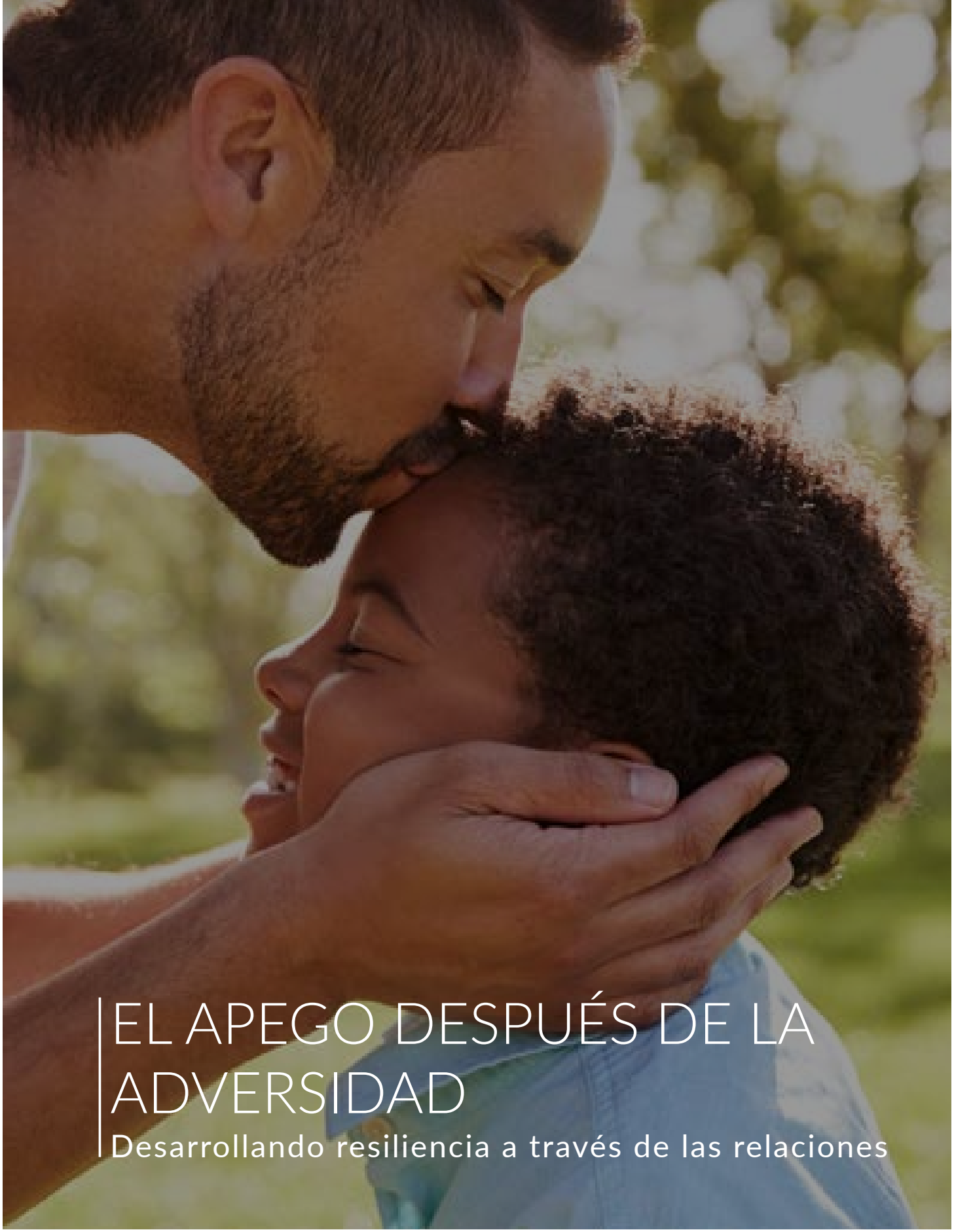


EL APEGO DESPUÉS DE LA ADVERSIDAD

Desarrollando resiliencia a través de las relaciones

centro de **INVESTIGACIÓN** | CAFO

Investigación Aplicada para Niños y Familias Vulnerables

Para líderes comprometidos con la excelencia a favor de los niños vulnerables y las comunidades que se preocupan por ellos, el Centro de Investigación Aplicada de la CAFO para niños y familias vulnerables es un puente fiable entre la investigación, la práctica y la reforma de la atención que proporciona la mejor orientación para informar sobre el cuidado más eficaz de los niños.

Para obtener más información, visite www.cafo.org/ovc

Contenido

05

Introducción

08

Niños vulnerables: la consecuencia de la adversidad a una edad temprana.

13

Resiliencia: Cómo superamos los obstáculos

18

El apego seguro como componente básico de la resiliencia

21

El desarrollo del apego

41

Pasos de acción para crear resiliencia a través de las relaciones

62

Conclusión

INTRODUCCIÓN

La vida de cada niño está llena de desafíos. Esta es una parte normal del crecimiento.De hecho, experimentar adversidades moderadas y estrés estando bajo el cuidado comprensivo de los adultos puede conducir a un crecimiento positivo[1]. Sin embargo, para los niños y jóvenes sin un sistema de apoyo adecuado, como los que han sido separados de sus padres biológicos, la adversidad suele ocurrir con mayor frecuencia y estos desafíos pueden ser especialmente abrumadores. Para estos niños, los desafíos de la vida y el estrés asociado a ellos a menudo se extienden más allá de su capacidad para hacerles frente. Este estrés generalizado puede causar que vivan perpetuamente en "modo de supervivencia", lo que puede afectar su desarrollo a largo plazo. a lo largo de sus vidas.[2]

Y sin embargo, vemos que las tensiones y los desafíos no son los únicos predictores de la salud y el bienestar futuro[3]. Hay innumerables historias de individuos que experimentan dificultades similares, como un accidente de coche, enfermedad, pobreza, o la pérdida de un padre, y tienen resultados muy diferentes. Algunos individuos "se recuperan" de la adversidad con facilidad mientras que otros continúan experimentando dolor emocional, tristeza y una sensación de incertidumbre por mucho tiempo después de que el evento ha pasado[4]. ¿Por qué algunas personas se adaptan bien a situaciones que cambian la vida y condiciones estresantes con el pasar del tiempo, mientras que otros continúan luchando durante años? ¿Qué es lo que marca la diferencia?

La resiliencia es la capacidad de un individuo para volver a un estado positivo después de haber experimentado una situación adversa[5]. No es un rasgo que una persona puede tener o no tener. Es el proceso de adaptarse bien cuando uno se enfrenta a situaciones adversas e involucra comportamientos, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidos y desarrollados por cualquiera. Aunque no sabemos todo acerca de por qué algunas personas tienen mayor resiliencia que otras, sabemos que está influenciado tanto por la naturaleza como por la crianza[6] [7] [8]. La crianza en forma de apego saludable[5], que es el profundo y duradero vínculo emocional que conecta a dos personas[9] [10] es uno de los más importantes factores que influyen en la resiliencia.

Hay múltiples tipos de relaciones de apego, algunas más sanas que otras[11]. Desafortunadamente, algunos niños, como los que están fuera del cuidado de los padres o con un historial de maltrato, puede haber experimentado relaciones poco saludables que conducen a un apego menos que óptimo hacia sus cuidadores[12]. Sin embargo, hay esperanza para los niños que no están bajo el cuidado de sus padres y aquellos con un historial de maltrato. Las relaciones saludables con los cuidadores se pueden construir, incluso con cuidadores no biológicos. Este apego saludable puede ser un ingrediente clave para ayudar a un niño a recuperarse después de la adversidad[5] Cuando un cuidador se conecta con un niño y le proporciona un ambiente saludable, comprensivo de cuidado, apoyan el desarrollo de la capacidad de resiliencia[12].

La adversidad ha sido una parte normal de la vida para la mayoría de los niños y jóvenes que han experimentado maltrato o han vivido sin el cuidado de sus padres. Como individuos dedicados a servir a niños y familias en riesgo, debemos aprender a construir la resiliencia a través de las relaciones para ayudarles a construir un futuro mejor.

Usando la investigación sobre la adversidad y el apego, podemos saber cómo es que una historia con vivencias adversas puede ser, también cómo es que estas vivencias forman las expectativas de un niño para lo que es una relación, y cómo es que una crianza cariñosa a largo plazo puede llevar a ese niño con éxito de la infancia a la edad adulta. No importa la historia de un niño, siempre hay esperanza mejorar el bienestar a través de una relación.

Niños Vulnerables: la Consecuencia de la Adversidad vivida a una Edad Temprana

La adversidad vivida a temprana edad se produce cuando un niño experimenta una amenaza a su bienestar. La adversidad de la infancia ha sido estudiada a profundidad. La Investigación muestra que la adversidad puede ocurrir en ambientes sociales y fisicos[14]. Socialmente, la adversidad puede aparecer en forma de depresión o abuso verbal. Desde el punto de vista ambiental, la falta de recursos, como la pobreza y el abandono caen en la adversidad. [15] [16] [17] El momento en el que la adversidad a temprana edad se experimenta también puede afectar la forma en que un niño responde a la adversidad y afecta en cómo se desarrolla el niño hasta la edad adulta[18] [19] [20]. Un hito la investigación se centró en los ACEs, o Experiencias Infantiles Adversas. Hay 10 tipos de ACEs[1] que los investigadores y profesionales utilizan para entender la historia de un niño.[20] Estas experiencias ocurren frecuentemente en infancia, son significativamente estresantes y tienen un impacto a largo plazo. [20] [22]

Fig 01. Los tres tipos de EAC: abuso, negligencia y disfunción (Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades el 1/10/2020).

La mayoría de las personas sólo experimentan dos o menos ACEs durante la infancia. Estas personas suelen tener pocos o ningún resultado negativo a largo plazo para su salud[24]. Sin embargo, dependiendo de la gravedad de la adversidad, incluso la exposición a una ACE podría predecir las dificultades posteriores. A medida que el número de ACEs aumenta, aumenta el riesgo de problemas de salud, desórdenes emocionales, abuso de sustancias, y conductas de alto riesgo.[20] En un estudio, los investigadores encontraron que los individuos con cuatro o más ACEs tenían mayores tasas de problemas de salud, abuso de drogas, violencia, y una salud mental deficiente en comparación con los que no tienen nada.[21] La exposición a las ACEs sienta las bases para la interrupción del desarrollo del cerebro que puede conducir a deficiencias cognitivas, comportamientos de alto riesgo, enfermedades y limitaciones funcionales que pueden acortar la vida de una persona[20].

Aunque los efectos más significativos de los ACEs pueden aparecer a lo largo del tiempo, algunos son más inmediatos. Las consecuencias a corto plazo de los ACEs pueden incluir consecuencias a nivel psicológico, emocional, cognitivo y problemas de comportamiento[26 27 28,] dificultad de adaptación y problemas de ajuste, [29 27 30] falta de atención,[31] retrasos en la memoria y el aprendizaje,[32 33] y pensamiento crítico, planificación, toma de decisiones e interacción social habilidades disminuidos.[34]

Entender las ACEa es importante para los niños y jóvenes en hogares, hogares de acogida y otros ámbitos de cuidado alternativo porque la separación de una figura paterna califica como una experiencia adversa. Por lo tanto, por definición, los niños que no están bajo el cuidado de los padres tienen han experimentado por lo menos una experiencia adversa en la infancia. La mayoría de estos los niños han experimentado varios otras ACEs también, como el abuso o la negligencia[20 35 36] Además, sabemos que las colocaciones de cuidado múltiples es una forma de la adversidad en sí misma, y la falta de cuidado constante aumenta el riesgo de resultados. [34 37] El experimentar múltiples adversidades puede afectar el desarrollo físico, emocional y neurológico, y el bienestar general a lo largo de la vida.[38]

Como personas que cuidan a los niños vulnerables, es importante comprender tanto la historia de un niño como la forma en que su cuerpo y su mente responden a la misma. Las ACEs son experiencias estresantes y un niño aprende instintivamente a protegerse a sí mismo de la mejor manera posible. Cuando los niños experimentan eventos estresantes, sus cuerpos y mentes jóvenes puede responder de una de estas tres maneras: viendo el estrés como positivo, tolerable, o tóxico.[1]

EL ESTRÉS POSITIVO, es la versión más saludable. El estrés positivo puede parecerse a los nervios que los atletas sienten justo antes de su gran juego, o el sentirse alerta mientras se habla en público. Esto es constructivo para el desarrollo saludable y puede ser en realidad parte del desarrollo de la resiliencia. [39] [3]

ESTRÉS TOLERABLE, es el estrés que tu cuerpo puede soportar, pero sólo hasta un límite. Este tipo de estrés típicamente tiene un final claro. Por ejemplo, algo como un accidente de auto, aunque ciertamente estresante y peligroso, tiene un claro principio y fin. Si un niño te contara sobre lo que pasó en el accidente, él entenderá que el accidente comenzó, terminó, y que ahora está en el pasado. Alternativamente, los sentimientos de dolor por la muerte de un ser querido pueden ser procesados y resueltos con el paso del tiempo. Sin embargo, parte de lo que hace que los incidentes estresantes sean tolerables es el apoyo de un cuidador cariñoso y comprometido.[41] [42] [43] [44] Si los sentimientos de angustia continuaron durante un largo período de tiempo sin la ayuda de un cuidador, el estrés de ese dolor o la dificultad podría convertirse rápidamente en tóxico.

