



ALDEAS
INFANTILES SOS
AMERICA LATINA Y EL CARIBE



**ACOMPañANDO
LAS HERIDAS
DEL ALMA.
TRAUMA EN
LA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA**

Responsables del contenido



Elaboración de contenido

F. Javier Romeo Biedma
Espirales Consultoría de Infancia

Coordinación, edición y revisión

Lucía Miranda Loría,
Coordinadora Regional de Protección
y Programas LAAM

Cecilia Menoni,
Coordinadora Nacional de Protección,
SOS Uruguay.

Karla Olivares,
Coordinadora Nacional de Protección,
SOS Nicaragua.

Diseño y diagramación

Valeria Losoviz

Proceso de desarrollo aprobado por:

Patricia Sainz,
Directora de Programas OIR LAAM

Idioma original: Español
Octubre 2019



Todo niño, niña, adolescente y joven tienen derecho a la integridad física y psicológica y a la protección contra todas las formas de violencia. Toda forma de violencia puede producir efectos a largo plazo en su desarrollo socioemocional, físico e intelectual. Aldeas Infantiles SOS como organización que trabaja con niños, niñas, adolescentes y jóvenes que han perdido el cuidado parental o están en riesgo de perderlo promueve acciones para que ejerzan sus derechos. Conocer la historia de vida de cada niño, niña o adolescentes y poder determinar aquellas causas que dieron origen a sus traumas y en consecuencia a sus comportamientos actuales, nos da herramientas para orientar a través de procesos legales, socioeducativos y terapéuticos las posibles acciones a tomar para su cuidado y protección.

Como parte del proceso de implementación de la Política de Protección Infantil en América Latina y El Caribe y considerando nuestra Promesa de Cuidado, la cual define nuestro compromiso con un cuidado de calidad, estableciendo como parte estos compromisos el crear un entorno seguro para niños y niñas en todos nuestros programas (compromiso 4), se ha decidido elaborar la presente guía, enmarcada dentro de un proceso que se viene realizando desde el 2015, donde a partir del impulso de la Crianza Positiva como enfoque organizacional, se da inicio a un profundo y consciente trabajo en cuanto a la Disciplina Positiva, la Afectividad Consciente, Prácticas Abusivas Sexuales entre Pares y los Entornos Protectores. Por tanto, esta guía viene a complementar el marco de referencia para una intervención integral y busca continuar generando acciones concretas que permitan generar una cultura de protección en los programas y continuar promoviendo un cuidado de calidad a partir de la definición de procedimientos hacia un proceso de recuperación emocional.



Patricia Sainz
Directora de Programas & Abogacía
América Latina y El Caribe
Aldeas Infantiles SOS Internacional

ÍNDICE

DE CONTENIDOS

Índice de tablas y cuadros 7

Presentación 8

1

¿A qué nos referimos cuando hablamos de trauma?
El trauma y sus dimensiones 9

1.1. ¿A qué podemos llamar “trauma”? Conceptos actuales 9

1.1.1. Concepto de trauma 9

1.1.2. ¿Qué puede causar un trauma? 13

1.1.3. El cerebro y el trauma 14

1.1.4. Algunas precisiones al concepto de trauma 16

1.1.5. El trauma como proceso 16

1.1.6. Tipos de trauma 20

1.2. Apego y trauma. Las relaciones que nos marcan 21

1.2.1. Los niveles de relación interpersonal 21

1.2.2. El apego y sus funciones 23

1.2.3. Los modelos de apego 24

1.2.4. Una mirada consciente a las interacciones entre apego
y trauma 26

1.3. “Llegar aquí ha sido más duro que vivir en mi casa”.
Intervenciones técnicas y trauma 27

1.4. “¿Dónde me perdí?”. Narrar el trauma 28

2

¿Cómo detectar el trauma?
El trauma y su identificación 30

2.1. Consecuencias de la violencia en el desarrollo:
Los indicadores del trauma 30

2.1.1. Indicadores físicos 31

2.1.2. Indicadores psicosomáticos 32

2.1.3. Indicadores emocionales 32

2.1.4. Indicadores cognitivos	34
2.1.5. Indicadores comportamentales	36
2.1.6. Indicadores sexuales	38
2.1.7. Indicadores sociales	39
2.1.8. Reflexiones sobre los indicadores	41
2.2. El olvido necesario: trauma y disociación	42
2.2.1. Concepto de disociación	42
2.2.2. Indicadores de disociación	44
2.2.3. Claves para abordar la disociación	46
2.3. “Agredo desde mi herida”. Trauma y conductas violentas y de riesgo	46
2.3.1. La conducta agresiva como síntoma	46
2.3.2. La agresión y el control	47
2.3.3. La agresión y su objeto	48
2.3.4. Autoagresión y puesta en peligro	49
2.3.5. Claves para abordar la agresividad	50
2.4. “Mi cuerpo ya no es mío”: abuso sexual, trauma y sexualización inadecuada en la infancia y la adolescencia	51
2.4.1. El abuso sexual infantil: una realidad invisibilizada	51
2.4.2. Los indicadores de abuso sexual infantil	53
2.4.3. Abuso sexual y disociación	54
2.4.4. Claves básicas para abordar las consecuencias del abuso sexual	54
2.5. Tabla resumen de los indicadores de trauma	58

3	La intervención en trauma: aspectos clave	60
	3.1. Antes de empezar, hacer una pausa.	
	Consideraciones previas a la intervención en trauma	61
	3.2. La detección: qué hacer y qué no hacer	63
	3.2.1. “Esto parece un caso de trauma”: Claves para la detección	63
	3.2.2. “Ahora lo veo claro”: Cómo organizar un caso en torno al trauma	63

3.2.3. “Yo de esto no sé suficiente”: Preparación para la derivación	64
3.3. La intervención (I): las estructuras generales protectoras	65
3.3.1. Entornos seguros y protectores que permitan recuperarse	65
3.3.2. Claves de la Disciplina Positiva	66
3.3.3. Habilidades que se incluyen en la afectividad consciente	66
3.4. La intervención (II): aspectos específicos	67
3.4.1. La regulación a través del afecto	67
3.4.2. La regulación a través del vínculo	69
3.4.3. La regulación a través del juego	70
3.4.4. La regulación a través del arte	71
3.4.5. La regulación a través de otros elementos	73
3.5. La derivación: el equipo de apoyo necesario	74
3.5.1. La derivación: cómo y cuándo plantearla	75
3.5.2. Claves para la selección de terapeutas	76
3.5.3. Acompañando el proceso terapéutico	78

4	4. Sigüientes pasos: el abordaje del trauma a nivel organizacional	80
	4.1. Desarrollo de capacidades	81
	4.2. Sistemas de actuación ante el trauma en niños, niñas y adolescentes	82
	4.3. Posicionamiento institucional	84
5	Anexos	86
	5.1. Anexo 1: Una revisión de teorías actuales sobre el trauma	86
	5.2. Anexo 2: Una explicación de los tipos de trauma mediante teoría y ejemplos	91
6	Bibliografía	100

ÍNDICE

TABLAS Y CUADROS

1. Concepto operativo de trauma	9
2. En qué consiste el estrés	10
3. Una imagen: el trauma es una herida	12
4. Los tres niveles del cerebro	15
5. El trauma como proceso	17
6. Un ejemplo de trauma en maltrato psicológico: el caso de Marcelo	18
7. Un ejemplo de trauma en abuso sexual: el caso de María	19
8. Gráfico de los niveles de relación interpersonal	21
9. Frances Waters y algunos indicadores de disociación más destacables	45
10. Tabla de conductas adecuadas e inadecuadas ante una revelación	55
11. Tabla de resumen de los indicadores de trauma	58
12. Francine Shapiro y sus precisiones al concepto de trauma	86
13. Peter Levine y sus precisiones al concepto de trauma	87
14. Stephen Porges: la Teoría Polivagal	89
15. Tres ejemplos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	92
16. Bessel van der Kolk (<i>et al.</i>): Trastorno de Estrés Postraumático Complejo	93
17. Dos ejemplos de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)	94
18. Alexandra Cook, Bessel van der Kolk (<i>et al.</i>): Trastorno por Trauma del Desarrollo	96
19. Dos ejemplos de Trastorno por Trauma del Desarrollo	97
20. Martha Straus y sus precisiones al concepto de trauma	98

PRESENTACIÓN

Los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental o en riesgo de perderlo han sufrido muchas situaciones adversas antes de que se les atienda. Para cuando llegan a modalidades de cuidado alternativo o a proyectos de fortalecimiento comunitario han vivido ya muchas experiencias difíciles: llegan con profundas heridas en el alma. Es necesario que las figuras profesionales (quienes proporcionan el cuidado directo, quienes ofrecen apoyo técnico, quienes dirigen las estructuras organizacionales) tengan una comprensión clara de qué es el trauma, cómo detectarlo y cómo intervenir.

Este manual entronca con el trabajo realizado por Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe para ofrecer una **Crianza Positiva** a los niños, niñas y adolescentes a quienes atiende. Con la base de unos **Entornos Seguros y Protectores**, a través de la **Afectividad Consciente** como competencia organizacional y proporcionando unos límites protectores mediante la **Disciplina Positiva** se crea el marco de referencia para la intervención. Para que esa intervención sea integral y aborde todos los aspectos de la persona tiene que contemplar las distintas facetas del trauma y ofrecer respuestas adaptadas. Desde un Enfoque de Derechos del Niño, cada niño, niña o adolescente tiene el derecho a una vida digna, a una vida plena. Eso incluye que se tengan en cuenta las características específicas que presenta a consecuencia de su vida, en especial de su historia de trauma, y que se le ofrezcan los apoyos necesarios. Así, las entidades de cuidado y las figuras de referencia de los niños, niñas y adolescentes, acompañando las heridas de su alma, facilitarán que pongan en funcionamiento sus recursos internos para sanarlas.

las heridas del



¿A QUÉ NOS REFERIMOS CUANDO HABLAMOS DE TRAUMA? EL TRAUMA Y SUS DIMENSIONES

1.1. ¿A QUÉ PODEMOS LLAMAR “TRAUMA”? CONCEPTOS ACTUALES

1.1.1. Concepto de trauma

El concepto de trauma ha ido evolucionando mucho en las últimas décadas, con descubrimientos científicos que amplían nuestra comprensión del trauma. Estas visiones se complementan entre sí, pero antes de nada necesitamos tener un concepto operativo sobre el trauma, para poder apreciar los distintos matices.

Concepto operativo de trauma

Se dan tres elementos:

1. Sucede un evento estresante.
2. Ese estrés supera la capacidad de respuesta habitual de la persona.
3. La persona encuentra una respuesta de supervivencia, que deja una marca en su funcionamiento.



alma

evento estresante



Vamos a analizar cada uno de los elementos.

1. Sucede un evento estresante.

Como seres vivos, nuestro cuerpo está preparado para activarse tanto ante situaciones potencialmente agradables (como hacer deporte o tener una cita romántica) como desagradables (como huir de peligros o defendernos ante agresiones). Así que una clave para entender el trauma es que depende de la sensibilidad de la persona, y lo que puede resultar estresante para una persona, para otra puede resultar relajante.

Conocemos a personas que se pueden relajar con aspectos aparentemente tensos, como una competición deportiva o subir en una montaña rusa, y también hay quienes sienten mucha tensión si tienen, por ejemplo, toda una tarde libre por delante sin nada que hacer, como en vacaciones cuando no hay nadie con quien quedar. En conclusión, el primer elemento consiste en que la persona viva una situación como algo estresante, como una dificultad que le genera tensión.

¿En qué consiste el estrés?

El estrés consiste en que ante una situación determinada nuestro cerebro pone en funcionamiento los recursos del cuerpo para afrontar algo que supone un esfuerzo emocional, y a menudo también físico. Ese estrés es una subida de energía fisiológica para hacer algo difícil. Por ejemplo, si alguien nos ataca, el cerebro ordena que el corazón lata más deprisa, que los músculos estén preparados para defendernos o huir y que los sentidos estén más alerta para identificar posibilidades de escape. El estrés moviliza las capacidades de la persona para afrontar una situación intensa.

Tradicionalmente se distinguen entre dos tipos de estrés. El “**eustrés**” es el estrés que surge de aspectos agradables, y supone un nivel de tensión que resulta adecuado para las capacidades del organismo. Cuando organizamos una fiesta, si lo hacemos con consciencia, tenemos cierta tensión, una excitación por preparar las comidas, los espacios y las actividades para que les gusten a todas las personas. Según vamos terminando cada preparativo hay una satisfacción: hemos sido capaces de hacer cada paso. Y tenemos un poco más de tranquilidad, pero no una calma completa: hasta que no lleguen nuestros invitados seguiremos previendo posibilidades (“¿Falta bebida?”, “¿Hemos avisado a todo el mundo?”).

El “**distrés**” es el estrés que surge de situaciones desagradables, para las que nos sentimos sin recursos. Un robo en la calle, una catástrofe natural o una pérdida importante pueden desbordar nuestras capacidades de afrontamiento. Pero también puede haber situaciones aparentemente menores que nos pueden afectar: un plazo de entrega muy corto, un corte de electricidad cuando estamos preparando el desayuno antes de una reunión importante, una discusión que nos desequilibra. E incluso cosas que objetivamente son positivas pueden resultar demasiado estresantes en el momento: esto es fácil de ver cuando los niños y niñas de poca edad saben que es su cumpleaños o una fiesta importante. Tienen mucha ilusión, pero acaban con muchos nervios y falta de regulación, lo que les impide a menudo disfrutar aquello que tanto estaban esperando.



supera
la capacidad
de respuesta
habitual

2. **Ese estrés supera la capacidad de respuesta habitual de la persona.** El estrés, como hemos visto, es una respuesta de preparación ante una actividad que reclama nuestra atención. El problema aparece cuando la situación nos genera un estrés que supera nuestras capacidades: sentimos que nos desborda, que no vamos a resolverla y que estamos en peligro (físico o emocional). Hay eventos que afrontamos de distinta forma según la variación natural de nuestras capacidades a lo largo del día: hay cosas que por la mañana hacemos sin problemas y que por la tarde nos pueden resultar difíciles o desagradables. Otras situaciones las gestionamos de forma distinta según los días: en una semana complicada, un conflicto en casa puede suponer una discusión fuerte y tensa, y ese mismo conflicto repetido unas semanas después lo podemos resolver con paciencia e incluso con algo de humor. Y hay situaciones que nos desbordan, por diversos motivos:

- **Por intensidad:** la fuerza de la vivencia nos supera y resulta dañina. En la infancia y en la adolescencia el sistema nervioso está en desarrollo, y por eso es mucho más sensible a los cambios negativos y al dolor¹.
- **Por desconocimiento:** algo que no comprendemos o que no sabemos manejar a nivel cognitivo. Los niños, niñas y adolescentes tienen una comprensión del mundo menor que la de una persona adulta, y hay partes completas de su cerebro que no se han desarrollado todavía. Por tanto, es mucho más fácil que algo les cause daño por la sensación de no entender qué les está sucediendo ni por qué.
- **Por peligro:** cuando nos damos cuenta de que nuestra integridad física o emocional está amenazada, o corremos riesgo de perder la vida. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, sus capacidades de supervivencia son menores, y la vulnerabilidad es mayor, de modo que viven como peligros muchas más situaciones que una persona adulta.
- **Por falta de regulación:** cuando nuestro sistema nervioso está descontrolado, cualquier situación externa se puede vivir como algo desbordante, mientras que la presencia de una o más personas de apoyo nos ayuda a regularnos. En la infancia, y también de una forma distinta en la adolescencia, las capacidades de regulación no están plenamente desarrolladas, de modo que los niños, niñas y adolescentes pueden entrar en pánico de forma más rápida y continuada que una persona adulta.

