

IV CONGRESO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR SOBRE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN MENORES

MESA REDONDA II: Terapias aplicadas en el ámbito de los Sistemas de Protección y Justicia

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE JÓVENES CON DIFICULTADES PARA REGULAR SU COMPORTAMIENTO DESDE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES

Guillermo Morales Homar

Psicólogo. Psicoterapeuta de la Secció d'Infància i Família (SIF) de S'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) del Consell Insular de Mallorca (España)

INTRODUCCIÓN

La SIF atiende y facilita terapia a las/los menores con expediente en el Servei de Protecció de Menors i Atenció a la Família del IMAS, así como a sus padres, en el marco de una intervención psicosocial territorializada de trabajo con sistemas más amplios que la familia – SMAF (sistemas de salud, educativo, judicial, servicios sociales, etc.), especializada según tramos de edad (hasta 11 años y de 12 años en adelante), y según programas de preservación y reunificación familiar, separación permanente con acogimiento en una familia, separación permanente con acogimiento en un centro, emancipación y diagnóstico.

Nuestra área de intervención es el **tratamiento de las secuelas psicológicas y emocionales derivadas del maltrato, el abuso y la negligencia infantil, así como la capacitación parental en las habilidades y competencias necesarias para la atención de las necesidades de las/los menores** y, en este contexto, trabajamos con jóvenes que se encuentran en la intersección de los servicios de salud mental y de los Sistemas de Protección Infantil y Justicia.

Partimos de que, **cuando el trauma psicológico perturba el desarrollo infantil, las víctimas corren el riesgo de sufrir formas persistentes de desregulación emocional y comportamental** (Ford et al., 2005). Así, una historia de abuso físico o sexual en la infancia está asociada con un conjunto de otros diagnósticos psiquiátricos en la adolescencia y en la edad adulta. Estos trastornos pueden incluir

los de personalidad límite y antisocial, de abuso de sustancias, disociativos, afectivos, somatomorfos, de la alimentación, metabólicos, inmunológicos y sexuales (van der Kolk, 2003).

EL ABUSO Y EL TRAUMA EN EL DESARROLLO INFANTIL

“Los niños no son resilientes, los niños son maleables” (Bruce Perry).

Las palabras “abuso” y “trauma” se usan como si quisieran decir la misma cosa. De hecho, tienen significados muy distintos: El “**abuso infantil**” se refiere a actos de omisión o comisión que dañan a los niños física, sexual y emocionalmente. El “**trauma**” se refiere a un evento que sobrepasa la capacidad percibida de la persona de afrontarlo, debilitándola a través de una pérdida central de control, y que crea la necesidad de defensas psicológicas. Aunque algunos eventos colectivos discretos pueden llamarse traumáticos, **es la respuesta del individuo al evento, o la interpretación que él le da, la que crea la traumatización** (Gil, 2006).

Revisada la bibliografía actual, y según nuestra experiencia profesional, todas las formas de maltrato y abuso infantil pueden impactar en el niño y tener repercusiones negativas en su desarrollo:

- Sobre la **estructura y función del cerebro** (Cohen et al., 2002; Siegel, 2007), dañando el normal neurodesarrollo con un efecto generalizado (Stien y Kendall, 2004).
- Por los **efectos del trauma**, como en el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) Complejo (Cook, et al., 2003) o Trastorno por Trauma en el Desarrollo (van der Kolk, 2005).
- En los Trastornos Reactivos de la Vinculación (Levi y Orlans, 2000), y generando **apegos inseguros o desorganizados** (Pearlman y Courtois, 2005), deteriorando los procesos que permiten la **mentalización** (Allen y

Fonagy, 2006), y sobre **dimensiones de la personalidad y procesos del self** (Wilson, 2006).

Además, en los estudios sobre las diversas consecuencias físicas, psicológicas y comportamentales del maltrato infantil, y en nuestra experiencia clínica, se constatan también otras patologías: Retrasos en el desarrollo, trastornos de conducta, sintomatología de hiperactividad, incompetencia en el funcionamiento social y en el reconocimiento e identificación de las emociones propias y de los otros, baja autoestima, sintomatología depresiva e intentos de suicidio.