EL ESTRÉS TÓXICO se produce cuando un niño experimenta la adversidad, especialmente los múltiples ACEs, sin ayuda de un cuidador a largo plazo.[1] Sus mentes jóvenes experimentan un intenso estrés y tienen que superarlo por sí mismos. Esto es algo para lo que sus cerebros en desarrollo no están preparados para hacer solos.[45] Esto pronto se vuelve tóxico porque no hay un final previsto del estrés[1]. Por ejemplo, la pobreza extrema es una experiencia a largo plazo que un niño pequeño a menudo no tiene el poder para cambiarla. La falta de recursos puede llevar a un estado consistente de carencia que un niño debe soportar sin esperanza. Es como estar corriendo en un circuito cíclico cerrado, por ello los niños a menudo no pueden romper el ciclo sin ayuda externa.

Fig 02. Estrés tóxico (Adaptado del Harvard Center on the Developing Child 01/10/2020).

Si un niño experimenta un estrés tóxico, puede inclinarse a participar en estrategias de afrontamiento poco saludables.[1] Por ejemplo, un estudio encontró que cuanto más ACEs experimentaba un niño, más probable era que fumara en la edad adulta[46]. En investigaciones adicionales se ha comprobado que el riesgo de uso de drogas ilícitas y la promiscuidad aumenta con el número de ACEs experimentados en la infancia.[47]

Lo que muchos padres y cuidadores de niños vulnerables no saben, sin embargo, es el impacto que una figura de apego puede tener en la ruptura de este ciclo de estrés tóxico .[43] Aunque las relaciones poco saludables con los cuidadores pueden servir como una fuente de estrés tóxico, las relaciones saludables con un cuidador pueden contribuir a la capacidad de un niño para superar las dificultades.

El perder a un cuidador saludable a largo plazo puede ser parte del problema, pero ganar uno puede ser parte de la solución.

Resiliencia:
Cómo superamos los Obstáculos

Los desafíos y dificultades son una certeza en la vida. Casi todas las personas en algún momento de sus vidas experimentan la enfermedad, la pérdida de un sueño, la muerte de un ser querido una, u otras adversidades comunes. Algunos individuos experimentarán muchas otras dificultades duras también. Como personas que atienden a niños y a familias vulnerables, la pregunta es:

¿Cómo podemos preparar a los niños para superar los desafíos y dificultades con éxito, llevándolos a convertirse en adultos saludables y prósperos que pueden conquistar los obstáculos en sus vidas?

¿Qué es la resiliencia? La resiliencia es una respuesta de adaptación a la adversidad grave[6]. Es una dinámica que puede ser diferente dependiendo de la época, la edad y la cultura[48]. La evidencia de la resiliencia se ve en cómo el cerebro, la respuesta inmune y los genes responden a las experiencias externas difíciles.[7] Al estudiar a las personas que están psicológicamente sanas después de experimentar dificultades, podemos entender los muchos factores que contribuyen a la resiliencia. [5 49] Las definiciones de resiliencia varían, pero incluyen:

- La capacidad de recuperarse del dolor de manera apropiada[50]
- Evitar el comportamiento criminal[51]
- Un buen resultado frente a la adversidad[7]
- La capacidad de reanudar el funcionamiento positivo después de la adversidad [52]
- La capacidad de resistir la adversidad, de hacer frente a la incertidumbre, de recuperarse con éxito de un trauma[51]
- La capacidad de mantener o recuperar la salud mental [46]
- Los factores y procesos que impiden que los riesgos conduzcan a conductas de inadaptación o psicopatología que resulten en algo razonable a pesar de la adversidad[53 54]
- Un rendimiento adaptativo y efectivo de la persona confrontada con adversidad[55]
- Factores que reducen los problemas de salud mental después de la adversidad[56]adversity[55]

¿Cómo desarrollamos la resiliencia?

A diferencia de tener ojos marrones o pies grandes, la resiliencia no es un rasgo fijo. Como con la mayoría de los elementos del desarrollo humano, la resiliencia está formada por la interacción de la naturaleza y la crianza. [60] [61] [62] [3] De haber un entorno y apoyo apropiado la capacidad de resiliencia puede desarrollarse[63]. Los factores protectores pueden ofrecer un amortiguador frente a la adversidad y contribuir a la resiliencia.[64] Además, mientras mayor sea el número y la intensidad de los factores de protección, más probable será que un niño sea capaz de superar las experiencias difíciles en la vida[54]. Estos factores incluyen:

Factores Internos

- Desarrollar un sentido de dominio sobre la vida, una creencia en la capacidad de uno para superar las dificultades[6].
- Fuerte función ejecutiva y capacidad de autorregulación, lo que permite a los individuos manejar el comportamiento y las emociones, así como desarrollar estrategias para hacer frente a los desafíos[66] [67]
- Éxito en las relaciones sociales [68]
- Optimismo [69]
- Orientación hacia el futuro [70]
- Autoestima positiva[54]
- Tolerancia a la angustia[54]
- Expresión emocional[54]
- Autorreflexión[71]
- Factores genéticos[72]

Factores Externos

- Una relación estable con al menos un adulto cuidadoso[5]
- Cuidado competente[66] [68]
- Fe y tradiciones culturales [73] [67]
- Educación efectiva[66] [74]
- Participación en deportes, música y otras actividades[75]
- Amistades y redes de apoyo[66]
- Hacer frente a las amenazas manejables que promueven el crecimiento[76]

El desarrollo de una resiliencia efectiva requiere tiempo, compromiso y consistencia. Una intervención temprana simplificada y consistente será más exitosa que una intervención compleja que se utiliza de manera inconsistente o breve, por lo tanto, descontinuado.[47] El cambio positivo puede desarrollarse en las cosas pequeñas y los ajustes diarios pueden acumularse y tienen un efecto de bola de nieve hacia la mejora. La confianza en nuestra capacidad para superar los obstáculos sólo puede existir si hemos tenido práctica en haberlo hecho con éxito.[74] Con el tiempo, somos capaces de hacer crecer nuestra capacidad para recuperarnos de aquellos desafíos que pueden ser cada vez más difíciles. Una forma de reforzar la resiliencia es cambiar nuestra mirada hacia una de las cosas más consistentes en la vida de un niño: su principal cuidador. [5]

La Resiliencia no es Mágica

La resiliencia se percibe a veces como la única clave para el bienestar de los niños, como si el desarrollo de la resistencia garantizara que los niños puedan tener éxito en superar todos los obstáculos que se les presentan. Es importante señalar que incluso una fuerte resiliencia no es la cura para todo.[77] Por ejemplo, un estudio descubrió que las personas de orígenes menos favorecidos siguen teniendo su salud comprometida aun cuando hayan superado con éxito la adversidad sobresaliendo académicamente, haciendo amigos y manteniéndose fuera de problemas.[78] Esto sugiere que debemos esforzarnos por limitar la exposición de los niños al estrés significativo, especialmente el que proviene de factores sistémicos persistentes como la atención fragmentada, la discriminación y la pobreza[79].

En lugar de pensar en la resiliencia como la cura para los efectos de la adversidad, podría ser más útil pensar en la adversidad y los factores de protección como dos lados en un equilibrio.

Las experiencias más adversas, como la pérdida de un padres, las múltiples colocaciones de cuidado, o el abuso, llevan a una mayor probabilidad de resultados negativos. El tener más experiencias positivas, como una relación segura con un cuidador, la participación en la fe y en las actividades extracurriculares apoyan a una mayor probabilidad de resultados positivos. Para lograr un cambio individual y sistémico es vital establecer sistemas, incluyendo en nuestros gobiernos, comunidades, organizaciones y hogares, que traten de limitar las adversidades en la infancia y desarrollar factores de protección para los niños. Aunque nosotros sabemos que la resiliencia no puede resolver todos los problemas relacionados con la adversidad, sabemos que invertir en los niños apoyando el desarrollo de los factores de protección relacionados con la resiliencia es una forma de aumentar la probabilidad de que los niños experimenten resultados positivos.

La resiliencia en niños que han sido separados del cuidado parental

La exposición a traumas interpersonales de la infancia, tales como el abuso, la negligencia o la pérdida de un cuidador, se asocia con menores niveles de resiliencia. Además, los niños con estas experiencias a menudo carecen de apoyo y factores de protección necesarios para desarrollar una sana resiliencia. Sin embargo, las investigaciones han encontrado que muchos niños con un historial de adversidad han aumentado sus niveles de resiliencia[80], especialmente una vez que se les saca de las circunstancias de adversidad continua y se les coloca bajo un cuidado comprensivo, estable y basado en la familia. [81] [82] [83]

De hecho, la paternidad comprensiva[84] y las relaciones continuas y estables con los cuidadores[85] son uno de los factores más importantes asociados con los resultados positivos después de la adversidad. Cuando se desarrolla un apego saludable, la investigación sugiere que éste puede contribuir a que los niños vulnerables demuestren su resiliencia[5]. Al usar los principios de la teoría del apego, los cuidadores pueden aprender a mejorar la calidad del apego de su hijo y las formas de apoyar la resiliencia a través de cambios pequeños y consistentes que se pueden hacer diariamente.

Aunque el apego saludable es sólo un factor que lleva a la resiliencia, puede ser uno de los más vitales.[5] [86] Más que una simple conjetura, podemos ver esto a través de medios biológicos. Cuando medimos la respuesta al estrés de los niños a través de sus hormonas, vemos que la presencia de un cuidador primario puede amortiguar (o disminuir la severidad de) una respuesta fisiológica frente a una situación estresante[87]. Esto indica que el apego saludable puede fortalecer la resiliencia de un niño.

Apego Seguro como el componente medular de la resiliencia

¿Qué es el apego, y cómo funciona?

El apego se describe como una "conexión psicológica duradera entre seres humanos".[88] Aunque puede abarcar cualquier relación, típic amente pensamos en la conexión entre los bebés/niños y sus cuidadores.

Para los niños, el apego es el vínculo emocional que se desarrolla teniendo a un cuidador estable quien satisface constantemente las necesidades del niño y lo reconforta en momentos de angustia. Con el tiempo, un niño desarrolla este apego a una persona específica en quien confía para que la cuide. Este adulto se convierte en la "figura de apego" del niño porque el adulto responde constantemente a sus necesidades.[89] Esta figura de apego se apoya entonces en una red de individuos (es decir, en otros seres queridos, abuelos, hermanos, comunidad) que son vitales para construir una red de apego con el bebé. No sólo se necesita de una familia, sino también un pueblo para criar a un niño. Los humanos están biológicamente predispuestos a formar y a mantener estas relaciones duraderas, de cariño y de apego con los demás.[90]

En otras palabras, los bebés y sus cuidadores están programados y creados para conectarse e involucrarse instintivamente en comportamientos que construyen esta conexión.[91] Para los cuidadores, esto puede verse como responder a las necesidades de una manera sintonizada, sensible y apropiada y buscando consolar a los niños cuando están angustiados (meciéndolo, cantando, etc.).[86]

En el mismo sentido, cuando se separa a los niños de sus cuidadores, ellos se ponen ansiosos y hacen lo que sea (por ejemplo, se aferran, lloran, se agitan búsqueda) para restablecer la proximidad y evitar nuevas separaciones.[92] Estos comportamientos son universales en todas las culturas.[93] [94] John Bowlby, creador de la teoría del apego, destacó cuatro comportamientos clave relacionados con el apego que se han visto entre niños y cuidadores[8]:

- **Mantenimiento de la Proximidad** Los niños desean estar físicamente cerca de la persona o personas a las que están vinculados.
- **Refugio Seguro** - Cuando se enfrentan a una amenaza o un desafío, los niños recurren a sus figuras de apego para consuelo.
- **Base Segura** - Una figura de apego sirve como punto de seguridad y estabilidad desde la cual un niño puede explorar su entorno.
- **Ansiedad de Separación** - Los niños experimentan ansiedad cuando su cuidador está ausente.