Una reflexión sobre la superación de la capacidad de respuesta en niños, niñas y adolescentes: cuando quien les causa el daño es una figura adulta de referencia,

1. Hay estudios que demuestran que, contra lo que se creía anteriormente, los niños y niñas recién nacidos experimentan igual o mayor nivel de dolor que personas adultas (por ejemplo, ante estímulos incómodos pero poco invasivos, como un contacto con la punta de un lapicero), según demuestran una serie de experimentos realizados con resonancia magnética funcional. Por eso se recomienda que todos los procedimientos médicos intrusivos a niños, niñas y adolescentes tengan una valoración adecuada de las necesidades de analgesia e incluso anestesia. Ver, por ejemplo: Goksan, S., Hartley, C., Emery, F., Cockrill, N., Poorun, R., Moultrie, F., Rogers, R., Campbell, J., Sanders, M., Adams, E., Clare, S., Jenkinson, M., Tracey, I., y Slater, R. (2015). fMRI reveals neural activity overlap between adult and infant pain. *eLife*, 4:e06356. doi: <https://doi.org/10.7554/eLife.06356>. Publicado el 21 Abril 2015.

respuesta de supervivencia que deja marca

la intensidad es mucho mayor (está el miedo ante la situación, pero también el dolor ante la quiebra de la confianza); la comprensión es paralizante (“¿Por qué mi madre/padre/maestra/entrenador me hace tanto daño cuando tendría que cuidarme? No lo entiendo...”); el peligro es mucho más grave (quien le debe preparar la comida es quien le agrede, quien le debe llevar al colegio es quien comete el abuso, de modo que quien tendría que proporcionar cuidados es quien causa el daño); y la regulación externa imposible (quien tendría que calmar es quien causa el daño, y amenaza con seguir). Por todo esto, los niños, niñas y adolescentes en modalidades de cuidado alternativo llegan ya con una serie de vivencias extremadamente desbordantes.

3. La persona encuentra una respuesta de supervivencia, que deja una marca en su funcionamiento. Para sobrevivir, la persona utiliza una estrategia de

Una imagen: el trauma es como una herida

La palabra “trauma” proviene del griego, y en ese idioma significa “herida”. Podemos ver que el trauma psicológico tiene paralelismos con una herida física:

1) En una herida física hay un elemento externo.
2) Pero no basta con ese elemento externo: continuamente estamos en contacto con objetos puntiagudos, afilados o sencillamente duros y no nos pasa nada. La clave está en que nuestra piel no es capaz de gestionar el contacto con ese objeto porque sucede con excesiva intensidad, o de una forma que puede causar daño. Así, nos damos un golpe contra un mueble o contra el suelo, y nos duele, pero no llega a haber una herida a no ser que se produzca de una forma determinada. O estamos en contacto con agujas y bolígrafos, pero solo nos los clavamos si inciden en nuestra piel de forma determinada. O fregamos cuchillos y tijeras sin cortarnos, a no ser que la fuerza o la postura del contacto sean inadecuados.

3) La forma como reacciona el cuerpo ante esa herida puede dejar marca, especialmente si no la atendemos bien. Ante un golpe fuerte, sin que se rompa la piel, el cuerpo pone en funcionamiento una serie de procesos internos que hace que la piel se hinche y se vuelva roja e incluso morada, mientras los tejidos se van restableciendo y las células muertas son eliminadas y sustituidas por células nuevas. Durante unos días duele, pero no suele dejar mucha más marca. En una herida abierta, si la limpiamos bien y cuidamos esa zona, tiende a generar una costra y debajo de ella una piel nueva, sana, pero diferente de la que habría habido si no hubiera sufrido esa situación. A veces, si es una herida muy grande, necesitamos ayuda externa: alguien que sabe tiene que coserla, tal vez hay que seguir con curas y revisiones. Entonces la cicatriz es mayor. Y otras veces las heridas son tan grandes que se rompen los huesos, o los músculos, o se dañan los tendones... En esos casos el proceso de recuperación es más complicado y hace falta que alguien con experiencia coloque las partes para que se recuperen lo mejor posible, y después hará falta rehabilitación, volver a mover ese dedo o esa pierna poco a poco, para fortalecer los músculos y recuperar la movilidad.

Una última reflexión: hay heridas tan graves que nos dejan una marca para toda la vida. Podemos tener una cicatriz visible, o un hueso que nos duele cuando va a llover (recordándonos la fractura que tuvimos), e incluso es posible que hayamos perdido una parte. Pero eso no significa que no tengamos el derecho y la posibilidad de tener una vida digna y plena. Es cierto que habrá cosas que tal vez no podamos hacer, pero eso no puede significar que perdamos nuestra dignidad ni nuestros derechos. Una vida con cicatrices también merece la pena ser vivida.



afrontamiento, la que es capaz de encontrar en ese momento, que le permite salir adelante de esa situación, pero que si se queda como forma de respuesta habitual daña su desarrollo. Las tres grandes formas de respuesta que veremos (la lucha, la huida y la parálisis) tienen su sentido en el momento, pero cuando dejan marca en el funcionamiento de la persona, cuando se quedan como manera de afrontar sistemáticamente todas las situaciones, resultan limitantes y a medio y largo plazo causan daño.

1.1.2. ¿Qué puede causar un trauma?

En principio, puede causar trauma cualquier situación que desborde las capacidades de la persona. Para tener una visión completa del trauma es necesario contemplar cuáles son los hechos potencialmente traumáticos, porque hay algunos de ellos que se pueden pasar por alto:

posibles
causas de
trauma

- **Violencia:** actos violentos o relaciones violentas (con intensidad variable). Los actos violentos (agresiones, abusos sexuales, robos, amenazas...) son fáciles de identificar como fuentes de trauma, pero las relaciones violentas, especialmente aquellas en que la violencia es sutil, pueden tener también un impacto muy grave (la violencia psicológica en forma de desprecio por parte de la familia, o de humillaciones por parte de docentes en el centro educativo, o de acoso y aislamiento entre pares).
- **Pérdidas.** Las pérdidas son situaciones difíciles de manejar. Los fallecimientos, en especial de personas de la familia y muy en concreto de las figuras de cuidado, causan un impacto muy grande en los niños, niñas y adolescentes, que no saben quién se va a ocupar de sus necesidades, porque aunque haya otras personas adultas responsables, pueden tener afectadas sus capacidades ante el duelo. Pero también puede haber otras pérdidas de personas sin fallecimiento, pero que dejan de estar en la vida de los niños, niñas y adolescentes (el padre separado al que dejan de ver, la madre que se marcha de casa tras el divorcio, la hermana mayor que emigra y que deja el hueco afectivo de haber sido referente de cuidados...). También hay que tener en cuenta otro tipo de duelos no procesados, cuando no solo se pierde a personas sino también se pierden situaciones: ante una separación o divorcio no solo se deja de ver a uno de los progenitores sino que todo cambia (dónde vive la familia, cuáles son los nuevos horarios, las lealtades entre los hijos e hijas...); ante la migración a una ciudad nueva o a un país distinto no solo se pierde el entorno conocido, sino que se deja atrás un periodo de la vida que resultaba más estable y seguro.
- **Accidentes:** son situaciones en las que de una forma rápida e imprevista sucede algo dañino. Pueden ser desde caídas hasta desastres naturales, y la sorpresa ante el suceso puede desbordar las capacidades de afrontamiento de los niños, niñas y adolescentes.

procedimientos
médicos
falta de
comprensión
por privaciones
físicas

- **Procedimientos médicos.** La investigación científica arroja datos cada vez más claros sobre la importancia de la preparación ante los procedimientos médicos²: situaciones que para una persona adulta (y para cualquier profesional que atiende en servicios de salud) pueden resultar sencillas e inofensivas, para un niño, niña o adolescente pueden resultar desbordantes, desde extracciones de sangre hasta intervenciones sin sedación. Es importante que los niños, niñas y adolescentes reciban una información completa sobre los procedimientos técnicos y que expresen su acuerdo (y que se les facilite el proceso, eliminando el dolor innecesario) para que puedan colaborar en el proceso y en su propia recuperación.
- **Falta de comprensión.** Hay situaciones que desbordan las capacidades de procesamiento de los niños, niñas y adolescentes por falta de desarrollo cognitivo (por edad o discapacidad), por mensajes dañinos (que anulan la autonomía, como “*Esto lo hacemos las personas adultas por tu bien, aunque te duela, y te tienes que callar*”) o por falta de referencias (en el cambio cultural, especialmente, del paso de una zona con una lengua a otra, o del entorno rural a la ciudad, o de un país a otro).
- **Por privaciones físicas.** El hambre, la sed o el cansancio físico hacen a los niños, niñas y adolescentes más vulnerables (por ejemplo, cuando los niños y niñas de corta edad no han dormido la siesta, por la tarde pueden tener un estado de humor más tenso y menos flexible y pueden verse superados por eventos menores). Si estas situaciones se prolongan en el tiempo, las consecuencias pueden ser mayores: por ejemplo, ante una alimentación inadecuada o insuficiente, cuando el niño, niña o adolescente tiene comida a su disposición puede comer sin límite, por el miedo a la carencia más adelante.

1.1.3. El cerebro y el trauma

Antes de poder comprender cómo afecta el trauma al cerebro, es necesario conocer cómo funciona el sistema nervioso. Se puede decir que más que un cerebro, tenemos tres en el mismo sistema nervioso, lo que se ha llamado el “cerebro triuno”:

- **“Cerebro humano”:** es la parte más externa del cerebro, la corteza cerebral o neocórtex, donde se producen los procesos más recientes a nivel evolutivo, la inteligencia analítico sintética, es decir, las capacidades de cognición y pensamiento. Podemos representarlo por la cabeza.

2. Peter Levine menciona numerosos casos de procedimientos médicos aparentemente inocuos que generaron trauma y ofrece pautas sencillas para hacer que esas intervenciones, que son fundamentalmente buenas y protectoras para la salud, se produzcan de forma segura para el niño o niña de corta edad. Ver especialmente: Levine, P. A., y Kline, M. (2016). *El trauma visto con ojos de niño*. Barcelona: Eleftheria. Especialmente capítulo 2, “El alcance del trauma: causas que van desde lo ordinario hasta lo extraordinario”.

CABEZA
inteligencia
analítico-
sintética

COGNICIÓN
PENSAMIENTO

CORAZÓN
inteligencia
emocional
y social

APEGO
CUIDADO
EXPLORACIÓN

TRIPAS
inteligencia
somato-
sensorial

SUPERVIVENCIA
DEFENSA

- **“Cerebro mamífero”**: es una parte interior del cerebro, el sistema límbico, compartido con todos los mamíferos, que tiene que ver con la inteligencia emocional y social, esto es, con las capacidades de apego y de cuidado, pero también de exploración. Podemos representarlo por el corazón.
- **“Cerebro reptiliano”**: es la parte más primitiva del cerebro, compuesta por el tronco encefálico y el cerebelo, común a todos los vertebrados a partir de los reptiles, que tiene que ver con la inteligencia somato-sensorial, ocupándose de la supervivencia a todos los niveles (desde la respiración, la digestión y el sueño hasta la sensación de seguridad y reposo) y de la defensa o huida ante amenazas. Podemos representarlo por “las tripas”.

El trauma se caracteriza porque deja una “herida en el alma”, que tiene un correlato fisiológico en el cerebro. El trauma implica que el suceso externo supera las capacidades de procesamiento de la persona, de modo que el esfuerzo por sobreponerse tiene una dimensión biológica en el sistema nervioso, que se puede identificar con medidas específicas (mediante imágenes por resonancia magnética funcional que revelan las partes afectadas del cerebro, o a través de los niveles de cortisol y de otras hormonas del estrés, que aparecen especialmente altas en casos de trauma). Aunque un análisis en profundidad de los aspectos fisiológicos del trauma excede los objetivos de este texto³, es importante tener en cuenta que el trauma, al tener un impacto fuerte sobre el sistema nervioso, afecta al resto de funciones cerebrales, desde los aspectos de activación fisiológica (como los ritmos de sueño o la alimentación) hasta la regulación emocional (con desesperanza y tristeza, con apatía, o todo lo contrario, con un exceso de actividad para no pensar e incluso con agresividad) y las capacidades cognitivas. Lo veremos en el capítulo 2 cuando se aborden los distintos indicadores de trauma.

Si el trauma ha ocurrido en la infancia o la adolescencia, el daño afecta de forma más seria, porque implica que hay partes del desarrollo que se ven alteradas e incluso interrumpidas. Cuando el sistema nervioso está en modo de supervivencia, se ven afectados otros aspectos que son imprescindibles para la vida a largo plazo, como el desarrollo del lenguaje, las capacidades cognitivas o las relaciones sociales saludables. En modalidades de cuidado alternativo es imprescindible contemplar siempre la posibilidad de que un niño, niña o adolescente con trauma tenga comprometidas funciones cerebrales fundamentales debido a los traumas experimentados.

3. Dave Ziegler ofrece visión muy práctica, paso a paso, desde la biología hasta el comportamiento cotidiano de niños, niñas y adolescentes con trauma severo en su manual: Ziegler, D. (2011). *Traumatic experience and the brain. A handbook for understanding and treating those traumatized as children*. Gilbert, Arizona: Acacia Publishing.

1.1.4. Algunas precisiones al concepto de trauma

Las formas de conceptualizar, detectar e intervenir ante traumas psicológicos están en continua evolución, desde la investigación teórica hasta técnicas prácticas novedosas. Es importante conocer las aportaciones de algunas teorías actuales sobre el trauma, ya que es un fenómeno muy complejo y cada punto de vista permite tener una visión más rica y completa, y poder actuar a distintos niveles. Varias de estas teorías se analizan en más detalle en el **Anexo 1: Una revisión de teorías actuales sobre el trauma**, en concreto:

- La diferencia entre “**Trauma con T mayúscula**” y “**trauma con t minúscula**” de **Francine Shapiro**.
- La visión del **trauma como suceso del sistema nervioso** de **Peter Levine**, que aporta claves sobre la permanencia de la activación del trauma y del “ciclo de miedo/inmovilidad”.
- La **Teoría Polivagal** de **Stephen Porges**, que relaciona la fisiología con el comportamiento y las emociones.

