por la nariz de forma profunda, a contener la respiración por tres segundos y a expulsar el aire lentamente por la boca).

Examinar las dimensiones de los problemas asociados a la crisis. Luego de que la joven ha expresado lo que le sucede, el consejero realiza preguntas aclaratorias que le permitan identificar riesgos y categorizar necesidades. El consejero explora dos posibles escenarios de riesgo: a) el eventual maltrato por parte de la familia de acogida (por ej., «¿Podrías explicarnos con más detalle qué es lo que pasa en esa casa?», «¿Cuándo fue la última vez que eso sucedió?»), b) el riesgo de suicidio (por ej., «Tú dijiste que te dan ganas de suicidarte, ¿podrías explicarme un poco más? ¿Lo has intentado?»). Con base en estas preguntas aclaratorias, el consejero llega a la conclusión de que la joven está pasando por un período de alto estrés, que indica que recibe maltrato verbal recurrente por parte de la familia de acogida y que en una ocasión habría recibido una cachetada. Respecto al riesgo de suicidio, la joven señala que tiene el impulso de hacerlo, pero que no quiere morir, sino que en realidad quiere mejorar sus condiciones de vida.

A partir de ello, el consejero detecta las siguientes necesidades y las ordena de la más urgente a la menos urgente (en el entendido de que ambas son importantes): 1) resolver su situación residencial (en concreto: ¿después de la audiencia, la joven vuelve o no a esa familia de acogida?); 2) recibir atención especializada en salud mental (¿el programa especializado está al tanto del riesgo de suicidio? ¿Qué medidas ha tomado? ¿Inició la psicoterapia? ¿Se necesita una evaluación por parte de psiquiatra?).

Examinar soluciones posibles y vincular a la joven con recursos de ayuda. En dicha audiencia se encontraba también la abuela materna de la joven y un representante del programa especializado. La abuela refiere disposición para cuidar a su nieta y el programa especializado indica que gestionará derivación a psiquiatra en el servicio de salud.

Establecer estrategias de afrontamiento que permitan responder a las necesidades de la joven. Dado que la necesidad más urgente tiene que ver con definir la situación proteccional, el tribunal ordena que se le otorgue cuidado provisorio a la abuela materna (y que está medida sea monitoreada por el programa especializado), y que el programa especializado realice una evaluación más profunda del estado emocional y riesgo de suicidio de la joven, así como su derivación a evaluación por parte de psiquiatra. Al finalizar la audiencia, el consejero técnico se dedica a la psicoeducación de la joven, es decir, le explica las medidas a tomar y la razón de ellas.

Establecer mecanismos de seguimiento. Se fija inmediatamente fecha para una próxima audiencia en la que se revisarán los avances y la pertinencia de nuevas medidas.

Además, el tribunal ordena al programa especializado informar de la evolución de la joven periódicamente.

Intervención reparatoria

Si bien los consejeros y consejeras técnicas no están llamados a realizar intervenciones de psicoterapia reparatoria, sí es importante que manejen el concepto de reparación, de forma que



- a. Comprendan que las medidas, trato y situaciones que ocurren dentro de un tribunal afectan dicho proceso de reparación.
- b. Puedan valorar y/o sugerir medidas que favorezcan la reparación de niños, niñas y adolescentes con sintomatología de trauma y trauma complejo.

Por esa razón, a continuación, se explica el concepto de reparación, para luego describir las fases, modelos y modalidades de una intervención reparatoria.

El concepto de reparación es usado para describir el proceso de recuperación de las personas ante situaciones traumáticas.⁵⁷ El proceso de reparación se centra tanto en la superación de los síntomas asociados al trauma como también en el proceso de modificación de las creencias que se vieron alteradas por las experiencias traumáticas; esto último se denomina «resignificación».⁵⁸ Además de esos dos elementos de la reparación, Saavedra *et al.* agregan un tercer elemento: el «fortalecimiento de la identidad», que apunta a la modulación y equilibrio en otras esferas de la vida (por ej., expresión emocional, contacto afectivo, autoeficacia, autoimagen e identidad), comúnmente debilitadas como consecuencia de la victimización interpersonal.⁵⁹

El proceso de reparación ocurriría en etapas. Para Llanos y Sinclair,⁶⁰ en primer lugar, el niño, niña o adolescente que ha sido víctima de situaciones de violencia se reconoce como víctima, es decir, toma conciencia de que lo que le ocurrió no es normal, no es positivo, y de que una o varias personas le hicieron daño. Este proceso puede ser largo, ya que, en personas que han sufrido múltiples traumas y presentan trauma complejo, puede existir normalización de los abusos o la percepción de que ellos mismos tienen la culpa de lo sucedido. El reconocerse como «víctima» puede ocasionar que los niños, niñas y adolescentes comiencen a presentar sintomatología que antes permanecía latente.

57 LLANOS Y SINCLAIR (2001).

58 CAPELLA Y GUTIÉRREZ (2014).

59 SAAVEDRA *et al.* (2021).

60 LLANOS Y SINCLAIR (2001).



Por ejemplo, una adolescente de 13 años ha sido víctima de explotación sexual por parte de un sujeto de 35 años. Como parte de su estrategia, este sujeto le ha dicho a la adolescente que son novios, y ella se encuentra convencida de que la relación con este sujeto es consentida y de que no es abusiva. Esta creencia lleva a la joven a proteger al agresor y, por ende, a no adherir a la intervención en el centro especializado.

Otro ejemplo lo podemos ver en un niño de 10 años que ha sufrido maltrato físico grave por parte de su madre. Al ser consultado sobre esta situación, el niño señala que su madre solo trata de educarlo y justifica que ella lo golpee debido a su mala conducta. El niño se atribuye la responsabilidad por los maltratos recibidos.

En los dos ejemplos recién descritos se aprecia que los niños, niñas y adolescentes no se sienten víctimas. Esto puede deberse a la forma en que el agresor o agresora ha ejecutado los actos de vulneración (haciéndole creer que eran novios en el primer caso o culpando al niño por su mala conducta en el segundo), pero también puede deberse a creencias culturales propias del contexto chileno que validan ciertas prácticas como normales.

Es tarea de todos los agentes involucrados en el sistema de protección (incluidos los tribunales de familia) y de reparación tener un discurso común que vaya en contra de la normalización de los maltratos y que no culpabilice a los niños, niñas o adolescentes por ellos. Esto es relevante, ya que profesionales de la salud, psicólogos / psicólogas, abogados / abogadas, jueces / juezas, consejeros técnicos / consejeras técnicas, etc., son parte de la misma cultura chilena que valida ciertas prácticas y pueden –consciente o inconscientemente– invisibilizarlas o normalizarlas.

Es importante que el consejero o consejera técnica esté atento a discursos normalizadores que impidan que el niño, niña o adolescente se reconozca como víctima. De esa manera podrá orientar al juez o jueza y a los equipos interventores a promocionar que el niño o niña avance en el proceso de reparación, primero, reconociéndose como víctima. Esto implica que el niño o niña se conecte con la vulnerabilidad propia de haber sufrido un hecho de gravedad y, si no lo ha hecho todavía, probablemente presentará manifestaciones sintomáticas y requerirá de apoyo y contención.

En la medida que el niño avanza en el proceso de reparación, comenzaría una segunda etapa, en la que las víctimas empiezan a conectarse con los recursos personales que les han permitido sobrevivir los acontecimientos adversos y comienzan a distanciarse de ellos, reconociéndose como sobrevivientes.

En esta etapa, la adolescente del ejemplo anterior puede comenzar a ser más consciente de las vulneraciones sufridas, pero también puede comenzar a reconocer sus propias fortalezas (y los recursos de su entorno), que le ayudaron a resistir la situación. Es relevante ir reconociendo dichas fortalezas y recursos, ya que se espera que también le sean de utilidad en el proceso de recuperación.

En este sentido, es deseable que la instancia de asistir a un tribunal de familia también permita al niño, niña o adolescente ir reconociendo estos recursos. En nuestra experiencia, hemos podido constatar lo significativo que es para muchos niños, niñas y adolescentes que el juez o jueza y/o el consejo técnico empaticen con su sufrimiento y destaquen sus recursos.

Posteriormente, en la etapa final, la persona retoma las actividades propias de su nivel de desarrollo, recupera un funcionamiento adaptativo e integra las situaciones difíciles como parte de su vida, lo que le permite centrarse en el futuro luego de haber reelaborado los significados desadaptativos asociados al trauma.

En esta etapa, las víctimas/sobrevivientes tienden a «independizarse del abuso», lo que quiere decir que lo integran en la línea vital. Al principio, se reconocen como víctimas, para luego reconocerse como sobrevivientes, lo que en ambos casos implica construir gran parte de la identidad personal sobre los hechos traumáticos vividos. En el último paso de la reparación, las personas elaboran lo vivido y comprenden que las experiencias vividas forman parte de su historia, logran reconocer sus fortalezas y aprendizajes a partir de ellas, pero comprenden que los hechos de victimización corresponden a una parte de su historia y no es lo único que los define como personas. De este modo, los niños, niñas y adolescentes construyen su identidad con elementos más allá de las experiencias traumáticas, incluyendo intereses, vocaciones, gustos y todos aquellos aspectos normativos en la infancia y adolescencia. Por cierto, lograr esto es más complejo en personas que han sufrido trauma acumulativo y que presentan estrés postraumático complejo, pero existen modelos de intervención que han demostrado efectividad para ello. No obstante, hay que ser claros al decir que para que esto ocurra se requiere un trabajo interdisciplinario en el que agentes de diferentes disciplinas y de diferentes instituciones contribuyan al proceso de reparación.

En este proceso de reparación intervienen diferentes actores clave: la familia, el entorno escolar, el grupo de pares, el sistema judicial, el sistema de protección, así como todos los agentes involucrados (Bravo-Ampuero, 2007),⁶¹ pudiendo estos contribuir al proceso de reparación o, por el contrario, obstaculizar y revictimizar a las víctimas (Guerra y Bravo, 2014).

61 BRAVO-AMPUERO (2007).



Sobre la base de nuestra propia experiencia, podemos mencionar algunos ejemplos en que el accionar del Tribunal de familia ha ayudado a avanzar en el proceso de reparación y otros en los que lo ha obstaculizado.

Por ejemplo, en una oportunidad un niño de 6 años fue entrevistado en el tribunal de familia. El niño al inicio presentaba sintomatología de ansiedad, depresión y mutismo selectivo como consecuencia de las vulneraciones sufridas. El terapeuta estaba trabajando con el niño en el reconocimiento de fortalezas, lo que le había permitido a este último ir superando parte de su sintomatología. El terapeuta y el consejero técnico del caso se coordinaron antes de la entrevista con el niño, de modo de generar acciones para que esta entrevista no atentara contra el proceso de reparación y que, por el contrario, fortaleciera sus recursos. El día de la entrevista el niño asistió con parte del disfraz de su superhéroe favorito, quien era un referente de fortalezas para este. Esto fue bien acogido por el consejero técnico y por el juez del caso, quienes tomaron un tiempo para hacer que el niño se relajara, para luego proceder a hacer la entrevista programada y finalizar con un mensaje positivo para el niño y su proceso. Lamentablemente, en otros casos el accionar del tribunal ha obstaculizado el proceso de reparación e incluso ha generado victimización secundaria. Por ejemplo, en el caso de un adolescente que presentaba trauma complejo y problemas de autorregulación. Se trataba de un joven que había pasado gran parte de su vida en hogares de protección, siendo abusado al interior de estos. El joven ya no confiaba en el sistema. En el Tribunal de Familia el joven se expresó en un lenguaje poco formal y el juez que lo entrevistó le llamó la atención de forma enérgica. El joven se sintió ridiculizado y presentó desregulación emocional. Este tipo de situaciones se podrían haber prevenido en base a una coordinación entre el equipo tratante y el tribunal.

Intervenciones con víctimas de trauma interpersonal

Dada la variación de la sintomatología en las víctimas de trauma interpersonal, la efectividad de las intervenciones puede cambiar caso a caso. No obstante, en el área particular de la intervención especializada de carácter psicológico o psicosocial, la literatura ha mostrado evidencia en al menos tres focos: 1) la estructura o fases de la intervención (Cloitre et al., 2011; Herman, 1997);⁶² 2) los modelos de terapia con apoyo empírico;⁶³ 3) la modalidad de la intervención.⁶⁴ En los siguientes apartados se desarrolla cada uno de estos tres focos.

Si bien es cierto que los consejeros y consejeras técnicas no realizan intervenciones con las víctimas de trauma interpersonal, se consideró pertinente incluir esta información porque igualmente les puede ser útil a la hora de interpretar las declaraciones o informes de los interventores psicosociales, o bien de sugerir medidas de intervención.

Respecto a la estructura de la intervención, distintos autores han sugerido que los modelos de psicoterapia efectivos para tratar el trauma interpersonal debieran contar con al menos tres fases sucesivas: una primera fase, dirigida a promover la seguridad de la víctima, impedir nuevos episodios de victimización y estabilizar los síntomas mediante

62 CLOITRE *et al.* (2011), HERMAN (1997).

63 GILLIES *et al.* (2012), MORINA *et al.* (2016).

64 GUERRA *et al.* (2022).

estrategias básicas como psicoeducación y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas.⁶⁵

Es importante notar que en esta primera etapa es esencial un trabajo interdisciplinario que permita asegurar la protección de la víctima, esto es, asegurar que no se generen nuevos episodios de victimización; mantener una distancia con los agresores o agresoras que le permita a la víctima sentirse segura; favorecer que la víctima se encuentre en un espacio donde impere el buen trato, haya seguridad, y los adultos responsables consideren las necesidades emocionales y físicas del niño, niña o adolescente.

Para lograr esto es necesario el trabajo coordinado de trabajadores / trabajadoras sociales, abogados / abogadas, miembros de la comunidad educativa y psicólogos / psicólogas, entre otros profesionales. En este contexto, el trabajo coordinado suele ser difícil, considerando que existen diferentes profesionales involucrados en el mismo caso y muchas veces provenientes de diferentes instituciones. Por esta razón, se considera que el tribunal de familia, como ente regulador, puede ser el encargado de monitorear que este tipo de coordinación se genere, de forma que se aseguren las medidas de protección necesarias para desarrollar una intervención reparatoria.

Una vez garantizada la seguridad de la víctima es posible avanzar en la estabilización y tratamiento de los síntomas. Pero si no se ha logrado garantizar la seguridad, se debe ser consciente de que será más difícil tratar la sintomatología o, incluso, disminuir la sintomatología podría ser contraproducente dado el carácter adaptativo de la misma.