EL DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EN EL DESARROLLO

A pesar de las consecuencias y repercusiones del maltrato infantil, descritas anteriormente, la mayoría de las víctimas traumatizadas no cumplen con los criterios de diagnóstico para el TEPT (DSMIV-TR, 2003), y otros diagnósticos tampoco capturan todos los aspectos y sintomatología que presentan los menores. El TEPT no puede dar cuenta de la multiplicidad de exposiciones al estrés durante los períodos críticos del desarrollo, ni tampoco capta los efectos del trauma infantil sobre el mismo: Las interrupciones que afectan a la regulación de los afectos y a los patrones de apego; las rápidas regresiones comportamentales y los cambios en los estados emocionales; la pérdida de autonomía y el comportamiento agresivo hacia los demás y hacia uno mismo; la imposibilidad de lograr el desarrollo de competencias, la pérdida de la regulación corporal y los problemas somáticos; el comportamiento anticipatorio y la aparente falta de la conciencia sobre el peligro, con los consiguientes comportamientos de riesgo; el odio hacia sí mismo, la auto-culpabilización y los sentimientos crónicos de ineficacia.

En general, **los niños aprenden a regular su comportamiento anticipándose a las respuestas de sus cuidadores hacia ellos**. Esta interacción permite la construcción de lo que Bowlby llamó “modelos internos de trabajo”. Los modelos

internos de trabajo de un niño se definen por la internalización de las principales características afectivas y cognitivas de sus relaciones primarias. Debido a que sus experiencias iniciales ocurren en el momento clave de su cerebro en desarrollo, el desarrollo neuronal y social interaccionan estando íntimamente relacionados. Los primeros patrones de apego afectan a la calidad del procesamiento de la información de toda la vida (Crittenden, 2002).

El trauma genera una gran vulnerabilidad cuando emana desde dentro de la familia: Los niños experimentan crisis de lealtad y de organización de su comportamiento para sobrevivir en sus familias (quién te dice que te quiere, te daña), con confusión y sentimientos contradictorios. Al estar “impedidos” de articular lo que observan y experimentan, organizan su comportamiento alrededor del mantenimiento del secreto (como en el abuso sexual), afrontan su impotencia con comportamientos complacientes o desafiantes, y se adaptan como pueden a las trampas de las situaciones abusivas o negligentes.

Cuando los profesionales no son conscientes de la adaptación de los niños al ambiente traumatizante, y esperan que ellos se comporten de acuerdo con las normas y estándares de los adultos (de auto-determinación, autonomía y de decisiones racionales), los comportamientos disruptivos de los niños, que tienen por objeto garantizar la supervivencia, tienden a provocar repulsión y rechazo. La ignorancia de este hecho es muy probable que conduzca al etiquetado y a la estigmatización estos comportamientos.

En el campo del estrés postraumático se ha adoptado la categoría diagnóstica denominada **TEPT Complejo**, o trastorno por estrés no especificado de otra manera (DESNOS en sus siglas inglesas) y, también, el término de **Trastorno por Trauma en el Desarrollo** (ver Cuadro I) para describir la experiencia de: *“Acontecimientos traumáticos múltiples, crónicos y prolongados, adversos para el desarrollo, la*

*mayoría de las veces de naturaleza interpersonal y de aparición en etapas tempranas de la vida. Así, estas exposiciones a menudo ocurren dentro del sistema relacional de cuidados del niño, e incluyen la negligencia física, emocional y educativa, y el maltrato infantil iniciado en la primera infancia. **El maltrato crónico, o los traumas repetidos inevitables, tienen un efecto generalizado sobre el desarrollo de la mente y del cerebro, ya que interfiere con el desarrollo neurobiológico y con la capacidad de integración de la información sensorial, emocional y cognitiva en un todo coherente**" (van der Kolk, 2005).*