Es conveniente conocer estas y otras propuestas teóricas y técnicas para poder ofrecer una intervención integral a los niños, niñas y adolescentes que sufren trauma y para proporcionar claves a las personas adultas que les atienden y cuidan.

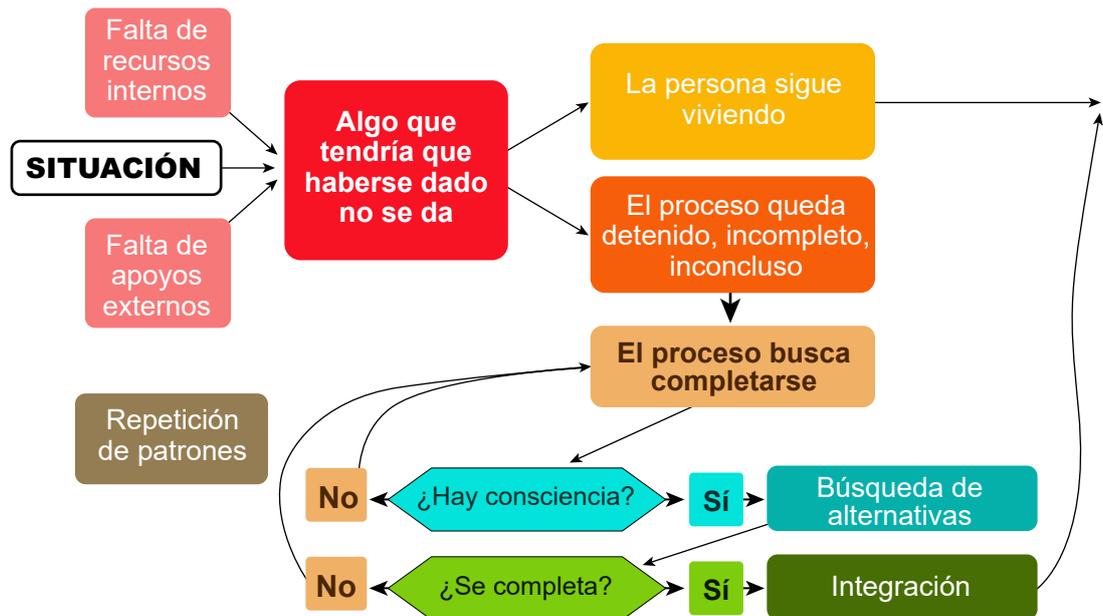
1.1.5. El trauma como proceso

Un error frecuente al hablar de trauma es considerarlo como un suceso o como un estado. Es cierto que para que se produzca el trauma es necesario un evento estresante, pero el trauma es más amplio e implica más elementos que el hecho en sí. Y también es ajustado indicar que una persona presenta un estado de trauma, pero eso no describe la complejidad de lo ocurrido ni de sus implicaciones.

Por eso es más preciso considerar que el trauma es un **proceso**. Como proceso, el trauma tiene fases rápidas (el evento estresante, la sensación de desbordamiento, la respuesta inicial) y otras más lentas (los primeros días después del evento, los intentos fallidos para procesar la vivencia, la aparición de más síntomas de trauma). Y la ventaja del proceso es que no está terminado. No podemos cambiar el evento estresante inicial: sucedió y así queda. Tampoco es útil una visión estática del trauma, como un estado que no puede evolucionar, o cuyo cambio depende de factores desconocidos. Si el trauma es un proceso, eso significa que podemos interactuar con él e ir produciendo cambios, tal vez pequeños, tal vez lentos, hacia un modo mejor de estar.

Se pueden entender los traumas como **procesos congelados**, y por lo tanto, susceptibles de descongelamiento, con el tiempo, la metodología y los recursos suficientes. El concepto de procesos congelados aparece desarrollado en profundidad

en otra obra⁴, de modo que nos centraremos en una visión aplicada al trauma. Partiendo de los trabajos de Eugene Gendlin sobre las “globalidades congeladas”⁵ y *Un Modelo de Proceso*⁶ y de su desarrollo por Ann Weiser Cornell⁷ y Barbara McGavin⁸ se puede conceptualizar el trauma como aparece en el diagrama siguiente.



El concepto de “trauma como proceso” explica los tres elementos del trauma:

- El evento estresante: sucede cuando en una situación, debido a la falta de recursos internos (por etapa evolutiva, por conocimientos, por capacidades personales...) y a la falta de recursos externos (una persona adulta que pueda mediar y proteger), algo que tendría que haberse dado no se da.
- Ese estrés supera la capacidad de respuesta habitual de la persona: esa sensación de algo incompleto hace que el proceso quede detenido, incompleto, inconcluso, pero al mismo tiempo la persona continúa viviendo, una vida más complicada y reducida en posibilidades, con mucha energía derivada al proceso incompleto, pero viva al fin y al cabo.

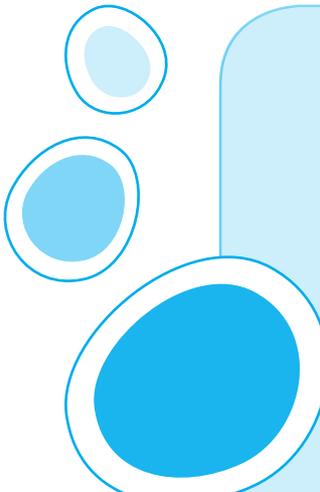
4. Romeo, F. J. (en prensa). *Calidez para el desbloqueo afectivo. Claves para el acompañamiento emocional*.
 5. Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. En P. Worchel y D. Byrne (Eds.), *Personality change*, pp. 100-148. Nueva York: John Wiley & Sons. Recuperado de: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2145.html
 6. Gendlin, E. T. (2017). *A Process Model*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
 7. Cornell, A. W. (2016). *Focusing en la práctica clínica. La esencia del cambio*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Capítulo 1, págs. 74-85.
 8. McGavin, B. y Cornell, A. W. (2008). Treasure Maps to the Soul. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 21(1), 41-60.

- La persona encuentra una respuesta de supervivencia, que deja una marca en su funcionamiento: el proceso inconcluso busca completarse. Si no hay consciencia del proceso, se repite el patrón que fue adaptativo en el momento (atacar, huir, inmovilizarse, disociarse), pero que ya no funciona y no logra cambios. Si hay consciencia, la persona puede buscar alternativas, y si alguna de esas alternativas funciona, deja de repetir patrones y permite la integración, funcionando de nuevo con todo su potencial.

Al aplicar este modelo a un par de ejemplos se puede comprobar su poder explicativo y al mismo tiempo la complejidad del trauma, por la cantidad de procesos detenidos que supone.

Un ejemplo de trauma en maltrato psicológico: el caso de Marcelo

La multiplicación de procesos bloqueados se puede observar en mayor profundidad observando el ejemplo de Marcelo, un niño de seis años maltratado psicológicamente por su madre, con castigos humillantes desde muy temprana edad. Aunque cada hecho en sí se podría ver como un pequeño trauma, lo interesante es ver cómo la pauta continua de maltrato psicológico va modificando los patrones hasta hacerlos más profundos, más graves y más automáticos. Ante cada situación que molesta a la madre (el niño deja caer algo, el niño no anda suficientemente rápido, el niño está corriendo cuando la madre querría que estuviese quieto...) no se da algo fundamental: una presencia adulta cálida y estructurada, que cree mediante afectividad y firmeza una sensación de seguridad en el niño. El niño sigue vivo, sí, pero cada paso profundiza en su sensación de bloqueo. Puede desarrollar síntomas de obediencia extrema, intentando no crearse problemas con su madre, pero eso significa que perdería el contacto con lo que quiere él, y le volverá fácil de manipular y sin capacidad de decidir por sí mismo. O puede estallar ante la presión, recibiendo a su vez más humillaciones por parte de su madre, que aumentan la presión emocional, en un bucle que retroalimenta una relación cada vez más complicada y dañina. Cuando interviene el sistema de protección de infancia el proceso ya está muy bloqueado. Por eso cuando Marcelo llega a una alternativa de cuidado como Aldeas Infantiles SOS va a seguir utilizando los procesos que conoce, por ejemplo, la sumisión (y se sabe que está evolucionando cuando después de meses muestra su enojo por primera vez) o la descompensación emocional (y se reconoce el cambio de patrón cuando empieza a volverse más reflexivo y a pedir ayuda para regularse).



Un ejemplo de trauma en abuso sexual: el caso de María

María es una niña de nueve años que ha sufrido abusos sexuales por parte de su padre. En su caso se observa que la situación desbordante es el abuso sexual, que no ha podido afrontar por falta de recursos internos y por falta de apoyos externos. La falta de recursos internos tiene que ver con que la niña no tiene fuerza física, ni conocimientos para poder reaccionar al abuso, ni capacidad psicológica de enfrentarse a su padre, ni muchas otras cuestiones en esta línea. La falta de apoyos externos se refiere a que las circunstancias no han permitido la protección de María: el padre ha aprovechado el poder que tiene sobre ella para cometer el abuso (y tendría que haber utilizado su poder para protegerla, no para causarle daño), cualquier otra figura adulta que hubiera visto conductas sospechosas tendría que haber dado pasos protectores, la comunidad podría haber realizado una educación afectivo-sexual protectora tanto para niños, niñas y adolescentes como para personas adultas, y así muchas más. Por todo eso, algo que tendría que haberse dado (la protección frente al abuso sexual en general, que sería responsabilidad del entorno, y frente al abuso por parte del padre en concreto, que es responsabilidad suya como agresor) no se da (y por eso se produce el abuso). María sigue viva, pero algo queda bloqueado en su funcionamiento, algo que intenta completarse (la protección). El sistema interno puede optar por apartar la vivencia de la consciencia, disociándola, ya que así se consigue una protección temporal (*"Si no lo recuerdo, es como si no lo hubiera vivido"*). O puede mostrarlo mediante una tristeza que comunique su malestar, de modo que alguna figura adulta pueda preocuparse por ella (y lograr así la protección). Si María tiene consciencia de lo mal que se siente, puede intentar buscar alternativas para lograr la protección con acciones conscientes, como evitar a su padre (pero va a ser difícil viviendo en la misma casa y teniendo él capacidad de decisión sobre ella y el poder sobre ella a todos los niveles) o rodearse siempre de otras personas (pero no siempre lo va a conseguir en casa). Algunas alternativas pueden dar lugar a que se rompa la repetición de patrones: por ejemplo, si lo cuenta a su madre, la madre le cree y toma medidas protectoras, incluyendo un proceso de elaboración de la vivencia del abuso, finalmente se puede producir la integración y la niña recupera una vida plena, con ciertos daños (tal vez durante un tiempo con miedo a quedarse a solas, o con dificultades de intimidad física hasta acabar de sentirse cómoda con su cuerpo de nuevo), pero también con ciertas habilidades para sobrellevarlos. Se puede observar que en realidad en un proceso como este hay cientos de microprocesos que se bloquean también, desde el miedo de María a que otros hombres puedan hacerle daño, hasta todas las respuestas intermedias de trauma, desde pesadillas, angustia, problemas con las relaciones, dificultades en la escuela... Y esas respuestas a su vez inician otros procesos que es necesario encauzar: la distancia emocional le impide contar con sus amigas, el miedo a quedarse a solas le impide desarrollar su autonomía, la desconfianza hacia los hombres le bloquea una relación más sana con su hermano mayor que sí que podría ser una figura protectora... Se puede observar que el trauma es algo mucho más complejo de lo que parece, y al mismo tiempo identificar el trauma como proceso permite una intervención en cada uno de los subprocesos que se han quedado bloqueados.

Todas las personas, por mucho trabajo personal que hayamos hecho, tenemos procesos que funcionan desde el bloqueo y patrones repetidos. La clave es ir tomando consciencia, poco a poco, de los patrones más graves, para buscar (y encontrar) alternativas que nos permitan retomar la vida de una forma mucho más plena. Comprender el trauma como un proceso nos da claves para actuar, y también para comprender que nuestra intervención puede requerir tantas experiencias positivas como las de cada uno de esos patrones que llevan años repitiéndose sin llegar a completarse. Y el objetivo es lograr que el niño, niña o adolescente experimente de forma vivencial que aquello que tendría que haberse dado en su pasado y no se dio, se puede dar actualmente en la relación con las figuras de cuidado, y en el futuro, con los referentes afectivos que vaya incorporando a su vida.

1.1.6. Tipos de trauma

El trauma puede presentarse bajo diferentes formas dependiendo de cómo sea el proceso de su creación. La investigación y la intervención en trauma actuales han propuesto distintos tipos que requieren una historia mayor para acabar de aceptarse plenamente. Sin embargo, a nivel práctico resultan muy útiles, por lo que varios de estos tipos de trauma se exploran en mayor profundidad en el **Anexo 2: Una explicación de los tipos de trauma mediante teoría y ejemplos**, en concreto:

- El **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)** comúnmente aceptado, que resulta un modelo explicativo especialmente válido para cuando hay un único suceso traumático, que la persona recuerda, y que sufre con síntomas de duración limitada, pudiendo funcionar de forma saludable en otros momentos.
- El **Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)** propuesto por Susan Roth, Elana Newman, David Pelcovitz, Bessel van der Kolk y Francine S. Mandel⁹, que se refiere a unos síntomas opuestos: en vez de ser un único suceso son muchos; y en vez de que el evento sea bien recordado la mayoría de las veces está olvidado; y en vez de episodios temporales de síntomas alternados con momentos de bienestar, en el trauma complejo se sobrevive mediante la disociación (de ahí que no se recuerden los episodios), y esa disociación es continua y afecta a toda la persona.
- El **Trastorno por Trauma del Desarrollo (TTD) [Developmental Trauma Disorder (DTD)]**, propuesto por Alexandra Cook, Margaret Blaustein, Joseph Spinazzola y Bessel van der Kolk¹⁰, propone una conceptualización específica del trauma complejo cuando se da en la infancia o adolescencia. El Trastorno

9. Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100403>

10. Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in children and adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network – Complex Trauma Force*. Los Angeles, California: National Child Traumatic Stress Network. Recuperado de: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf

TEPT
TEPT-C
TTD

por Trauma del Desarrollo describe el proceso de trauma cuando se produce en un momento en el que los niños, niñas y adolescentes, por estar todavía en desarrollo, sufren los daños del trauma complejo de una manera tal que afecta al desarrollo de su personalidad.