65 CLOITRE *et al.* (2011), HERMAN (1997).

Por ejemplo, una adolescente que ha sufrido múltiples agresiones físicas por parte de su padrastro presenta síntomas de hiperactivación (está atenta a los peligros de su entorno todo el tiempo, en las noches despierta ante cualquier ruido) y presenta problemas de autorregulación emocional (ante cualquier situación potencialmente conflictiva con las otras personas la adolescente se enoja y agrede física y verbalmente). Pese a lo problemático de los síntomas, estos de alguna manera han permitido a la adolescente sobrevivir a las constantes agresiones de su padrastro. Ella está todo el tiempo alerta a la llegada de este sujeto y en las noches despierta ante cualquier ruido, lo que en su historia personal le permitió esconderse del agresor en múltiples oportunidades. Sus problemas de autorregulación y agresividad también han tenido un efecto de protección, dado que se han transformado en una herramienta para mantener alejado a este agresor. Esta sintomatología puede considerarse como adaptativa en el contexto del peligro al que la adolescente se enfrentó durante años. Si el contexto de peligro cambia, transformándose en un contexto más seguro, entonces esta sintomatología deja de ser adaptativa, siendo necesario el trabajo en nuevas herramientas y estilos de interacción que respondan mejor a este nuevo escenario. Pero si el contexto de peligro no cambia y continúa siendo peligroso, será muy difícil modificar estos síntomas y patrones conductuales, dado que son adaptativos, y si se lograra, se podría estar despojando a la adolescente de herramientas que la han protegido durante su vida.

Una segunda fase de intervención es la de reprocesamiento de las memorias traumáticas mediante procedimientos y estrategias psicoterapéuticas más complejos, que permiten un control más definitivo de la sintomatología. Como ya se señaló, el abordaje de estas memorias suele ser recomendado luego de que la fase anterior se ha completado, ya que se trata de procesar las memorias postraumáticas (posteriores a que el trauma ya ha ocurrido), en el entendido de que el niño, niña o adolescente ya se encuentra en un contexto protegido, que le permita diferenciar espacios seguros de aquellos asociados a experiencias traumáticas pasadas.

Finalmente, la fase tres estaría dirigida a lograr que el individuo retome un nivel de funcionamiento adaptativo, sin sintomatología y con una comprensión más acabada del trauma, que le permita integrar su historia traumática a su vida y focalizarse hacia el futuro.⁶⁶ Estas fases serían sucesivas y destaca la importancia de la primera fase, dado que esta sentaría las bases para una intervención posterior más profunda y con efectos más duraderos.⁶⁷

Modelos con apoyo empírico

Respecto a los modelos de psicoterapia específicos, a nivel internacional existe evidencia sobre la efectividad de los modelos cognitivos-conductuales frente a otras modalidades terapéuticas.⁶⁸ A su vez, dentro de los

66 HERMAN (1997), CLOITRE *et al.* (2011), COURTOIS y FORD (2016).

67 DORREPAAL *et al.* (2014), REDDEMANN y PIEDFORT-MARIN (2017).

68 Para una revisión, ver el metaanálisis de BLACKMAN (2018).

modelos cognitivos-conductuales destaca el modelo de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés).⁶⁹ Este modelo fue diseñado específicamente para aplicar los principios de la terapia cognitivo-conductual en el contexto de psicoterapia individual con niños, niñas y adolescentes víctimas de eventos traumáticos. En su versión original, el modelo incluye alrededor de doce sesiones que incorporan los siguientes elementos, altamente compatibles con las tres fases sucesivas descritas en el apartado anterior: psicoeducación, relajación, expresión y regulación emocional, afrontamiento cognitivo y procesamiento cognitivo, creación de una narrativa del trauma, exposición en vivo a estímulos que recuerden el trauma, establecimiento de un plan de seguridad y de desarrollo a futuro.

Debido a la evidencia sobre su efectividad, la TF-CBT es el tratamiento de primera línea sugerido en las normativas de los Estados Unidos,⁷⁰ el Reino Unido⁷¹ y también en Chile⁷² para el abordaje terapéutico de niños, niñas y adolescentes víctimas de trauma interpersonal.

Adicionalmente, otras revisiones sistemáticas internacionales dan cuenta de la efectividad de otros tratamientos para reducir los síntomas postraumáticos, incluida la terapia dialéctica conductual (DBT) para el trastorno de estrés postraumático, el entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal (STAIR), la terapia de procesamiento cognitivo (CPT),⁷³ o la terapia de desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR).⁷⁴

En Latinoamérica y en Chile también existen revisiones sistemáticas de la literatura que permiten agrupar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones. Si bien el desarrollo de estudios empíricos en el contexto latinoamericano aún es escaso y existe una tendencia a realizar estudios con limitaciones metodológicas (estudios piloto y análisis de caso), la evidencia disponible apoya la efectividad de los modelos cognitivos-conductuales y de intervenciones con influencia psicodinámica.⁷⁵

69 COHEN *et al.* (2006).

70 SAUNDERS *et al.* (2004).

71 National Institute for Health and Care Excellence (2018).

72 MINISTERIO DE SALUD DE CHILE y UNICEF (2011).

73 DARBY *et al.* (2023).

74 GILLIES *et al.* (2012), MORINA *et al.* (2016).

75 GUERRA y ARREDONDO (2017), GUERRA *et al.* (2023).

El desarrollo de investigaciones que permitan determinar la efectividad de intervenciones a nivel nacional es incipiente. Se considera que, en el contexto de tribunales de familia, los consejeros y consejeras técnicas deberían estar atentos a las intervenciones que realizan los equipos tratantes y a cómo ellos justifican sus elecciones, a la evidencia disponible de su efectividad y a las adaptaciones pertinentes al contexto cultural nacional. No se trata de imponer el uso de un modelo por sobre otro, sino de incentivar a la reflexión de los equipos tratantes respecto a los modelos de intervención que respondan mejor a las necesidades de niños, niñas y adolescentes expuestos a situaciones traumáticas, especialmente aquellos que presentan la sintomatología más compleja. Además, hay que señalar que aunque estos modelos de intervención están centrados en lo psicoterapéutico, es necesario articularlos progresivamente con intervenciones interdisciplinarias que potencien el bienestar biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes.

Modalidades de intervención

Por otro lado, si bien la mayor parte de la evidencia sobre los modelos descritos ha sido obtenida en investigaciones que evalúan procesos de terapia individual, existe evidencia también de su efectividad en formato de intervención grupal,⁷⁶ aunque esta evidencia es mayoritariamente relativa a adultos sobrevivientes de trauma en la infancia o en etapas posteriores de la vida.

En niños, niñas y adolescentes existe menos evidencia sobre la utilidad de tratamientos grupales para el trauma interpersonal. Tradicionalmente, se han preferido las intervenciones individuales por su mayor nivel de control y la aparente protección de la población traumatizada. No obstante, Batkin-Khan y Aronson manifiestan que, cuando se toman las medidas éticas necesarias, la modalidad grupal puede resultar altamente beneficiosa para los adolescentes, ya que se adecúa a sus características evolutivas y genera un sentido de aceptación por pares que han vivido situaciones similares.⁷⁷

En particular, se sugiere que las terapias grupales con adolescentes sean focalizadas en las fases preliminares de intervención terapéutica

⁷⁶ CLASSEN *et al.* (2011), KRUPNICK *et al.* (2008), MITCHEL (2019), SAYIN *et al.* (2013).

⁷⁷ BATKIN-KHAN y ARONSON (2007).

(estabilización) y que la fase donde se abordan aspectos personales de la experiencia traumática (narrativa del trauma) sean abordadas en forma individual.⁷⁸

Algunos estudios piloto han mostrado apoyo preliminar para la psicoterapia de grupo centrada en el trauma/duelo,⁷⁹ la psicoterapia estructurada para adolescentes (Habib et al., 2013),⁸⁰ la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma⁸¹ (Deblinger et al., 2016) y la terapia de componentes de trauma y duelo.⁸² Los resultados de estos estudios piloto son prometedores en el control de los síntomas postraumáticos y la promoción de la resiliencia. Además, distintos estudios han argumentado que las intervenciones grupales con víctimas de trauma beneficia a los pacientes al crear un clima de aceptación mutua, disminuir la sensación de estigmatización y aprender de las experiencias de otros, que han vivido situaciones similares.⁸³

De hecho, en la revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones en Latinoamérica⁸⁴ se aprecia que el 38 % de las intervenciones evaluadas correspondió a tratamientos grupales, mostrando efectividad similar a la de los tratamientos individuales. Esto puede tener que ver con la tendencia al colectivismo en Latinoamérica (en contraposición al individualismo en los países del hemisferio norte). En este sentido, un reciente estudio chileno realizó una evaluación piloto de la efectividad de tres intervenciones grupales (TF-CBT, terapia interpersonal y arteterapia) en adolescentes expuestos a violencia interpersonal.⁸⁵ Los resultados preliminares de este estudio muestran que las intervenciones grupales permiten mantener regulada la sintomatología de estrés postraumático, depresión, problemas interpersonales y problemas de autorregulación.

Estas intervenciones grupales podrían ser potenciadas como un complemento a las intervenciones individuales más profundas, al igual que otras intervenciones complementarias que potencien el bienestar de

78 DEBLINGER *et al.* (2016), GUERRA *et al.* (2023).

79 LAYNE *et al.* (2001).

80 HABIB *et al.* (2013).

81 DEBLINGER *et al.* (2016).

82 GRASSETTI *et al.* (2015).

83 GUERRA *et al.* (2023).

84 Ídem.

85 GUERRA *et al.* (2022).

los adolescentes, como lo son la práctica de actividad física, el arte o las intervenciones en contextos comunitarios. Hay que recordar que el trauma complejo del desarrollo altera la forma en que los niños, niñas y adolescentes se relacionan con otras personas en distintos contextos; desde ahí se comprende que las intervenciones deben poseer cierta flexibilidad con el fin de abarcar distintos formatos y contextos que se adecúen a las necesidades de las víctimas y a los recursos disponibles para intervenir. Estas intervenciones en contextos no tradicionales pueden ser abordadas por profesionales de diferentes disciplinas. Sin embargo, hay que señalar que no todos los adolescentes se adaptan a este tipo de intervenciones y que se hace necesario una cuidadosa planificación de la dosis de intervención que requiere un niño o niña particular, de manera de evitar la sobreintervención.

Instituciones informadas en trauma y modelos de atención informados en trauma respecto de niños, niñas y adolescentes institucionalizados

El concepto «instituciones informadas en el trauma» ha comenzado a utilizarse cada vez con más frecuencia para dar cuenta de instituciones en las que todos los componentes, funciones y estructuras han sido diseñados tomando en consideración el perfil de usuarios altamente traumatizados y, por tanto, considerando en todos sus niveles cómo la violencia y el trauma tienen un impacto negativo en la vida de las personas (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).⁸⁶

Para Jennings, una institución informada en el trauma debe diseñar sus procedimientos y servicios tomando en consideración las vulnerabilidades y el trauma experimentado por sus usuarios y usuarias, de forma de que aquellos sean implementados de una manera que evite la revictimización y que facilite la participación de los usuarios y usuarias.⁸⁷

En tribunales de familia, esto implica tomar conciencia de que gran parte de los niños, niñas y adolescentes que acuden a sus dependencias han sido víctimas de acontecimientos traumáticos, están siendo víctimas de eventos traumáticos o, dependiendo de las medidas que se tomen en el futuro, pueden continuar siendo víctimas de eventos traumáticos o sufrir algunos nuevos.

⁸⁶ CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (2014).

⁸⁷ JENNINGS (2009).

Lo anterior implica tener conocimiento de las características y necesidades de los niños, niñas y adolescentes expuestos a eventos traumáticos con el fin de adecuar los patrones de acción para responder a dichas necesidades.

Además, considerando la alta frecuencia de los eventos traumáticos en la infancia y de la violencia interpersonal, una institución informada en el trauma en Chile deberá tomar conciencia también de que es muy probable que un alto porcentaje de los adultos / adultas que acuden al tribunal (en su rol de padre, madre, tutor o cuidador) también pudieron sufrir traumas graves en la infancia, cuyas consecuencias aún los podrían estar afectando en el presente.

Una institución informada en el trauma debe revisar sus principios orientadores y procedimientos de manera de asegurar que respondan a las necesidades de los usuarios y usuarias que han sufrido situaciones traumáticas.⁸⁸ Esto implica que debe existir una preocupación constante de la institución por adecuar progresivamente sus prácticas desde una perspectiva centrada en potenciar el bienestar de las víctimas, lo que muchas veces implica la conformación de comités internos de personas de la institución encargadas de monitorear si esto se está cumpliendo. Por supuesto, una institución informada en el trauma debe limitar su acción a los mandatos de la ley, pero se espera que cumpla con esos mandatos considerando las necesidades particulares de las víctimas (sobre todo cuando son menores de edad).

De hecho, Chile, al adscribir a la Convención sobre los Derechos del Niño, se comprometió a que todas las instituciones del Estado garanticen la promoción de los derechos de los niños, lo que es altamente compatible con esta mirada, centrada en el trauma.

La formación de instituciones informadas en el trauma implica un desafío importante para la organización, ya que implica muchas veces adaptar métodos de trabajo y procedimientos, invertir en infraestructura y capacitar a todo el personal, con el objetivo de que la institución pueda cumplir con su función, pero, al mismo tiempo, evite la revictimización de sus usuarios. Esto, por supuesto, excede las atribuciones de la persona que ejerce el rol de consejera o consejero técnico en un tribunal.

88 HUCKSHORN (2009).

No obstante lo anterior, se considera que conocer los principios generales de las instituciones informadas en el trauma puede ser de utilidad al consejero técnico para

- Asesorar al juez / jueza en los procedimientos a emplear en las distintas audiencias con víctimas de eventos traumáticos.
- Asesorar a los diferentes funcionarios / funcionarias del tribunal en los cuidados especiales que deben tener a la hora de atender niños o niñas que han sufrido eventos traumáticos graves.
- Contribuir al monitoreo y favorecer la reflexión de instituciones que atienden a víctimas de eventos traumáticos.

A nivel internacional, cada vez es más frecuente aplicar los criterios de las instituciones informadas en el trauma para evaluar el desempeño de instituciones que trabajan con personas que han sufrido eventos traumáticos. Es un desafío ir revisando estos estándares en el contexto nacional, tanto para evaluar el funcionamiento de los tribunales de familia como de los diversos centros, ONG o instituciones involucradas en los procesos de intervención de niños con experiencias de vulneración, polivictimización y trauma complejo.

Oferta nacional de programas para el abordaje del trauma complejo, especialmente en la competencia de familia

Actualmente, en Chile el organismo encargado de definir las políticas públicas, normativas de atención y de administrar los recursos estatales para apoyar a niños y niñas que han sufrido experiencias graves de vulneración de derechos y victimización es el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Este servicio administra y/o financia centros gestionados por otras instituciones de la sociedad civil.

Según el informe de gestión de este servicio,⁸⁹ en el año 2022 atendió a 198.326 niños, niñas y adolescentes en una oferta de programas a nivel nacional, especializados en cuatro líneas de trabajo:⁹⁰

⁸⁹ Ver en línea: (<https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/informes-de-gestion/INF-GESTION-FINAL-2022.pdf>).