Así, en nuestra práctica profesional encontramos jóvenes con graves trastornos de desregulación. Consideramos que, a grandes rasgos, la imposibilidad de autorregulación proviene de una sintomatología post-traumática, en interacción con unos patrones de apego disfuncionales y/o desorganizados, que frecuentemente colisionan con sistemas motivacionales y de acción incompatibles, como por ejemplo el poder, el sexo, el éxito, etc. Ello puede deberse a la gravedad de la sintomatología que presentan, a la tipología, impacto o cronicidad del maltrato sufrido, y/o por estar inmersos en un contexto social-familiar muy carencial. Además, estos menores tienen graves dificultades para adaptarse y beneficiarse de la red residencial existente en nuestra comunidad, requiriendo centros terapéuticos especializados o recursos más específicos (por ejemplo, acogimientos profesionalizados).

Dentro de este grupo, hemos hallado **tres tendencias en los comportamientos y perfiles de personalidad** (Larraz y Morales, 2004) evaluados mediante el Inventario Clínico MACI (Millon, 2004):

1. Tendencia a **personalidad límite** (borderline), **con grave desregulación emocional y apego desorganizado.**
2. Tendencia a **personalidad histriónica con graves comportamientos desafiantes y/o disociales; generalmente con apego tipo evitativo.**

3. Tendencia a **trastornos psicóticos y/o disociativos**, con comportamientos altamente explosivos o agresivos y/o **trastorno de apego reactivo**.

CUADRO I. LOS DOMINIOS DETERIORADOS EN LOS MENORES EXPUESTOS AL TRAUMA COMPLEJO (Cook, et al., 2005)

<p>I. APEGO Incertidumbre acerca de la fiabilidad y la previsibilidad del mundo Problemas con los límites Desconfían y sospechan Aislamiento social Dificultades interpersonales Dificultades para armonizar con los estados emocionales de otras personas Dificultad con tomar otras perspectivas Dificultades para recabar aliados</p>	<p>II. BIOLOGÍA Problemas de desarrollo sensoriomotor Hipersensibilidad al contacto físico Analgésia Problemas de coordinación, equilibrio y tono del cuerpo Somatización Incremento de problemas médicos de una amplio espectro (p. e., dolor pélvico, asma, problemas de piel, trastornos autoinmunes)</p>
<p>III REGULACIÓN DEL AFECTO Dificultad con la auto-regulación emocional Dificultad para reconocer-etiquetar y describir los sentimientos Problemas para conocer y describir los estados internos Dificultad para comunicar deseos y necesidades</p>	<p>IV. DISOCIACIÓN Distintas alteraciones en los estados de conciencia Amnesia Despersonalización y desrealización Dos o más estados distintos de conciencia, con problemas de memoria para los sucesos basados en los estados</p>
<p>V. CONTROL COMPORTAMENTAL Pobre modulación de los impulsos Comportamiento autodestructivo Agresión hacia los otros Comportamientos auto-consoladores patológicos Trastornos del sueño Trastornos de la alimentación Abuso de sustancias tóxicas Excesiva complacencia Conducta Oposicionista Dificultad para entender y aceptar las reglas Comunicación del pasado traumático por la reactivación en el día a día en la conducta o en el juego (sexual, agresivo, etc.)</p>	<p>VI. COGNICIÓN Dificultades con la regulación de la atención y el funcionamiento ejecutivo Curiosidad fluctuante. Problemas con el procesamiento de la información nueva Problemas para focalizar y completar tareas. Problemas para planificar y anticipar Problemas con la constancia de los objetos. Problemas para comprender su contribución a lo que le sucede Dificultades de aprendizaje. Problemas con el desarrollo del lenguaje Problemas con la orientación del tiempo y el espacio; percepción visual, acústica y reconocimiento de patrones</p>
<p>VII. AUTOCONCEPTO Falta de un coherente, continuo y previsible sentido del self Pobre sentido de la separación Dificultades con la imagen corporal. Baja autoestima. Vergüenza y culpa</p>	

MARCO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

“Si existe una persona en la vida del menor que es digno de confianza y no violento, existe una cuerda de salvamento para su recuperación” (Busby y Smith, 2005).