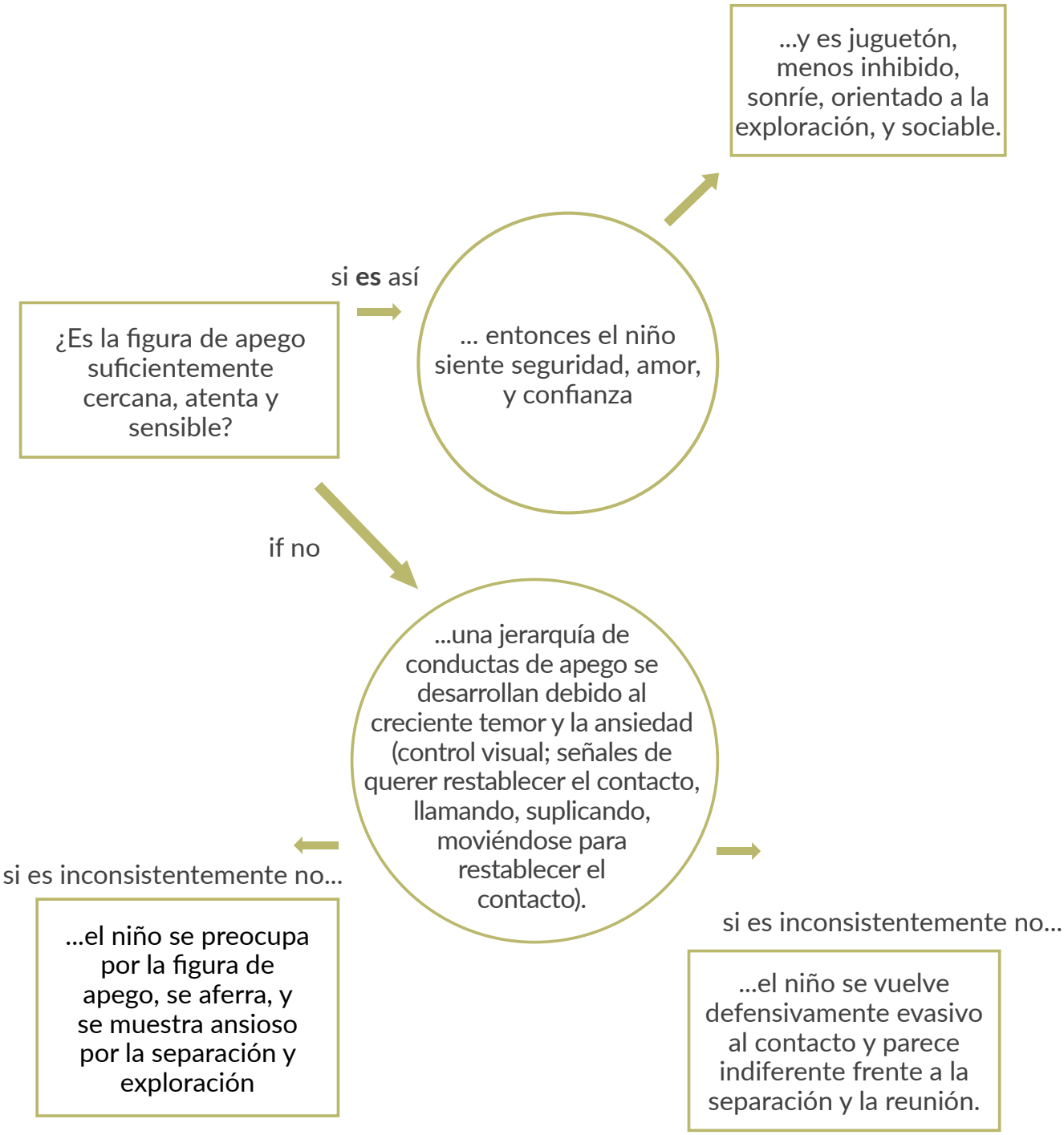
Con más de miles de interacciones con un cuidador específico, el bebé desarrolla un modelo mental de relación que crea el marco para cómo ese bebé se conectará con los demás y cómo pensará de sí mismo durante todo el tiempo su vida. Este modelo es la base sobre la que construye todas sus otras relaciones.[95] Además, la calidad de la relación de apego entre un lactante y su cuidador pueden afectar otras áreas del desarrollo a lo largo de su vida, como la regulación emocional, el comportamiento, el lenguaje, la cognición y su sentido del yo.[96 97 98 99] Es por lo que la relación de un niño con su cuidador es tan vital para el desarrollo.

Estilos de Apego

Todos los niños nacen con el instinto de desarrollar una relación de apego con un cuidador.[8 100] Los estilos de apego se caracterizan por diferentes formas de interactuar y comportarse en las relaciones. Durante la infancia, los estilos de apego se centran en la forma en la que los niños y sus cuidadores interactúan. Algunos cuidadores son capaces de satisfacer de forma consistente y sensible las necesidades de sus bebés tanto las físicas como las necesidades emocionales.[101] Otros pueden luchar con el aspecto de las necesidades emocionales del cuidado, ya sea ignorando o siendo inconsistentes al satisfacer las necesidades emocionales de sus bebés. Estas diferencias en el cuidado afectan al modelo mental de apego del niño y el niño adapta su comportamiento como respuesta. En la edad adulta, los estilos de apego se usan para describir patrones de el apego en otras relaciones, incluyendo parejas románticas, amistades, y las relaciones con sus propios hijos.[102]

Estamos biológicamente programa-
dos para desear conexión

El Desarrollo del Apego



La figura anterior demuestra cómo las diferencias individuales en el apego pueden desarrollar patrones. Se han desarrollado cuatro estilos de apego para describir estos patrones de apego. [96 104 105 106]

Fig 03. El desarrollo del apego 103 (Adaptado de "Adult Romantic Attachment": Desarrollos, controversias emergentes y preguntas teóricos sin respuesta" el 1/10/2020).

Estilo de apego infantil (Estilo de apego adulto)	La historia con el cuidador	La estrategia del bebé cuando se molesta	Resultados
Seguro (Autónomo libre)	Respuestas consistentes, cálidas y sensibles a las necesidades emocionales, están en sintonía	Busca la cercanía con el cuidador, llora cuando se molesta, utiliza al cuidador como una base segura para explorar el medio ambiente.	Es capaz de recibir cuidado emocional, dar cuidado emocional, ser autónomo en sus relaciones, y negociar necesidades
Inseguro-evasivo (Indiferente)	No responde a las necesidades emocionales, es emocionalmente distante, o lo rechaza cuando el niño está angustiado.	No llora ni muestra angustia cuando está alterado o triste, no busca mucho contacto o consuelo en el cuidador por miedo a causar conflicto con el cuidador en angustia.	Problemas con la intimidad, demasiado centrado en la independencia, emocionalmente distante, crítico
Inseguro-Ambivalente (Preocupado/Enredado)	Respuestas inconsistentes a las necesidades emocionales, es intrusivo o dependiente	Llora y es difícil para calmarse para mantener al cuidador presente y enfocado en él/ella.	Pegajoso y excesivamente dependiente, se preocupa de que su pareja no lo/la ama, se angustia demasiado cuando las relaciones terminan.
Desorganizado (No resuelto)	El cuidador está asustado, es aterrador, e/o impredecible; otras experiencias traumáticas	No hay una estrategia clara. Posiblemente tiene miedo del cuidador. Su comportamiento puede ser confuso y contradictorio.	Problemas con la regulación emocional, al formar y mantener relaciones, con el manejo del estrés...

Apego Seguro

Si un cuidador responde de forma consistente, cálida y sensible a las necesidades emocionales del niño, ese niño desarrollará una sensación de seguridad, autoestima y confianza. [96 99] Con el tiempo, el niño aprende que, durante los momentos de angustia, pueden depender de su cuidador para satisfacer sus necesidades y servirles como una base segura. Por lo tanto, la estrategia del niño es buscar al cuidador cuando se altera. Los niños que tienen un apego seguro son capaces de regular mejor sus emociones, se

sienten más cómodos explorando sus entornos físicos y sociales, y tienden a ser cariñosos y empáticos.[101] Cuando crecen hasta la edad adulta, las personas con un apego seguro son capaces de dar y recibir cuidado emocional en las relaciones, ser independientes y autónomos en sus relaciones, y pueden con confianza negociar sus necesidades.[98] [100] Además, los adultos seguros no muestran un exceso de los celos o distancia en las relaciones, ya que ambos son sellos del apego inseguro. [100]

Apego Inseguro-evasivo

Si un cuidador minimiza regularmente las necesidades emocionales de un bebé (por ejemplo, distrayéndolos de los sentimientos diciendo "¡mira el juguete!") o está rechazando cuando un bebé expresa angustia ("No llores. Estás bien."), ese bebé aprende a suprimir el instinto natural de buscar a un cuidador para el consuelo cuando asustado, molesto o enfermo. [96] [99] Estos niños aprenden que reconocer y exhibir la angustia emocional lleva al cuidador a rechazarlos. Como resultado, su estrategia cuando están molestos es no llorar o expresar sus sentimientos. Aunque no muestren externamente un deseo de cariño, afecto, cercanía, o amor, estos niños todavía quieren estar cerca de sus figuras de apego. De hecho, fisiológicamente, tienen una reacción igualmente fuerte cuando están separados de sus cuidadores y experimentan tanta ansiedad como los otros niños.[107] Como adultos, las personas con el apego ansioso - evitativo puede tener problemas con la intimidad, a menudo invierte poca emoción en las relaciones, no están dispuestos o son incapaces de compartir pensamientos o sentimientos con otros, y pueden estar demasiado centrados en sí mismos, ignorando en gran medida los sentimientos e intereses de los demás. [98]

Apego Inseguro Ambivalente

Para este estilo apego, los cuidadores son inconsistentes en la respuesta a las necesidades emocionales del bebé. [96] [99] Por ejemplo, a veces el cuidador puede estar sintonizado, cariñoso y con una respuesta efectiva, mientras que en otros momentos cuando el bebé está angustiado el mismo cuidador puede no estar emocionalmente disponible, ser intrusivo, o insensible. Estos niños suelen desconfiar de su cuidador, pero también se aferran a ellos y actúan desesperadamente. El niño ha aprendido que la

mejor manera de satisfacer sus necesidades es aferrarse al cuidador para mantenerlo presente. Como adultos, las personas con apego ansioso - ambivalente están ansiosos y a menudo preocupados de que los demás no correspondan a sus sentimientos, lo que puede llevarlos a ser demasiado dependientes y pegajosos. [98] [108]

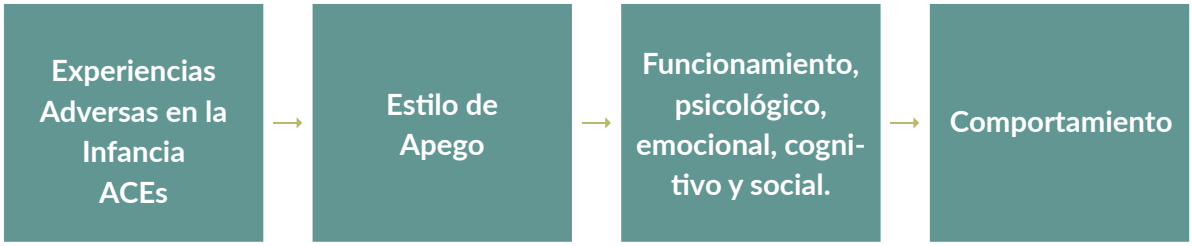
Apego Desorganizado

Cuando se enfrenta a algo aterrador, un niño busca instintivamente la seguridad yendo a su cuidador. Sin embargo, en algunas situaciones, ese cuidador también puede ser la persona que le causa miedo al niño (ya sea porque que el cuidador es aterrador o porque él mismo esté asustado). El apego desorganizado surge de comportamientos de cuidado que son impredecibles y que asustan de alguna manera, estos incluyen el abuso, la negligencia o el trauma no resuelto.[108] [109] El cuidador es la fuente de miedo y al mismo tiempo la única fuente disponible de seguridad; esto es confuso para el niño.[110] Para los otros estilos de apego, los niños muestran un patrón bastante consistente de comportamientos de apego y tienen una estrategia organizada para responder a su cuidador cuando se alteran o se ponen tristes y así mantener una óptima cercanía con ese cuidador. En otras palabras, los niños con apego seguro, apego inseguro-evitativo, y apego inseguro-ambivalente forman estrategias de adaptación para satisfacer sus necesidades en tiempos de estrés o angustia, incluso si su cuidador no es perfecto. Los niños que muestran comportamientos de apego desorganizado a menudo tienen una estrategia organizada secundaria, pero pueden sucumbir frente a niveles elevados de estrés y muestran desorganización momentánea en presencia de su cuidador, por ejemplo breves síntomas de tipo disociativo como el congelarse o quedarse inmóvil.[111] En la edad adulta, las personas con apego desorganizado tienen una pobre regulación emocional, dificultad al formar y mantener relaciones, y puede que tenga dificultades para manejar estrés.[98] Estos adultos buscan y rechazan simultáneamente la intimidad emocional con otros, porque las relaciones cercanas los hacen sentir vulnerables.98 Los niños que han experimentado adversidad, incluyendo el abuso, la negligencia y la separación del cuidado de los padres, a menudo desarrollan expectativas negativas sobre la disponibilidad y confiabilidad de las relaciones y es más probable que desarrollen estilos de apego inseguros y desorganizados. [112] [113]

Es importante señalar que el tener un estilo de apego inseguro no significa que una persona tiene un trastorno de apego u otro problema de salud mental.[114] *Este es un punto donde ha habido malentendidos para muchos padres y profesionales en el campo, con médicos quienes a menudo confunden al apego inseguro y desorganizado con los trastornos de apego. Dicho esto, los factores de riesgo que están asociados con el apego inseguro también están relacionados con el aumento de probabilidad de problemas de salud mental y podría llevar a un trastorno de apego.*[108]

¿Cómo es que interactúa la adversidad vivida en la primera infancia con el apego?