⁹⁰ Esta información se basa en las últimas actualizaciones entregadas por el Servicio de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia. Es importante considerar que la oferta programática, así como los objetivos y alcances de cada programa, pueden variar en el futuro.

- 1) Diagnóstico: contempla los programas de diagnóstico ambulatorio (DAM), con 77 proyectos y cobertura a 38.420 NNA. Estos programas se orientan a la realización de evaluaciones periciales a niños, niñas o adolescentes que han sufrido victimización. Este diagnóstico es entregado a tribunales de manera de brindar información especializada sobre la situación de los niños, niñas o adolescentes.
- 2) Ambulatorio: esta es la línea de trabajo más amplia, con 1.072 proyectos de diversa complejidad que tienen por objeto proteger, reparar o restituir adecuadamente sus derechos.

La cobertura de esta línea de trabajo alcanza los 173.601 NNA. Los programas ambulatorios son:

- Oficina de Protección de Derechos (OPD, cuya labor es promover y otorgar la protección integral al ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes mediante labores de gestión intersectorial y acciones de protección a través de atenciones psicosociales y orientación jurídica).
- Programa de protección ambulatoria con discapacidad grave o profunda (PAD, que atiende niños, niñas y adolescentes con una discapacidad moderada o grave que han sufrido vulneración de derechos, como el maltrato no constitutivo de delito, negligencia, interacción conflictiva con los padres y/o la escuela).
- Programa especializado para NNA agresores sexuales (PAS, que atiende a niños, niñas y adolescentes que han ejecutado conductas abusivas sexuales de forma de intervenir en sus propias experiencias de victimización, así como prevenir la ejecución de nuevos episodios de abuso).
- Programa especializado en drogas (PDC, cuyo objetivo es la interrupción de consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes).
- Programa de reinserción educativa (PDE, que atiende a niños, niñas y adolescentes con rezago escolar, carencias educativas o que han sido excluidos del sistema escolar).
- Programa especializado en niños de la calle (PEC, cuyo objetivo es poner término a la situación de vida en la calle de niños, niñas y adolescentes).
- Programa de atención a víctimas de explotación sexual (PEE, que ofrecen reparatoria y protección en formato multidisciplinario a víctimas de explotación sexual infantil).

- Programa de intervención especializada (PIE, que atiende a niños, niñas y adolescentes que viven graves vulneraciones de derechos).
 - Programa de prevención focalizada (PPF, que atiende a niños y niñas vulnerados en sus derechos asociados a mediana complejidad, como negligencia moderada, testigo de violencia intrafamiliar no constitutiva de delito, maltrato físico y/o psicológico moderado).
 - Programa especializado en maltrato (PRM, que busca una recuperación integral de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de graves vulneraciones de derechos vinculadas al maltrato físico o psicológico grave y a las agresiones sexuales).
- 3) Adopción: contempla 14 Programas de Intervención y Preparación para la Integración de Niños en Familia Alternativa (PRI), que atienden niños y niñas víctimas de graves vulneraciones a sus derechos que han debido ingresar al sistema de cuidado alternativo y que, luego de realizarse un trabajo de evaluación e intervención familiar, se ha determinado la alternativa de la adopción. De esta manera, estos programas se centran en la realización de intervenciones y en la preparación para la adopción. La cobertura es de 517 niños y niñas.
- 4) Cuidado alternativo: compuesto por 418 proyectos que se focalizan en niños separados de sus familias por orden del tribunal de familia debido a graves vulneraciones de derechos. La cobertura es de 16.807 niños y niñas.

Los programas de la línea de cuidado alternativos son:

- Programa familia de acogida (FAE, que favorece la inserción transitoria de niños, niñas y adolescentes en familias de acogida de forma de evitar que sean institucionalizados en una residencia).
- Centro de tránsito y distribución con residencia (CTD, que acoge en un modelo residencial transitorio a niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años con el objeto de propiciar una correcta derivación).
- Centro de tránsito y distribución para lactantes y preescolares (CTL, que acoge en un modelo residencial transitorio a niños y niñas de cinco años o menos).
- Residencia de alta especialidad (RAE, que atiende a adolescen-

tes en cuidado residencial que, por la gravedad de sus síntomas, han sido derivados al sistema de salud y requieren un paso previo por una residencia especializada en salud mental antes de retornar a su residencia de protección habitual).

- Residencia para NNA con discapacidad severa y situación de dependencia (RDS, que acoge en sistema residencial a niños, niñas y adolescentes que presentan un alto grado de discapacidad, que les dificulta o imposibilita la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo de apoyos y cuidados específicos por parte de terceras personas).
- Residencia protección para mayores (programas REM y RPM), que acogen en un modelo residencial a niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años).
- Residencia familiar para la adolescencia (RFA, RVT y RVA, que acogen en un modelo residencial a adolescentes entre los 14 y 17 años y propician un trabajo con la familia con el objetivo de una posterior reunificación familiar).
- Residencia de protección para lactantes y preescolares (RLP y RPP, que acogen en un modelo residencial a lactantes y preescolares, y propician un trabajo con la familia con el objetivo de una posterior reunificación familiar).
- Residencia de protección para madres adolescentes (RMA y RPA, que constituyen una modalidad de atención transitoria para adolescentes víctimas de graves vulneraciones de sus derechos, embarazadas o madres adolescentes, y sus hijos e hijas en gestación o nacidos).
- Residencias especializadas de protección (RPE, que acogen en un modelo residencial a adolescentes entre los 14 y 17 años).
- Residencias especializadas con programa (RSP, que acogen en un modelo residencial a adolescentes entre los 12 y 17 años).

Además, a nivel nacional existen programas derivados de otros servicios públicos o municipalidades que entre sus usuarios contemplan a NNA víctimas de eventos traumáticos. Tal es el caso de los centros de atención integral a víctimas de delitos violentos dependientes de la Corporación de Asistencia Judicial (CAVI, Ministerio de Justicia, que brindan atención psicosocial reparatoria y orientación legal en el ámbito penal a víctimas de delitos violentos de todas las edades), y los centros de atención a víctimas de delitos (CAVD), dependientes del Ministerio

del Interior, que velan por el cumplimiento de los derechos y bienestar de las víctimas de delitos violentos de todas las edades durante la participación en el proceso penal.

Por su parte, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) actualmente está centrado exclusivamente en potenciar la reinserción de adolescentes entre 12 y 17 años que han sido imputados y condenados por delitos. No obstante lo anterior, hay que considerar que la prevalencia de victimización, polivictimización y sintomatología postraumática en esta población es alta, por lo que se puede considerar que dicho servicio también atiende a una proporción de víctimas de eventos traumáticos con potencial trauma complejo. De hecho, ya se ha señalado que una de las consecuencias de los eventos traumáticos severos y repetitivos es precisamente la sintomatología externalizadora, entre la que se cuenta la conducta delictiva.

Es importante destacar que es común que un mismo grupo familiar reciba atención de más de un programa simultáneamente (por ej., un hijo es atendido por el PRM y otro hijo es atendido por el PEE), o que incluso un mismo niño o niña sea atendido por más de un programa (por ej., un niño que se encuentre en una familia de acogida [FAE] y que sea atendido por un programa de intervención especializada [PIE]). Esto puede implicar una sobreintervención y eventualmente una revictimización de la familia o al NNA, sobre todo si no hay coordinación entre los diferentes programas, por lo que este aspecto debería ser considerado por el consejero o consejera técnica al momento de orientar al juez / jueza sobre las medidas a implementar.

Síntesis del capítulo

En este capítulo se abordaron elementos que son cruciales para garantizar una atención integral y efectiva que responda adecuadamente a las complejas necesidades de los niños, niñas y adolescentes con experiencias de trauma complejo.

Las ideas fuerza que se desprenden de los contenidos de este capítulo son las siguientes:

- Evaluación e informes relacionados con trauma complejo: la evaluación de niños, niñas y adolescentes respecto de los cuales se sospecha que presentan trauma complejo debe ser minuciosa y basarse en instrumentos estandarizados que reflejen adecuadamente

la sintomatología. El informe resultante debería incluir una evaluación formal y un análisis de factores individuales, familiares y sociales que expliquen dicha sintomatología.

- Intervención terapéutica en materia de trauma complejo: en este capítulo se describieron diversos modelos y modalidades de intervenciones efectivas para el trauma complejo, destacando la necesidad de terapias que abarquen intervenciones tanto grupales como individuales, y adecuadas a las necesidades y recursos disponibles, para abordar las complejas necesidades de los niños, niñas y adolescentes.
- Instituciones informadas en trauma: es fundamental que las instituciones adopten un enfoque informado en trauma, diseñando sus servicios y procedimientos para evitar la victimización secundaria y responder adecuadamente a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que pudiesen presentar trauma complejo. Se destaca la necesidad de formación continua para los profesionales y de adaptar las estructuras institucionales para garantizar un ambiente que fomente la seguridad y el bienestar infantil. Se enfatiza la necesidad de ir desarrollando acciones en los tribunales de familia que permitan adoptar un enfoque de trauma informado, para mejorar la toma de decisiones y facilitar un entorno más comprensivo y seguro.

Capítulo 3

Trauma complejo y sus alcances en el ámbito judicial

Introducción

Luego de la revisión exhaustiva de la conceptualización del trauma complejo, es necesario abordar esta temática desde el trabajo que realizan las consejeras y consejeros técnicos en los tribunales de familia. Analizaremos el tema a la luz del enfoque del cuidado informado en trauma y desde una perspectiva de derecho, teniendo particularmente en cuenta el interés superior del niño y niña, el derecho a ser oído y la autonomía progresiva, además de tener en consideración los lineamientos generales que entrega el Poder Judicial en estas materias. Junto con lo anterior, pretendemos proporcionar herramientas prácticas para el abordaje de niños, niñas y adolescentes con trauma complejo (o cuando se sospecha de dicho diagnóstico) en el contexto de la justicia de familia, con relación a ajustes que se pueden realizar en los procedimientos, en la entrevista judicial en el contexto de la audiencia reservada y, en general, en algunas de las funciones que deben desarrollar los profesionales que conforman el consejo técnico de los tribunales de familia.

Reconocimiento de síntomas del trauma complejo y su abordaje en el contexto judicial

El enfoque del cuidado informado en trauma resulta un elemento útil para revisar el abordaje más adecuado de niños, niñas y adolescentes que presentan trauma complejo.

A nivel general, las intervenciones o cuidados informados en trauma buscan que las organizaciones completas que trabajan o interactúan con personas de tener conocimiento sobre lo que implica el impacto del trauma, con el objetivo de entregar un servicio mejor asistido, centrado en sus necesidades y orientado a evitar la victimización secundaria que puede generarse en estos casos.

Al abordar el trauma complejo en el ámbito de la justicia de familia, es esencial reconocer la complejidad de las experiencias de las personas y trabajar hacia soluciones que promuevan la reparación y el bienestar a largo plazo. A partir del enfoque de instituciones informadas en traumas, se proponen algunas estrategias generales para el abordaje del trauma complejo en el sistema de justicia de familia:

- a) Sensibilización y formación del personal judicial: proporcionar formación especializada a jueces / juezas, abogados / abogadas y otros / otras profesionales judiciales sobre el trauma complejo y sus implicaciones en casos de familia. Fomentar la empatía y la comprensión de las dinámicas familiares afectadas por el trauma.
- b) Enfoque informado en trauma: adoptar un enfoque informado en trauma en la toma de decisiones judiciales, reconociendo cómo el trauma puede afectar la capacidad de las personas para participar en procesos legales.
- c) Colaboración interdisciplinaria: promover la colaboración entre profesionales legales, trabajadores / trabajadoras sociales, psicólogos / psicólogas y otros expertos / otras expertas en trauma para abordar de manera integral las necesidades de las familias afectadas.
- d) Mediación y resolución alternativa de conflictos: fomentar el uso de métodos alternativos de resolución de conflictos, como la mediación, que pueden ser menos adversos y estar más centrados en la colaboración.
- e) Apoyo psicológico: garantizar el acceso a servicios de apoyo psicológico para todas las partes involucradas, incluyendo a los niños, niñas y adolescentes, sus madres, padres y/o cuidadores afectados por el trauma complejo.
- f) Entrevistas especializadas: realizar entrevistas especializadas que tengan en cuenta las necesidades emocionales y psicológicas de las personas involucradas, especialmente de los niños, niñas y adolescentes.
- g) Protección de la seguridad: priorizar la seguridad de las víctimas de trauma, implementando medidas de protección adecuadas y garantizando entornos seguros durante los procedimientos judiciales.
- h) Adaptación de procedimientos legales: adaptar los procedimientos legales para ser más comprensivos y flexibles en casos en los que el

trauma complejo está presente, reconociendo posibles desafíos en la participación de las partes, sobre todo cuando se trata de niños, niñas y adolescentes.

- i) Programas de rehabilitación y recuperación: promover programas de rehabilitación y recuperación para las familias afectadas, trabajando en conjunto con los servicios sociales y de salud mental.
- j) Evaluación continua y mejora: realizar evaluaciones continuas de los enfoques adoptados y buscar constantemente formas de mejorar la respuesta de la justicia de familia al trauma complejo.

Junto con lo anterior y, de forma más particular, es relevante que consejeras y consejeros técnicos tengan en consideración las distinciones conceptuales vistas en el primer capítulo. En particular, frente a casos en los que tengan a la vista antecedentes de diversas formas de vulneración de derechos de un niño, niña o adolescente por parte de figuras afectivas cercanas, un elemento a tener en cuenta es la posibilidad de que exista un trauma complejo, en tanto este fenómeno alude a la experimentación de diversas situaciones traumáticas con un origen interpersonal (por ejemplo, los cuidadores principales) y, por lo general, lo traumático es lo habitual en la vida de ese niño, niña o adolescente.

En cuanto a la interacción con niños, niñas o adolescentes que sufren trauma complejo –o que se sospecha que este es el caso–, es fundamental considerar que pueden tener diversos comportamientos y reacciones ante los estímulos ambientales, por lo que no existe un patrón único de expresión. Además, es posible que cuenten con diferentes diagnósticos, tales como trastorno por déficit de atención y trastornos conductuales, entre otros. En ese sentido, quienes ejercen la consejería técnica pueden aportar en asesorar al juez o jueza, así como al resto de los intervinientes de la causa –por ejemplo, al profesional que ejerce la curaduría– acerca de eventuales comportamientos o reacciones adversas del niño, niña o adolescente cuando este deba participar en alguna instancia del proceso, procurando una coordinación fluida y efectiva entre todos quienes deberán interactuar con el NNA.