- El **Trauma Relacional**, descrito por Martha Straus¹¹, incluye el elemento del apego en el trauma, cuando la figura que tiene que proporcionar cuidados es también quien causa daño e inseguridad.

Es necesario conocer los distintos tipos de trauma que pueden aparecer para identificarlos adecuadamente y para atenderlos según sus características específicas. Sin embargo, cada niño, niña o adolescente puede vivir el trauma de forma distinta, y será imprescindible prestar atención a cuáles son sus experiencias y síntomas concretos.

1.2. APEGO Y TRAUMA. LAS RELACIONES QUE NOS MARCAN

Los seres humanos nacemos programados para relacionarnos y vincularnos con otras personas desde el comienzo de nuestra existencia. De hecho, si no conseguimos que alguien se vincule tras nuestro nacimiento y nos cuide, no sobrevivimos. Por eso resulta imprescindible comprender cómo interactúan el apego y el trauma. Pero antes es necesario entender los distintos niveles de relación.

1.2.1. Los niveles de relación interpersonal



11. Straus, M. B. (2017). *Treating trauma in adolescents. Development, attachment and the therapeutic relationship*. Nueva York: The Guilford Press.

En el nivel más amplio y superficial está la interacción, que incluye a todas las personas con las que entramos en contacto, tanto resulte positivo como negativo. En este nivel se quedan los conocidos, o profesionales con quienes interactuamos en tiendas, transportes o servicios públicos o en la calle.

En un nivel más profundo está la **afectividad**, que incluye a todas las personas que nos caen bien, que nos resultan simpáticas, hacia las que tenemos sentimientos constructivos. Pueden ser personas a las que no conozcamos en profundidad, pero hacia las que sentimos un cierto aprecio e incluso cariño: la vecina amable con la que nos saludamos cada día, el frutero que siempre nos recibe con alguna broma, la compañera de trabajo a la que acabamos de conocer y con la que estamos empezando a colaborar. Este proceso de afectividad es inconsciente¹² y está basado en nuestra historia personal: son nuestras vivencias personales las que dan un valor positivo o negativo a las experiencias que tenemos con el resto de personas. De este modo, a partir de ciertos rasgos o comportamientos concretos que realizan, algo en nuestro interior hace que encontremos simpática a una persona (porque nos recuerda a un amigo amable) y desagradable a otra (porque le encontramos parecido con un vecino problemático), que alguien nos dé seguridad (porque se parece físicamente o en sus gestos a una persona querida) o nos produzca miedo (porque nos conecta con una maestra agresiva de nuestra infancia).

De todas esas personas, con algunas construimos **vínculo**, compartimos cosas importantes de nuestra vida afectiva, como nuestras esperanzas y nuestras preocupaciones, nuestras ilusiones y nuestros fracasos, nuestras alegrías y nuestras penas. Ahí están personas importantes de nuestra familia (pero no todas, tal vez), nuestras amistades y nuestra pareja. En esas relaciones nos acompañamos mutuamente, a menudo durante periodos largos de tiempo o incluso toda la vida. Son una referencia afectiva, y nadie puede decir que nos conoce bien si no sabe de esas relaciones vinculares.

En la infancia y adolescencia hay unas personas con que garantizan nuestra supervivencia con sus cuidados y con las que construimos nuestros primeros vínculos: son las **figuras de apego**. Necesitamos a esas personas para sobrevivir, por eso se considera que el apego es una necesidad básica universal. Pero además, su forma de relacionarse y de proporcionarnos cuidado configuraron cómo entendemos el mundo y las relaciones interpersonales. Estas figuras de apego pueden habernos transmitido modelos constructivos y esperanzadores respecto al funcionamiento del mundo o, por el contrario, pueden habernos llevado a tener unas expectativas negativas respecto a las personas y a nuestras propias capacidades.

12. Este proceso es muy distinto de la afectividad consciente, que consiste en estar en una disposición afectiva y realizar comportamientos concretos desde la consciencia, con una intención concreta de generar seguridad en los niños, niñas y adolescentes. Todas las personas tenemos una parte de afectividad inconsciente, pero cuanto mayor sea el trabajo personal, mejor conoceremos nuestras respuestas internas y podremos elegir ajustarnos a las necesidades y estilos de cada niño, niña o adolescente. Se profundiza en este contenido en el **Apartado 3.3.1. Entornos seguros y protectores que permitan recuperarse**, y en la referencia ahí citada:

Horno, P. (2018). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

afectividad
vínculo
figuras de
apego

1.2.2. El apego y sus funciones

El médico John Bowlby¹³ fue el primer investigador del apego, y su modelo sigue vigente actualmente, con ampliaciones y matices. Lo fundamental de la conceptualización del apego es que se trata de un tipo de vínculo fundamental con las personas que proporcionan los cuidados en la infancia. Esa forma que tienen de relacionarse con el niño o la niña en los primeros meses (y años) de vida configura los **modelos operativos internalizados**, una representación interna de cómo funcionan el mundo, las relaciones interpersonales y el autoconcepto.

Martha Straus¹⁴ sintetiza de forma muy completa las funciones del apego:

- Crear una sensación de **seguridad emocional**, de estabilidad afectiva, basada tanto en el autoconcepto (“*Soy una persona valiosa, merezco respeto y afecto*”) como en la percepción del mundo y de las otras personas (“*El mundo es generalmente un lugar seguro, y si me ocurre algo desagradable o peligroso puedo contar con otras personas para ayudarme y protegerme*”).
- Regular la **afectividad** y la activación, tranquilizando cuando hay intensidad afectiva y animando cuando hay una actitud más pasiva.
- Acompañar en la **expresión emocional**, dando nombre y formas de comunicar las vivencias emocionales.
- Proporcionar una base para la **exploración**, ser un punto seguro al que volver para procesar las experiencias nuevas tanto del mundo en general como de otras relaciones interpersonales.

La clave para cumplir (o no) con esas funciones es la **responsividad**, que se puede resumir como la atención a las necesidades del niño o niña. Es importante resaltar que el foco está en las necesidades, no en los deseos: un niño puede querer jugar un poco más, pero la figura de cuidado debe ir tranquilizándolo si percibe que este necesita ya descanso; una niña puede querer comer más, pero si ya se ha alimentado suficiente, la figura de cuidado no puede seguir dándole más puré, aunque esta se enfade. La responsividad va a ser clave en la recuperación de niños, niñas y adolescentes que han sufrido trauma, ya que en esas situaciones no hubo nadie que pudiera atender suficientemente sus necesidades, y desde una modalidad de cuidado alternativo es necesario que ofrezcamos siempre una respuesta a sus necesidades (pero eso no significa obedecerlos en todo, sino en proporcionarles lo que es adecuado para su estado en ese momento). Es el conocido concepto de “madre suficientemente buena” de Donald Winnicott, una persona de cuidado (hombre o mujer) que es capaz de identificar las necesidades y de atenderlas con suficiente acierto, a pesar de los errores ocasionales.

13. Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

14. Straus, M. B. (2017). *Treating trauma in adolescents. Development, attachment and the therapeutic relationship*. Nueva York: The Guilford Press. Capítulo 1, “Attachment Theory in development and clinical practice with adolescents”, en especial la página 25.

1.2.3. Los modelos de apego

Para comprender la relevancia del apego en las vivencias traumáticas es conveniente revisar los cuatro grandes modelos de apego, siguiendo la última revisión actualizada de Mario Marrone¹⁵, que recoge las posturas más ampliamente aceptadas.

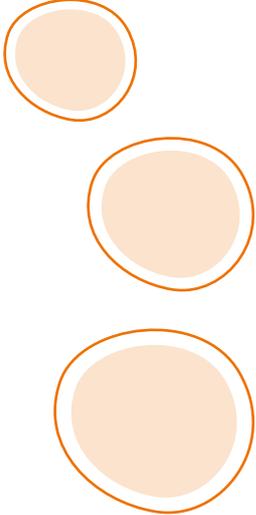
El **modelo de apego seguro** es el que se desarrolla cuando las figuras vinculares ofrecen una responsividad adecuada: calman cuando hay malestar, juegan cuando el niño o la niña tienen curiosidad, crean condiciones tranquilas para el sueño, favorecen que la alimentación sea un proceso agradable... La persona de cuidado atiende cuando hay angustia, calmando y proporcionando claves para procesar la experiencia, y también apoya cuando hay curiosidad, fomentando la exploración. Las figuras vinculares seguras son seres humanos, que cometen fallos en la relación continuamente, pero que los reparan cuando se dan cuenta. El ejemplo es la madre que toma a su bebé en brazos cuando llora y empieza a investigar: “¿Tienes sueño, cariño? No, porque te has despertado hace poco. ¿Necesitas que te cambie el pañal? Pues no, está seco. Vamos a ver si tienes hambre... Eso es, tenías hambre, ¿verdad?”.

El **modelo de apego inseguro evitativo** se caracteriza por el hecho de que la persona de cuidado no responde a las necesidades del niño o la niña, que aprende a valerse por sus medios, con un lema como “*Yo contra el mundo*”. La figura vincular no calma cuando hay angustia, pero tampoco impide la curiosidad y la exploración, de modo que el niño, niña o adolescente se convierte en una persona muy autosuficiente, pero con dificultades para la intimidad emocional. La figura de cuidado no suele identificar fallos en la relación, y en realidad el niño, niña o adolescente siente que no se le ve.

El **modelo de apego inseguro ambivalente** se establece cuando la figura vincular responde al niño o la niña haciendo énfasis en su dependencia, de modo que el lema vital pasa a ser “*Yo a solas no puedo*”. La persona de cuidado puede calmar a veces cuando hay angustia, pero con su propia inseguridad impide la curiosidad y la exploración del niño, niña o adolescente. Cuando se le pregunta por la relación, la figura de cuidado ve demasiados fallos en la relación, y el niño, niña o adolescente se siente culpable e incapaz.

Por último, el **modelo de apego inseguro desorganizado** surge cuando la figura de cuidado responde de forma impredecible al niño o niña (habitualmente por problemas mentales severos o consumo de sustancias), de modo que el lema vital es “*No sé qué esperar del mundo*”. Cuando la situación en el hogar es imprevisible, con una madre que lo mismo puede estar alegre y con ganas de jugar que metida en la cama con un episodio depresivo mayor, o con un padre que puede ser bromista a ratos y violento en otros momentos, no hay seguridad para el desarrollo pleno. Eso significa que la figura de cuidado no solo no calma la angustia, sino que la causa con sus cambios de humor; y además no permite la curiosidad y la exploración,

15. Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.



porque no hay una seguridad adonde volver en el caso de que las cosas vayan mal. En este modelo los fallos definen la relación, y el niño, niña o adolescente no es capaz de ver una estructura sólida que le permita salir al mundo con seguridad y con expectativas positivas.

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes que llegan a alternativas de cuidado como Aldeas Infantiles SOS tienen modelos de apego inseguros, ya que han sido retirados de sus familias de origen por relaciones especialmente dañinas. Desde esos modelos se relacionan e interpretan todas las relaciones: si les han tratado con frialdad, esperan frialdad en todas las relaciones y la calidez afectiva les resulta amenazadora; si les han tratado con manipulación y chantaje emocional, esperan poder tratar así a todas las personas, y se frustran cuando se encuentran con límites firmes y protectores; si su vida ha sido caótica, cualquier intento de poner orden les resultará extremadamente incómodo... Es necesario tener esto en cuenta en la conceptualización del trauma y en la intervención al respecto.

Por otro lado, es fundamental tener presente que la Teoría del Apego se puede utilizar para definir estilos de relación, que puede ser algo útil y que permita una mejor intervención del equipo, pero sin estigmatizar al niño, niña o adolescente. En este sentido, podría ser adecuado decir *“Este chico parece que interactúa desde relaciones evitativas, vamos a ver qué podemos hacer al respecto”*, o *“Estamos observando que esta chica se muestra dependiente con las figuras adultas, pero que manipula a otras niñas más pequeñas que ella, vamos a prestar atención y ver cómo podemos intervenir”*, pero no definir ni categorizar a personas (nunca *“Es evitativo/ ambivalente/desorganizada”*).

De hecho, en los últimos años la Teoría del Apego ha sido objeto de variada investigación. Se ha pasado de entender el apego como una relación entre la madre y el bebé en los primeros meses de vida a comprender que cualquier persona que ejerza las funciones de cuidado y garantiza la seguridad básica puede ser una figura de apego. Eso significa que las figuras de apego son pocas pero pueden ser muy variadas: padres, familias acogedoras, abuelos o tíos, por ejemplo. Para profundizar en ella, se recomienda conocer el Modelo Dinámico-Madurativo del Apego y la Adaptación de la Entrevista de Apego Adulto de Pat Crittenden y colaboradores¹⁶.

En general, una clave útil en la intervención con apego consiste en identificar y modificar los elementos más dañinos para el desarrollo de un apego seguro: la falta de regulación (tanto de la persona adulta como del niño, niña o adolescente), el cambio de roles (en especial la “adultización” del niño, niña o adolescente, que aparece como figura de cuidado para su madre o su padre, o para el resto de hermanos y hermanas) y todas las relaciones que estén mediadas por la ansiedad, la vergüenza y la culpa.

16. El manual de referencia es: Crittenden, P. M., y Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment. A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. Nueva York: Norton. También se puede consultar el modelo de forma resumida en su página web: <https://www.patcrittenden.com/include/espanol/resumen.htm>

Desde esta perspectiva la competencia de la afectividad consciente cobra todo su valor. Es la competencia que permite a los profesionales generar un entorno seguro y protector para el niño, niña y adolescente, imprescindible para su desarrollo personal, como se analiza en más detalle en el **Apartado 3.3.1. Entornos seguros y protectores que permitan recuperarse**¹⁷. Desde esa seguridad básica los niños, niñas y adolescentes podrán ir modulando y modificando sus modelos de apego. Además, una de las habilidades que incluye la competencia de la afectividad consciente consiste en que las figuras adultas tengan capacidad de establecer vínculos sanos con los niños, niñas y adolescentes, de ofrecerse como figuras vinculares. Sin embargo, la elección final de vincularse o no depende de cada niño, niña o adolescente y su historia personal. Por tanto, mientras que la afectividad consciente la deben desplegar todas las figuras adultas con todos los niños, niñas y adolescentes para generar el entorno seguro y protector que garantice su pleno desarrollo, solo en algunos casos concretos se convertirán en figuras vinculares de un niño, niña o adolescente en concreto si saben y pueden responder a su demanda.