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

“No existe un bebé como tal; existe un bebé y alguien” (D.W. Winnicott)

- La **primera premisa de la intervención es que si deseamos que los padres sean sensibles a las necesidades de sus hijos, el terapeuta y la red de ayuda deben ser sensibles a las necesidades de los padres**: Es importante combinar las habilidades y la motivación con una correcta comprensión de los problemas y oportunidades que encaran los padres y los menores problemáticos o agresivos. Se propone un **modelo de intervención orientado hacia las soluciones**, que prioriza la **generación de una alianza terapéutica**, basada en la seguridad, confianza, conexión emocional, motivación, cooperación y sentido de compartir el propósito (López y Escudero, 2003; Friedlander, Escudero y Haetherington, 2006), facilitadora del cambio, fundada y centrada en una relación de respeto, buen trato y “empoderamiento” de los padres.

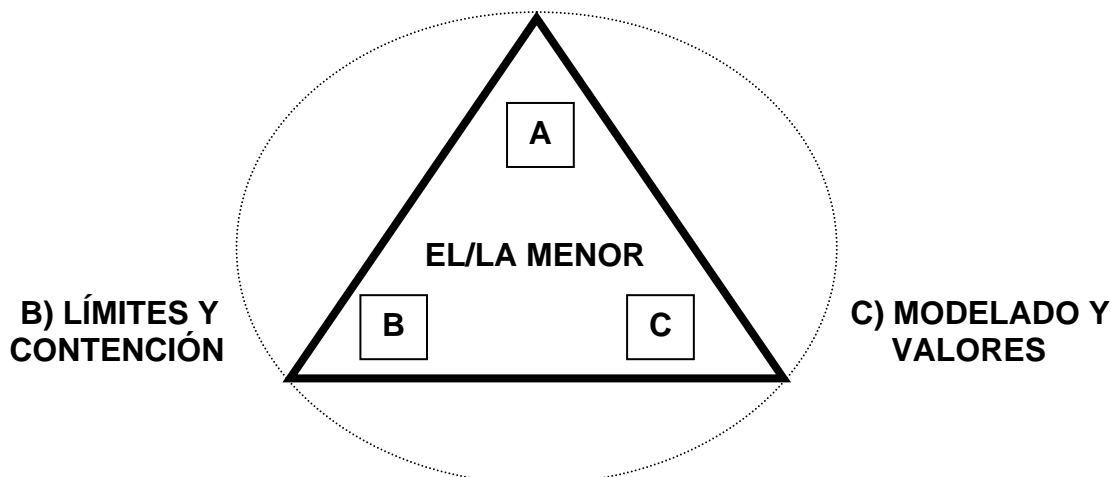
En el **inicio del proceso de relación de ayuda** es fundamental la formalización del **“consentimiento informado”** con los padres, así como motivarles y ayudarles a que realicen varios cambios cognitivos o aprendizajes:

1. El primer cambio cognitivo es que tengan conciencia de que **el menor debe “estar en el centro” de la vida familiar**, y que deben atender sus necesidades prioritariamente.
2. El segundo cambio cognitivo es que comprendan que el **cumplimiento de normas** por parte de sus hijos está basado más en el vínculo y la conexión con ellos, que en la disciplina y el miedo.
3. A medida que se consiguen estos cambios cognitivos, es esencial ayudar a que los miembros de la familia **realicen un contrato**. Este contrato declara,

explícitamente, que todos y cada uno de los miembros de la familia no cree en el uso de la violencia para resolver los problemas, y que no hará uso de ella en el futuro.

- La **segunda premisa de la intervención** es el “**modelo metafórico de la silla de tres patas**”: Al igual que sucede con una silla, que necesita por los menos 3 patas para sostener y sostenerse, para la socialización positiva de los jóvenes también se requiere de su **participación en relaciones, familiares y profesionales**, que proveen o restablecen A) **la aceptación y vinculación emocional**, B) **la contención comportamental** y que C), además, facilitan **modelado y guía prosocial** (Cavell, 2000). Veamos con más detalle estos conceptos:

ESQUEMA DEL MODELO DE LA SILLA DE TRES PATAS
A) ACEPTACIÓN Y VINCULACIÓN EMOCIONAL



1) La aceptación: se trata de la capacidad emocional y cognitiva, de los padres y profesionales, para tolerar y separarse de los aspectos del comportamiento de los menores que les resultan desagradables y que invitan a una intervención innecesaria. **El vínculo:** La relación ha de estar encaminada a proporcionar las condiciones necesarias para instaurar o regenerar un apego seguro en el menor.