Siguiendo con lo anterior, y en la línea de las instituciones informadas en trauma, es importante que se advierta a quienes estén involucrados en la causa y, sobre todo, a aquellos que tendrán que interactuar con el niño, niña o adolescente en el tribunal, acerca de los efectos del trauma en los comportamientos y en la autorregulación. En ese sentido, cabe destacar el estudio de Pollak *et al.*, que alerta acerca de la hipersensibi-

lidad de niños, niñas y adolescentes que sufren trauma complejo con relación a las expresiones conductuales y emocionales de rabia o enojo por parte de las personas con las cuales interactúan, como una conducta adaptativa ante la posibilidad de ser revictimizados, dado que la experiencia traumática tiende a organizarse alrededor de la experimentación frecuente de temor y miedo del entorno.

Otro aspecto a tener en cuenta en el abordaje de un caso en tribunales de familia es la estimación de las situaciones de vulneración que pudiesen identificarse como conducentes a un trauma complejo. Tal como señalamos de forma precedente, al contar con antecedentes de diversas experiencias adversas en la infancia (para mayor detalle, revisar el capítulo 1 de este manual), quien ejerce la consejería técnica en el caso podría sugerir un informe de carácter psicosocial que dé cuenta de la magnitud y que caracterice las vulneraciones de derecho, entregando información acerca de su severidad, etapa del desarrollo en la que ocurrió y cronicidad. Este informe puede ser un elemento relevante a solicitar en la audiencia preparatoria, con relación a los hechos a probar que deben ser luego definidos y conocidos en la audiencia de juicio.

Trauma complejo y aplicación del principio del interés superior del niño y determinación de la autonomía progresiva

En esta sección revisaremos los aspectos psicosociales en el interés superior del niño y el principio de autonomía progresiva a la luz del enfoque de trauma complejo.

Aspectos psicosociales implicados en el interés superior del niño que pueden estar relacionados con trauma complejo

El interés superior del niño es un principio consagrado en la Convención de los Derechos del Niño cuyo objetivo es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención, de forma de asegurar el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. En nuestro país, el interés superior del niño se ha configurado como un concepto jurídico indeterminado, difícil de definir y de aplicar. Sin embargo, operacionalizar y llevar a la práctica el interés superior del niño como derecho sustantivo, principio jurídico interpretativo y norma de

procedimiento representa un desafío central en los casos de medidas de protección cuando se producen vulneraciones de derecho. A propósito de lo anterior, el Comité de los Derechos del Niño recomienda a los Estados parte proporcionar formación y capacitación continua a los operadores y operadoras a cargo de la toma de decisiones que afecten directa o indirectamente a un niño, niña o adolescente, sobre todo en aspectos psicosociales que son relevantes a la hora de ponderar el interés superior de un niño, niña o adolescente en una causa por vulneración de derechos.

Los aspectos psicosociales que se han descrito como más relevantes son los siguientes:

- Capacidades de los padres / madres o cuidadores / cuidadoras con relación al ejercicio de la parentalidad y del cuidado: en este aspecto, debe considerarse la evaluación de las competencias y de las condiciones para el ejercicio de la parentalidad en función de la etapa del desarrollo del niño, niña o adolescente involucrado y su nivel de independencia.

En consideración a todo lo previamente revisado respecto del trauma complejo, resulta fundamental contar con información respecto de las condiciones pasadas, actuales y futuras de los padres / madres y/o adultos / adultas a cargo del cuidado, dado el carácter interpersonal y de vínculos tempranos que tiene el trauma complejo.

- Daño o impacto biopsicosocial en el niño, niña y adolescente respecto de las medidas de protección vinculadas a la separación de su familia, relativas al cuidado alternativo: en este aspecto, es fundamental tener en consideración todas las experiencias adversas vividas por el niño, niña o adolescente, y su impacto en el desarrollo y en su situación actual, lo que tiene directa relación con la posibilidad de estar frente a un trauma complejo.

Lo anterior implica no solo considerar la situación actual del niño, niña o adolescente, sino también mirar su historia de vida pasada desde un enfoque informado en trauma, que permita identificar las experiencias adversas que pudo haber sufrido en su infancia temprana y en etapas posteriores del desarrollo.

- Características de la situación de vulneración de derechos, desde una mirada del modelo ecológico de Bronfenbrenner y con

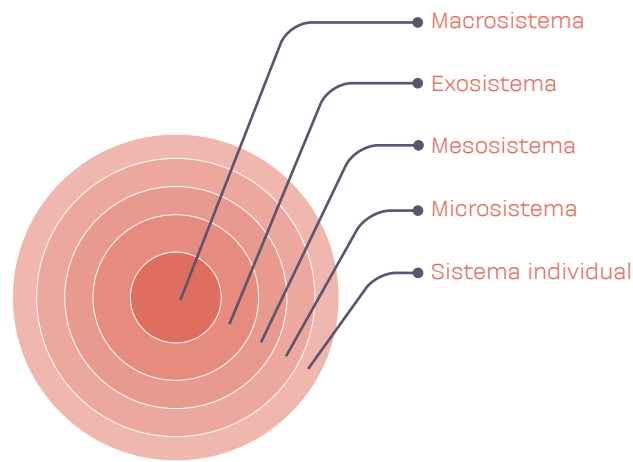
relación a factores protectores y de riesgo: implica contar con información clara y detallada de las situaciones de vulneración de derechos, definiendo el tipo de maltrato, sus circunstancias y consecuencias. Con relación al trauma complejo, resulta relevante conocer la figura adulta que está ejerciendo la vulneración, dado el componente vincular de este fenómeno.

En este ámbito, tomando lo que desarrollaremos en la sección 4 de este capítulo sobre derecho a ser oído, es fundamental considerar la participación efectiva del niño, niña o adolescente en la caracterización de las situaciones de vulneración de derechos que le han afectado, de forma de conocer su perspectiva al respecto y también respecto a las posibilidades de solución que puede barajar para su propia situación.

- Elementos contextuales del niño, niña o adolescente y la familia o adultos responsables del cuidado: se relacionan con las condiciones socioeconómicas y culturales vinculadas con el caso, que no dependen directamente de las capacidades para el ejercicio del cuidado de parte de las adultas / adultos a cargo, pero que igualmente pueden influir en la situación de desprotección del niño, niña o adolescente. Cabe recordar que las experiencias adversas que se pueden sufrir en la infancia también pueden relacionarse con estos factores estructurales, como, por ejemplo, la pobreza.

En este punto, es relevante revisar el modelo ecológico de Bronfenbrenner, psicólogo estadounidense que señala que la conducta de un individuo está en gran parte influenciado por el entorno, pero no sólo el más cercano, sino que de contextos más amplios en los cuales las personas se desenvuelven, tal como se aprecia en la ilustración n°1. Esto lleva al autor a considerar el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos, pero considerando también la influencia de las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos.

Figura 1. Niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenne



La exposición prolongada a experiencias traumáticas de carácter interpersonal, que pueden dar origen al trauma complejo, se encuentra circunscrita al sistema individual en interacción con el microsistema (familia y adultos / adultas responsables del cuidado), aunque pueden existir experiencias adversas en la infancia que estén relacionadas con el mesosistema (sistema de interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como familia, escuela y vida social con pares), el exosistema (uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno, como la historia de sus padres / madres y las personas con las que estos interactúan a nivel social) y el macrosistema (características de la cultura y momento histórico-social). Por lo tanto, el modelo ecológico de Bronfenbrenner puede constituirse en una herramienta útil para el análisis de los casos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes que ingresan a los tribunales con competencia en familia.

- Actitud y respuesta de los padres / madres o cuidadores / cuidadoras ante las demandas del niño, niña o adolescente: dice relación con la actitud de colaboración o de rechazo que muestran las figuras adultas de cuidado ante los procesos de evaluación e intervención, que es un elemento relevante al momento de definir la situación de protección o desprotección en el caso en particular.

Revisión del principio de autonomía progresiva y análisis del trauma complejo a partir de un enfoque evolutivo

En cuanto al principio de autonomía progresiva, consagrado en la Convención de los Derechos del Niño, Cillero plantea que el enfoque de los derechos humanos aplicado a la infancia implica una nueva forma de concebir tanto a los niños, niñas y adolescentes como a la relación que estos establecen con la familia, la sociedad y el Estado, reconociéndolos como sujetos de derecho y dejando atrás concepciones que los definían a partir de su incapacidad jurídica.⁹¹ En ese mismo sentido, la Convención define la niñez de acuerdo con sus atributos particulares, concibiéndola como una etapa de desarrollo efectivo y progresivo de su autonomía personal, social y jurídica.

El principio de autonomía progresiva, desde el punto de vista de la psicología evolutiva, implica reconocer las características propias del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes al momento de hacer efectivo el ejercicio de sus derechos. Es una capacidad progresiva, en tanto refleja que el ejercicio de sus derechos implica grados crecientes de independencia a medida que van avanzando en su desarrollo y van adquiriendo un mayor nivel de independencia respecto de las figuras adultas de su entorno más cercano.

Las condiciones propias del proceso de evolución de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes tienen implicancias significativas al momento de analizar su participación en procesos de justicia, particularmente en el ámbito de los tribunales de familia. Sus capacidades lingüísticas y habilidades cognitivas en general, además de los aspectos propios de su desarrollo socioemocional, deben resultar aspectos gravitantes al momento de considerar la forma en la cual participarán en estos procesos, y constituyen elementos que los operadores de justicia deben conocer y manejar para asegurar una participación efectiva.

Al respecto, distintas investigaciones han develado que las concepciones previas de los actores del sistema de justicia acerca de las habilidades de los niños, niñas y adolescentes para entregar un testimonio de sus vivencias y opiniones sobre sus condiciones de vida impactan de forma directa en las decisiones que se toman al momento de fallar; estos prejuicios se relacionan con la idea de competencias insuficientes

91 CILLERO (1999).

para recordar, relatar hechos, organizar sus experiencias y expresarlas de forma clara, dificultades para distinguir realidad de fantasía, la mayor posibilidad de ser sugestionables por terceros y, en el caso de los adolescentes particularmente, respecto de su ignorancia percibida en el plano sexual.⁹²

En respuesta a dichas preconcepciones, un número significativo de investigaciones⁹³ han abordado aquellos aspectos asociados a las capacidades de niños, niñas y adolescentes para ser entrevistados en el ámbito judicial, concluyendo en general que la edad no puede ser considerada como el único patrón para determinar la capacidad de un testigo para dar cuenta de un suceso y que los niños, niñas y adolescentes pueden aportar información significativa respecto de sus propias experiencias de vida, al igual que los adultos, siempre teniendo en consideración que sus competencias cognitivas tienden hacia una progresión evolutiva.⁹⁴

La posibilidad de participación e incidencia fomenta la autoestima y el sentido de autoeficacia de los niños, niñas y adolescentes en cada uno de sus momentos evolutivos, además de proporcionarles herramientas y habilidades para incrementar su participación en diferentes ámbitos de su vida cotidiana y de la sociedad en general. Entre sus consecuencias positivas, encontramos la mejora de capacidades y potencialidades personales, la promoción de la autonomía y la creatividad, el aumento de la capacidad de razonamiento y de decisión, el desarrollo progresivo del pensamiento crítico, y el incremento de las habilidades para comunicar ideas y opiniones.⁹⁵ Todos estos elementos son especialmente relevantes en niños, niñas y adolescentes que presentan trauma complejo, por cuanto un proceso adecuado, respetuoso y amigable de participación en una causa judicial no solo evita ser pernicioso y revictimizante, sino que también puede devenir en un espacio de empoderamiento y de sentido de autoliderazgo respecto de aquella o aquellas experiencias adversas que ha vivido durante su infancia.

Desde un punto de vista psicosocial, la autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes puede verse influenciada por las consecuencias en el desarrollo del trauma complejo. Lo anterior no significa que

92 FUNDACIÓN AMPARO Y JUSTICIA (2016).

93 FUNDACIÓN AMPARO Y JUSTICIA (2016).

94 FUNDACIÓN AMPARO Y JUSTICIA (2016).

95 UNICEF (2022).

no puedan ejercer sus derechos como titulares, más bien implica que los adultos / adultas deben facilitar este ejercicio, tomando en cuenta los efectos nocivos que el trauma ha generado en su forma de relacionarse con su mundo circundante.

Por otra parte, retomando lo señalado en el primer capítulo respecto del apego con las figuras primarias de cuidado, sin duda contar con vínculos satisfactorios y protectores durante la infancia y la adolescencia permitirá el desarrollo efectivo de la capacidad progresiva de autorregulación y de las habilidades de autocuidado en el niño, niña o adolescente.⁹⁶ Conocemos ya que esto no ocurre en muchos de los casos en los que se presenta o presume la existencia de trauma complejo, en los cuales la capacidad disminuida de autorregular los estados emocionales y la conducta puede generar dificultades interpersonales en los niños, niñas y adolescentes, lo que tendrá implicancias a la hora de realizar una entrevista en el espacio judicial, tal como lo abordaremos en extenso en la siguiente sección, sobre el ejercicio del derecho a ser oído.

Trauma complejo y condiciones del ejercicio del derecho a ser oído en tribunales de familia

En esta sección revisaremos en extenso la relación entre el derecho a ser oídos de los niños, niñas y adolescentes, y el trauma complejo.

Aspectos centrales del ejercicio del derecho a ser oído de niños, niñas y adolescentes

El artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño (2014), referente al derecho a ser oído, da cuenta del derecho que le asiste a un niño, niña o adolescente a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten, que debe ser debidamente tenida en cuenta, en consideración de factores propiamente evolutivos. En ese sentido, se le dará oportunidad de ser escuchado o escuchada en todo procedimiento judicial o administrativo.

En complemento con lo anterior, el Comité del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en su Observación General 12 (2014), acerca del derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser escuchados, manifiesta que la participación implica procesos permanentes de intercambio de

96 VAN DER KOLK (2014).

información y diálogos entre NNA y adultos / adultas en su vida cotidiana, en los cuales los primeros pueden aprender la manera en que sus opiniones y las de los adultos / adultas se tienen en consideración. A partir de esta observación, es factible apreciar ciertos estándares normativos que se recomienda alcanzar. Al respecto, los Estados parte deben garantizar que en el sistema judicial se adopten o revisen leyes para que el niño, niña o adolescente pueda ejercer plenamente este derecho. De particular interés resulta la posibilidad que estos tienen de no ejercer este derecho, en tanto constituye para ellos una opción y no una obligación, aun cuando los Estados parte deben asegurarse de que el niño reciba toda la información y asesoramiento a la hora de tomar una decisión al respecto. Asimismo, los Estados parte deben dar por supuesto que el niño, niña o adolescente tiene capacidad para formar sus propias opiniones y expresarlas, y el NNA no está obligado a probar que sí dispone de ella.