Los estilos de apego, las experiencias adversas de la infancia, la resiliencia y los problemas cognitivos, emocionales y de comportamiento están correlacionados. Sin embargo, es difícil esclarecer las relaciones, interacciones, y vías causales entre estas variables.[65 115 116] Una versión simplificada de cómo estas variables interactúan se presenta en el siguiente modelo. [117 118 119] [Para más información ver Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Cascadas de Desarrollo [Editorial]. Desarrollo y Psicopatología, 22(3), 491-495.



Las experiencias de la primera infancia influyen en el estilo de apego de un niño. El estilo de apego del niño impacta a otras áreas del desarrollo, incluyendo el funcionamiento psicológico, emocional, cognitivo y social. ¿Qué tanto entonces afecta al comportamiento de los niños su funcionamiento en estas áreas? Estas variables pueden tener un impacto positivo o negativo en la trayectoria del desarrollo del niño[65]. Por ejemplo, la adversidad vivida en la infancia aumenta la probabilidad de desarrollar un apego inseguro y/o desorganizado.[111 120 121] Los apegos Inseguros y/o los apegos desorganizados conducen a una situación con déficit en el área psicológica, emocional, cognitiva y social.[113 122] Estos déficits, a su vez, son los factores de riesgo asociados con conductas problemáticas. Cuantos más factores de riesgo tenga alguien, es más probable que ese individuo muestre un comportamiento problemático.[65 110 123] En cambio, los niños que experimentan menos experiencias adversas, es más probable que tengan un estilo de apego seguro. El apego seguro predice un mejor funcionamiento psicosocial, que a su vez predice un comportamiento más positivo. Desde esta perspectiva, la teoría del apego ofrece una explicación de por qué la adversidad vivida en la infancia es tan perjudicial y en última instancia contribuye a una serie de problemas de comportamiento y malos resultados.[112]

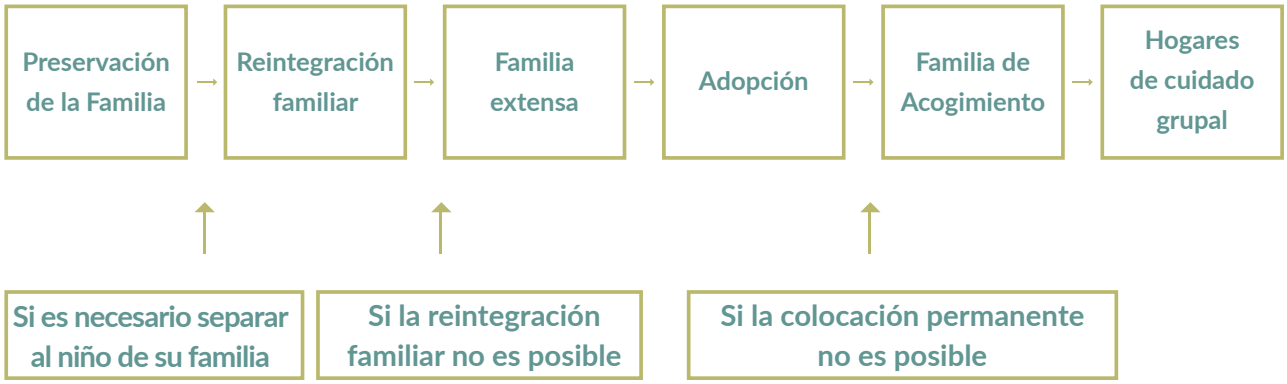
Fig 04. ACEs y Adjuntos. 112 (Adaptado de "Vinculando los efectos adversos de la infancia y el apego": Una teoría de la etiología de los delitos sexuales" el 1/10/2020).

Desarrollando la Resiliencia a través del Apego luego de haber vivido Adversidad a Temprana Edad

Ahora que entendemos lo vital que es el apego para la resiliencia, ¿cómo podemos ayudar a los niños que han sido separados del cuidado de sus padres o que han experimentaron relaciones poco saludables con sus cuidadores? Debemos proveerles de relaciones de cuidado que sean seguras en todas las formas que podamos.

Promoviengo el apego a través de diferentes tipos de Cuidado

Tanto las Escrituras como la ciencia sugieren claramente que los niños se desarrollan mejor en familias[6 124 125] Lo ideal sería que los niños fueran criados por sus padres biológicos que fueran saludables, que se preocuparan e inviertieran en el bienestar de sus hijos. Sin embargo, vivimos en un mundo quebrantado y no todos los padres biológicos son saludables o son capaces de cuidar a sus hijos. En esos casos, los padres pueden necesitar apoyo para tener éxito o puede ser necesario retirar al niño del cuidado de sus padres por su seguridad y bienestar. En estos casos, queremos encontrar para el niño una colocación de acuerdo su interés superior [126]. Las formas en las que promovemos el apego varía dependiendo del tipo de relación que el niño tenga con el cuidador. No hay un tipo de cuidado que se ajuste a todos los niños que han sido separados del cuidado de sus padres. Siempre que sea posible, queremos trabajar para prevenir esas separaciones a través de la preservación de la familia. Si la separación debe ocurrir por la seguridad y el bienestar del niño, nuestra primera prioridad debería ser siempre trabajar para lograr una comprensiva reintegración familiar. Si la investigación de esa opción demuestra que no es una situación prudente, ni segura ni estable para el niño, entonces empezamos a buscar opciones familiares alternativas. Estas pueden incluir el cuidado de familia extensa, que es el cuidado de un pariente o persona familiar que se invierte permanentemente en el bienestar del niño. Esto puede también ser una maravillosa solución permanente para los niños, ya que a menudo los mantiene conectados a su familia, cultura y otros anclajes clave que los apoyan en la transición a una nueva familia.



Niños bajo el Cuidado de Padres Biológicos: Preservación y Reintegración

En entornos familiares saludables e intactos, los padres biológicos pueden ser in mecanismo integrado para el apego, aumentando la capacidad del niño para superar obstáculos. Desafortunadamente, no todas las relaciones entre padres e hijos son saludables ni sirven como factor de protección. Dicho esto, separar a los niños de sus padres biológicos puede ser perturbador, traumático y puede tener efectos negativos de larga duración[127]. Siempre que sea posible, se debe tratar de mantener a las familias juntas y evitar las separaciones innecesarias. Cuando la separación es necesaria, la atención debe centrarse en reducir al mínimo el tiempo de separación y en el trabajo hacia la reunificación con los padres biológicos.[128] Ambas situaciones destacan la importancia de proporcionar apoyo y educación a fin de empoderar a los padres biológicos para que cuiden bien de sus hijos. Algunos padres pueden requerir una cantidad sustancial de apoyo para tener éxito. Una acción que podemos tomar es ayudar a los padres a mejorar el apego, promoviendo comportamientos. (Intervenciones como la Intervención de Video-Feedback para promover la crianza positiva y la disciplina sensible (VIPP-SD)[129] , La recuperación del apego y del biocomportamiento[130] , y La intervención basada en el apego grupal (GABI)[131], se han utilizado para promover el apego entre los niños y sus padres biológicos).

Colocaciones permanentes: Familia Extensa y Familias Adoptivas

Para algunos niños, reconstruir las relaciones con sus padres biológicos no es una opción. En estas situaciones, es vital encontrar familias alternativas con las que los niños puedan formar relaciones de apego estables. Un cuidado

Fig. 05 Adaptado de Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Duschinsky, R. & Skinner, G.C.M. (2019). Legislación en busca de acuerdos de cuidado "suficientemente buenos" para el niño: Búsqueda de la continuidad del cuidado. Jim G. Dwyer (Editor): El Manual de Oxford de los Niños y la Ley. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190694395.013.5

permanente de parientes o la adopción pueden proporcionar opciones familiares para estos niños. La investigación ha encontrado que estos tipos de relaciones permanentes llevan a mejoras en los modelos mentales de apego de un niño[12]. Además, los niños adoptados tienen índices más altos de apego seguro que los niños que viven en hogares de acogimiento y que los que están bajo cuidado institucional.[132]

Alrededor del mundo, el cuidado permanente por familia extensa (a veces llamado parentesco/tutela legal de parentesco o adopción por parentesco) parece ser el tipo de cuidado más común para los niños que han perdido a ambos padres.[133] Este puede parecer un niño viviendo permanentemente con un abuelo, tía u otro pariente biológico que se convierte en su tutor legal. También puede ser cuidado por una persona que no es pariente de sangre pero que conoce bien al niño y a la familia, como un vecino, amigo o maestro. A menudo, se hace una suposición errónea de que los niños deben forman naturalmente vínculos sanos con sus familiares. Sin embargo, muchos familiares cuidadores carecen de las habilidades, la experiencia y los recursos necesarios para cuidar a los niños colocados bajo su cuidado. Para que los familiares cuidadores tengan éxito, pueden necesitar apoyo y capacitación adicional para construir una relación de confianza con los niños a su cargo. (Las intervenciones como Connect[134] se han utilizado para promover el apego entre los niños y los familiares cuidadores).

La adopción por personas que no son parientes del niño es otra posibilidad de proporcionar una adopción segura, permanente y una solución basada en la familia para los niños que no pueden vivir con su familia. Los padres adoptivos que no son parientes se enfrentan a un conjunto único de desafíos cuando llegan a desarrollar relaciones de apego con sus hijos adoptivos. La mayoría de los padres adoptivos no conocen a su hijo antes de la colocación, lo que significa que están comenzando desde cero en cuanto al desarrollo de una relación de apego. Como todo apego, esto comienza con el cultivo de la confianza a través de la consistencia. Afortunadamente, la mayoría de los padres adoptivos que no son parientes reciben algún tipo de formación sobre temas como el apego, el trauma y el desarrollo del niño antes de traer a su hijo a casa. Dicho esto, aprender sobre el apego y la realidad de desarrollar una relación de apego con un niño que tiene un historial de adversidad son muy diferentes. Es importante que los padres adoptivos que no son parientes sigan teniendo un apoyo continuo que les ayude a desarrollar relaciones de apego con sus hijos adoptivos mucho tiempo después de la colocación. (Intervenciones como La Intervención Relacional Basada en la Confianza (TBRI) [135] y el VIPP se han utilizado para promover el apego entre los niños y los padres adoptivos).

Niños en Hogares de Acogimiento

Las colocaciones en hogares de acogimiento son un poco más complejas en términos de facilitar el apego, ya que normalmente son mucho menos permanentes y sirven como una solución de cuidado familiar temporal mientras se explora una opción más permanente. Las investigaciones sugieren que no es suficiente con sólo estar en una familia, sino que un niño debe saber que pertenece permanentemente a una familia para tener óptimos resultados.[136] Cuando hablamos del apego, es crítico saber que una relación durará. Sin embargo, incluso en una colocación temporal, los padres de acogimiento pueden empezar a mostrar a los niños cómo puede ser una relación de cuidado.[137] Aunque puede que no sea un cuidador permanente, puede empezar a alterar el marco mental que el niño tiene para las relaciones proporcionando seguridad, calidez, capacidad de respuesta y otros elementos clave de los que ha podido carecer en sus relaciones anteriores con otros cuidadores. Además, a menudo pueden ser capaces de mantener algún nivel de relación con el niño, incluso después de la colocación haya terminado. (Intervenciones como recuperación del apego y el biocomportamiento (ABC)[27] y Filming Interactions to Nurture Development (FIND)[138] han sido usadas para promover el apego entre los niños y los padres de acogimiento).

Niños en hogares de cuidado grupal

Décadas de investigación afirman que el lugar ideal para criar a un niño está dentro del contexto de una familia cariñosa y edificante.[128] [139] [140] [141] [142] La familia siempre debe ser nuestra primera prioridad al considerar la colocación, pues como sabemos, proporciona de forma natural lo que es mejor para el niño. Esto significa que debemos considerar a fondo si el fortalecimiento de la familia, la reintegración familiar, el cuidado de parientes, la adopción o la familia de acogimiento pueden satisfacer las necesidades de un niño antes de considerar el cuidado como parte de un grupo pequeño. Sin embargo, cuando los sistemas de cuidado con familias saludables no están aun plenamente desarrollados, los niños pueden necesitar acceso al cuidado de grupos pequeños de alta calidad y tipo familia. En estas situaciones, ¿qué podemos hacer para proveer apoyo para el desarrollo del apego y resiliencia? La investigación muestra que el entrenar a los cuidadores para que utilicen comportamientos de cuidado apropiados y sensibles, tanto como el que aprendan a sintonizar con las emociones

del niño puede ayudar a la relación cuidador-niño. (Intervenciones como el apego, la regulación, y Competencia [143] y el Orfanato de San Petersburgo (Fundación Rusa) El Proyecto de Intervención [144] se ha utilizado para promover el apego entre niños y cuidadores residenciales). Solíamos creer que el apego ocurría únicamente en la infancia. Afortunadamente, ahora sabemos que es posible desarrollar y sanar el apego a lo largo de la vida.[124] [125] [145] Además, el apego se puede desarrollar entre el niño y un padre no-biológico.[125] [128] Para los niños que no están bajo el cuidado de los padres y de aquellos que los aman, esta es una información importante y esperanzadora. Dicho esto, es importante tener en cuenta que cada niño y joven que no está bajo el cuidado de sus padres llega a su nueva familia con una historia donde la relación más importante de su vida ha sido cortada durante un período de formación. Eso tiene consecuencias duraderas y éxito en el desarrollo del apego se verá diferente para cada niño. No existe un apego perfecto que podemos señalar como meta. Más bien, trabajamos para establecer patrones que le permitan al niño dar un paso a la vez más cerca a la conexión y a la confianza, creando un marco para lo que pueden ser sus futuras relaciones.