2) Los límites y la contención: todos los niños tienen el derecho a ser amados, pero este derecho puede ser negado si a los padres les faltan las habilidades necesarias para enseñar a los niños a ser razonablemente obedientes y no

coercitivos. La contención parental se puede definir como cualquier **comportamiento que persigue un sentido de restricción en los niños, al tiempo que no amenaza la seguridad de la relación.** Las habilidades de contención comunican a los niños que sus comportamientos están limitados de una manera fiable y específica. Por otra parte, es necesario hacer esfuerzos para estructurar la familia: la familia sin estructura es más vulnerable al estrés.

3) **El modelado y los valores prosociales:** Las familias transmiten valores (sociales y antisociales), y existe un vínculo empírico entre los problemas de conducta de los hijos y la desviación de los padres. Por otra parte, la naturaleza vertical de las relaciones padre-hijo es un factor que hace que la fuerza parental sea un pivote determinante en la socialización adecuada de los niños. A diferencia del toma y daca de las relaciones horizontales, como las de adulto-adulto, las relaciones padre-hijo no pueden usarse como un recurso válido de renovación de la fuerza parental. La fuerza de los padres debe renovarse mediante fuentes que operan fuera del sistema padre-hijo.

INTERVENCIÓN CON LOS MENORES

“El objetivo de trabajar con los niños maltratados y traumatizados es restablecer su nivel de funcionamiento, garantizar la resolución del material traumático y una adecuada atribución del significado” (Eliana Gil).

En el tratamiento de niños y adolescentes con problemas de comportamiento y víctimas de maltrato, existe frecuentemente un doloroso dilema sobre si se les mantiene al cuidado de las personas, o instituciones, que son las fuentes del daño y de la amenaza, o si se apuesta por la separación, sacando al niño fuera del ambiente familiar y de las personas a las cuales en menor está apegado, pero que pueden ser la causa de nuevos y graves daños.

Normalmente, cualquiera que sea el evento inicial del trauma, el tratamiento implica la realización de una **evaluación comprensiva**, que utiliza observaciones, entrevistas clínicas con los menores y los cuidadores principales, cuestionarios y

pruebas objetivas, e información colateral (información de la escuela, del terapeuta anterior si lo hubiera, del pediatra, entrevistas forenses, etc.). La evaluación comprensiva permite establecer los objetivos del tratamiento de acuerdo con el menor, basado en fases, y según los componentes de la intervención en el trauma complejo **(Ver Cuadro II)**.

El tratamiento debe centrarse en **tres fases principales** (Stien y Kendall, 2004; Ford, et al., 2005): **1) El establecimiento del compromiso, la seguridad, estabilización y competencia, 2) el trabajo y manejo de los recuerdos y reactivaciones traumáticas, y 3) la integración y mejora de la vida diaria**. El tratamiento secuenciado en fases ayuda a los menores a desarrollar gradualmente acciones mentales y conductuales adaptativas. Se explican muy sintéticamente estas fases.

Fase 1: El establecimiento del compromiso, la seguridad, estabilización y competencia.

El inicio del tratamiento implica poner **énfasis en que el/la menor se sienta seguro y protegido, en un ambiente predecible** (con roles, reglas, rutinas y rituales) que refuerce su percepción de control. Para asegurarse de que esté a salvo, puede ser necesario establecer límites y salvaguardas respecto de los adultos u otros menores victimarios. Por otra parte, es importante formalizar el **consentimiento informado**.