En el mismo sentido, la plena aplicación del artículo exige el reconocimiento y respeto de las formas no verbales de comunicación de los niños, niñas y adolescentes, particularmente los de menor edad, tales como el juego, la expresión corporal y facial, el dibujo y la pintura, mediante las cuales los niños más pequeños muestran su capacidad de comprender, elegir y tener preferencias. El comité hace hincapié en que el niño, niña o adolescente no debe ser entrevistado con más frecuencia de la necesaria, para evitar efectos traumáticos relacionados con la reexperimentación de las situaciones de vulneración de derechos. Conjuntamente, se establece que deben ser informados sobre las condiciones en que se les pedirá que expresen sus opiniones, lo que se condice con su derecho a la información, condición imprescindible para su toma de decisiones. De manera particular, se recoge de esta observación la obligación de hacer todo lo posible para consultar a los niños, niñas y adolescentes víctimas y/o testigos de delitos sobre los asuntos pertinentes respecto de su participación y para que puedan expresar libremente y a su manera sus opiniones y preocupaciones en cuanto a su participación en el proceso judicial, aspecto fundamental para aquellos casos de víctimas de vulneraciones graves de sus derechos que pueden presentar trauma complejo o hay indicios de que es así.

A partir de una revisión exhaustiva, tanto del artículo 12 de la Convención como de los modelos jerárquicos de participación, un grupo

de investigadores⁹⁷ propone un modelo de participación significativa de niños, niñas y adolescentes (figura 2) que considera tres dimensiones que deberían estar presentes de forma continua en cada proceso en el que interviene un niño, niña o adolescente: 1) informar, 2) escuchar y 3) involucrar. De acuerdo con estos autores, la participación significativa se define como la experiencia de que niños, niñas y adolescentes sean escuchados y tomados en consideración cuando entregan su opinión, debiendo contemplarse como requisito previo para su participación que estén adecuadamente informados.

En cuanto a los procesos protectores, este modelo de la participación implica que el niño, niña o adolescente sea incluido de forma activa en el proceso de identificación de la situación de maltrato, en la investigación de la misma, en las propuestas de intervención y en su evaluación posterior. En cada uno de estos hitos, los niños, niñas y adolescentes deben ser informados, escuchados e involucrados.

Figura 2. Dimensiones del modelo de participación significativa

Informar	Escuchar	Involucrar
Uso de lenguaje claro y sencillo. Informar sobre el motivo de la causa judicial. Informar sobre sus posibilidades de participación. Informar las decisiones y la resolución judicial.	Considerar su punto de vista en la decisión. Estilo de comunicación flexible y amigable. Ambiente físico y emocional adecuado para la interacción.	Participación en la identificación, indagación y posibles soluciones relacionada con la vulneración de derechos. Informar sobre la decisión judicial e involucrarlos en su ejecución.

Otro modelo interesante respecto de la participación es el propuesto por Laura Lundy, quien desde el ámbito de la educación propone cuatro elementos a considerar para la participación efectiva de niños, niñas y adolescentes: 1) espacio en el cual se produce, que debe entregar seguridad y ser inclusivo; 2) entrega de información apropiada para facilitar la expresión de las opiniones de niños, niñas y adolescentes; 3) que la audiencia que recibe la opinión de niños, niñas y adolescentes sea una persona con responsabilidad de escucharlas, y 4) asegurar que sus opiniones están siendo tomadas con seriedad y que tienen influencia en las acciones que se lleven a cabo, cuando ello corresponda.⁹⁸

97 BOUMA *et al.* (2018).

98 LUNDY (2007).

De esta forma, todos los procesos donde participen niños, niñas y adolescentes deben ser transparentes, y han de entregarles información completa, accesible, apropiada a la edad; además, la participación debe ser voluntaria, sin que se los obligue a expresar opiniones en contra de su voluntad, y se les debe informar que pueden cesar en su participación en cualquier momento.⁹⁹

En concreto, el Comité de los Derechos del Niño propone directrices respecto de los procesos de justicia en los que participen NNA, toda vez que los procesos de justicia están diseñados por y para los adultos, por lo que es obligación de los Estados ajustarlos a las características propias y particulares de la niñez y la adolescencia. Esas recomendaciones incluyen las siguientes:

- Garantizar la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes sean escuchados, teniendo siempre en cuenta su plena protección, por lo que se deben considerar las posibles consecuencias perniciosas de una práctica de este derecho que no tome en cuenta dicha posibilidad.
- Entregar información y asesoría adecuada para que puedan formarse una opinión autónoma, de acuerdo con sus características evolutivas, y expresarla libremente.
- El derecho a expresar una opinión no implica una obligación: el niño, niña o adolescente puede no ejercer este derecho si así lo estima.
- En el caso de las entrevistas, solo llevar a cabo las intervenciones estrictamente necesarias, particularmente en el caso de la investigación de acontecimientos que puedan causarle algún perjuicio.
- Preferir la privacidad de las interacciones y evitar entrevistas y/o audiencias públicas.
- Precuparse por el entorno e infraestructura de los lugares a los cuales los niños, niñas y adolescentes deban concurrir, por ejemplo, las salas de los tribunales.
- Todos aquellos que intervengan con niños, niñas o adolescentes necesitan capacitación especializada para facilitar su adecuada participación.
- Se recomienda el trabajo coordinado entre las distintas disciplinas para poder escuchar y entender apropiadamente a los niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con sus necesidades específicas.¹⁰⁰

99 DIF y UNICEF (2014).

100 COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2013).

Igualmente, las directrices y pronunciamientos internacionales respecto de las víctimas de delitos sexuales son útiles para el análisis al que nos encontramos abocados. En ese sentido, cabe destacar como antecedente el VII Congreso de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), respecto de la Prevención del Delito y Tratamiento, celebrado en el año 1985, desde el cual surge la *Declaración acerca de los derechos de las víctimas*. Esta declaración plantea la necesidad de facilitar la adecuación de los procedimientos judiciales a las necesidades de las víctimas, entregándoles la información respecto de su participación y el alcance de esta, además de ponerlas en conocimiento respecto del transcurso de las actuaciones judiciales. Asimismo, se reconoce el derecho a que expresen sus opiniones y preocupaciones, y a que estas sean examinadas en etapas apropiadas del proceso judicial, siempre y cuando sean concordante con sus intereses y en convergencia con el sistema de justicia penal correspondiente a su ubicación territorial.¹⁰¹

Por su parte, las *Directrices sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos*, redactadas por la Oficina Internacional de los Derechos del Niño en 2005, consagran diversos principios, entre los que se encuentran el derecho a la participación que les asiste a niños, niñas y adolescentes, mediante la expresión libre y en sus propias palabras de sus creencias, opiniones y pareceres sobre cualquier asunto y a aportar su contribución en los procesos judiciales; y el derecho a ser informados respecto de los procedimientos aplicables, los mecanismos de apoyo y las medidas de protección, entre otros aspectos del proceso.

Finalmente, las *Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad*, dictadas en la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, señalan que los niños, niñas y adolescentes son uno de los grupos vulnerables en términos del adecuado acceso a la justicia, por lo que recalcan la necesidad de mitigar los perjuicios derivados del contacto con el sistema de justicia.

En el ámbito nacional, en primer lugar, la Ley 19.968, que crea los tribunales de familia, señala en su artículo 69 el derecho de niños, niñas y adolescentes a entregar su opinión, la cual deberá ser tomada debidamente en cuenta por el juez o jueza, quien considerará su edad y madurez. Para lo anterior, se les podrá escuchar en las audiencias a que se refieren los artículos 72 y 73 o en otra especial, fijada para tales efectos, en un

101 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (2006).

ambiente que resulte adecuado y cautelando su salud física y psíquica. Por su parte, el artículo 79 dispone que los niños, niñas y adolescentes respecto de los cuales se encuentre vigente una medida de protección judicial tendrán el derecho a que el juez o jueza los reciba personalmente, cuando lo soliciten por sí mismos o a través de las personas señaladas expresamente en el artículo 80.

Al respecto, cabe señalar que lo que menciona esta ley y dichos artículos son enunciados generales, que no permiten conocer de manera concreta lo que resulta adecuado para el ejercicio del derecho a ser oído de niños, niñas y adolescentes. En ese sentido, el Acta 237-2014, de la Excma. Corte Suprema, proporciona contenidos y herramientas con relación a una modalidad adecuada para el ejercicio de este derecho. Su ámbito de aplicación es en aquellos tribunales con competencia en materia de familia, y se refiere al ejercicio del derecho a ser oídos de niños, niñas y adolescentes. En su artículo 2 señala que en estos tribunales se acondicionará un espacio acogedor y adaptado, que podrá ser la sala Gesell en aquellos tribunales en los que sea factible su habilitación. En tal sentido, refiere explícitamente que será el juez o jueza de la causa quien determinará la pertinencia del uso de un espacio adecuado y, en caso de requerirlo, podrá encomendar el interrogatorio a una persona con destrezas especiales para ello, como el consejero o consejera técnica. Asimismo, describe las etapas que deben realizarse en la entrevista y las características de la sala en la que se realizará, en términos de decoración, mobiliario, medios tecnológicos y registro audiovisual de la entrevista.

Un aspecto a resaltar de esta normativa interna del Poder Judicial es el artículo 6, en la cual se señalan los derechos y deberes en la entrevista. Refiere, por ejemplo, el derecho del niño, niña o adolescente de ser informado sobre el carácter voluntario de la entrevista y sobre las características de la sala en la que se encuentra, y de decidir si quiere que la entrevista se realice en ese espacio o en un lugar diverso. Además, aborda el derecho a recibir información de su situación y proceso judicial, así como el deber de ser entrevistado en un lenguaje adecuado y sencillo.

En el ámbito de la adopción, la Ley 19.620, promulgada en el año 1999, señala expresamente que, durante los procedimientos, el juez / jueza tendrá debidamente en cuenta las opiniones de los niños y niñas, de acuerdo con su edad y madurez.

La Ley 19.947, de matrimonio civil, del año 2004, dentro de sus disposiciones generales, en su artículo 85, refiere que, en la tramitación de la separación judicial, de la nulidad de matrimonio y el divorcio, en caso de que existieran niños, niñas o adolescentes comprometidos, el juez deberá considerar especialmente el interés superior del niño o niña y oír a aquel que esté en condiciones de formarse un juicio propio, en función de su edad y madurez, en sus resoluciones.

Condiciones del ejercicio del derecho a ser oído con relación al trauma complejo

Existe consenso respecto del reconocimiento de la participación como un elemento relevante para la efectivización del ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes. No obstante, esto no significa necesariamente que este principio se lleve a la realidad ni que se generen mecanismos concretos para promover que la población infantojuvenil pueda ser escuchada y que sus opiniones tengan incidencia en las decisiones. Al respecto, una de las barreras para la participación de niños, niñas y adolescentes, a nivel general, es la poca costumbre que existe de escucharles, menos aún de establecer diálogos acordes a sus características y desarrollo evolutivo.¹⁰² Por todo lo anterior, resulta fundamental generar procesos de participación significativa para la población infantojuvenil en general y, en particular, introducir ajustes acordes a las características de ciertos grupos de niños, niñas y adolescentes, como en el caso de aquellos que presentan trauma complejo.

Cuando un niño, niña o adolescente que presenta trauma complejo –o se sospecha que lo presenta, dadas sus experiencias de vida– entra en contacto con el sistema de justicia, se requieren ajustes para facilitar su participación significativa y promover el resguardo de su bienestar emocional.

Para abordar esta temática, tomaremos en consideración las directrices relacionadas con la justicia amigable y centrada en los niños, niñas y adolescentes. Estos lineamientos permiten fomentar entornos, procesos, prácticas y métodos que se centren en los niños y niñas, y sean amigables, para asegurar que puedan participar y contribuir de manera

¹⁰² UNICEF (2022).

significativa a los procesos judiciales.¹⁰³ Para lograr la participación centrada en los niños, niñas y adolescentes, y amigable con ellos, es relevante adaptar los entornos y la comunicación, fomentando el apoyo de quienes intervienen en los procedimientos:

- Niño, niña y adolescente en el centro del proceso: las directrices alientan un enfoque en las perspectivas, necesidades, intereses, experiencias y vidas de los niños y niñas, en ganar un entendimiento de estos.
- Entornos amigables con los niños: las directrices instruyen a los tomadores de decisiones a ajustar los entornos materiales y procesos al niño o niña, así como emplear métodos creativos para explorar sus perspectivas.
- Estilo de comunicación: las directrices alientan la escucha activa, la observación activa, el lenguaje y las preguntas simples/directas, el diálogo, dar retroalimentación positiva y tiempo a los niños y niñas para entender, establecer formas para que estos comuniquen que no desean responder preguntas, y evitar el interrogatorio duro.
- Relaciones respetuosas, cuidadosas y de confianza: las directrices enfatizan la importancia de que los profesionales construyan relaciones con los niños y niñas basadas en el respeto, el cuidado y la confianza.
- Apoyo en los procedimientos: las directrices son claras en que se debe ofrecer a los niños y niñas apoyo (incluyendo una persona de confianza) y/o representación (incluyendo un portavoz) en los procedimientos de protección infantil.

Junto con lo anterior, es necesario también considerar que la participación sea segura para el niño, niña o adolescente. En ese sentido, se plantea que los adultos / adultas que trabajan con población infanto-juvenil tienen un deber de cuidado, por lo que deben tomar todas las precauciones para minimizar los riesgos de que los NNA sufran algún tipo de victimización y cualquier otra consecuencia negativa a causa de la participación,¹⁰⁴ lo que puede traducirse en la protección con relación a los siguientes elementos:

103 PETERSEN *et al.* (2022).

104 Ídem.

- Del daño, ya sea físico, por ejemplo, en forma de violencia por parte de miembros de la familia, o psicológico, en forma de conflictos de lealtad entre el niño, niña o adolescente y miembros de su familia, intimidación, miedo a represalias de otros adultos, etc.
- De desequilibrios de poder, ya sea en interacciones, entorno físico, lenguaje o documentación.
- De presiones innecesarias, con relación a la voluntariedad del derecho a la participación. En ese sentido, se debe tener claridad de que el niño, niña o adolescente tiene la posibilidad de negarse a participar.

Propiciando una participación segura: directrices de uso de la sala Gesell

El lugar en el cual se realiza la entrevista a un niño, niña o adolescente, en razón de su derecho a ser oído, puede cobrar una vital relevancia en muchos casos. Las salas de audiencia en los tribunales de familia en nuestro país pueden no resultar ambientes acogedores y amigables, dado que fueron diseñadas y habilitadas sin tener en consideración las características y necesidades de la población infantojuvenil en general. A lo anterior se agregan elementos que generan una asimetría de poder (por ejemplo, el estrado del juez / jueza está elevado con relación al resto de los elementos de la sala), lo que puede generar una distancia que obstaculice el diálogo con el niño, niña o adolescente. Por lo general, los niños y niñas, de acuerdo con el estudio de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, consideran que los juzgados son intimidatorios y atemorizantes y los asocian con la delincuencia, independiente si se trata de materias penales o civiles.¹⁰⁵ Por lo mismo, prefieren declarar fuera del juzgado o en salas del juzgado adaptadas a la infancia antes que hacerlo en entornos no adaptados, dado que el enfoque de los profesionales está más adaptado a la infancia.

En nuestro país se han generado diversas iniciativas para contar con espacios especialmente acondicionados para la declaración de niños, niñas y adolescentes, tanto en el ámbito penal como en el de familia.¹⁰⁶

¹⁰⁵ AGENCIA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2015).