Por eso, uno de los aspectos claves de cara a la intervención profesional es el autocuidado y la elaboración de la historia de vida propia del profesional. Al investigar en las relaciones de apego inseguras de los niños, niñas y adolescentes se encuentra que sus padres y madres tienen problemas en sus propias relaciones de apego, en una línea que parece que se transmite de generación a otra. Para lograr detener la transmisión transgeneracional de patrones de apego inseguros, la persona (especialmente si se dedica al cuidado de niños, niñas y adolescentes) necesita tener tanto sus propias relaciones adultas seguras (con familiares o amistades) como su propia historia individual bien elaborada. Por eso el autocuidado de quienes cuidan y la facilitación del cuidado organizacional son imprescindibles para que se construyan y mantengan relaciones vinculares saludables en las modalidades de cuidado alternativo.

1.2.4. Una mirada consciente a las interacciones entre apego y trauma

Las relaciones de apego iniciales preparan al niño, niña o adolescente para un desarrollo más seguro y saludable o para una vida más complicada y de mayor vulnerabilidad. Si la figura de apego no proporciona una tranquilidad adecuada, el niño, niña o adolescente aprende a desconfiar de sus emociones y de las de los demás, creando dificultades para la intimidad e incluso para la colaboración y el funcionamiento en una vida real que está basada en la interdependencia. Si la figura de apego no facilita la exploración y la promueve, la sobreprotección genera daño en el desarrollo del niño, niña o adolescente, que no llega a experimentar el mundo real de forma directa, y solo conoce aquello que sus personas adultas de referencia consideran adecuado. Y si la figura de apego no proporciona una seguridad a través de estructuras previsible (horarios, normas, consecuencias..., siempre con cierta

17. Horno, P. (2018). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

flexibilidad), el niño, niña o adolescente no es capaz de descubrir el orden en el mundo, y actúa en modo de supervivencia todo el tiempo.

A esa vulnerabilidad inicial puede añadirse, como hemos visto anteriormente que apuntaba Martha Straus, el **Trauma Relacional** cuando los eventos traumáticos provienen de la relación con las figuras de cuidado. Si quien tiene que proporcionar seguridad es también quien causa mayor temor (por su violencia, por su indiferencia, por su ausencia, por sus respuestas inadecuadas...), es lógico que la configuración psicológica del niño, niña o adolescente se vea seriamente afectada. Pero a nivel de supervivencia, es mejor tener una figura de apego dañina que no tenerla. Por eso se produce la idealización de la vida familiar antes de llegar a las modalidades de cuidado alternativo. Y sucede especialmente cuando el proceso de salida del hogar y de derivación al sistema de protección ha sido vivida por el niño, niña o adolescente como más doloroso que la vida con su familia de origen, como veremos en el apartado siguiente.

1.3. “LLEGAR AQUÍ HA SIDO MÁS DURO QUE VIVIR EN MI CASA”. INTERVENCIONES TÉCNICAS Y TRAUMA

En la mayoría de los países la intervención desde el sistema de protección de infancia y adolescencia llega tarde y con pocos recursos. En vez de haber apoyado a las familias con dificultades durante la crianza¹⁸, el sistema de protección, a menudo con financiación limitada y con profesionales con mucha motivación pero insuficientes en número, intervienen desde un enfoque “más paliativo que preventivo”¹⁹. A menudo la intervención se centra en la seguridad jurídica de la entidad de protección (evitar acusaciones de negligencia y desprotección) más que en el Interés Superior del Niño, como sería recomendable desde un enfoque de derechos. Y en muchos casos el proceso en sí de retirada del niño, niña o adolescente de su familia de origen se hace de forma abrupta, sin preparación logística ni afectiva, de modo que quien es sujeto de protección al final acaba viviendo la experiencia como traumática por su intensidad, por la pérdida de sus referentes afectivos (y sociales, cuando sale de su barrio y de su municipio) y por la marca que deja en sus relaciones (“*Quien me protege puede apartarme de quienes quiero sin que yo lo comprenda*”)²⁰.

18. Crittenden, P. M. (2016, 2º ed. ampliada). *Raising parents. Attachment, representation, and treatment*. Londres y Nueva York: Norton.

19. Un ejemplo de esta realidad en España es la investigación realizada por Espirales Consultoría de Infancia en 2017, con datos que revelan estos datos en dos publicaciones, disponibles en: <http://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>

Equipo de Incidencia Política y Estudios UNICEF Comité Español, a partir del análisis realizado por Espirales Consultoría de Infancia, S.L. (2017). *Un lugar donde quedarse. Atención a niños, niñas y adolescentes en acogimiento en el sistema de protección de España*. Madrid: UNICEF Comité Español.

Horno, P., Romeo, F. J., Ferreres, Á., et al. (2017). *El acogimiento como oportunidad de vida. Referentes de buena práctica y recomendaciones para una atención idónea a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial*. Madrid: UNICEF Comité Español.

20. El cortometraje *ReMoved* recoge bien el impacto traumático en la vida de una niña de los procesos de protección, especialmente cuando no se abordan los aspectos emocionales de forma adecuada.

Pero no solo el proceso del sistema puede ser traumático, sino que la vida dentro del sistema de protección también. Un estudio realizado por Noemí Pereda, Judit Abad y Georgina Guilera²¹ sobre la victimización en jóvenes de protección a la infancia y la adolescencia y de justicia juvenil reflejaba unas proporciones que dan cuenta de las dimensiones del trauma en las vidas de estos chicos y chicas:

- El 100% ha sufrido episodios de violencia, como es de esperar en protección y en justicia juvenil.
- La media de episodios de victimización y violencia es de 8,74 episodios, muchos de violencia extrema (incluyendo ser testigos de asesinatos y sufrir agresiones físicas y sexuales).
- El 75% ha sufrido episodios en casa, lo cual indica que las situaciones en las familias de origen eran complicadas en la mayoría de los casos, aunque hay lugar para familias protectoras también, pero con otras circunstancias externas.
- Y lo más llamativo, el 85% ha sufrido episodios estando en protección, durante el año previo a la investigación, con una media de 3,45 episodios de victimización. Es decir, el sistema que pretende proporcionarles una vida mejor que en su hogar no logra ofrecerles la seguridad necesaria.

Y otro elemento que puede resultar traumático para el niño, niña o adolescente, añadiendo nuevos traumas a su vida, es que quienes se van a ocupar de su bienestar no tengan datos completos de su historia, de sus necesidades, gustos e intereses, de sus dificultades y puntos débiles. Por eso la coordinación con los servicios de protección es indispensable, y es necesario realizar una incidencia política continua para garantizar que los niños, niñas y adolescentes reciban una atención adecuada a lo que necesitan desde el primer día, sin que la modalidad de cuidado alternativo tenga que realizar el proceso de diagnóstico de nuevo desde cero.

1.4. “¿DÓNDE ME PERDÍ?”. NARRAR EL TRAUMA

Una de las claves del trauma es que supera las capacidades de procesamiento de la persona en ese momento. La recuperación consistirá, por tanto, en procesar de nuevo, desde las capacidades actuales, la vivencia (y los síntomas en el presente), para comprenderlas y dotarlas de significado.

Productores Nathanael y Christina Matanick, y Director Nathanael Matanick (2013). *ReMoved* [cortometraje]. Estados Unidos: Heschle Video Production. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=IO-eQUwdAjE0>

21. Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2014). *Victimización en jóvenes de protección a la infancia y la adolescencia y de justicia juvenil*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Departamento de Bienestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya). Recuperado de: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/238556/sc109514_victimitzacio_joves.pdf?sequence=1

En este proceso va a ser indispensable que el niño, niña o adolescente vaya encontrando la manera de estructurar su historia, aprendiendo a narrar (y narrarse) su trauma para descubrir dónde se perdió, y cuál es el camino de vuelta hacia una vida plena. Para eso hace falta que se den unas condiciones de seguridad (Entornos Seguros y Protectores, Disciplina Positiva y Afectividad Consciente) que veremos en el capítulo 3, relativo a la intervención. Es importante tener en cuenta que, si bien un acompañamiento profesional especializado puede ayudar al establecimiento de unas narraciones más sólidas y a una recuperación más completa, la presencia de personas adultas dispuestas a escuchar atentamente en el día a día puede ser también una experiencia sanadora.

Este trabajo incluye una dimensión simbólica en la historia de vida: el uso del juego, del arte y de la expresión no solo a nivel verbal permite una elaboración más completa de las dimensiones afectivas de cada historia personal en general y de episodios concretos en particular.

Sin embargo, es importante que como profesionales tengamos clara la estructura de cada trauma: 1) cuál fue el suceso externo que lo causó; 2) de qué forma sobrepasó las capacidades que entonces tenía este niño, niña o adolescente; y 3) qué marca le ha dejado en cada nivel. Solo entonces podremos acompañar en el proceso de narración y sanación. Para completar esta visión, especialmente las huellas del trauma, necesitamos identificar los distintos indicadores y relacionarlos con la historia del niño, niña o adolescente. A eso dedicamos el próximo capítulo.

Ejercicio: reconocer el trauma como proceso

Intentar identificar en la historia de un niño, niña o adolescente que conozcamos los elementos básicos:

1. ¿Cuáles han sido los eventos estresantes?
2. ¿De qué manera supera ese estrés la capacidad de respuesta del niño, niña o adolescente?
3. ¿Qué respuesta encuentra para su supervivencia?
4. ¿Qué marca deja esa respuesta en su funcionamiento?

¿CÓMO DETECTAR EL TRAUMA? EL TRAUMA Y SU IDENTIFICACIÓN

2.1. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN EL DESARROLLO: LOS INDICADORES DEL TRAUMA

El trauma es un proceso tan intenso que puede afectar a diversos niveles de la persona y de su funcionamiento. Cuando el trauma se produce en la infancia y adolescencia, los daños pueden ser mucho mayores, debido a que afectan al desarrollo mismo del cerebro de los niños, niñas y adolescentes y a sus capacidades de incorporarse de forma protectora a la vida habitual²². Conocer las consecuencias del trauma nos permite identificarlo más pronto y mejor, por lo que es necesario que seamos capaces de reconocerlos.

Como el trauma es un proceso muy complejo, puede haber síntomas que sean muy evidentes y otros que permanezcan ocultos, escondidos. Por eso es necesario poner una mirada consciente a lo que nos cuentan los niños, niñas y adolescentes no solo con sus palabras, sino con sus síntomas en forma de somatizaciones, de comportamientos inadecuados o de dificultades académicas. Y aunque muchos indicadores pueden tener un origen distinto del trauma, cuando se observan varios en un mismo niño, niña o adolescente es importante tener en cuenta que probablemente tengan que ver con una experiencia de trauma.

22. Es especialmente recomendable ver la charla TED de la doctora Nadine Burke Harris de 2014 sobre “Cómo el trauma infantil afecta la salud durante toda la vida”, recuperada de la página web oficial de TED Talks: https://www.ted.com/talks/nadine_burke_harris_how_childhood_trauma_affects_health_across_a_lifetime?language=es





Será conveniente entonces intentar rastrear otros síntomas que se nos hayan pasado por alto, para hacer un mapa lo más claro posible, que facilite la intervención posterior.

Por último, es importante tener en cuenta que la mayoría de los indicadores suponen una desregulación, una pérdida del equilibrio saludable, y que por lo tanto se reflejan en los dos extremos de cada continuo. Por ejemplo, en el campo del sueño, son indicadores tanto el exceso de sueño (hipersomnia) como la incapacidad para dormir (insomnio); o en el ámbito emocional, son indicadores tanto la tristeza permanente como la ausencia de momentos de tristeza, siendo lo adecuado estar triste a veces, y alegre, con ilusión, con cansancio o con enojo en otras. En este sentido, los indicadores se pueden presentar tanto externalizados (cuando se dirigen hacia fuera, como la rabia contra otras personas y los comportamientos agresivos) como internalizados (cuando se dirigen al interior, hacia la propia persona, como la ira interior de la persona hacia sí misma o las autolesiones). En cada grupo de indicadores es conveniente prestar atención a estas dos dimensiones.

2.1.1. Indicadores físicos

Aparte de las marcas físicas, la mayoría de las consecuencias física del trauma se dan a niveles fisiológicos, con daños en el sistema nervioso, de modo que no son fáciles de identificar. Los más comunes son:



indicadores físicos

- 
- **Cicatrices y otras marcas físicas**, especialmente las que tengan historias dolorosas. Hay cicatrices que se pueden llevar con orgullo, como la superación de un accidente o de una operación, y que no tienen por qué ser traumáticas, pero la mayoría son indicadores de un sufrimiento físico relevante.
 - **Afectación de zonas cerebrales**. Esto solo se puede observar con pruebas clínicas (imágenes de resonancia magnética funcional, tests específicos), pero son contundentes: el trauma afecta a la configuración física del cerebro, a zonas completas (al menos hasta que se reconduzca el trauma).
 - **Indicadores fisiológicos de estrés** (cortisol, activación neuronal, parámetros internos...). Se pueden medir solo con pruebas muy específicas, de modo que en la mayoría de los casos no vamos a tener esos datos, pero son esperables en cualquier situación de trauma, y hay que tener en cuenta esa dimensión para la intervención.
 - **Problemas en el desarrollo sensomotor**. Cuando la falta de coordinación y de equilibrio, las caídas y los accidentes son excesivamente frecuentes o no esperables para la edad cronológica, es necesario verificar si pueden tener un origen traumático.
 - **Problemas de tacto**. No son frecuentes, pero cuando aparecen indican mucho daño a nivel físico, en cualquiera de sus polos, la hipersensibilidad (niños, niñas y adolescentes que expresan dolor real ante golpes pequeños) o analgesia

(niños, niñas y adolescentes que no muestran dolor, ni incomodidad ante temperaturas extremas de frío o calor).

2.1.2. Indicadores psicossomáticos

Los síntomas psicossomáticos son experiencias físicas, reales, que se viven en el cuerpo, pero tienen origen psicológico. Por eso, como no se les encuentra una causa fisiológica inmediata (una enfermedad, una inflamación, una disfunción) a veces se descartan como “invención del niño, niña o adolescente” o como una “llamada de atención”. Sin embargo, cuando no se atienden desde el inicio desembocan en somatizaciones severas.

- **Dolores crónicos y otros trastornos psicossomáticos.** Pueden adoptar cualquier forma, pero en la infancia y la adolescencia es especialmente importante identificar los “dolores de cabeza” y los “dolores de tripa”: es cierto que pueden ser fingidos en ocasiones (pero entonces al niño, niña o adolescente le cuesta mantener la coherencia, y al cabo de un rato se le ha olvidado lo que había contado), pero en muchos casos son dolores reales, incluso aunque haya profesionales de medicina que no le encuentren motivos. Hará falta una evaluación más completa.
- **Problemas de sueño.** Desde el insomnio (cuando no son capaces de dormir) hasta la hipersomnia (cuando dormirían a todas horas si no se les despertase), y muy en especial las pesadillas, las dificultades con el sueño impiden el descanso y la recuperación del cerebro, de modo que es urgente abordarlos.
- **Problemas de alimentación.** La alimentación es fundamental para un cuerpo en crecimiento, así que cuando los niños, niñas y adolescentes presentan problemas en esta área están poniendo en peligro su desarrollo a todos los niveles. Hay que prestar especial atención a los extremos, la obesidad o la delgadez extremas, y a los comportamientos de riesgo como la anorexia (dejar de comer para reducir peso) y la bulimia (ciclos de atracones y vómitos provocados).
- **Problemas de eliminación.** Indican un nivel de miedo muy elevado, que afecta a funciones básicas: la enuresis (incapacidad para controlar la orina) y la encopresis (descontrol en la defecación) son indicadores muy graves, pero el estreñimiento persistente o las diarreas mantenidas sin motivos de alimentación reclaman también una revisión atenta.