Conviene desmitificar el proceso del tratamiento: Se trata de generar un contexto colaborador y con revisión de las metas. El primer paso es **“ganarse la relación con el menor”** (Larraz y Morales, 2004) e instaurar una **alianza de trabajo** empática, consistente y bien delimitada que **apoye y guíe al menor durante la terapia**; y que sirva para **contener, más que para evitar, las emociones intensas**. También es prioritario detener las **conductas autodestructivas, reducir el arousal** (activación fisiológica) y la **regulación de la emoción**, que incluye integrar las emociones desautorizadas y aceptar la ambivalencia.

Otro aspecto importante es la **psico-educación sobre el trauma y sus efectos**: La educación da poder y ayuda a que el propio niño se “absuelva de la culpa”. Hemos visto que la huella del trauma crónico se puede manifestar de múltiples formas (por ejemplo, con las respuestas de miedo y de evitación, con el comportamiento sexualizado y las reacciones emocionales descontroladas y de agresión) y, a menos que esta tendencia a repetir el trauma sea detectada y reconocida, la respuesta del entorno es probable que repita la traumatización original de relaciones abusivas pero familiares. Por tanto, antes de abordar cualquier otro tema, hay que ayudarle para que **reaccione de manera diferente a las habituales respuestas de lucha/huída/congelación**. Por ejemplo, sólo después de que desarrolle la capacidad de centrarse y focalizar en actividades placenteras sin “desorganizarse”, tendrá la oportunidad de participar en actividades sencillas de grupo, jugar con otros menores, y hacer frente a problemas más complejos.

Es muy positivo y conveniente, desde el inicio de la intervención, que los menores aprendan estrategias que faciliten las **habilidades de autorregulación**, como por ejemplo, las **técnicas de relajación o la Estimulación Bilateral Alternativa Inter-Hemisférica – EBAI** (Morales y Gallego, 2005). También pueden resultar de suma utilidad la asistencia a sesiones de **psicomotricidad** individuales y/o grupales.

Fase 2: El trabajo y manejo de los recuerdos y de las reactivaciones traumáticas.

“La meta de la terapia no es liberarnos de nuestras emociones o pensamientos desagradables, sino que la meta es integrarlos” (Stien y Kendall, 2004).

Esta fase está más directamente “centrada en el trauma”, e implica la **colaboración activa del menor** en la evocación de los recuerdos, en las emociones y percepciones asociadas, y con la intensidad y al ritmo que sean seguros y manejables. Aquí se aplican las habilidades de autorregulación aprendidas en la Fase 1 para centrar la **tarea terapéutica**: La autorregulación al tiempo que, **consciente y voluntariamente, se procesan los recuerdos traumáticos y se**

resuelven los síntomas postraumáticos. El terapeuta ayuda a establecer un modelo de co-regulación seguro y no intrusivo con el menor, y a focalizar mejor en los recuerdos. A medida que los recuerdos traumáticos se reconstruyen, no sólo se expresan estados del cuerpo y de la mente cargados afectivamente, si no que son conscientemente identificados, procesados reflexivamente y almacenados de nuevo. Así, esta Fase implica **aprender a cómo experimentar afectos intensos e integrarlos conscientemente, tanto en el aquí-y-ahora, como progresivamente en la narrativa completa de su pasado, presente y futuro.**

Algunas tareas y técnicas para esta fase son las diversas **terapias de juego y artísticas** (directivas y no directivas) y la **terapia de la caja de arena**. Por otra parte, existen diversos procedimientos terapéuticos para afrontar, desensibilizar y transformar los recuerdos traumáticos como la **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Desensibilización y Reprocesamiento a través de los Movimientos Oculares, Shapiro, 2002); **la hipnosis** (Morales y Gallego, 1998, 2001) con sus diversas aplicaciones, y las técnicas de **imagería**, todas ellas eficientes, potentes, generadoras de bienestar y de percepción de control (utilizadas de forma competente); otras técnicas útiles son la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales.

Fase 3: La integración y mejora de la vida diaria.

“Tanto si crees que puedes hacer una cosa como si no, tienes razón” (Antiguo Proverbio).