¹⁰⁶ Política de efectivización de derechos de niños, niñas y adolescentes del Poder Judicial, disponible en <https://catalogo.pjud.cl/?post=913>

Si bien estos ámbitos tienen diferencias procesales y procedimentales, existen lineamientos comunes para estos espacios. En ese sentido, el lugar en el cual transcurre la audiencia con el niño, niña o adolescente debe considerar ajustes al mobiliario, colores, dispositivos tecnológicos en caso del registro audiovisual y la cantidad de objetos en la sala. Las recomendaciones en este sentido son contar con una decoración mínima y con mobiliario funcional, que resulte acorde a las características físicas de niños, niñas y también de adolescentes; los colores deben propender a ser neutrales, considerando que existen sesgos con relación al uso de algunos colores en ciertas edades y por género.¹⁰⁷

En cuanto a la cantidad de personas presentes en la entrevista, las orientaciones del Poder Judicial, en su proyecto de salas Gesell en tribunales de familia, recomiendan que sea mínima, para que la entrevista conserve sus características de intimidad y reserva.¹⁰⁸ Por su parte, y de forma concordante, el estudio de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea señala que los niños y niñas prefieren que en las audiencias se halle el menor número posible de gente y desean ser informados del papel que desempeña cada uno de los presentes.¹⁰⁹

Por otra parte, se recoge un aspecto relevante obtenido en este último estudio, relativo a que los niños y niñas que participan en procedimientos penales o civiles –por ejemplo, en materias de justicia de familia como los casos de custodia vinculados a casos de violencia doméstica– se quejan de que las garantías procesales disponibles en los procedimientos penales no existen en los procedimientos civiles.¹¹⁰ Aquí se incluye, por ejemplo, la posibilidad de evitar el contacto con el demandado, que puede ser su padre o madre, el lugar en el cual se realizará la audiencia, la posibilidad de elegir quién lo entrevistará y también de optar por estar acompañado de un adulto o adulta de su confianza.

Siguiendo los preceptos de la participación segura revisados en el punto anterior, en el contexto de la participación de un niño, niña o adolescente que presenta trauma complejo es relevante considerar el espacio físico que el tribunal de familia proporcionará para estos efectos. Al respecto, la gran mayoría de los tribunales con competencia en materias

107 PODER JUDICIAL DE CHILE (2017).

108 Ídem.

109 AGENCIA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2015).

110 Ídem.

de familia cuentan con una sala Gesell a partir de la implementación de un proyecto cuyo objetivo era entregar a los niños, niñas y adolescentes usuarios de los juzgados de familia un lugar apropiado donde puedan ser escuchadas y escuchados cuando sean parte en un juicio, evitando una posible victimización secundaria.

Desde una perspectiva histórica, la sala Gesell fue creada por el psicólogo y pediatra de origen norteamericano Arnold Gesell, quien desarrolló este dispositivo a partir de sus procesos de observación de niños y niñas, buscando aislar estímulos que pudiesen interferir y alterar las conductas de los individuos observados. De esta forma, crea una sala separada para la observación, mediada por un espejo unidireccional, que le permitía desarrollar sus estudios de forma adecuada. Este es el mismo principio que se toma para incorporar las salas Gesell en los tribunales de familia, dado que ofrece un contexto favorable para el desenvolvimiento de los niños, niñas y adolescentes, aislándolos de factores que puedan resultar intimidantes y que obstaculicen el ejercicio de su derecho a ser oídos.¹¹¹

Abordando el uso de la sala Gesell desde un enfoque informado en trauma complejo, proponemos tener en especial consideración los siguientes elementos:

- Espejo unidireccional: para algunos niños, niñas y adolescentes, la presencia del espejo puede resultar perturbadora, por lo que se aconseja considerar la posibilidad de utilizar la cortina que está sobre el espejo, en acuerdo con el entrevistado / entrevistada.
- Sala de observación: en algunos casos los niños, niñas o adolescentes quieren conocer a las personas que se encuentran tras el espejo, lo que también debe ser considerado por quien entrevista, ya que ello puede propiciar un contexto de tranquilidad y seguridad.
- Presencia de más de una persona adulta entrevistando al niño, niña o adolescente: la recomendación es que solo una persona desarrolle la entrevista, dado que la presencia de más personas puede igualmente resultar intimidante para el entrevistado / entrevistada.
- Figura adulta que acompaña al niño, niña o adolescente: es relevante considerar que algunos niños, niñas y adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas pueden sentir temor ante una situación novedosa, como una entrevista en un tribunal, por lo que

111 PODER JUDICIAL DE CHILE (2017).

es relevante informar a quien se entrevista que la figura adulta que lo acompaña está esperándolo en un lugar cercano dentro del tribunal y que, en caso de necesitar su presencia, puede solicitarla.

- Ausencia de interrupciones: es importante que tanto quien entrevista como quienes se encuentran en la sala de observación resguarden el espacio de eventuales interrupciones, como sonidos o el ingreso de personas ajenas al proceso, brindando de esta forma un espacio libre de distorsiones y de eventuales estímulos que puedan sobresaltar al niño, niña o adolescente.

Para los niños, niñas y adolescentes que sufren trauma complejo, el mundo que los rodea presenta diversos detonantes de las experiencias traumáticas vividas, por lo que cualquier persona que interrumpa la entrevista, un sonido inesperado u otra situación inesperada puede ser percibirse como amenazante:

Los niños víctimas de abusos suelen ser muy sensibles a los cambios en las voces o en los rostros, pero suelen responder a ellos como amenazas en lugar de como pistas para permanecer sincronizados [...] Esta es una de las razones por las que los niños maltratados se ponen tan fácilmente a la defensiva o se asustan.¹¹²

Entrevista con niños, niñas y adolescentes que presentan trauma complejo

En esta sección consideraremos en detalle los aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de entrevistar niños, niñas y adolescentes en el marco de un proceso judicial.

Etapas de la entrevista

El Poder Judicial ha desplegado diversas iniciativas para instalar buenas prácticas en las declaraciones de niños, niñas y adolescentes. Una de ellas es el llamado Proyecto de Salas Gesell, que introdujo a partir del año 2011 este dispositivo técnico en la mayor parte de los tribunales con competencia en familia en Chile. Como hemos visto, esta sala consta a su vez de dos espacios, una sala de entrevista y una sala de observación, cuya finalidad es permitir que una sola persona establezca un diálogo

¹¹² VAN DER KOLK (2014).

con el niño, niña o adolescente, aislándolo de las implicancias de declarar en la sala de audiencia del tribunal.¹¹³

Siguiendo en esta línea, en el año 2014 el Pleno de la Excma. Corte Suprema de Chile emitió el Acta N° 237-2014, auto acordado que regula la implementación y uso de un espacio adecuado para el ejercicio del derecho a ser oídos de niños, niñas y adolescentes en tribunales con competencia en materia de familia. Este documento intentó entregar directrices con relación a la forma de entrevistar a un niño o niña –por ejemplo, plantea fases de una entrevista–, además de ofrecer orientación sobre el lugar apropiado para realizar dichas diligencias.

En consideración de lo anterior, la estructura recomendada para ejercer el derecho a ser oídos en la entrevista en justicia de familia se compone de las siguientes etapas:¹¹⁴

- Fase previa: corresponde a la coordinación entre quien entrevistará y quienes estarán en la sala de observación con relación a las temáticas a explorar, los antecedentes relevantes del caso y del niño, niña o adolescente a tener en consideración y la eventual información que se le podría entregar al finalizar el espacio. Es de vital importancia que en esta fase se aborden factores particulares del niño, niña o adolescente, tales como aspectos socioculturales, idioma, características cognitivas y/o emocionales, entre otros.

Con relación a la posibilidad de entrevistar a un niño, niña o adolescente con trauma complejo, la fase previa es fundamental para revisar los ajustes que se deban hacer a la entrevista, en cuanto a las condiciones del espacio físico y a las temáticas a abordar, además de anticiparse a eventuales dificultades en la interacción a propósito de las consecuencias conductuales y emocionales que genera la experimentación temprana de situaciones traumáticas.

- Fase inicial: corresponde al primer momento de interacción entre el niño, niña o adolescente y la persona que lo entrevistará. En esta etapa corresponde que se realice un encuadre de la entrevista y se establezca el *rapport*¹¹⁵ entre ambos.

113 Ídem.

114 Ídem.

115 Se entenderá por *rapport* al proceso que busca establecer una relación comunicacional fluida y efectiva. PODER JUDICIAL DE CHILE, 2017.

En cuanto al encuadre, este implica la entrega de información respecto de la persona que entrevista y de quienes están en la sala de observación, otorgando explicaciones sencillas sobre el rol de cada uno. Asimismo, se debe presentar el espacio físico y el contexto de la entrevista, abordando las eventuales dudas e inquietudes que pueda presentar el niño, niña o adolescente, sobre todo en aquello relacionado con la función del juez o jueza y del tribunal de familia.

Con relación al espacio físico, tanto si la entrevista se realiza en una sala Gesell o en la sala de audiencia del tribunal, quien entrevista debe dar cuenta de los principales elementos presentes, sobre todo de aquellos que se relacionen con la grabación de la entrevista, cuando se ha establecido previamente de esa forma.

En el caso de niños, niñas y adolescentes que presenten trauma complejo, es fundamental que la fase inicial transcurra de forma tranquila y ordenada, privilegiando el establecimiento de un vínculo de confianza que permita la entrega de información de forma clara y con un lenguaje sencillo, además de dar al niño, niña o adolescente la posibilidad de plantear sus dudas.

Junto con lo anterior, es recomendable incorporar en el encuadre las consideraciones respecto de la sala Gesell, abordadas en el punto anterior.

Es especialmente relevante que, en estos casos, no se omita ni distorsione información, ya que esto puede generar sentimientos de desconfianza y confusión en el niño, niña o adolescente, dificultando el *rapport*.

- Fase de desarrollo: corresponde a la etapa en que el niño, niña o adolescente expresa su opinión respecto de su situación personal y familiar. En esta etapa, quien entrevista debe incentivar, en la mayor medida posible, la exposición de los temas relevantes del caso.

En esta fase es relevante el trabajo realizado en la fase previa, en cuanto a la preparación de las temáticas a abordar y la anticipación de posibles expresiones emocionales del niño, niña o adolescente durante el relato de situaciones que pueden relacionarse con eventos traumáticos.

Se sugiere, para iniciar esta etapa, consultarle al niño, niña o adolescente lo que viene a contar o lo que desea expresar, para luego ir

desarrollando la entrevista desde las temáticas menos ansiógenas (por ejemplo, establecer un diálogo acerca de los intereses del niño, niña o adolescente) hasta aquellas que puedan resultar de mayor complejidad (por ejemplo, la relación entre sus padres, situaciones de conflicto en la familia, entre otras).

Un aspecto fundamental en esta etapa es formular las preguntas de manera simple y con un lenguaje claro, mediante frases cortas, con estructuras gramaticales simples, evitando un lenguaje sofisticado o técnico y privilegiando aquellas preguntas que invitan al niño, niña o adolescente a explayarse en un tema en particular (por ejemplo, “Cuéntame todo sobre tus amigos del colegio”).

En el caso de niños, niñas y adolescentes que presenten trauma complejo o se tengan sospechas de ello, es importante considerar que el abordaje de algunas temáticas puede constituir un estímulo que evoque sentimientos y reacciones relacionadas con las experiencias traumáticas vividas, sea que tengan o no relación con la causa que se está tramitando en ese momento en el tribunal.

En ese sentido, una labor fundamental del entrevistador / entrevistado es atender a los cambios conductuales y/o emocionales que pueda presentar el niño, niña o adolescente, además de atender eventuales situaciones de crisis afectiva, consultándole si requiere de algún tipo de apoyo en específico, como, por ejemplo, ir al baño o recibir contención de parte de la figura adulta que lo acompaña al tribunal.

Es importante que estas acciones de asistencia emocional también sean preparadas en la etapa previa de la entrevista, para así facilitar un mejor apoyo afectivo al niño, niña o adolescente cuando lo requiera.

- Fase de cierre: una vez que se han abordado las distintas temáticas relevantes para el niño, niña o adolescente, se requiere de un espacio para permitir preguntas, dudas e inquietudes por parte del entrevistado / entrevistada. Asimismo, es importante que este pueda conocer los siguientes pasos del proceso judicial, mediante explicaciones que le resulten comprensibles. Junto con lo anterior, se puede propiciar un breve espacio de distensión, mediante preguntas sobre temáticas de interés del niño, niña o adolescente, de forma de fomentar un estado afectivo más estable, que le permita reintegrarse de forma óptima a sus rutinas.

En general, se sugiere siempre en esta etapa agradecer la participación del niño, niña o adolescente en el espacio de entrevista. Es vital, sobre todo en los casos en los que se presenta o se presume la existencia de trauma complejo, evitar juicios de valor relacionados con el entrevistado / entrevistada o con las personas involucradas en los conflictos familiares, dado el carácter interpersonal de la violencia. De esta forma, es preferible agradecerle por haber asistido y por contestar las preguntas, evitando valoraciones como «has sido muy valiente» o «tus padres han sido muy irresponsables por la forma en que te han tratado», ya que estas referencias pueden generar sentimientos ambivalentes y eventualmente conflictos de lealtad en ese niño, niña o adolescente.

Actitud del entrevistador o la entrevistadora

A la luz de todo lo previamente analizado, es posible concluir que toda persona que interactúe con un niño, niña o adolescente debe contar con una especialización sobre las características de su desarrollo en diferentes ámbitos, en formas adecuadas de entrevistar y realizar preguntas, y en derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, entre otras materias. En dicho sentido, las recomendaciones del estudio realizado por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea muestran que las acciones que desarrollen los profesionales son clave para adaptar mejor los procedimientos a la infancia y para que los niños y niñas se sientan seguros y cómodos. Para lograr esto es necesario tanto la formación como la revisión continua de las prácticas.¹¹⁶

La persona a cargo de entrevistar al niño, niña o adolescente con diagnóstico efectivo o sospecha de trauma complejo debe actuar como facilitadora de este espacio de interacción, propiciando un clima idóneo para que el NNA pueda expresarse de manera libre, segura y con confianza, y utilizando un enfoque de derecho y de cuidado con relación al abordaje del niño, niña o adolescente entrevistado.