2.1.3. Indicadores emocionales

Como el trauma supone una intensidad emocional muy alta y muy dañina, el ámbito de las emociones suele verse muy afectado, y se produce una fijación en las emociones más desagradables.

indicadores
psicossomáticos

indicadores
emocionales

agresividad

miedo

rabia...

- **Culpa, vergüenza y depresión.** La vivencia traumática conlleva muy a menudo la culpabilización (propia, “¿Por qué no lo evité?”, o desde otras personas, “¿Por qué no te defendiste? Es tu culpa por haber estado allí”) y una sensación de desesperanza y desconfianza en la vida, en las propias capacidades y en otras personas.
- **Autoconcepto negativo y baja autoestima.** Asociado a la culpa (pero diferente de ella), el autoconcepto puede verse muy afectado, con una visión muy negativa de sí (“¿Para qué me voy a relacionar con personas sanas si van a ver que soy un horror? Mejor me relaciono con gente dañada como yo, aunque me sigan haciendo daño”), con autobiografía narrativa fragmentada y desconectada (especialmente si hay momentos olvidados por procesos disociativos), una imagen corporal perturbada (“Con este cuerpo que tengo, ¿quién me va a querer? Mejor ofrecerlo para que me hagan lo que deseen, pero que me den un poco de contacto físico” o, al contrario, “Soy un espanto, así que tendré que imponerme por la fuerza, con amenazas y agresiones, si quiero que me respeten”) y modelos internos negativos del ser.
- **Miedo y ansiedad.** Como hemos visto anteriormente, el hecho traumático en sí termina en algún momento, pero el miedo y la ansiedad de que pueda volver a suceder dura décadas si no se realiza una intervención adecuada.
- **Rabia y agresividad.** Cuando el sistema nervioso se pone en modo de defensa, cualquier elemento externo puede ser vivido como una amenaza y, por tanto, responder a él con agresión. Este indicador, que es muy claro de trauma, es uno de los más difíciles de incorporar en la rutina del trabajo con niños, niñas y adolescentes, porque la imagen idealizada del niño, niña o adolescente traumatizado como alguien que está triste en un rincón y que se muestra afable ante cualquier muestra de cariño es muy distinta de la realidad de furia y confrontación que han desarrollado en muchos casos para sobrevivir.
- **Mal manejo del afecto.** En las relaciones interpersonales pueden aparecer posiciones extremas, relacionadas con la desconfianza en las otras personas: o agresión (cuando hay posibilidad de obtener una ventaja) o sumisión (cuando lo que se espera es más maltrato). Esa desconfianza crea barreras para poder establecer relaciones positivas y sanadoras.
- **Dificultades en la regulación emocional.** A menudo los sistemas internos de regulación emocional quedan afectados, de modo que el niño, niña o adolescente no es capaz de encontrar claves para tranquilizarse cuando es necesario, o para mostrar su enojo de forma respetuosa cuando se vulneran sus derechos, o para animarse a terminar una tarea que podría ser placentera si la completase... Estas dificultades influyen también en el comportamiento y en el control de impulsos.

- **Dificultades para identificar y expresar emociones y estados internos.** Las vivencias traumáticas pueden haber sido tan intensas que la única vía de escape fuera la disociación, desconectarse de ellas. Pero entonces pueden activarse sin que el niño, niña o adolescente sepa cómo ni por qué, generándole más inseguridad, porque no sabe cuándo puede tener un estallido de ira, por ejemplo, al no haber sido capaz de identificar el enojo creciente ante una situación.
- **Dificultades para comunicar necesidades y deseos.** El mundo interno puede resultar inhóspito después del trauma, de modo que es difícil saber trazar “un mapa del mundo afectivo”²³, y eso complica pedir ayuda y recibir apoyo de otras personas.
- **Dificultades para la compasión y la autocompasión.** El hecho de haber sufrido situaciones de violencia, especialmente de violencia interpersonal intencionada, debilita la capacidad de confianza en las propias capacidades y en otras personas. Aunque se suele decir que “*Los niños son crueles*”, las investigaciones revelan que desde la primera infancia suele haber unos impulsos naturales de colaboración y compasión. Son las vivencias posteriores, en especial las situaciones violentas, las que hacen que esa compasión se desgaste, de modo que la frase correcta sería “*Los niños y niñas que son crueles, lo son por haber sufrido violencia y trauma*”. Una de las claves de la recuperación será una mirada compasiva adulta que ayude a cultivar una mirada interna de autocompasión (que permitirá cerrar la herida de la culpa, la vergüenza y la falta de valía).

2.1.4. Indicadores cognitivos

Con un cerebro que está en modo de defensa continuo, las capacidades cognitivas pasan a segundo plano en la estrategia de supervivencia, de modo que en los niños, niñas y adolescentes se suelen identificar dificultades cognitivas que hacen que estén a menudo varios años por debajo del rendimiento habitual de su edad. Si a esto se añade que no fueron regularmente a la escuela en periodos importantes de su vida y que hay cosas que sencillamente no han adquirido (la lectura, las operaciones matemáticas básicas...), en el ámbito escolar pueden recibir un estigma de que “*No se esfuerzan*” o “*Mienten porque con esa edad seguro que saben escribir/multiplicar/aprender historia*”, cuando en realidad tienen el cerebro centrado en otras cuestiones. Por todo ello el trabajo a medio y largo plazo debería estar orientado al reconocimiento de las modalidades de cuidado alternativo como elemento de Necesidades Educativas Especiales²⁴, por la ruptura con la familia de origen y las causas que condujeron a ella.

23. Horno, P. (2012). *Un mapa del mundo afectivo: el viaje de la violencia al buen trato*. Lleida: Boira.

24. Como se recoge en la investigación realizada en 2017: Equipo de Incidencia Política y Estudios UNICEF Comité Español, a partir del análisis realizado por Espirales Consultoría de Infancia, S.L. (2017). *Un lugar donde quedarse. Atención a niños, niñas y adolescentes en acogimiento en el sistema de protección de España*. Madrid: UNICEF Comité Español. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>:



problemas de atención

trastornos del aprendizaje

bajo rendimiento escolar...

- **Retraso en el desarrollo cognitivo.** En muchos casos el retraso en el desarrollo cognitivo con trauma es claramente medible. Al mismo tiempo, si se les ofrecen los apoyos educativos necesarios (además de todos los elementos del capítulo 3), los niños, niñas y adolescentes pueden recuperar sus capacidades de forma gradual, pero para eso es necesario un abordaje integral de la recuperación, en la que lo académico sea secundario frente a todos los demás aspectos.
- **Problemas de atención y de concentración.** Con un cerebro alerta de todo lo que sucede a su alrededor para detectar amenazas presta poca atención a elementos más neutros y seguros, de modo que a menudo se malinterpreta como déficit de atención cuando en realidad el niño, niña o adolescente está prestando atención, pero cosas distintas de los contenidos de una clase (por ejemplo, quién le mira, quién está haciendo ruido, la mirada del maestro... todas ellas fuentes de posible peligro). La hiperactividad correlaciona más, sin embargo, con la ansiedad y con las dificultades emocionales. Y, por otro lado, el niño, niña o adolescente puede desconectarse del mundo externo igual que se desconecta de su mundo interior en procesos disociativos. En cualquiera de estas situaciones, el resultado es la dificultad para completar tareas, que supone problemas a nivel académico.
- **Problemas en el desarrollo del lenguaje.** Una de las habilidades cognitivas que se ve afectada por el trauma temprano es el lenguaje, por eso es imprescindible prestar una atención especial a la expresión verbal. En el caso de niños, niñas y adolescentes que tienen lenguas maternas distintas de las del entorno (por pertenencia a grupos minoritarios, por migraciones intranacionales e internacionales) es importante equilibrar la expresión en su idioma con el aprendizaje de las lenguas necesarias para manejarse en su entorno.
- **Trastornos del aprendizaje.** Los problemas en el cableado neuronal debido al trauma pueden causar trastornos del aprendizaje, que necesitan una intervención especializada en sí mismo.
- **Bajo rendimiento escolar.** Las dificultades causadas por la falta de concentración, por unas capacidades lingüísticas no desarrolladas plenamente y por posibles trastornos del aprendizaje tienen a menudo como consecuencia un bajo rendimiento escolar, que se ve deteriorado aún más cuando la incorporación a la clase se produce iniciado el curso y cuando el curso académico aborda materias muy por encima de las capacidades y conocimientos del niño, niña o adolescente.
- **Problemas en funciones ejecutivas.** Cuando el desarrollo del cerebro se ha visto afectado por el trauma, muchas de las funciones básicas de razonamiento quedan afectadas, como la capacidad de realizar juicios sobre las situaciones, de planificación de procesos o incluso de iniciación de actividades.

“[Recomendaciones de mejora] Reconocer a los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar o residencial como un colectivo con necesidades especiales, y valorar su adaptación curricular e itinerarios formativos individualizados. Realizar valoraciones sistemáticas del daño cerebral que los niños, niñas y adolescentes que han crecido en situaciones de desprotección severa pueden traer, para poder atenderles de la mejor manera” (p. 17).

- **Falta de curiosidad.** Una de las claves más evidentes de trauma es la falta de curiosidad, la ausencia de interés por algo, lo que sea. Es importante diferenciar, especialmente en la adolescencia, que un chico o una chica puede mostrar desinterés por muchos ámbitos que valoran las personas adultas de su entorno (la escuela, la formación profesional, las normas, la higiene...) pero sí interesarse por otros temas, como la música, las relaciones sociales o actividades de ocio. Lo que debe llamar la atención es el hecho de que un niño, niña o adolescente no muestre curiosidad por nada. Será importante ver qué le puede gustar, preferiblemente temas sencillos, y darle un seguimiento hasta descubrir algo que le interese. Tener objetivos externos (un deporte, una música, una actividad de ocio...) le permitirá empezar a salir de su encerramiento en su dolor.

2.1.5. Indicadores comportamentales

Los indicadores comportamentales reflejan cómo afecta el trauma a las capacidades superiores de toma de decisiones (que residen en el córtex prefrontal del cerebro). Aunque estas capacidades están relacionadas con los aspectos cognitivos (si hay mejores capacidades cognitivas se pueden tomar mejores decisiones), son diferentes de ellos, como se puede observar en que los niños, niñas y adolescentes a menudo son capaces de reconocer que eligieron una opción mala incluso sabiéndolo, pero que “no se pudieron controlar”.

- **Problemas en el control de impulsos.** Tiene que ver con la impulsividad, con dar respuestas poco meditadas a las situaciones, de modo que incluye presentar dificultades con las normas.
- **Problemas para calmarse y autorregularse.** Relacionados con los indicadores emocionales de ansiedad y nerviosismo, afecta a las funciones básicas (comer con tranquilidad, ir a la cama y adormecerse con gusto...).
- **Conductas agresivas.** La rabia y el miedo, tan frecuentes en casos de trauma, pueden provocar respuestas agresivas, inesperadas, que generan fuertes problemas sociales. La rabia contra el mundo y contra las personas y una valoración inadecuada de las consecuencias (para sí y para otras personas) pueden conducir a actos delictivos. Veremos más en el apartado dedicado a la agresividad.
- **Conductas autodestructivas y suicidas.** La agresión puede estar volcada también hacia dentro, con conductas en las que el propio niño, niña o adolescente se causa daño a distintos niveles (físico, emocional, social...), siendo el extremo los intentos de suicidio. En este sentido hay que cuestionar y eliminar la frase “Intentó suicidarse como llamada de atención, pero en realidad no quería matarse”, porque devalúa la intensidad del sufrimiento del niño, niña o adolescente y minusvalora la posibilidad de que en el próximo intento lo consiga. Los intentos de suicidio son indicadores de una desesperanza completa y deben ser abordados de manera integral.

indicadores
comportamentales

conductas agresivas

ausencia de problemas

comportamiento desafiante

abuso de sustancias

- **Abuso de sustancias y conductas adictivas.** Las conductas adictivas son una forma que encuentran los niños, niñas y adolescentes para gestionar la ansiedad, una especie de “medicación” claramente inapropiada y dañina, pero que les proporciona momentos de calma y evasión. El abuso de sustancias (alcohol y drogas) debe abordarse siempre como un síntoma más, y no como el único objetivo de la intervención (los fines de la intervención deben ser restablecer el funcionamiento completo como persona tras el trauma).
- **Comportamiento desafiante.** Con una historia vital en la que las figuras adultas han sido causa de daño y sufrimiento, es esperable que en muchos casos los niños, niñas y adolescentes no confíen en los nuevos referentes adultos y cuestionen e incluso se opongan a sus normas e intervenciones. Es importante comprender como profesionales que, aunque no hayamos causado el daño, es nuestra responsabilidad gestionarlo en el presente, de forma segura y protectora para cada niño, niña o adolescente.
- **También ausencia de problemas: “chico o chica excesivamente dócil y amable”.** La mayoría de los indicadores comportamentales tienen que ver con aspectos que causan problemas en la convivencia y que resultan incómodos a muchos niveles. Pero eso no puede hacer olvidar que en esos comportamientos el niño, niña o adolescente saca su agresividad hacia el exterior. El problema es cuando dirige la agresividad hacia el interior, anulándose como persona y plegándose a los deseos de los demás. En esa situación puede parecer que va todo bien porque no hay problemas, pero la cuestión es que nadie está viendo el sufrimiento de ese niño, niña o adolescente, que evita el conflicto para no sufrir más, a costa de desentenderse de sus propios deseos y necesidades.
- **Juegos o conductas que actúan el trauma pasado.** Los niños, niñas y adolescentes pueden contar, sin darse cuenta, su trauma a través de su comportamiento, que repite en bucle, como un proceso congelado, la vivencia que no tuvo un buen final. En niños y niñas de menor edad puede ser un juego repetitivo (la muñeca mamá que pega sistemáticamente a los muñecos hijos, el muñeco monstruo que ataca y devora al muñeco cachorro, la casa que se construye para destruirla después en un terremoto como el vivido...). Con más edad puede ser el juego cruel (en el que el niño o la niña vuelca su rabia contra un muñeco, contra una mascota o incluso contra otro niño o niña con la excusa de “*Estamos jugando...*”). Y en todas las edades es la repetición de comportamientos en el presente que recuerdan lo sufrido, por ejemplo, intentar provocar castigos físicos (porque de ese modo controlan cuándo suceden, “*Si logro que te enfades ahora y que me pegues, el resto de la tarde tendré tranquilidad. Si no lo consigo, no sé cuándo me vas a pegar, porque no me creo que aquí no peguéis*”) o encontrarse en prácticas abusivas sexuales desde la agresión (“*A ver si haciendo lo que me hicieron a mí saco mi rabia y me siento mejor*”) o desde la victimización (con un pensamiento inconsciente del tipo “*Sé que alguien va a abusar de mí, voy a buscar a alguien que abuse de mí sin hacerme demasiado daño*”).