Aunque los diferentes tipos de cuidado pueden significar que nos acercamos al desarrollo del apego de forma ligeramente diferente, el factor más importante es que nos acerquemos a este lo más antes posible. Los sistemas protección infantil en todo el mundo están enredados en la burocracia y la complejidad; toma tiempo el reformarlos en algo que se ajuste fácilmente buscar el interés superior del niño. Aunque es vital que busquemos construir mejores sistemas con opciones familiares más permanentes, no podemos esperar hasta que esos sistemas estén optimizados para empezar a promover el apego y la resiliencia. Los niños en el sistema de cuidado ahora necesitan construir su capacidad de conexión y superación, ya que es probable salgan del sistema antes de que se logren mejoras sustanciales. Debemos mantener la tensión entre buscar la permanencia en la familia para cada niño mientras reconocemos que no será posible para todos los niños en un futuro próximo.

En el siguiente cuadro se destacan las intervenciones basadas en la investigación que están disponibles para apoyar el apego a través de la continuidad del cuidado. Esto no es una lista exhaustiva, pero estos son recursos respetados.

Intervención	Preservación de la Familia	Cuidado por la famil-ia extensa	Adopción	Acogimiento Familiar	Cuidado en grupos pequeños
Apego, Regulación y Competencia (ARC)					✓
Recuperación de Apego y biocomporta-miento	✓		✓	✓	
Conectar	✓	✓	✓	✓	
Grabar interacciones para el Desarrollo del la Crianza (FIND)				✓	
Intervención basada en apego-grupal (GABI)	✓				
Intervención Relacional Basada en la Confianza (TBRI)	✓	✓	✓	✓	
Intervención de retro-alimentación en vídeo para promover disciplina positiva y disciplina sensible. (VPP-SD)	✓		✓		

Lo que más importa: Temas claves de las Intervenciones

Hay varias intervenciones basadas en evidencias (enumeradas a continuación) que se ha demostrado que mejoran la seguridad del apego en los niños, incluso en aquellos que no están bajo el cuidado de sus padres biológicos. A examinar los componentes de estas intervenciones juntos, surgen temas claves sobre lo que es particularmente útil para mejorar la seguridad del apego. Aunque lo ideal sería tener una intervención completa disponible para cada niño y familia en riesgo, eso no siempre es posible. La mayoría de las investigaciones se basan en procesos específicos con parámetros cuidadosos, pero incluso si no es posible implementar cada faceta de un programa, hay típicamente elementos que podemos pedir prestado y comenzar a implementarlos hoy. Estas pequeñas cosas pueden empezar a marcar la diferencia en la construcción del apego de un niño.

Conexión

El primer paso para apoyar el apego y la resiliencia es la conexión, esto requiere pasar tiempo juntos. Con frecuencia, podemos saltar a las estrategias y a la acción:

- Tiempo sostenido, enfocado, juntos, sin interrupciones
- Contacto visual
- Escuchar y reflejar palabras o expresiones de emoción
- El toque físico saludable

Servir y devolver

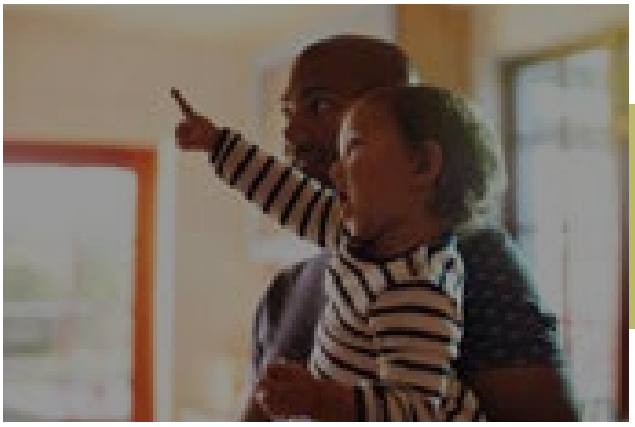
Servir y devolver es una interacción de ida y vuelta con un niño mientras interactúa con su entorno. Servir y devolver puede verse de la siguiente manera:

- Responder al llanto de un niño con palabras de consuelo
- Nombrar lo que un niño está sintiendo o haciendo
- Conversación verbal o no verbal
- Tomar turnos

Atención Compartida

La atención compartida es un enfoque común entre dos individuos. La atención compartida podría verse así:

- Seguir tu mirada hacia donde un niño señala
- Leer libros juntos
- Construir con bloques juntos



Seguir la iniciativa del niño

Seguir la iniciativa de un niño puede ocurrir cuando los cuidadores comparten el mismo enfoque con los niños y esperan a que inicien o terminen ciertas actividades. Seguir la iniciativa del niño puede verse así:

- Honrar la petición de un niño, como "terminé" o, "vamos a jugar"
- Dejar que el niño decida la historia del juego imaginario
- Imitar las acciones de un niño

El estado de plena consciencia del Cuidador

El estado de plena consciencia de los cuidadores les permite a los adultos reflexionar sobre su propio comportamiento, sus pensamientos y sentimientos para ayudar a mejorar la relación actual entre padre-hijo. El estado de plena consciencia del cuidador puede verse de la siguiente manera:

- Tomar perspectiva para ser consciente de cómo sus comportamientos de adulto son percibidos por un niño
- Comprender sus propias historias de relaciones y cómo pueden éstas impactar la relación con su hijo
- Estrategias de calma y meditación
- Practicar las habilidades para mantener la calma en tiempos de estrés para que puedan reconocer las necesidades de su hijo

Entrenamiento y Retroalimentación

La retroalimentación de un entrenador comprensivo parte de varias intervenciones basadas en el apego. Puede ser difícil evaluarnos a nosotros mismos con precisión, pero el tener un entrenador claro y comprensivo que nos ayude en nuestro crecimiento puede hacer toda la diferencia. El entrenamiento y la retroalimentación pueden verse así:

- Un padre y un entrenador viendo el video juntos de la interacción entre padres e hijos, identificando lo que el padre hizo bien, y animándolo a hacer más de eso.
- Los entrenadores modelan cómo pueden ser las respuestas útiles
- Los entrenadores proporcionan ideas y herramientas sobre cómo un padre puede proceder
- Los entrenadores trabajan con un padre para considerar la perspectiva o la experiencia de su hijo

Sabemos que el apego seguro está conectado a los niveles más altos de resiliencia [78] [151] y que el apego inseguro está conectado a niveles más bajos de resiliencia.[548] Aunque la resiliencia se compone de algo más que el apego seguro, este es un componente fundamental de la resiliencia, y por lo tanto vale enteramente la pena nuestra inversión para apoyar el bienestar de los niños a quienes servimos. [5]

Al aumentar los factores de protección de un niño, nosotros podemos inclinar la balanza, desarrollando su capacidad para superar los obstáculos y experimentar el bienestar.

7 Pasos de Acción para desarrollar la Resiliencia a través de las Relaciones

Queremos que todos los niños tengan la oportunidad de desarrollarse adecuadamente y puedan tener éxito en la vida. Para los individuos que han experimentado adversidad a una temprana edad, esta puede ser una posibilidad con más desafíos. Para ellos, la balanza ha sido apilada con diversas dificultades. Sin embargo, ciertamente no es imposible fomentar su éxito. Al aumentar los factores de protección de un niño, podemos inclinar la balanza en la dirección opuesta, desarrollando su capacidad de superar los obstáculos y experimentar el bienestar. Sabemos que una de las formas más efectivas de hacerlo es a través de un apego seguro con una red de cuidado estable y permanente. Si cuidamos a los niños vulnerables y queremos apoyar su resiliencia, hay acciones simples con las que podemos empezar a apoyar de una mejor manera su capacidad para superar los obstáculos.

1. Construir una Red Social

Los niños no desarrollan la resiliencia por sí mismos. Los niños (y los adultos) resilientes casi siempre puede señalar al menos a un adulto comprensivo que ha invertido sustancialmente en su bienestar. La diferencia entre un desafío difícil y un desafío tóxico es a menudo la presencia de un cuidador que recorre el camino con el niño.[151]

¿Cómo construir una red social en la vida del niño?

- Priorizar el cuidado familiar. Uno de los mayores diferenciadores en los resultados para los niños expuestos a la adversidad a una temprana edad es cuando el niño ha sido colocado en una familia. Décadas de investigación muestran que la familia proporciona el amor natural, y la protección que los niños necesitan para prosperar. Teniendo en cuenta que el acceso permanente a un cuidador que se invierte, que nutre y que es permanente es vital para la recuperación. Ya sea el fortalecimiento de la familia, la reintegración, el cuidado por familia extensa, la adopción, o el acogimiento familiar, priorizan la familia. La Red familiar importa. Más allá de las ganancias que presenta la conexión con cuidadores saludables, la familia suele proveer relación más allá de la relación entre padres e hijos. Los hermanos, abuelos, tías y tíos, así como los de la conexión de una familia con su comunidad, son beneficios importantes, también.
- Fomentar las relaciones diversas. Facilitar oportunidades para que los niños desarrollen una amplia gama de relaciones con compañeros y otros adultos, entendiendo que una fuerte red de apoyo contribuye a la resiliencia.
- Incluso más allá de las relaciones con los padres, a los niños les va mejor cuando están conectados a la familia extensa, vecinos, mentores, amigos y miembros de la comunidad. Especialmente para aquellos jóvenes separados del cuidado de su familia, las relaciones con personas que no son sus padres pueden apoyar la resiliencia.Fomentar las conexiones de por vida. El apego es relevante desde de la cuna hasta la tumba". Es importante poder recurrir a las relaciones de apego en momentos de estrés en cada etapa de la vida, incluyendo en la edad adulta.

Queremos que todos los niños tengan la oportunidad de desarrollarse adecuadamente y puedan tener éxito en la vida. Para los individuos que han experimentado adversidad a una temprana edad, esta puede ser una posibilidad con más desafíos. Para ellos, la balanza ha sido apilada con diversas dificultades. Sin embargo, ciertamente no es imposible fomentar su éxito. Al aumentar los factores de protección de un niño, podemos inclinar la balanza en la dirección opuesta, desarrollando su capacidad de superar los obstáculos y experimentar el bienestar. Sabemos que una de las formas más efectivas de hacerlo es a través de un apego seguro con una red de cuidado estable y permanente. Si cuidamos a los niños vulnerables y queremos apoyar su resiliencia, hay acciones simples con las que podemos empezar a apoyar de una mejor manera su capacidad para superar los obstáculos.

Preguntas para considerar:

1. ***¿Cómo podemos interactuar con la comunidad (por ejemplo, las iglesias y ministerios) con el fin de conectarlos con las familias vulnerables o niños vulnerables?***
2. ***¿Cuáles son algunas formas en las que podemos conectar con la red social de los niños e informarles sobre cómo fortalecer su apoyo?***
3. ***Cuando un niño tiene poca o ninguna red social, ¿qué podemos hacer para expandir las conexiones de ese niño con otros?***

2. Crear una Estructura y expectativas saludables

A menudo, los niños que han experimentado adversidades a una edad temprana han carecido de la estructura y rutina que les permitiera saber qué esperar. Esto es incluso más común para los niños quienes no están bajo el cuidado de sus padres. La constante inconsistencia y la inestabilidad conducen a una respuesta de estrés prolongada que limita el crecimiento y desarrollo. Crear una estructura y tener expectativas de acuerdo a su desarrollo pueden fomentar la creencia de un niño de que tiene lo que se necesita para sobrevivir y prosperar. ¿Cómo crear una estructura y expectativas saludables en la vida de un niño:

- Exponer claramente las expectativas. No hacer suposiciones sobre lo que un niño sabe que es apropiado. Comunique cualquier expectativa explícitamente, y de diferentes maneras cuando sea posible (es decir, con palabras, con una imagen visual y modelando lo que quiere que se haga). Como personas que cuidan a niños de orígenes difíciles, queremos maximizar sus posibilidades de éxito. Es vital asegurarnos de que saben qué esperar y qué se espera de ellos.
- Promover el dominio. Dominar una tarea o habilidad, ya sea de limpieza de una habitación, atarse un zapato, o completar una tarea, desarrollará la creencia en el niño de tiene la capacidad de superarse. Con el tiempo, ellos asumen que tienen las habilidades y recursos para enfrentar la mayoría de los desafíos y eventualmente estarán listos para ser miembros contribuyentes de la sociedad.
- Para algunos niños, esto puede ser más difícil que para otros. En estas situaciones, es fundamental que un cuidador primario apoye el proceso estando presente mientras hace la tarea. Aunque el cuidador no debe completar la tarea para el niño (ya que eso le robaría el poder celebrar victoria), la presencia de un padre le puede proporcionar el consuelo, el apoyo y el coraje para perseverar. Si se repite lo suficiente, el niño típicamente será capaz de completar la tarea sin la participación de los padres.
- Celebrar la capacidad. Con demasiada frecuencia, dejamos pasa las "pequeñas" victorias, asumiendo que realmente no importan. Pero las

pequeñas cosas, que suceden de manera repetida a través de tiempo, puede llevar a un impacto significativo. Ayudar a un niño a reconocer su victoria, incluso las tareas aparentemente insignificantes de la vida diaria pueden cultivar una creencia de ser capaz. Esto es a menudo el eje que es requerido para hacer realidad la verdadera capacidad.