Desde la literatura especializada se propone que, junto con la realización de preguntas adecuadas en la entrevista al niño, niña o adolescente, se incorporen los denominados *comentarios de apoyo*, los que son expresiones de quien entrevista, en cualquier parte de la entrevista, para fomentar respuestas de carácter informativo, por lo general sobre temas

116 AGENCIA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2015).

neutrales y que fortalecen el *rappport* con el niño, niña o adolescente en este espacio.¹¹⁷ Podemos distinguir cuatro tipos de comentarios de apoyo:

1. Refuerzo positivo: comentarios en cualquier momento en la entrevista para fomentar incondicionalmente a los niños, niñas o adolescentes a entregar respuestas de carácter informativo. Por ejemplo, “entiendo, lo estás diciendo de forma muy clara”.
2. Abordaje personalizado: son manifestaciones relacionadas con la forma de abordar al niño o niña de una manera personal. Por ejemplo, llamar al niño, niña o adolescente por su nombre: “Daniel, cuéntame sobre lo que haces con tu papá”.
3. Referencias a las emociones: manifestaciones verbales del entrevistador / entrevistadora en las que refleja la comprensión de las emociones expresadas por el niño, niña o adolescente de forma neutra. Por ejemplo, “entiendo que es muy difícil para ti que me digas esto”. En esta expresión, no hablamos de «pena», «rabia» o «molestia», solo empatizamos con una situación emocional que apreciamos que es difícil, pero sin ponerle un contenido emocional específico.
4. Facilitadores de la comunicación: expresiones verbales del entrevistador / entrevistadora que permiten que el niño, niña o adolescente continúe hablando respecto de un tema, pero que no implican una pregunta o invitación. Por ejemplo, decir «OK», «ajá», «ujum», o hacer eco de las últimas palabras pronunciadas por el entrevistado / entrevistada.

Por su parte, igualmente con relación a la actitud del entrevistador / entrevistada, las recomendaciones apuntan a evitar los denominados *comentarios negativos*, los que aluden a expresiones del entrevistador / entrevistadora en cualquier momento de la entrevista que ejerzan presión sobre el niño, niña o adolescente para que responda, cuestionando la información que proporciona o criticando su comportamiento. También podemos distinguir distintos tipos de comentarios negativos:

1. Impugnar la información entregada por el niño, niña o adolescente: invalidar la información proporcionada por el entrevistado / entrevistada, haciendo referencia a una fuente externa o a una contradicción en lo que cuenta. Por ejemplo, «Pero tu mamá me contó que no te gustaba ir a esa casa...».

117 FUENTES (2016).

2. Condicionar resultados positivos a la cooperación del niño, niña o adolescente en la entrevista: quien entrevista hace referencia a resultados positivos que se producirían si el entrevistado / entrevistada actúa de forma cooperativa. Por ejemplo, «Si tú me cuentas lo que te estoy preguntando, yo podré ayudarte; de lo contrario, no podré hacer nada por ti».
3. Advertencias de resultados negativos ante la falta de cooperación del niño, niña o adolescente: La entrevistadora / entrevistador advierte sobre posibles resultados negativos cuando los niños, niñas o adolescentes no muestran una actitud de cooperación durante la entrevista. Por ejemplo, «No podemos ayudar a los niños que no hablan».
4. Crítica a la conducta del niño, niña o adolescente: La entrevistadora / entrevistador hace referencias negativas sobre la conducta del niño, niña o adolescente durante la entrevista. Por ejemplo, «Pero estás mirando para otro lado...», «Quédate quieto», «Si hablas así, no puedo oír nada».

Propuesta de procesos de trabajo para la consejería técnica

El consejo técnico es una estructura de carácter multidisciplinario, compuesta por consejeros y consejeras técnicas que actúan individual o conjuntamente, quienes tienen la labor de asesorar a los jueces y juezas de familia, además de gestionar la relación con actores relevantes de la red de intervención y apoyo psico- y sociojurídico y de salud en contacto con el tribunal de familia. La consejera o consejero técnico, en su dimensión individual, no es parte, ni perito ni su opinión resulta vinculante para el juez o jueza, siendo más bien un tercero que tiene una voz autorizada a propósito de su formación profesional, en materias de su especialidad y de complejidad interdisciplinaria, como violencia intrafamiliar o vulneración grave de derechos.¹¹⁸

Bajo los supuestos de la definición anterior y tomando en consideración todos los aspectos expuestos en los capítulos anteriores, proponemos las siguientes acciones por parte de la consejería técnica para el abordaje de casos de trauma complejo en causas en tribunales de familia.

¹¹⁸ HENRÍQUEZ (2017).

En primer lugar, se recomienda en todos los casos realizar una revisión preliminar exhaustiva de los antecedentes de la causa, de forma de identificar experiencias adversas de ese niño, niña o adolescente y todos aquellos elementos relevantes que permitan preparar su participación en el proceso. Luego, de acuerdo con las características y requerimientos del caso, se podrán considerar aspectos de la intervención en crisis, particularmente en causas por violencia intrafamiliar y medidas de protección.

Una vez en la audiencia preparatoria, se sugieren algunas acciones relacionadas con la solicitud de informes y las evaluaciones, en las que se incorporen elementos de identificación del trauma complejo. Posteriormente, en la audiencia de juicio, las recomendaciones se orientan a brindar una asesoría técnica con un enfoque informado en trauma, principalmente en lo que respecta a la derivación a un programa de la oferta programática del área de protección que aborde en su intervención el trauma complejo.

Finalmente, con relación a la audiencia reservada con el niño, niña o adolescente, se recomienda desarrollarla a partir de los lineamientos del modelo de participación significativa¹¹⁹ y del enfoque informado en trauma, mismos aspectos que deben ser considerados en la comunicación de los resultados del proceso tanto al niño, niña o adolescente como a su familia.

A continuación, presentamos una matriz de acciones relacionadas con el abordaje del trauma complejo que pueden realizar las consejeras y consejeros técnicos, el que también podrán encontrar, en formato de ficha de caso, en el anexo 1.

Tabla 4. Matriz de acciones de abordaje del trauma complejo.

Revisión de antecedentes de la causa	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la existencia de antecedentes sobre experiencias adversas en la infancia. - Revisar las causas previas en materias de familia. - Conocer información relevante del niño, niña o adolescente para su participación en el proceso.
Primera atención en demandas orales de violencia intrafamiliar y medidas de protección de NNA	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar los lineamientos de la intervención en crisis en casos que así lo requieran.

119 BOUMA *et al.* (2018).

Audiencia preparatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir la solicitud de informe psicosocial que indague en profundidad todas las circunstancias relacionadas con las situaciones de vulneración de derechos, actuales y pasadas. - Sugerir la coordinación con intervinientes del caso para la interacción con el NNA y la entrevista en audiencia reservada. - Incluir, en la eventual solicitud de evaluación del ejercicio parental, información sobre las conductas de cuidado hacia el NNA en situaciones estresantes o de trauma que podría haber experimentado.
Audiencia de juicio	<ul style="list-style-type: none"> - Proveer asesoría técnica de los resultados del informe psicosocial, con un enfoque en trauma, de acuerdo con su profesión y área de especialización. - Sugerir la derivación del NNA a un dispositivo de intervención que contemple en sus bases técnicas el trabajo con trauma complejo. - Sugerir un dispositivo de intervención que contemple espacios continuos de trabajo con las figuras de cuidado del NNA para fomentar y fortalecer sus capacidades de cuidado.
Audiencia reservada con el NNA	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer asesoría y promover la coordinación previa a la entrevista respecto de los antecedentes relevantes del NNA. - Preparar la entrevista y el espacio (sala Gesell). - Fomentar el desarrollo de una entrevista que siga etapas específicas, en consideración al Acta 237-2014 de la Excoma. Corte Suprema de Chile. - Propiciar el uso de preguntas adecuadas para el ejercicio del derecho a ser oído del NNA. - Propiciar estrategias de apoyo a la regulación emocional del NNA, de forma transversal durante la entrevista y eventualmente ante eventos de desregulación significativa.
Resolución y sentencia del caso	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer sugerencias respecto de la entrega de información al NNA y su familia sobre la resolución del caso. - Apoyar en la redacción de sentencias en lenguaje claro, destinadas al NNA y su familia, como medio de comunicación de la resolución.

Síntesis del capítulo

En este capítulo se analizó el impacto y las implicaciones del trauma complejo en los sistemas judiciales, particularmente en los tribunales de familia y en el trabajo que desarrolla la consejería técnica.

A continuación, presentamos una síntesis detallada de las ideas centrales de los contenidos abarcados en este capítulo:

- **Importancia del enfoque informado en trauma:** se enfatiza la necesidad de que el personal judicial, incluidos jueces, juezas, consejeras y consejeros técnicos, además de abogadas y abogados litigantes, esté formado y sensibilizado sobre el trauma complejo y sobre cómo este afecta a niños, niñas y adolescentes, de forma de asegurar que las decisiones judiciales consideren plenamente las complejidades de sus experiencias traumáticas tempranas, promoviendo soluciones que favorezcan la reparación y su bienestar a largo plazo.

- Impacto del trauma complejo en la práctica judicial y los procedimientos: se discute cómo este tipo de traumatización influye en los procedimientos judiciales y la necesidad de adaptar estos procesos para proteger a los niños, niñas y adolescentes, junto con evitar la victimización secundaria. Es fundamental que los tribunales incorporen prácticas que prioricen la seguridad y proporcionen entornos seguros durante los procedimientos judiciales. Este punto del documento destaca la relevancia de un enfoque judicial informado por el trauma, que no solo responda a las necesidades legales inmediatas, sino que también considere las profundas implicaciones psicológicas y emocionales del trauma complejo, promoviendo así un sistema de justicia más empático y efectivo.
- Adaptaciones en los procedimientos legales y entrevistas especializadas: Se destaca la necesidad de adaptar los procedimientos legales para adaptarse a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que presentan trauma complejo. Esto incluye la realización de entrevistas especializadas en el contexto de la audiencia reservada, que consideren sus necesidades emocionales y psicológicas. Asimismo, se proponen procesos de trabajo para la consejería técnica, mediante una matriz de acciones, en casos en los que se sospecha o se ha identificado trauma complejo.

Conclusiones

El trauma complejo en la infancia es una problemática profundamente arraigada que implica la exposición a múltiples eventos traumáticos, a menudo de naturaleza interpersonal y prolongada, que pueden interrumpir significativamente el desarrollo emocional, social y cognitivo de los niños y niñas. Estas experiencias no solo obstaculizan su desarrollo saludable, sino que también representan una grave vulneración de sus derechos, garantizados tanto por la legislación nacional como por convenios internacionales, tales como la Convención de los Derechos del Niño y las Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. El impacto del trauma complejo va más allá de las alteraciones psicológicas y emocionales en el momento presente, dado que afecta a largo plazo la capacidad de los niños y niñas para formar relaciones seguras con otros, regular sus emociones y desplegar comportamientos de manera adaptativa en diferentes contextos.

En este marco, los tribunales de familia desempeñan un papel crucial, no solo en la resolución cotidiana de casos que involucran la protección de niños, niñas y adolescentes, sino también en asegurar que sus derechos sean respetados y protegidos en todas las instancias. La intervención informada en trauma que pueden desarrollar estos tribunales es fundamental para mitigar las consecuencias del trauma complejo, a través de la toma de decisiones informadas que prioricen el bienestar y la seguridad de los niños y niñas involucrados.

Dentro de este marco legal y protector, el trabajo de asesoría de las consejeras y consejeros técnicos es vital, a partir de acciones fundamentadas en una perspectiva informada sobre el mejor interés del niño, niña o adolescente de un caso en particular, basándose en un profundo entendimiento del trauma y su impacto en el desarrollo infantil. Las consejeras y consejeros técnicos pueden, de esta forma, evaluar las circunstancias individuales de cada caso, generar recomendaciones relativas al abordaje apropiado del niño, niña o adolescente en el proceso judicial y orientar para que las resoluciones judiciales apoyen la recuperación del



niño, niña o adolescente, junto con la restauración de sus derechos vulnerados. Así, las consejeras y consejeros técnicos no solo contribuyen a la resolución de un caso específico de vulneración de un niño, niña o adolescente en el que se identifique el desarrollo de un trauma complejo, sino que también pueden fomentar una mayor conciencia sobre la importancia de abordarlo de manera informada en los procesos que desarrollan los tribunales de familia en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). *Justicia adaptada a la infancia: perspectivas y experiencias de los niños y de los profesionales*.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Grupo de Trabajo DSM-5 (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. 5ª edición. Arlington: Publicaciones Psiquiátricas Estadounidenses.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Grupo de Trabajo DSM-5[®] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. 5ª edición. Arlington: Publicaciones Psiquiátricas Estadounidenses.
- Batkin-Khan, G., y S. Aronson (2007). «Group treatment for traumatized adolescents: special considerations». *Group*, 31 (4): 281-292. Disponible en <https://www.jstor.org/stable/41719166>.
- Bravo-Ampuero, C. (2007). «La reparación en el trabajo interdisciplinario en los centros de atención a víctimas de delitos violentos de la Corporación de asistencia judicial de Valparaíso». En Corporación de Asistencia Judicial (ed.), *Atención a víctimas de delitos violentos: reflexiones desde la práctica* (pp. 53-70). Viña del Mar: Ril Editores.
- Bobes, J., A. Calcedo-Barba, M. García, M. François, E. Rico-Villademoros, M. González, M. Bascarán, M. Bousoño y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático (2000). «Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático». *Actas Especialidad Psiquiatría*, 28 (4): 207-218.
- Bowlby, J. (1969). *Apego y pérdida*. Nueva York: Libros Básicos.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bustos, P., P. Rincón y J. Aedo (2009). «Validación preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de

- violencia sexual». *Psykhé*, 18 (2): 113-26. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>.
- Cantón, D., y F. Justicia (2008). «Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo». *Psicothema*, 20 (4), 509-515.
- Capella, C., y C. Gutiérrez (2014). «Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: sobre la reparación, la resignificación y la superación». *Psicoperspectivas*, 13 (2): 93-105.
- Carter, P., y A. Blanch (2019). «A trauma lens for systems change». *Stanford Social Innovation Review*, 17 (3): 48-54. Disponible en <https://doi.org/10.48558/ESG7-3823>.
- Center for Substance Abuse Treatment (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cervera, I., C. López-Soler, M. Alcántara-López, M. Castro, V. Fernández-Fernández, y A. Martínez (2020). «Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo». *Papeles del Psicólogo*, 41 (3): 219-227. Disponible en <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>.
- Cillero, M. (1999). *Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios*. Disponible en <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/cillero.pdf>.
- Classen, C. C., O. G. Palesh, C. E. Cavanaugh, C. Koopman, J. W. Kaupp, H. C. Kraemer... y D. Spiegel (2011). «A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: a randomized controlled trial». *Psychological Trauma*, 3 (1): 84-93.
- Cloitre, M., C. A. Courtois, A. Charuvastra, R. Carapezza, B. C. Stolbach, y B. L. Green (2011). «Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices». *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627. Disponible en <https://doi.org/10.1002/jts.20697>.
- Cloitre, M., M. Shevlin, C. R. Brewin, J. I. Bisson, N. P. Roberts, A. Maercker, y P. Hyland (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138 (6): 536-546.
- Cohen, J., A. Mannarino, y E. Deblinger (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.