2.1.6. Indicadores sexuales

La violencia sexual en la infancia o adolescencia afecta a la persona completa, de modo que el niño, niña o adolescente que ha sufrido abuso sexual va a mostrar indicadores en todos los niveles²⁵. Sin embargo, hay algunos indicadores específicos de haber padecido violencia sexual que es necesario identificar para poder abordar este tipo de trauma.

indicadores sexuales

conductas inapropiadas

conocimientos impropios

conductas de riesgo

- **Conductas sexuales inapropiadas.** El desarrollo afectivo-sexual normal incluye conductas sexuales esperables en cada edad, que son saludables, placenteras y seguras²⁶. Cuando ese desarrollo se ve alterado pueden aparecer conductas inadecuadas, que reflejan el daño recibido a nivel sexual o el grado de vulneración de derechos sufrido, como la masturbación compulsiva, e incluso puede dañar a otros niños, niñas y adolescentes, como cuando quienes han sufrido abuso empiezan a ver a otros niños, niñas y adolescentes como objetos sexuales o cuando proponen realizar caricias bucogenitales.
- **Agresiones sexuales a otros niños, niñas y adolescentes.** El daño extremo es la agresión sexual a otros niños, niñas y adolescentes, bien por haber perdido los límites internos y considerar que es algo normal, bien por rabia o por pérdida de control por el hecho vivido y la impotencia sentida. Es importante señalar que hay una minoría relevante de niños, niñas y adolescentes que agreden sexualmente que no han sufrido abusos (o no se pueden identificar de forma fiable), pero que desde luego han sufrido otros tipos de violencia, sobre todo psicológica, y de una forma extrema.
- **Conocimientos sexuales impropios.** Los niños, niñas y adolescentes que han padecido violencia sexual pueden mostrar conocimientos sobre cuestiones sexuales que no serían esperables en su edad (desde descripciones físicas de actos sexuales hasta sonidos, olores y texturas específicos de relaciones sexuales).
- **Conductas sexuales de riesgo.** Al no haber aprendido todo lo relativo a lo afectivo-sexual de forma sana, al llegar a la adolescencia pueden incurrir en conductas de riesgo, por falta de límites internos o por repetición de patrones, como relaciones sexuales sin una seguridad afectiva (por ejemplo, con personas que acaban de conocer) o sin medidas de protección.
- **Dificultades para la intimidad sexual.** Las distorsiones en el desarrollo afectivo-sexual pueden conducir a extremos según el niño, niña o adolescente va

25. Se puede consultar la siguiente referencia, que aborda cómo afecta el abuso sexual en todos los niveles, destacando los que se perciben desde el ámbito deportivo:

Romeo, F. J., y Horno, P. (2018). Materiales de la campaña “El abuso sexual infantil queda fuera de juego” de prevención y detección del abuso sexual infantil en el deporte: *Guía de detección del abuso sexual infantil en el ámbito del deporte para profesionales*. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/materiales-de-la-campana-el-abuso-sexual-infantil-queda-fuera-de-juego/>

26. Romero-Cabrera, F., Navarro Hernández, N., y Meyer Froese, M. I. (2014). *Guía sobre conductas sexuales problemáticas y prácticas abusivas sexuales*. Viña del Mar, Chile: ONG Paicabí y Aldeas Infantiles SOS Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1cubWVEcI1NsuNkJ-fOMAf8VNFv-ZLPpk/view>

creciendo, entre ofrecerse como objeto sexual (casi siempre de forma inconsciente, manteniendo relaciones sexuales sin discriminación, de forma poco segura) y el retraimiento (evita todo lo que tenga que ver con lo sexual, perdiendo oportunidades de desarrollo personal, especialmente con la dificultad de establecer relaciones de pareja).

- **Fobias y disfunciones sexuales.** El sufrimiento padecido durante el abuso puede causar que el niño, niña o adolescente desarrolle miedos respecto a la sexualidad, que pueden llegar a incapacitarle para unas relaciones sexuales plenas y satisfactorias en la edad adulta. Este indicador suele ser más relevante en la adolescencia, pero en los casos más extremos puede aparecer en la infancia (por ejemplo, con miedo o asco hacia sus propios genitales, o con masturbación compulsiva a tempranas edades).
- **Riesgo de violación en el futuro.** En muchos casos la violencia sexual afecta de tal forma al niño, niña o adolescente que queda una marca en su forma general de relacionarse con el mundo, una visión de sí como víctima, y que otras personas que busquen agredir sexualmente pueden identificar con facilidad, haciendo más fácil la violación en el futuro. Es fundamental recordar que esto no es culpa ni responsabilidad de los niños, niñas o adolescentes (o de las personas adultas), sino que es un rasgo que les deja la violencia sexual, y que es necesario abordar durante la intervención para que desaparezca y no se les pueda detectar como víctimas de nuevo. Este indicador resulta muy difícil de detectar, especialmente por parte de profesionales con historias sanas, sin grandes experiencias de violencia, ni como víctimas ni desde la agresión. Desafortunadamente este indicador a menudo se detecta con posterioridad: cuando el niño, niña o adolescente en cuidado alternativo sufre un abuso, que permite destapar abusos anteriores. Por eso es importante que se proporcione una educación afectivo-sexual completa y saludable, porque en los ejercicios propuestos los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia sexual pueden manifestarlo inconscientemente por sus comentarios o incluso pueden poner nombre y revelar lo que han padecido en su pasado. De ese modo se puede empezar a trabajar para que vaya eliminando las marcas que ha dejado el abuso en su comportamiento y en sus relaciones.

2.1.7. Indicadores sociales

indicadores sociales

Con todos los niveles que se pueden ver afectados es esperable que también se resienta gravemente el desempeño en las relaciones interpersonales. Un niño, niña o adolescente con un estado de ánimo impredecible, con pocas habilidades sociales y con conductas desagradables va a encontrar serias dificultades para establecer relaciones sanas con otras personas de su edad y también con posibles figuras adultas de referencia.

Dificultades en el apego y las relaciones vinculares. Como se ha visto anteriormente, cuando el trauma proviene de las figuras vinculares, el sistema

de confianza del niño, niña o adolescente se ve dañado de forma grave. Incluso cuando el trauma proviene de otros elementos, las personas adultas de referencia van a tener dificultad para ser reconocidas como seguras y protectoras, de modo que al niño, niña o adolescente le va a costar establecer nuevas relaciones vinculares sanadoras.

problemas con los límites

falta de confianza

aislamiento social

- **Problemas con los límites personales.** El estrés del trauma supone una violación de todas las estructuras internas del niño, niña o adolescente, lo cual le puede dificultar mantener unos límites personales sanos en sus relaciones, pudiendo oscilar entre comportamientos muy invasivos (sin respeto a la autonomía de otras personas) o muy complacientes (sin respeto por sus propios límites internos), y actitudes de autosuficiencia e independencia total, creando una coraza que impide el desarrollo de relaciones de intimidad y de apoyo.
- **Falta de confianza, suspicacia.** Ante un mundo que tiene personas adultas que causan daño o que no protegen, es esperable la respuesta de desconfianza por parte de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido trauma, con un permanente cuestionamiento de las relaciones y de su fiabilidad.
- **Aislamiento social.** Con todas estas características, los niños, niñas y adolescentes pueden ser difíciles de tratar, pero si además se encuentran en modalidades de cuidado alternativo, en las que tienen que empezar todas las relaciones desde cero, y en un entorno nuevo (nuevo barrio, nuevo municipio, nueva región, nuevas normas, nueva escuela...), es muy fácil que se queden a solas con su problemática. Cuando llegan a la adolescencia esto es más evidente, porque al prepararse para la vida adulta en muchos casos se encuentran con una falta de red social con personas normalizadas, ya que la mayoría de las relaciones que tienen se producen dentro de las estructuras de los sistemas de protección (sus amistades y sus parejas provienen en muchos casos de los mismos circuitos de protección). Por eso la intervención sociocomunitaria es primordial en las modalidades de cuidado alternativo, para que los chicos y chicas puedan ir tejiendo sus redes de afecto dentro la comunidad donde viven, con personas que sigan en sus vidas una vez lleguen a la edad adulta.
- **Dificultad para percibir y responder a los estados de ánimo de las personas.** Cuando el trauma hace que el niño, niña o adolescente se quede bloqueado en un estado perpetuo de alarma (ataque o huida), su cerebro tiene dificultades para interpretar los elementos sociales, como la mirada, el tono de voz o la postura corporal, asignándoles sistemáticamente el valor de “amenazante”. Eso dificulta que puedan llegar a percibir los mensajes reales de otras personas, impidiéndoles que desarrollen una empatía adecuada. Como insiste Stephen Porges desde la Teoría Polivagal²⁷, esa falta de sintonía no es intencionada, el sistema nervioso del niño, niña o adolescente sencillamente percibe todo como amenaza.

27. Porges, S. (2016). Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la percepción y la expresión del afecto. Una perspectiva polivagal. En D. Fosha, D. J. Siegel y M. S. Solomon (Eds.), *El poder curativo de las emociones. Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*, pp. 33-66. Sitges, Barcelona: Eleftheria.

conductas antisociales

- **Conductas antisociales.** La rabia, las dificultades en el control de impulsos y la desconfianza en poder obtener lo que necesitan de formas adecuadas se combinan en conductas antisociales, como agresiones, peleas, robos, vandalismo y conflictos con la ley. Es importante recordar que desde un Enfoque de Derechos del Niño, un niño, niña o adolescente que haya cometido un acto delictivo mantiene todos sus derechos, especialmente el derecho a rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad, con unas habilidades sociales y con una reparación efectiva de los daños causados que le permitan integrarse de una forma aceptable.
- **Revictimización y transmisión transgeneracional de patrones.** Cuando se conocen las historias de vida de los niños, niñas y adolescentes y de sus familias, muy a menudo se observa la repetición de patrones. A veces es una repetición del mismo rol: chico violento hijo de padre violento, que a su vez es hijo de un abuelo que fue violento; o madre adolescente que fue hija cuando su madre era adolescente, igual que su abuela fue madre en la adolescencia. Otras veces los roles están más mezclados: el niño que repite el rol de víctima, como su madre en una situación de violencia de género por parte de su marido; la niña que repite el rol de agresora que veía en su casa de su abuela a su madre... Podemos llamar a este fenómeno **“transmisión transgeneracional de patrones”**. Es importante insistir en que los patrones que se repiten pueden no ser exclusivamente el de agresión, sino también el de víctima o el de salvación (quien cuida compulsivamente de las personas de su entorno, pero no de su propio bienestar). Y esa repetición no se da siempre: la clave para evitar la transmisión transgeneracional de patrones no está en la experiencia vivida (que unas experiencias sean más fáciles de superar que otras), sino en la integración que la persona hace de esa experiencia, cuando a través de su trabajo personal y de sus relaciones afectivas sanas en el presente es capaz de vivir la vida sin actuar desde el trauma.

revictimización

2.1.8. Reflexiones sobre los indicadores

Los indicadores vistos reflejan el sufrimiento del niño, niña o adolescente que está viviendo con un trauma, y poco a poco van siendo más comprendidos. Sin embargo, quedan tres ámbitos de indicadores que necesitan una mayor profundización, de modo que se les dedicará un apartado a cada uno: son la disociación, la relación entre trauma y conductas violentas y de riesgo y cómo afecta el abuso sexual de forma traumática al desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.



2.2. EL OLVIDO NECESARIO: TRAUMA Y DISOCIACIÓN

2.2.1. Concepto de disociación

El impulso del que surge la disociación es una respuesta adaptativa en el momento ante una situación desbordante: la persona se desconecta de una vivencia con una emoción intolerable para poder sobrevivir. El sistema nervioso opta a menudo por desconectar la consciencia para evitar males mayores, por ejemplo, ante una paliza viene un desmayo (al recuperar la consciencia habrá lesiones y dolor, pero serán más soportables que soportar los golpes sin saber cuándo va a terminar) o ante un abuso sexual puede quedarse la mente en blanco (el cuerpo recuerda la violencia sexual sufrida, pero la memoria consciente no, permitiendo sobrevivir al horror). La disociación es la consolidación a largo plazo de una estrategia de evitación, con un componente muy primitivo (ver el apartado sobre la Teoría Polivagal de Stephen Porges en el **Anexo 1. Una revisión de teorías actuales sobre el trauma**). Porque ese mecanismo, que es adaptativo en la situación y que permite la supervivencia, conlleva unas graves consecuencias a largo plazo. Es un “olvido necesario” para sobrevivir, y al mismo tiempo supone una vida marcada, con partes que actúan desde fuera de la consciencia, afectando al funcionamiento diario.

Por un lado, al haber emociones “prohibidas” porque recuerdan a la situación, no permiten el pleno desarrollo emocional: puede estar prohibida la rabia ante quien maltrata, para evitar daños mayores, pero sin la fuerza del enojo la persona no es capaz de defender sus derechos y necesidades; o puede estar prohibido el miedo, porque conecta con el miedo que está apartado en los rincones más ocultos de la mente, de modo que la persona puede ser demasiado arriesgada y perder los límites de seguridad; o puede estar prohibida la tristeza, que se ve como debilidad que facilita la agresión por parte de otros, pero entonces no se desarrolla la consciencia de sí ni la intimidad con otras personas²⁸. El desarrollo pleno consiste en transitar todas las emociones, sin bloquearse en ninguna de ellas. Para ello es necesario saber que no existen las emociones negativas: todas las emociones son positivas porque todas proporcionan información relevante para la vida. Las emociones agradables nos informan de que estamos consiguiendo elementos valiosos y nos ayudan a celebrarlos y cuidarlos (logros personales, intimidad con otras personas, satisfacción...). Las emociones desagradables, por muy incómodas que sean, también son positivas porque nos permiten sobrevivir: el enojo surge ante la vulneración de nuestras necesidades, de modo que resulta fundamental para hacer valer nuestros derechos; el miedo nos informa de situaciones de peligro y nos mueve a buscar seguridad y ayuda; el asco nos permite poner distancia rápidamente con sustancias, objetos, animales o personas que nos pueden causar malestar; y la tristeza nos ayuda a procesar las pérdidas y a recibir apoyo.