Esta Fase a menudo supone un trabajo más profundo e implicado, relacionado con las severas carencias sufridas durante el desarrollo, ya que **al aumentar las tentativas para llevar una vida “normal”, a menudo, se destacan los déficit menos evidentes relacionados con comportamientos que no se desarrollaron de forma adaptativa.** Generalmente, las víctimas traumatizadas presentan una tendencia a disociarse, especialmente en situaciones de estrés, y acostumbran a

estrechar el foco de la atención y a bajar su nivel de conciencia. Aquí son útiles las tareas y técnicas vistas anteriormente, así como la inoculación del estrés y actividades de auto-cuidado para la prevención de recaídas.

CUADRO II. LOS SEIS COMPONENTES CENTRALES DE LA INTERVENCIÓN EN EL TRAUMA COMPLEJO (Cook et al., 2005)

<p>1. Seguridad: El establecimiento y potenciación de seguridad interna y ambiental.</p>	<p>2. Auto-regulación: La mejora de la capacidad y habilidades para modular la activación (arousal) y restablecer el equilibrio después de la desregulación, a través de los dominios del afecto, la conducta, la fisiología y la cognición (incluso re-direccionar los estados disociativos de conciencia), las relaciones interpersonales y la auto-atribución.</p>
<p>3. Procesamiento auto-reflexivo de la información: Desarrollo de la capacidad de emplear eficazmente los procesos atencionales y el funcionamiento ejecutivo al servicio de la construcción de auto-narrativas, de reflexión sobre el pasado y la experiencia presente, de anticipación y planificación, y toma de decisiones.</p>	<p>4. Integración de las experiencias traumáticas: La transformación, incorporación o la resolución de recuerdos traumáticos, recordatorios y secuelas psiquiátricas asociadas en una existencia no-debilitante, productiva y completa, a través de estrategias terapéuticas como la construcción del significado, la contención o el procesamiento de la memoria traumática, el recuerdo del duelo de la pérdida traumática, el manejo del síntoma y el desarrollo de las habilidades de afrontamiento y el cultivo del pensamiento y conducta orientados en el presente.</p>
<p>5. Compromiso relacional: La reparación, restauración o creación de modelos del trabajo eficaces de apego, y la aplicación de estos modelos a las relaciones interpersonales actuales, incluyendo la alianza terapéutica, con énfasis en el desarrollo de habilidades interpersonales críticas, como la asertividad, la cooperación, la toma de perspectiva, los límites y la instauración de "topes", la reciprocidad, la empatía social y la capacidad para la intimidad física y emocional.</p>	<p>6. Incremento del afecto positivo: El incremento de la auto-valía, estima y la apreciación positiva del self, a través del cultivo de la creatividad personal, la imaginación, la orientación hacia el futuro, la consecución, la competencia, la búsqueda del dominio, la construcción comunitaria y la capacidad para experimentar el placer.</p>

CONCLUSIONES

Las investigaciones apoyan el hecho de que **el trauma**, especialmente el que se produce a una edad temprana, que se prolonga y cronifica, y es de naturaleza interpersonal, tiene **efectos significativos muy negativos sobre el desarrollo y el funcionamiento psicológico y global de los menores**. Estos efectos incluyen graves problemas de desregulación comportamental y emocional, de agresión contra sí mismo y los demás, de disociación y somatización, así como diversas patologías de personalidad. Los diferentes síntomas tienden a agruparse en distintos patrones y están altamente interrelacionados.

De lo anterior, se desprende la **importancia de que se incremente el conocimiento, público y profesional sobre el trauma complejo, y la necesidad de desarrollar, implementar y apoyar programas y servicios de prevención, detección e intervención tempranas**, por parte de los diversos SMAF debidamente coordinados (servicios sociales, sistemas de protección, salud, educativo y judicial), que reduzcan la exposición de los menores a la violencia, el abuso, maltrato y negligencia, tanto en los hogares como en las escuelas y en la comunidad. Además, es necesario **desarrollar e implementar tratamientos integradores eficaces y eficientes** para las secuelas traumáticas y problemas de regulación emocional y del comportamiento en niños y adolescentes, así como para la capacitación de los padres y cuidadores.