- Cortés-Montenegro, P., y R. Figueroa-Cabello (2018). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos*. Santiago: Cigiden y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Courtois, C. A., y J. D. Ford (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. Nueva York: The Guilford Press.
- Darby, R., Taylor, E.P., & Segovia-Cadavid, M. (2023). Phase based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100628. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628>
- Davidson, J. R. T., S. W. Book, J. T. Colket, L. A. Tupler, S. Roth, D. David, M. Hertzberg, T. Mellman, J. C. Beckham, R. Smith, R. M. Davison, R. Katz, y M. Feldman (1997). «Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder». *Psychological Medicine*, 27: 153-16.
- Deblinger, E., E. Pollio, y S. Dorsey (2016). «Applying trauma-focused cognitive-behavioral therapy in group format». *Child Maltreatment*, 21 (1): 59-73. Disponible en <https://doi.org/10.1177/1077559515620668>.
- DIF y UNICEF (2014). *Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño*. Disponible en <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>.
- Dorrepaal, E., K. Thomaes, A. W. Hoogendoorn, A. W., D. J. Veltman, N. Draijer, N., y A. J. L. M. van Balkom (2014). «Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related complex PTSD: a quantitative review». *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1): 1-19. Disponible en <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>.
- Dorsey, S., K. A. McLaughlin, S. E. Kerns, J. P. Harrison, H. K. Lambert, E. C. Briggs, y L. Amaya-Jackson (2017). «Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events». *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46 (3): 303-330.
- Echeburúa, E., y C. Guerricaechevarría (2005). «Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil». En J. Sanmartín (ed.), *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Edmond, T., W. Auslander, D. Elze, y S. Bowland (2006). «Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system». *Journal of Child Sexual Abuse*, 15 (1): 1-28. Disponible en http://dx.doi.org/10.1300/J070v15n01_01.

- Fernández-Fillo, C., J. C. Daugherty, N. Hidalgo-Ruzzante, y M. Pérez-García (2021, 24 de noviembre). «Translation and Adaptation of the Spanish Version of the International Trauma Questionnaire Child and Adolescent (ITQ-CA) following ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests». Disponible en: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DBK8J>.
- Foa, E., K. Johnson, N. Feeny, y K. Treadwell (2001). «The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties». *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 376-84. Disponible en http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9.
- Fonagy, P (2006) The Mentalization-Focused Approach to Social Development. Allen, JG, Fonagy, P (eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons, Ltd
- Fresno, A., N. Ramos Alvarado, D. Núñez, J. L. Ulloa, J. Arriagada, M. Cloitre, J. I. Bisson, N. P. Roberts, M. Shevlin, y T. Karatzias (2023). «Initial validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a sample of Chilean adults». *European Journal of Psychotraumatology*, 14 (2): 2263313.
- Fuentes, A. (2016). Factores asociados a la ausencia de un testimonio en evaluación pericial. *Revista Huellas, Colección PDI*, 2, 2016, 116-139.
- Garza, M. R., K. Rich, y S. M. Omilian (2019). «A trauma-informed call to action: culturally informed, multi-disciplinary theoretical, and applied approaches to prevention and healing, Part 2». *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28 (5): 519-525. Disponible en <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1610129>.
- Grassetti, S. N., J. Herres, A. A. Williamson, H. A. Yarger, C. M. Layne, C. M., y R. Kobak (2015). «Narrative focus predicts symptom change trajectories in group treatment for traumatized and bereaved adolescents». *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44 (6): 933-941. Disponible en <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.913249>.
- Guerra, C., y V. Arredondo (2017). «Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿una tarea pendiente en Chile?». *Summa Psicológica*, 14 (1): 1-11. Disponible en <https://doi.org/10.18774/summa-vol14.num1-227>.
- Guerra, C., E. Taylor, y V. Arredondo (2022). «Evaluación del efecto de intervenciones grupales basadas en TF-CBT e IPT en el funcionamiento psicosocial de adolescentes expuestos a violencia interpersonal en Chile: un protocolo de ensayo clínico piloto». *Summa Psicológica*, 19 (2): 63-68.

- Guerra, C., E. P. Taylor, C. Meza, M. Otazo, K. Urrutia, C. Cáceres, J. Limbergher, V. Rodríguez, M. Sepúlveda, C. Barraza, y K. Miranda (2023). «Psychotherapy to treat consequences of interpersonal violence suffered during childhood and adolescence in Latin America: a systematic review». *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55, 274-286.
- Guerra, C., E. Toro, E. P. Taylor, P. Lobos, y C. Pinto-Cortez (2022). «Design considerations for group interventions for adolescent victims of interpersonal violence in Chile». *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(10), 1318-1336 <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2089864>.
- Guerra, C., y C. Bravo (2014). «La víctima de abuso sexual infantil versus el sistema de protección a la víctima: reflexiones sobre la victimización secundaria». *Praxis*, 16: 71-84.
- Guerra, C., y Ch. Farkas (2015). «Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso?». *Revista de Psicología*, 24 (2): 1-19.
- Guerra, C., P. Martínez, C. Ahumada, y M. Díaz (2013). «Análisis psicométrico preliminar de la Escala de Trauma de Davidson (DTS) en adolescentes chilenos». *Summa Psicológica*, 10 (2): 41-48.
- Gillies, D., F. Taylor, C. Gray, L. O'Brien, y N. D'Abrew (2012). «Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents». *Evidence-Based Child Health. A Cochrane Review Journal*, 8 (3): 1004-1116. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>.
- Habib, M., V. Labruna, y J. Newman (2013). «Complex histories and complex presentations: Implementation of a manually-guided group treatment for traumatized adolescents». *Journal of Family Violence*, 28 (7): 717-728. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9532-y>.
- Henríquez, S. (2017). «El consejo técnico de los tribunales de familia de Chile. Regulación, límites y proyección». *Revista de Derecho, Escuela de Postgrado Universidad de Chile*, 9: 134-170.
- Hernan, J. L. (1992). «Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma». *Journal of Traumatic Stress*, 5: 377-391.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: the aftermath of violence. From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.

- Huckshorn, K. (2009). «Transforming cultures of care toward recovery oriented services: guidelines toward creating a trauma informed system of care». En National Association of State Mental Health Program Directors (ED): Trauma Informed Care (TIC), *Planning guidelines for use in developing an organizational action plan*. Alexandria (1-14): National Association of State Mental Health Program Directors.
- Jennings, A. (2009). *Criterios para construir un sistema de servicios de salud mental con información traumática*. Disponible en <http://www.theannainstitute.org/CBTIMHSS.pdf>.
- Kliethermes, M., M. Schacht, y K. Drewry (2014). Complex trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Apr;23(2):339-61, ix. doi: 10.1016/j.chc.2013.12.009. Epub 2014 Feb 16. PMID: 24656584. <https://complex-trauma.org/wp-content/uploads/2019/01/Complex-Trauma-7.pdf>
- Krupnick, J. L., B. L. Green, P. Stockton, J. Miranda, E. Krause, y M. Mete (2008). «Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder». *Psychotherapy Resarch*, 18 (5): 497-507.
- Layne, C. M., R. S. Pynoos, W. R. Saltzman, B. Arslanagić, M. Black, N. Savjak, T. Popović, E. Duraković, M. Mušić, N. Ćampara, N. Djapo, y R. Houston (2001). «Trauma/grief focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents». *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5 (4): 277-290. Disponible en <https://doi.org/10.1037/1089-2699.5.4.277>.
- Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia*. Santiago: Penguin Random House.
- Llanos, M. T. & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psykhe*, 10(2), 53-60.
- Lundy, L. (2007). «“Voice” is not enough: conceptualizing Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child». *British Educational Research Journal*, 33 (6): 927-942. Disponible en <https://doi.org/10.1080/01411920701657033>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder: management*. Disponible en <https://goo.gl/WyGva>.
- Nieto, I., y M. López (2016). «Abordaje integral de la clínica del trauma complejo». *Clínica Contemporánea*, 7 (2): 87-104. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>.
- Masten, A. (2001). «Ordinary magic: resilience processes in development». *American Psychologist*, 56 (3): 227-238.

- Ministerio de Salud de Chile y UNICEF (2011). *Guía clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Disponible en <http://bit.ly/2sXnl9G>.
- Mitchel, K. (2019). *Interpersonal trauma sequelae and treatments: the impact of emotion regulation and social connectedness on suicidal thinking, and effectiveness of group-based treatment*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Edimburgo.
- Morina, N., R. Koerssen, y Pollet, T. (2016). «Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies». *Clinical Psychology Review*, 47: 41-54. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006>.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Post-traumatic stress disorder: management. Recuperado de <https://goo.gl/WyGvai>
- Nieto, I., y M. López (2016). *Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Perspectivas teóricas*. Disponible en <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2016v7n2a1.pdf>.
- Oficina Internacional de los Derechos del Niño (2003). *Directrices sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos*. Canadá.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal*.
- Organización Mundial de la Salud (2019-2021). *Clasificación internacional de enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. Disponible en <https://icd.who.int/browse11>.
- Perry, B. (2014). *Helping traumatized children: a brief overview for caregivers*. CTA Parent and Caregiver Education Series Volume 1: Issue 5. ChildTrauma Academy Press.
- Petersen, F., K. Križ, y M. Skivenes (2022). *Structuring practice for children's participation. Report I for the Participation Project: mapping and evaluating organizational guidelines*. Bergen: Centre for Research on Discretion and Paternalism University of Bergen.
- Poder Judicial de Chile (2017). *Derecho de niños, niñas y adolescentes a ser oídos en tribunales de familia*. Santiago.
- Ravetllat Ballesté, I. (2012). «El interés superior del niño: concepto y delimitación del término». *Educatio Siglo XXI*, 2: 89-108.

- Ravetllat Ballesté, I., y Pinochet Olave, R. (2015). «El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y su configuración en el derecho civil chileno». *Revista Chilena de Derecho*, 42 (3): 903-934.
- Saavedra, C., V. Arredondo, P. Lobos, y C. Guerra (2021). «Escala para evaluar indicadores de reparación en niños, niñas y adolescentes que han vivido maltrato grave (I-REPARACIÓN): estructura factorial en Chile». *Summa Psicológica*, 18 (2): 9-18.
- Saunders, B. E., L. Berliner, y R. F. Hanson (2004). *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment*. Charleston: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Sayin, A., S. Candansayar, y L. Welkin (2013). «Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: what did they find helpful?». *Journal of Clinical Nursing*, 22: 3249-3258.
- Slaikew, K. A. (1996). *Intervención en crisis: manual para practica e investigación* (2ª edición). Ciudad de México: Manual Moderno.
- Spinazzola, J., M. Habib, M. Blaustein, A. Knoverek, C. Kisiel, B. Stolbach, R. Abramovitz, R. Kagan, C. Lanktree, y J. Maze (2017). *What is complex trauma? A resource guide for youth and those who care about them*. Los Ángeles y Durham: National Center for Child Traumatic Stress. Disponible en <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/early-childhood-trauma>.
- Spinazzola, J., B. van der Kolk, y J. Ford (2021). «Developmental trauma disorder: a legacy of attachment trauma in victimized children». *Journal of Traumatic Stress XXXX*, 0: 1-10.
- UNICEF (2022). *Un enfoque de construcción de ciudadanía: manual sobre el derecho a la participación*. Disponible en <https://www.unicef.org/chile/media/7031/file/Mod%204%20derecho%20participacion.pdf>.
- UNICEF y CIDENI (2022). *Guía para la evaluación y determinación del interés superior de los niños, niñas y adolescentes en casos de medidas de protección especialmente vinculadas al cuidado alternativo*.
- Van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Eleftheria.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>

Normas jurídicas citadas

- Acta N° 237-2014, de la Excma. Corte Suprema de Chile, Auto Acordado que regula la implementación y uso de un espacio adecuado para el ejercicio del derecho a ser oídos de niños, niñas y adolescentes en tribunales con competencia en materia de familia.
- Ley 19.947, sobre nueva ley de matrimonio civil. Diario Oficial, 7 de mayo de 2004.
- Ley 19.620, dicta normas sobre adopción de menores. Diario Oficial, 26 de julio de 1999.
- Ley 19.968, crea los tribunales de familia. Diario Oficial, 30 de agosto de 2004.



Anexos

Anexo 1. Matriz de acciones de abordaje del trauma complejo

<p>Revisión de antecedentes de la causa (identificación experiencias adversas, información relevante del NNA, revisión de causas previas de familia)</p>	<p>Identificación de experiencias adversas y situaciones de violencia interpersonal: - - - Información relevante del NNA: - - - ¿Existen causas previas en materia de familia, en las que se puedan detectar experiencias adversas? - - -</p>
<p>Primera atención en demandas orales de violencia intrafamiliar y medidas de protección de NNA (lineamientos de intervención en crisis, en caso de ser necesario)</p>	<p>Requerimientos de intervención en crisis: NO___ SI___ En caso de respuesta afirmativa, señalar acciones a desarrollar: - - - -</p>
<p>Audiencia preparatoria (informe psicosocial con información de situaciones pasadas y actuales de vulneración de derechos; coordinación con intervinientes del caso para la interacción con el NNA y la audiencia reservada; evaluación de las conductas de cuidado hacia el NNA, en los informes del ejercicio parental).</p>	<p>Sugerencias en informes del ámbito psicosocial relacionadas con trauma complejo: - - - Sugerencias en informes de ejercicio parental relacionadas con trauma complejo: - - - ¿Se requiere realizar una coordinación con los intervinientes del caso? - - -</p>



<p>Audiencia de juicio (Asesoría técnica respecto de los medios de prueba e informes, desde un enfoque informado en trauma; sugerencia de derivación a programa que trabaje en trauma complejo y de forma continua con las figuras de cuidado del NNA)</p>	<p>Asesoría técnica sobre medios de prueba e informes, con enfoque informado en trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - <p>¿Se requiere una derivación a programa que aborde trauma complejo y trabajo con figuras parentales? SI___ NO___ ¿Cuál?_____</p> <p>Otros relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - -
<p>Audiencia reservada con el NNA (Asesoría y coordinación previa a la entrevista; preparación de la entrevista y del espacio; fomentar el desarrollo de la entrevista al NNA de acuerdo a los lineamientos establecidos, de preguntas adecuadas y de apoyo emocional)</p>	<p>¿Qué asesoría y coordinación previa a la entrevista se requiere para este caso?</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - <p>¿Existen requerimientos específicos para la entrevista con el NNA?</p> <ul style="list-style-type: none"> - - -
<p>Resolución y sentencia del caso (Entrega de información del caso al NNA y su familia; apoyo a la redacción de sentencias en lenguaje claro)</p>	<p>¿Cómo se entregará información de la sentencia al NNA y su familia?</p> <ul style="list-style-type: none"> - - -

*Trauma complejo en la vulneración de derechos
de niños, niñas y adolescentes*
de Carolina Duque Duvauchelle, Alicia Fuentes Rebolledo, Cristóbal Guerra Vio



Academia Judicial de Chile
Colección Materiales Docentes



DER Ediciones