Preguntas para Considerar

4. ***Cada niño recibe las correcciones de manera diferente. ¿Cómo puede un cuidador rápidamente familiarizarse con las necesidades del niño con respecto a la corrección?***
5. ***¿Cómo podemos identificar cuando estamos dando demasiado apoyo o muy poco apoyo?***
6. ***¿Cómo podría afectar esto a la capacidad del niño?***
7. ***¿De qué manera podemos identificar nuestras expectativas mientras mantenemos una actitud positiva? ¿Cómo es que estas expectativas cambian dependiendo de cada individuo?***

Crear una estructura y tener expectativas de acuerdo a su desarrollo pueden fomentar la creencia de un niño de que tiene lo que se necesita para sobrevivir y prosperar.

3. Promover Factores de Protección

La resiliencia no es fija, más bien puede crecer mediante el desarrollo de factores de protección en la vida de un niño.[3] Al darle el entorno y los apoyo adecuados, la capacidad de un niño para superar obstáculos puede desarrollarse.[61] Los factores de protección pueden ofrecer un amortiguador para la adversidad y contribuir a este proceso.[62]

¿Cómo promover los factores de protección en la vida del niño?

- Educar a los niños sobre la resiliencia. Ayudar a los niños a comprender lo que es la resiliencia, que es buena, y que superar los obstáculos es una parte normal de la vida. Identificar las oportunidades para resaltar[26] ejemplos de resiliencia en sus propias vidas, y para reformular los obstáculos como oportunidades para desarrollar la resiliencia.
- Modelar los factores de protección interna. Expresando optimismo y orientación hacia el futuro puede ayudar a un niño a tener la misma mentalidad. Hablar respetuosamente sobre sí mismo puede indicar una autoestima positiva, otro factor de protección. Es más "imitado que enseñado".

Fomentar la fe y las tradiciones culturales. Las tradiciones que nos hacen pisar tierra en el marco de la comunidad más amplia y la red social promueven la resiliencia. Proporcionar oportunidades para que los niños aprendan y participen en los devocionales familiares, la iglesia y las celebraciones de las fiestas son pasos de acción simples que pueden construir la capacidad de superar los obstáculos.

Preguntas para Considerar

1. *¿Cuáles son algunas formas prácticas de alentar a los cuidadores y a los niños vulnerables a enfocarse en el crecimiento en lugar de enfocarse en los defectos?*
2. *¿Cómo podemos identificar los obstáculos a los que los niños vulnerables pueden estar enfrentándose y crear una solución positiva a la situación?*[40] [41] [42]
3. *¿Cómo pueden ser usadas las escrituras, la oración u otras tradiciones de fe para afectar positivamente los hábitos de la mente?*

4. Permitir Adversidad que se Puede Manejar

Cuando se cuida o se sirve a un niño que ha experimentado adversidad a una temprana edad, nuestra inclinación inicial es a menudo hacia la protección. Esto es correcto y bueno, pero esto puede ser llevado demasiado lejos. Los niños necesitan la oportunidad de experimentar algunas adversidades, con el apoyo de un cuidador comprometido y constante, para obtener la creencia en su capacidad para superar las dificultades, lo cual es vital para responder bien a los futuros desafíos.

¿Cómo permitir adversidad manejable en la vida del niño?

- No temer al fracaso. A menudo, los pequeños fracasos al principio llevan a más éxito a largo plazo. Por supuesto, queremos proteger a los niños de decisiones o situaciones que presenten peligro de daño a largo plazo. Sin embargo, caerse de un juego de patio de recreo apropiado para su edad, tener unconflicto con un amigo, o sacar una mala nota en una tarea pueden ser consecuencias naturales que promueven el aprendizaje.
- Modelar tolerancia a la angustia. Nuestra capacidad de tolerar las dificultades debería crecer con el tiempo, a medida que maduramos y nos convertimos en adultos. Esto requiere práctica y ejemplos. Se necesita demostrar a través de sus palabras y comportamientos que un desafío no tiene por qué significar que uno está en crisis.
- Estar disponible para co-regular. A veces, especialmente en situaciones nuevas, los niños no tienen la capacidad de regular sus emociones cuando está frente a la adversidad. A través de la conexión, el cuidado, la ayuda con la expresión de emociones y la redirección, podemos ayudar a los niños a regular sus emociones y construir el andamiaje para que lo hagan de forma independiente.

Aunque la adversidad controlada con el apoyo de un cuidador puede desarrollar resiliencia, las formas más severas de adversidad y la adversidad experimentada sin estar bajo una relación de cuidado saludable son perjudiciales para el desarrollo del niño. La resiliencia no es una cura para todo, y el abuso, la negligencia, la violencia la explotación no nunca está permitida. Para los niños que experimentan esos tipos de dificultades, se necesita una intervención inmediata.

Preguntas para considerar

1. ***¿Qué habilidades necesitan sus hijos para superar su próximo gran desafío?***
2. ***¿Cuáles son algunas actividades simples que pueden ser introducidas con el propósito de practicar reacciones positivas al estrés?***
3. ***¿Cómo manejamos nuestro propio estrés? ¿Cómo podemos mejorar nuestra gestión personal del estrés para crear un mejor ejemplo para los niños vulnerables?***

Queremos equipar a cualquier niño con las habilidades para autorregularse, entender esto es un factor clave que promueve la resiliencia.

5. Facilitar la Autorregulación

Cuando los niños son jóvenes, ya sea cronológicamente o en su desarrollo, a menudo necesitan el apoyo de los padres para regular sus emociones. Para los niños que han experimentado adversidades a una edad temprana, esta necesidad puede persistir hasta más tarde en la infancia a diferencia de un niño con un desarrollo típico. Sin embargo, queremos equipar a cualquier niño con las habilidades para autorregularse, entender esto es un factor clave que promueve la resiliencia. Cómo facilitar la autorregulación en la vida de un niño:

- La regulación emocional comienza con la conciencia emocional y la expresión de emociones. Enseñe a un niño sobre los sentimientos practicando el nombrar los sentimientos, actuando los mismos, dibujándolos, u otras actividades centradas en las emociones. Luego practica expresando emociones desafiantes o intensas de manera apropiada. El practicar cuando el niño está tranquilo creará el marco para utilizar sus nuevas habilidades cuando se desregula.
- Crea un espacio para la resolución de problemas. Con frecuencia, los adultos son rápidos para intervenir cuando un niño se enfrenta a una nueva situación o barrera. Cree un espacio para que el niño identifique independientemente las posibles soluciones y explore si son eficaces. Incluso si él o ella falla varias veces, proporcione apoyo y aliento sin ofrecer respuestas desarrollará la perseverancia, la confianza y la capacidad de resolución de problemas de un niño, lo cual será valioso para superar cualquier obstáculo en la vida.
- Fomentar y modelar la autorreflexión. La capacidad de reflexionar y analizar las propias emociones, pensamientos y comportamiento puede ayudar a los individuos a mantener un estado de calma frente a la adversidad. La capacidad de mantener la calma nos permite utilizar la totalidad de nuestro cerebro (incluidas las partes dedicadas a la regulación y el pensamiento crítico), en lugar de sólo usar una pequeña parte activada durante una respuesta frente al estrés. Esto hace que sea más probable que identifiquemos y promulguemos soluciones sin que cunda el pánico.

Preguntas para Considerar

1. *¿Cómo puede darle a su hijo opciones y darle poder para desarrollar nuevas rutinas y un significado compartido?*
2. *¿Cuáles son algunas actividades simples que pueden ser introducidas para el propósito de practicar reacciones positivas al estrés?*
3. *¿Qué aspectos de su propia autorregulación puede enseñar a los niños vulnerables?*
4. *¿Qué áreas podrían necesitar mejoras o más introspección?*

6. Enseñar a los cuidadores habilidades de crianza

En un mundo ideal, todo el mundo aprendería cómo es una paternidad saludable de parte de sus propios padres. En realidad, muchos niños carecen de una educación estable y nutritiva cuidadores y puede que finalmente se conviertan en padres con un punto de vista mal informado de cómo es la crianza de los niños. Este ciclo a menudo persiste a través de generaciones de una familia. Afortunadamente, las habilidades parentales pueden ser enseñadas y un cambio en el comportamiento de un padre hacia sus hijos puede cambiar el ciclo para siempre.

¿Cómo enseñar a los cuidadores habilidades para la crianza?

- Mostrar ejemplos. Algunos conceptos, como servir y devolver y siguiendo la iniciativa del niño, son fáciles de enseñar. Puede ser que algunos padres no han visto estas prácticas en acción. Mostrando ejemplos de estas ideas, ya sea a través de juegos de rol o a través de video, ayudará a los padres a conceptualizar las buenas prácticas.
- Aprendan juntos practicando. El valor del aprendizaje entre compañeros es tremendo y ofrece a un grupo pequeño la posibilidad de no sólo aprender de un instructor, pero de cada uno de ellos. El aprendizaje en un grupo pequeño ofrece oportunidades para normalizar, validar y hacer preguntas que podrían no surgir en una situación de enseñanza. Además, los participantes tienen la oportunidad de practicar conceptos a través de juegos de roles, lo cual crea el marco para utilizar el aprendizaje en la vida real.
- Proveer mentores. A menudo, el aprendizaje en el aula falla una vez que estamos enfrentado situaciones del mundo real. Los mentores pueden apoyar, animar y ayudar a solucionar los problemas que surjan.

Preguntas para Considerar

1. *¿Cómo podemos ayudar a los padres y a los cuidadores primarios a ver la conexión entre la consistencia y la sensación del sentido de seguridad?*
2. *¿Enseñamos a los padres y a los cuidadores primarios sobre la importancia de su rol? ¿Cómo podríamos hacer esto?*
3. *¿Cómo podemos facilitar o crear oportunidades para mentoreo y el aprendizaje entre compañeros? ¿Qué eventos o reuniones pueden ser útiles?gatherings may be useful?*

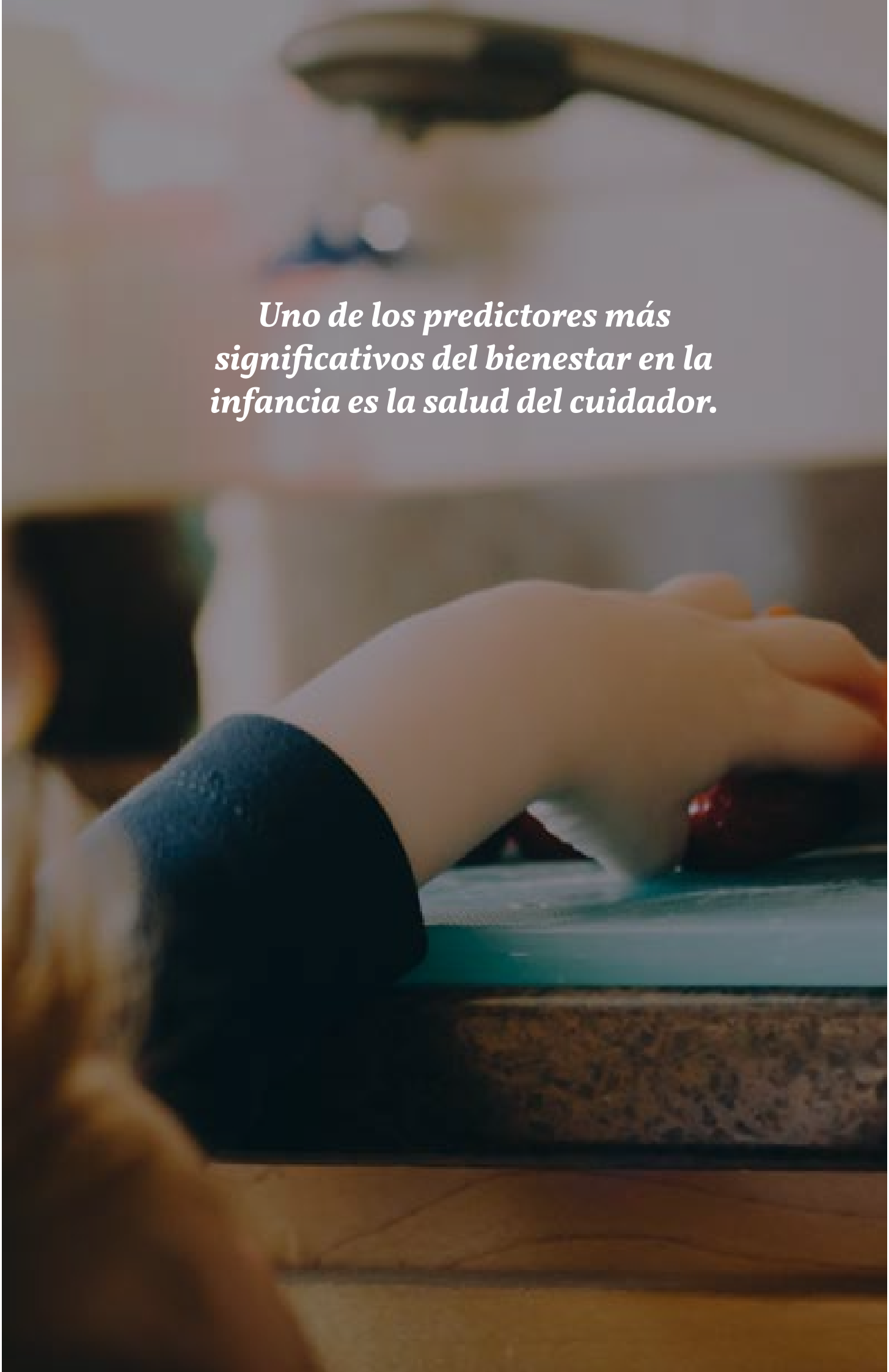
7. Fomentar la Salud del Cuidador

La investigación sugiere que uno de los predictores más significativos del bienestar en la infancia es la salud del cuidador. Para un padre que está ansioso, deprimido o enojado le es difícil permanecer conectado y atento. El invertir en el bienestar de los cuidadores mejorará los resultados para los niños que cuidan.