Trabajar con estos menores y sus familias significa un desafío estimulante y una oportunidad para el crecimiento personal y profesional. Como señala Eliana Gil (1998): ***“Trabajar con niños maltratados es un privilegio y una responsabilidad. Debemos estar seguros de que nos sentimos competentes y esperanzados si queremos alentar la confianza, la sensación de dominio y la mirada hacia el futuro en estos menores”***.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen JG, Fonagy P. Hand Book of Mentalization-Based Treatment. Sussex: John Wiley & Sons; 2006.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSMIV-TR. Barcelona: MASSON; 2003.

Busby DM, Smith GL. Family therapy with children who are victims of physical violence. En Bailey CE, editor. Children in Therapy: Using the Family as a Resource. New York: Norton; 2005.

Cavell TA. Working with Aggressive Children. Washington: American Psychological Association; 2000.

Cohen JA, Perel JM, DeBellis MD, Friedman MJ, Putnam FW. Treating Traumatized Children: Clinical Implications of the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Trauma, Violence, & Abuse 2002 April; 3 (2): 91-108.

Cook A, Blaustein M, Spinazzola J, van der Kolk BA. Complex Trauma in Children and Adolescents. White Paper from the NCTSNet Complex Trauma Task Force. 2003. Documento disponible en: URL: <http://www.NCTSNet.org>

Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma In Children and Adolescents. Psychiatric Annals 2005; 35 (5): 380-447.

Crittenden PM. Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego. Valencia: Promolibro; 2002.

Ford JD, Courtois CA, Steele K, Van der Hart O, Nijenhuis ERS. Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. Journal of Traumatic Stress 2005; 18: 437-447.

Friedlander ML, Escudero V, Heatherington L. Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy. Washington: American Psychological Association; 2006.

Gil E. Essentials of Play Therapy with Abused Children. New York: The Guilford Press; 1998.

Gil E. Helping Abused and Traumatized Children. New York: The Guilford Press; 2006.

Larraz G, Morales G. Algunas Consideraciones sobre el Tratamiento de Adolescentes que han Cometido Agresiones Sexuales desde el Modelo Cognitivo-Evolutivo. I Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas. Madrid; 2004. Presentación disponible en: URL: <http://www.cop.es/colegiados/B-00722/Tratamiento%20ofensores%20sexuales%20juveniles.ppt>

Levi TM, Orlans M. Hand Book of Attachment Interventions. San Diego: Academic Press; 2000.

López S, Escudero V. Familia, evaluación e intervención. Madrid: Editorial CCS; 2003.

Millon T. MACI, Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Madrid: TEA Ediciones; 2004.

Morales G, Gallego LM. Hipnosis y Trastorno por Estrés Postraumático. Revista de Psicología Enginy 1998; 8: 9-24.

Morales G, Gallego LM. Hipnosis y Trastorno por Estrés Postraumático – revisado: 2001. Disponible en: URL: www.cop.es/colegiados/B-00722/HIPNOSIS.htm

Morales G, Gallego LM. Estimulación Bilateral Alternativa Inter-Hemisférica – EBAI 2005. Documento disponible en: URL: http://www.cop.es/colegiados/B-00722/ESTIMULACI%D3N_BILATERAL_ALTERNATIVA.html

Pearlman LA, Courtois CA. Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. Journal of Traumatic Stress 2005; 18: 449-459.

Shapiro F. EMDR as an integrative psychotherapy approach. Washington: American Psychological Association; 2002.

Siegel DJ. La mente en desarrollo: Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2007.

Stien PT, Kendall J. Psychological Trauma and the Developing Brain. New York: The Haworth and Trauma Press; 2004.

van der Kolk BA. The Neurobiology of Childhood Trauma and Abuse. Child and Adolescent Clinics of North America 2003; 12: 293-317

van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. The disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress 2005; 18: 389–399.

Wilson JP, editor. The Posttraumatic Self: Restoring Meaning and Wholeness to Personality. New York: Taylor & Francis Group; 2006.