- Haga un plan. Ayude a los cuidadores a crear un plan de autocuidado, teniendo en cuenta su bienestar físico, emocional, espiritual y social. Pida que consideren los servicios de apoyo con los que cuentan (como la consejería, la iglesia, o de la guardería) que hará posible su plan de autocuidado.
- Crear la conexión. Estamos programados para conectarnos, y eso incluye a los cuidadores. Ayúdeles a identificar las relaciones de apoyo. Considere establecer un grupo para conectar a los padres en situaciones similares o por ubicación geográfica.
- Ayudar a los cuidadores a entender que su salud está vinculada a la salud de su hijo. Muchos cuidadores no están motivados para cuidarse bien a sí mismos. Ayudarles a entender que su salud afecta a los que les rodean y puede ayudarles a replantear la importancia de su bienestar.

Preguntas para Considerar

1. ***¿Qué estamos haciendo actualmente para apoyar a los padres y la salud del cuidador?***
2. ***¿Cuáles son algunas de las señales de alerta que deben reconocer los cuidadores cuando van más allá de su límite de estrés y necesitan cuidarse?***
3. ***¿Cuáles son algunos de los pasos rápidos e inmediatos que pueden dar los cuidadores cuando se dan cuenta de que han llegado a su límite?***


Uno de los predictores más significativos del bienestar en la infancia es la salud del cuidador.

CONCLUSIÓN

La exposición a la adversidad vivida a una temprana edad está correlacionada con una infinidad de resultados negativos. Sin embargo, sabemos que podemos ayudar a construir la capacidad de un niño para superar obstáculos mediante el aumento de sus factores de protección. Aunque la investigación todavía está emergiendo, parece que uno de los factores más importantes y de impacto puede ser un apego saludable con un cuidador permanente. La presencia de una relación fuerte y comprensiva de un cuidador parece marcar la diferencia entre las dificultades que son temporalmente estresantes o que causan daños duraderos.

Para los niños que han sido separados del cuidado de sus padres, el panorama es especialmente difícil. Por definición, carecen de la protección natural que proviene de los padres en familias saludables. Afortunadamente, la investigación sugiere que las relaciones protectoras de apego pueden construirse después de la separación del cuidado de los padres, ya sea con los padres biológicos o con padres de familias alternativas por medio familia extensa, la adopción, o familias de acogimiento. Aunque las relaciones son complejas, vemos que elementos simples y claves, como el servicio y el retorno y el estado de consciencia plena del cuidador, pueden empezar a marcar la diferencia en la salud de la relación niño-cuidador.

Para poder apoyar el desarrollo apropiado y el bienestar de los niños, nosotros debemos centrarnos tanto en limitar las experiencias adversas de la infancia como en desarrollar su capacidad para superar los obstáculos. Ambos son importantes para mejorar los resultados para los niños sin importar su edad. Mientras que las dificultades del pasado de un niño no pueden ser borradas, nunca es demasiado tarde, y todavía hay la esperanza de un futuro brillante.

15 Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A., & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. Pediatrics, 131(2), 319–327. doi:10.1542/peds.2012-0469
16 Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., … Wood, D. L. (2011). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. Pediatrics, 129(1). doi: 10.1542/peds.2011-2662 17 Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. JAMA. 2009;301(21):2252–2259. doi:https://doi.org/10.1001/jama.2009.754
18Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Dozier, M., Bruce, J., & Pears, K. C. (2006). Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. Annals of the New York Academy of Sciences, 1094(1), 215–225. doi: 10.1196/annals.1376.023
19 Allison Schroeder, Natalie Slopen & Mona Mittal (2018) Accumulation, timing, and duration of early childhood adversity and behavior problems at age 9, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, doi:10.1080/15374416.2018.1496440
20 Hertzman C. (2013). The significance of early childhood adversity. Paediatrics & child health, 18(3), 127–128. doi:10.1093/pch/18.3.127
21Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., … Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-
22 Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(8), e356-e366.
23 Starecheski, L. (2015). Take the ACE Quiz- And learn what it does and doesn't mean. National Public Radio. Retrieved from: https://www.npr.org/sections/healthshots/2015/03/02/387007941/take-the-ace-quiz-and-learn-what-it-does-and-doesntmean
24 Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., … Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-
25 Brown, D.W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B., Giles, W.H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. American Journal of Preventive Medicine, 37(5) 389-396.
26 Mehta, M. A., Golembo, N. I., Nosarti, C., Colvert, E., Mota, A., Williams, S. C., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2009, August). Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian Adoptees study pilot. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19457047
27 Tottenham, N., Hare, T. A., Quinn, B. T., McCarry, T. W., Nurse, M., Gilhooly, T., . . . Casey, B. J. (2010, January 01). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. Retrieved from https://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/20121862
28 Gee, D. G., Gabard-Durnam, L. J., Flannery, J., Goff, B., Humphreys, K. L., Telzer, E. H., . . . Tottenham, N. (2013, September 05). Early developmental emergence of human amygdala–prefrontal connectivity after maternal deprivation. Retrieved from https://www.pnas. org/content/early/2013/09/04/1307893110.short
29 Ha, Thao., Granger A., Douglas. (2016). Family relations, stress, and vulnerability: Biobehavioral implications for prevention and practice. Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 65, 9-23
30 McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. Brain Research, 886, 172 – 189.
31Tronick, E. Z., & Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. Zero to Three, 6(3), 1-6.
32Perez, C. M., & Widom, C. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. Child Abuse & Neglect, 18(8), 617-633.
33Barry, R. J., Clarke, A. R., & Johnstone, S. J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/ hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. Clinical Neurophysiology, 114(2), 171-183.
34 Edmiston, E., Wang, F., Mazure, C., Guiney, J., Sinha, R., Mayes, L., & Blumberg, H. (2011). Corticostriatal limbic gray matter morphology in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 165(12), 1069- 1077
35 Sherr, L., Roberts, K. J., & Gandhi, N. (2017). Child violence experiences in institutionalised/orphanage care. Psychology, Health & Medicine, 22(sup1), 31-57.
36 Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. Journal of Affective Disorders. 217- 225.
37 Pears, K. C., Kim, H. K., Buchanan, R., & Fisher, P. A. (2015). Adverse consequences of school mobility for children in foster care: A prospective longitudinal study. Child development, 86(4), 1210-1226.
38 Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. Frontiers in Psychiatry, 9. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00420
39 Council, N. S. (2014). Excessive stress disrupts the development of brain architecture. Journal of Children's Services, 9(2), 143–153. doi: 10.1108/jcs-01-2014-0006
40 Toxic Stress. (n.d.). Retrieved from https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/toxic-stress/.
41Dobrova-Krol, N. A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Cyr, C., & Juffer, F. (2008). Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children. Infant Behavior and Development, 31(3), 539-553.
42Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., Stovall-McClough, K. C., .. . Levine, S. (2006). Foster children's diurnal production of cortisol: An exploratory study. Child maltreatment, 11(2), 189-197.
43 Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K., & Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. Development and Psychopathology, 13(3), 611-628.
44Ladd, C. O., Huot, R. L., Thrivikraman, K., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J., & Plotsky, P. M. (2000). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. The Biological Basis for Mind Body Interactions Progress in Brain Research, 81–103. doi: 10.1016/s0079-6123(08)62132-9
45 Harvard Health Publishing. (2011). Understanding the stress response: Chronic activation of this survival mechanism impairs health. Retrieved from https://www.health.harvard. edu/stayinghealthy/understanding-the-stress-response
46 Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. Jama, 282(17), 1652-1658.
47 Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 256(3), 174-186.
48 Herrman H, Stewart DE, DiazGranados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? Can J Psychiatry. 2011;56(5):258---265.
49 Richaud, M. C. (2013). Contributions to the study and promotion of resilience in socially vulnerable children. American Psychologist, 68(8), 751-758. doi:10.1037/a0034327
50 Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. G. M., & Dijkstra, I. (2007). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. Personality and Social Psychology Bulletin, 33, 537–548.
51Black-Hughes, C., & Stacy, P. D. (2013). Early childhood attachment and its impact on later life resilience: A comparison of resilient and non-resilient female siblings. Journal of Evidence-Based Social Work, 10, 410–420. doi:10.1080/15433714.2012.759456
52 Foster, K.A. (2012). In search of regional resilience. In M. Weir, N. Pindus, H. Wial, & H. Wolman (Eds.) Urban and Regional Policy and Its Effects:

Building Resilient Regions, Volume 4 (pp. 24–59). Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
53 Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147, 598–611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
54 Holz, N. E., Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2019). Resilience and the brain: A key role for regulatory circuits linked to social stress and support. Molecular Psychiatry. doi: 10.1038/s41380-019-0551-9
55 Herta, D.- C., Brindas, P., Trifu, R., & Cozman, D. (2016). Risk and resilience factors of persons exposed to accidents. Medicine and Pharmacy Reports, 89(2), 257–266. doi: 10.15386/cjmed-547
56Fritz, J., Stochl, J., Fried, E. I., Goodyer, I., Borkulo, C. V., Wilkinson, P. O., & Harmelen, A.-L. V. (2019). Unravelling the complex nature of resilience factors and their changes between early and later adolescence. BMC Medicine, 17(203). doi: 10.31219/osf.io/8xgkb
57 Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American psychologist, 59(1), 20.
58 American Psychological Association. (2011). The road to resilience. http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience
59Seery, M. D. (2011). Resilience: A silver lining to experiencing adverse life events?. Current Directions in Psychological Science, 20(6), 390-394.
60Luthar, S.S., & Brown, P.J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. Development and Psychopathology, 19(3), 931–955.
61 Daskalakis, N. P., Bagot, R. C., Parker, K. J., Vinkers, C. H., & Kloet, E. D. (2013). The three-hit concept of vulnerability and resilience: Toward understanding adaptation to early-life adversity outcome. Psychoneuroendocrinology, 38(9), 1858–1873. doi: 10.1016/j.psyneuen. 2013.06.008
62Bowes, L., & Jaffee, S. R. (2013). Biology, genes, and resilience: toward a multidisciplinary approach. Trauma, Violence, & Abuse, 14(3), 195– 208. doi: 10.1177/1524838013487807
63Davidson, R.J., & McEwen, B.S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. Nature Neuroscience, 15(5), 689–695.
64 Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. Trauma, Violence, & Abuse, 16(4), 476-493.
65 Yeager, D. S., & Dweck, C. S. (2012). Mindsets that promote resilience: When students believe that personal characteristics can be developed. Educational Psychologist, 47, 302–314. doi: 10.1080/00461520.2012.722805
66 Ungar, M. (Ed.) (2012). The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice. New York, NY: Springer.
67 Masten, A.S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. Child Development, 85(1), 6–20.
68 Alvord, M. K., & Grados, J. J. (2005). Enhancing Resilience in Children: A Proactive Approach. Professional Psychology: Research and Practice, 36(3), 238-245. doi:10.1037/0735-7028.36.3.238
69 Iacoviello B. M., Charney D. S. (2014).Psychosocial facets of resilience: implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. Eur J Psychotraumatology 1(5). doi: 10.3402/ejpt.v5.23970.
70Sasser, J., Duprey, E. B., & Oshri, A. (2019). A longitudinal investigation of protective factors for bereaved maltreated youth. Child Abuse & Neglect, 96, 104135. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104135
71 Holmes, J. (2017). Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: a selective, attachment-informed review. Attachment & Human Development, 19(4), 364–381. doi: 10.1080/14616734.2017.1306087
72 Van IJzendoorn, M.H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E.J.S., Gunnar, M.R., Vorria, P., McCall, R.B., LeMare, L., Bakermans-Kranenburg, M.J., Dobrova-Krol, N.A., Juffer, F. (2011). Children in institutional care: Delayed development and resilience. Monographs of the Society for Research in Child Development, 76(4), 8-30.
73Kasen S., Wickramaratne P., Gameroff M.J., & Weissman M.M. (2012). Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. Psychological Medicine, 42(3), 509–519.
74Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences. Children & Society, 14(1), 37–47. doi: 10.1002/(sici)1099-0860(200002)14:1<37::aid-chi564>3.3.co;2-n
75Gilligan, R. (1999). Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents and interests. Child Family Social Work, 4(3), 187–196. doi: 10.1046/j.1365-2206.1999.00121.x
76 Crane, M. F., Searle, B. J., Kangas, M., & Nwiran, Y. (2019). How resilience is strengthened by exposure to stressors: the systematic self-reflection model of resiliencea strengthening. Anxiety, Stress, & Coping, 32(1), 1-17.
77 Infurna, F. J., & Luthar, S. S. (2018). Re-evaluating the notion that resilience is commonplace: A review and distillation of directions for future research, practice, and policy. Clinical Psychology Review, 65, 43-56.
78Brody, G. H., Yu, T., & Beach, S. R. H. (2016). Resilience to adversity and the early origins of disease. Development and Psychopathology, 28(4), 1347–1365. doi: 10.1017/s0954579416000894
79 Steele, H., Bate, J., Steele, M., Dube, S. R., Danskin, K., Knafo, H., ... & Murphy, A. (2016). Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 48(1), 32.
80 Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. Psychoneuroendocrinology, 32, 1149–1152. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.08.005
81 Van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 1228-1245. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x
82 Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Duschinsky, R., Goldman, P.S., Fox, N.A., Gunnar, M.R., Johnson, D.E., Nelson, C.A., Reijman, S., Skinner, G.C.M., Zeanah, C.H., & Sonuga-Barke, E.J.S. (2020, in press). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children I: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. The Lancet Psychiatry.
83 Fisher, P. A. (2015). Adoption, fostering, and the needs of looked-after and adopted children. Child and Adolescent Mental Health, 20(1), 5-12
84 DeGarmo, D.S., & Forgatch, M.S. (1999). Contexts as predictors of changing maternal parenting practices in diverse family structures: A social interactional perspective of risk and resilience. In E.M. Hetherington (Ed.), Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective (pp. 227–252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
85 Flores, E., Cicchetti, D., & Rogosch, F.A. (2005). Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. Developmental Psychology, 41, 338–351.
86 Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2018). Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. Guilford Publications.
87Flannery, J. E., Beauchamp, K. G., & Fisher, P. A. (2016). The role of social buffering on chronic disruptions in quality of care: evidence from caregiver-based interventions in foster children. Social Neuroscience, 12(1), 86–91. doi: 10.1080/17470919.2016.1170725
88 Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books. [See page 194].
89 De Wolff, M. & Van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment. A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development, 68, 571-591.
90 Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. International Journal of Psycho-analysis, 39, 350-373.
91 Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. Attachment & Human Development, 2(1), 23-47.
92 Bowlby, J. (1973). Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
93 Van IJzendoorn, M.H., & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-Cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy,

& P.R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.) (pp. 880-905). New York: Guilford Press.
94 Van Ijzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. Child Development, 59, 147-156.
95 Bretherton, I., & Munholland, K.A. (1999). Internal working models revisited. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (pp. 89– 111). New York: Guilford Press.
96 De Ruiter, C., & Van Ijzendoorn, M. H. (1993). Attachment and cognition: A review of the literature. International Journal of Educational Research, 19, 525-525.
97 Fearon, R.M.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A., & Roisman, G.I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. Child Development, 81, 435-456.
98 Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the Early Life Course: Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development. Child Development Perspectives 11(1), 70-6.
99 Van Londen, W.M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (2007). Attachment, cognitive and motor development in adopted children: Short-term outcomes after international adoption. Journal of Pediatric Psychology, 32, 1259-1263.
100 Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2016). Attachment, Parenting, and Genetics. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), Handbook of Attachment, 3rd Edition (pp. 155-179). Guilford Press.
101 Ainsworth, M. D. S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ/New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
102 Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), Attachment theory and close relationships (p. 77–114). Guilford Press.
103 Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered
104 Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research,
105 Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. Attachment & Human Development, 3(2), 121-155.
106 Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attachment & Human Development, 7(4), 349-367.
107 Gander, M., & Buchheim, A. (2015). Attachment classification, psychophysiology and frontal EEG asymmetry across the lifespan: a review. Frontiers in Human Neuroscience, 9, 79.
108 Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern. In Affective Development in Infancy, ed. T. B. Brazelton and M. W. Yogman, pp. 95-124. Norwood, NJ: Ablex.
109 Duschinsky, R. (2015). The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification, 1979–1982. History of Psychology, 18(1), 32.
110 Reisz, S., Duschinsky, R., & Siegel, D. J. (2018). Disorganized attachment and defense: exploring John Bowlby's unpublished reflections. Attachment & Human Development, 20(2), 107-134.
111 Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. Child Development, 69(4), 1107-1128.
112 Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Duschinsky, R., Goldman, P.S., Fox, N.A., Gunnar, M.R., Johnson, D.E., Nelson, C.A., Reijman, S., Skinner, G.C.M., Zeanah, C.H., & Sonuga-Barke, E.J.S. (2020, in press). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children I: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. The Lancet Psychiatry.
113 Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating
114 O'Conner, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. Attachment & Human Development, 5(3), 223-244.
115 Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. Journal of Child Psychology and Psychiatry,47, 276–295.
116 Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner,P.,...Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences questionnaire and adult attachment interview: Implications for parentchild relationships.Child Abuse & Neglect,38, 224–233.
117 Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans- Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., D., Weigand, R., Siegel, D., Dazzi, N., Bernard, K., Fonagy, P., Waters, E., Toth, S., Cicchetti, D., Zeanah, C. H., Lyons-Ruth, K., Main, M. & Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. Attachment & Human Development, 1-25.
118 Grady, M. D., Levenson, J. S., & Bolder, T. (2017). Linking adverse childhood effects and attachment: A theory of etiology for sexual offending. Trauma, Violence, & Abuse, 18(4), 433–444. https://doi.org/10.1177/1524838015627147
119 [For more information see Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades [Editorial]. Development and Psychopathology, 22(3), 491–495.
120 yr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. Development and psychopathology, 22(1), 87-108.
121 Morton, N. & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. Child Abuse & Neglect, 22, 1093–1104.
122 Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology:Concepts and challenges.Development and Psychopathology,12,265–296.
123 Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F., & Cruise, K. R. (2012).Complex trauma and aggression in secure juvenile justice settings.Criminal Justice and Behavior, 39, 694–72
124Ferrara, P., Cutrona, C., Guadagno, C., Amodeo, M. E., Del-Vescovo, E., Ianniello, F., & Petitti, T. (2018). Changes in trajectories of physical growth in a domestic adoptees sample: A preliminary study. The Turkish Journal of Pediatrics, 60(4), 464. doi: 10.24953/turkjped.2018.04.021
125Wade, M., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2019). Long-term effects of institutional rearing, foster care, and brain activity on memory and executive functioning. Proceedings of the National Academy of Sciences, 116(5), 1808–1813. doi: 10.1073/pnas.1809145116
126 Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Duschinsky, R. & Skinner, G.C.M. (2019). Legislation in search of 'good-enough' care arrangements for the child: A quest for continuity of care. Jim G. Dwyer (Editor): The Oxford Handbook of Children and the Law. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190694395.013.5
127 Schneider, K. M., & Phares, V. (2005). Coping with parental loss because of termination of parental rights. Child Welfare, 84(6), 819.
128 Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Duschinsky, R. & Skinner, G.C.M. (2019). Legislation in search of 'good-enough' care arrangements for the child: A quest for continuity of care. Jim G. Dwyer (Editor): The Oxford Handbook of Children and the Law. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oaxfordhb/9780190694395.013.5
129Juffer, F., & Bakermans-Kranenbu Discipline (VIPP-SD): A case study. Journal of Clinical Psychology, 74(8), 1346–1357. doi: 10.1002/jclp.22645
130 Dozier M, Roben CKP, Caron E, Hoye J, Bernard K. (2018). Attachment and Biobehavioral Catch-up: An evidence-based intervention for rg, M. J. (2018). Working with Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive vulnerable infants and their families. Psychother Res.28(1):18-29.
131Murphy, A., Steele, H., Bate, J., Nikitiades, A., Allman, B., Bonuck, K., ... Steele, M. (2015). Group Attachment-Based Intervention: . Family & Community Health, 38(3), 268–279. doi: 10.1097/fch.0000000000000074
132 Van Den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of
133 Martin, F. S., & Zulaika, G. (2016). Who Cares for Children? A Descriptive Study of Care-Related Data Available Through Global Household

Surveys and How These Could Be Better Mined to Inform Policies and Services to Strengthen Family Care. Global Social Welfare,3(2), 6. 134Moretti, M. M., & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. Journal of Adolescence, 32(6), 1347–1357. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.07.013
135Purvis, K. B., Cross, D. R., Dansereau, D. F., & Parris, S. R. (2013). Trust-Based Relational Intervention (TBRI): A Systemic Approach to Complex Developmental Trauma. Child & Youth Services, 34(4), 360–386. doi: 10.1080/0145935x.2013.859906
136 Triseliotis, J. (2002). Long-term foster care or adoption? The evidence examined. Child and Family Social Work, 7, 23-33.
137 Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. Attachment & human development, 7(1), 3-26.
138Fisher, P. A., Frenkel, T. I., Noll, L. K., Berry, M., & Yockelson, M. (2016). Promoting Healthy Child Development via a Two-Generation Translational Neuroscience Framework: The Filming Interactions to Nurture Development Video Coaching Program. Child Development Perspectives, 10(4), 251–256. doi: 10.1111/cdep.12195
139 Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O'Connor, T. G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S., ... & Zeanah, C. H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. American Journal of Orthopsychiatry, 84(3), 219.
140Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. Developmental Psychology, 43(6), 1415–1427. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1415
141Emily Gardiner, Grace Iarocci & Marlene Moretti (2017) Integrative care for adolescents with dual diagnosis: Considering trauma and attachment within an innovative model for clinical practice, Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10(4), 321-344, DOI: 10.1080/19315864.2017.1337835
142Steele, H., Steele, M., Bonuck, K., Meissner, P., & Murphy, A. (2018). Group attachment-based intervention: A multifamily trauma-informed intervention. In H. Steele & M. Steele (Eds.), Handbook of Attachment-based Interventions (p. 198–219). Guilford Press.
143Kinniburgh, K. J., Blaustein, M., & Spinnazola, J. (2005). ARC: Attachment, self-regulation, and competency: A comprehensive framework for intervention with complexly traumatized youth. PsycEXTRA Dataset, 35(5), 424–430. doi: 10.1037/e732542011-001
144 Chernego, D. I., McCall, R. B., Wanless, S. B., Groark, C. J., Vasilyeva, M. J., Palmov, O. I., … Muhamedrahimov, R. J. (2018). The Effect of a Social-Emotional Intervention on the Development of Preterm Infants in Institutions. Infants and young children, 31(1), 37–52. doi:10.1097/IYC.0000000000000108
146 Egeland, B., & Sroufe, L. (1981). Attachment and early maltreatment. Child Development, 52(1), 44-52.
147Reynolds, A. M., & Burton, S. L. (2016). Serve and return: Communication foundations for early childhood music policy stakeholders. Arts Education Policy Review, 118(3), 140–153. doi: 10.1080/10632913.2016.1244779
148 Mundy, P., & Newell, L. (2007). Attention, joint attention, and social cognition. Current Directions in Psychological Science, 16(5), 269–274. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00518.x
149Parris, S. R., Dozier, M., Purvis, K. B., Whitney, C., Grisham, A., & Cross, D. R. (2014). Implementing Trust-Based Relational Intervention® in a charter school at a residential facility for at-risk youth. Contemporary School Psychology, 19(3), 157–164. doi: 10.1007/s40688-014-0033-7 150 Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M.H. (2019). Reflections on the mirror: On video-feedback to promote positive parenting and infant mental health. In Ch.H. Zeanah (Ed.), Handbook of Infant Mental Health (4th edition), pp. 527-542. New York: Guilford Press.
151 Tosone, C., Minami, T., Bettmann, J. E., & Jasperson, R. A. (2010). New York City social workers after 9/11: Their attachment, resiliency, and compassion fatigue. International Journal of Emergency Mental Health, 12, 103–116.

CAFO | *centro de* **INVESTIGACIÓN**

Para más información, visite **cafo.org/ovc**

© 2020 Alianza Cristiana por los Huérfanos

Este recurso ha sido traducido por Analu Cornejo