28. Horno, P. (2017). *Educando la alegría*. Bilbao: Descleé De Brouwer. Ver especialmente la explicación sobre la función social de la tristeza en la página 115.

Al apartar esas vivencias de la consciencia aparece también una segunda consecuencia: como esas emociones quedan bloqueadas, cuando aparecen finalmente, no se saben manejar, de modo que se produce el descontrol. Así, el niño siempre obediente que un día tiene un ataque de ira tal que toda la casa queda desconcertada y que nadie sabe calmar; la niña habitualmente serena que a partir de una experiencia de miedo aparentemente menor (un insecto, un susto por la noche...) tiene un ataque de pánico desproporcionado que habla de su historia pasada; el adolescente que entra en una profunda depresión después de dejar una relación con su pareja de dos meses (un tiempo demasiado corto como para que haya establecido un vínculo tal que la separación le cause tanto daño).

Frank Putnam²⁹ ofrece una visión que muestra la disociación como mecanismo adaptativo que permite la supervivencia de tres formas (cada una con su consecuencia):

- Automatización del comportamiento ante circunstancias que desbordan a nivel psicológico: el cuerpo logra sobrevivir mediante un mecanismo automatizado a situaciones que resultan muy difíciles, pero pierde la capacidad de poner consciencia (y encontrar soluciones) a historias del pasado.
- Compartimentalización de los recuerdos y sentimientos dolorosos: las emociones desagradables quedan fuera de la consciencia, pero eso impide sanarlas.
- Separación del Yo ante la situación traumática: se sobrevive al evento estresante, pero no permite el procesamiento completo de la vivencia, que queda bloqueada, en procesos congelados.

La especialista en trastornos disociativos Anabel González señala tres tipos de síntomas que permiten comprender mejor el fenómeno de la disociación³⁰:

- **Amnesia:** no se recuerda el hecho (“*No recuerdo que me haya ocurrido*”), se mantiene fuera de la vida diaria. Esto se puede referir a un hecho concreto (“*Creo que fui abusada de pequeña, pero no lo recuerdo*”) o a periodos completos de la vida (especial atención a niños, niñas y adolescentes que no recuerdan épocas completas de la vida después de los cinco o seis años de edad). Eso afecta a la identidad, porque quedan “agujeros” en la consciencia, de la persona que fue en el pasado y que es en el presente.
- **Despersonalización/desrealización:** se genera una sensación de distancia, de alejamiento del evento o del propio yo (por ejemplo, en historias de abusos sexuales podemos escuchar frases como “*En realidad eso no me ocurrió a mí, sino a mi cuerpo*”). En la adolescencia la estrategia de utilizar “supuestas personas” (“*No lo pregunto por mí, que yo no tengo dudas de sexualidad, es por mi amigo/novia/compañero/vecina...*”) es muy saludable, e incluso puede ser fomentada desde los equipos educativos para hablar abiertamente de temas que pueden provocar pudor (sexualidad, afectividad) o crear estigma (grupos

29. Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. Nueva York: Guilford Press.

30. González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Pléyades. Págs. 91-94.

violentos, consumo de sustancias). Sin embargo, cuando un niño o niña de menor edad habla de cosas que les ocurrieron a otros niños y niñas, en especial con rasgos similares, es necesaria una atención mayor ante una posible disociación de vivencias traumáticas.

- **Fragmentación de la conciencia:** a consecuencia de esa separación de la vivencia traumática, pueden quedar partes internas desconectadas entre sí (y que pueden oscilar, por ejemplo, adoptando en ciertos momentos una postura de agresor poderoso y en otros de víctima indefensa, sin recordar lo dicho o hecho en esos dos estados).

Es importante tener en cuenta que la disociación se da en un continuo que va desde el mecanismo adaptativo del distanciamiento emocional (por ejemplo, cuando queremos estar presentes para alguien que ha perdido a un ser querido, intentamos no inundarnos de nuestra propia emoción para poder acompañar a la persona) pasando por recuerdos disociados (que causan problemas desde fuera de la consciencia) hasta la personalidad disociada, el llamado **Trastorno de Identidad Disociativo (TID)**, en el que aparecen distintos yoés (“personalidades múltiples”).

La disociación no es voluntaria: la persona realmente no es consciente de las otras partes activas. En el caso de niños, niñas y adolescentes con trauma se puede observar la diferencia entre cuando son conscientes de lo que han hecho e intentan evitar las consecuencias con versiones muy creativas de la realidad, y cuando realmente no recuerdan lo que ha pasado ni lo que han dicho o hecho.

La disociación afecta a múltiples niveles de la persona: desde la memoria (no se recuerdan elementos importantes de la historia propia), la cognición (faltan datos para poder comprender todo lo que sucede en el presente), la regulación (pueden aparecer estados descompensados sin tener claves para abordarlos), la consciencia (hay momentos en los que la persona no está presente) y por tanto a la identidad (la persona tiene la sensación de que hay procesos internos que le están ocultos, pero que afectan a su vida diaria).



2.2.2. Indicadores de disociación

Los indicadores son difíciles de evaluar, y un diagnóstico completo de disociación requiere de un proceso detallado y respetuoso. Desde la intervención socioeducativa deben llamar la atención algunos especialmente evidentes señalados por Frances Waters, sabiendo que la detección definitiva la debe hacer alguien especialista.

Frances Waters y algunos indicadores de disociación más destacables

La especialista en trastornos disociativos en la infancia Frances Waters³¹ resalta la dificultad que existe muchas veces para identificar la disociación en niños, niñas y adolescentes, ya que a menudo no tienen la vivencia de que les suceda nada, simplemente les pasan cosas que no entienden. Algunos indicadores que se pueden observar desde una intervención socioeducativa son los siguientes:

- **Mirada perdida o en blanco.** Hay que diferenciar entre cuando el niño, niña o adolescente “está en su mundo”, imaginando o pensando (que es algo productivo y suele ir acompañado de gestos de concentración o de sonrisas de ensoñación) de cuando realmente no está pensando nada, con un bloqueo mental, sin expresión. En los casos más extremos se pueden dar movimientos extraños con los ojos, como parpadeos repetidos al pasar del estado disociado al estado habitual.
- **Alucinaciones visuales o auditivas.** Tienen la forma de voces o figuras internas amenazantes o rígidas, que el niño, niña o adolescente escucha como una forma interiorizada de mensajes de figuras adultas agresivas, y que hay que diferenciar de los cuadros de psicosis, en los que las voces se viven como externas a la persona.
- **Cambios extremos de estado de ánimo.** Descartando trastornos del ánimo, los cambios extremos pueden indicar que hay partes disociadas que emergen con características específicas.
- **Cambios extremos de comportamiento y gustos.** Cuando aparecen cambios de este tipo (odiar el helado un día y al siguiente disfrutar comiéndolo, por ejemplo) puede tener que ver con un trastorno disociativo en el que hay personalidades diferenciadas.
- **Honestamente no recordar haber hecho cosas.** Como hemos visto anteriormente, es necesario verificar si el niño, niña o adolescente está buscando una forma de evitar un castigo o una confrontación, o si realmente no recuerda lo que ha hecho.
- **Progreso inadecuado pese a estar en un entorno seguro.** Si se están abordando todas las áreas donde el niño, niña o adolescente presenta dificultades y no mejora, tal vez es porque hay áreas ocultas, disociadas, que no están recibiendo atención, por lo que mantienen los síntomas.
- **Múltiples diagnósticos diferentes previos, sin éxito.** Este es uno de los indicadores más importantes: ssi el niño, niña o adolescente acumula diagnósticos variados sin que los tratamientos propuestos hayan supuesto mejoras, es muy probable que se estén intentando intervenir con los problemas de las partes incompletas del yo, sin abordar la disociación en sí. Es decir, si un niño, niña o adolescente ha sido diagnosticado, por ejemplo, de categorías tan diversas como un trastorno por déficit de atención, problemas de control de impulsos y depresión, es probable que sea un caso de disociación. Eso no significa que no haga falta abordar la atención de una parte disociada, del autocontrol y de los estados de ánimo, pero sabiendo que son solo partes del problema mayor, que es la disociación.

31. Waters, F. S. (2016). *Healing the fractured child: diagnosis and treatment of youth with dissociation*. Nueva York: Springer. Págs. 48-67.

Por otro lado, se puede considerar la somatización como una forma de disociación, ya que al convertir el sufrimiento psicológico en un dolor físico contribuye a dar un valor de veracidad a la experiencia emocional, la hace visible y la legitima, porque organiza la experiencia emocional en torno a lo somático. En una cita de Ann Weiser Cornell, “*Hay que escuchar los susurros del cuerpo antes de que tenga que gritarnos*”. Por eso en situaciones de trauma es tan importante la intervención desde la dimensión corporal, para que podamos prestar atención a los mensajes de una forma más directa, sin que el cuerpo tenga que sufrir por ello.

2.2.3. Claves para abordar la disociación

La disociación es un proceso muy complejo, por lo que es necesario formarse en profundidad y recibir asesoramiento externo para poder abordar la intervención con niños, niñas y adolescentes que la presentan. Esto significa que solo las profesiones habilitadas para la intervención terapéutica, con una formación específica completa, pueden hacer diagnósticos y proponer intervenciones en el ámbito de la disociación. Pero cada profesional que vaya a tratar con un niño, niña o adolescente con problemas de disociación debe tener también una formación básica al respecto, y debe recibir claves por parte de especialistas sobre cómo entender y abordar los síntomas específicos de disociación en cada niño, niña o adolescente en concreto. Es decir, si alguien considera que un niño, niña o adolescente puede estar sufriendo aspectos disociativos, tiene que derivarlo a su especialista, y seguir las pautas que le indiquen. En este sentido, tanto el marco general del **Apartado 3.3. La intervención (I): Las estructuras generales protectoras** como el **Apartado 3.4. La intervención (II): Aspectos específicos** ofrecen claves que se podrán ajustar según los casos.

El objetivo final es la integración de todas las partes: cada cual apareció en su momento para proteger al niño, niña o adolescente, así que solo cuando trabajen en equipo, desde la consciencia, podrá recuperar el equilibrio.

Por tanto, la primera integración debe provenir de la mirada adulta consciente: un reconocimiento al valor de cada parte, que ha desempeñado su función en la supervivencia del niño, niña o adolescente, y que pueden empezar a funcionar de manera coordinada para su bienestar.

2.3. “AGREDO DESDE MI HERIDA”. TRAUMA Y CONDUCTAS VIOLENTAS Y DE RIESGO

2.3.1. La conducta agresiva como síntoma

Los síntomas son nuestros aliados: nos dan claves sobre las vivencias. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, por ejemplo, la fiebre es un aliado valioso que nos



agresión como síntoma

informa de un proceso de enfermedad en el cuerpo. Es normal que nos preocupemos y que busquemos una solución (llevar al niño, niña o adolescente a los servicios de salud para que le hagan un diagnóstico completo). Sin embargo, no sería razonable enojarse con la fiebre en sí aunque nos moleste, por ejemplo, que haya enfermado por no haberse puesto ropa suficiente, o aunque nos dé rabia que se pierda una excursión a causa de la enfermedad. Tampoco es adecuado decidir a solas que la fiebre no es importante y tratar de eliminarla (“*Vaya, tiene fiebre, y lo que hacemos siempre es darles un medicamento para bajársela, no hace falta ir al centro de salud*”).

Las conductas agresivas son síntomas que nos informan de que el niño, niña o adolescente se encuentra en un estado cerebral de desequilibrio ante una amenaza, con forma más de ataque que de huida. En muchos casos habla más de su pasado (violencia y maltrato en periodos anteriores de su vida, como indicador de trauma) que del presente: podemos comprenderlo al ver que lo que ha desencadenado la respuesta agresiva ha podido ser algo neutro o incluso positivo, pero interpretado desde una historia personal de peligro y victimización. Por eso toca recordar la frase “**Agredo desde mi herida**” como guía para la intervención: ¿desde qué herida agrede este niño, niña o adolescente?

Como la agresividad funciona a un nivel fisiológico automático y muy rápido, necesitamos conocer nuestros propios procesos internos para no agredir como respuesta. El comportamiento de un niño, niña o adolescente nos puede parecer dañino e incluso injusto, pero eso no justifica una agresión por nuestra parte.

2.3.2. La agresión y el control



agresión y control

Para profundizar en qué tipo de síntoma es un comportamiento en concreto es necesario esclarecer la **relación entre agresión y control**.

La **agresión como forma de control** nos informa de que el niño, niña o adolescente marca sus límites desde unas habilidades sociales bajas ante situaciones de inseguridad. En circunstancias que le resultan incómodas o amenazantes, el niño, niña o adolescente recurre a una acción violenta para intentar controlar la situación (por ejemplo, los primeros días en la alternativa de cuidado o en la escuela pueden intentar marcar la jerarquía social a través de varios enfrentamientos, para dejar clara su fuerza y su posición a respetar). La respuesta educativa adecuada debe darse desde la seguridad y los límites de un entorno seguro y protector, transmitiendo la importancia del respeto a todas las personas.

Sin embargo, puede haber otras situaciones en las que aparezca la **agresión como pérdida de control**, cuando se produzca una pérdida de autorregulación ante una experiencia desbordante (por ejemplo, las rabietas son un ejemplo de cómo algo trivial, como que termine el tiempo de juego o que toque la hora del baño, desencadena respuestas de descontrol en niños y niñas con cerebros cansados por las tareas del día). En esos casos la respuesta educativa apropiada debe partir desde la regulación

adulto externa (respirar profundamente, comprender la agresión como síntoma de sufrimiento y buscar calmar ese malestar) hacia la regulación interna del niño o la niña (que pueda expresar cómo se siente, pero desde la contención afectiva, siendo una presencia protectora).

Mientras que la agresión como forma de control es consciente (“*Para que me respeten tengo que pegar*”, “*Para conseguir un caramelo se lo tengo que quitar a ese niño*”, “*Para que me presten atención tengo que gritar*”), la agresión como pérdida de control (cuando vemos que se sienten mal y en realidad no saben qué les sucede) no lo es. Por eso es fundamental diferenciar de qué modo se produce la agresión en la situación, porque la intervención va a ser distinta: corrigiendo y dando pautas de comportamiento en el primer caso; calmando y dando pautas emocionales en el segundo.

2.3.3. La agresión y su objeto

Otro elemento imprescindible para abordar las agresiones es identificar cuál es el objeto. Cuando aparece la **agresión dirigida a personas concretas** la clave está en la relación. Puede ser una relación concreta (como la de un chico con su educadora de referencia, o la de una chica con su compañera de habitación) o puede ser una relación basada en roles (como la de un chico con todos sus profesores, sean como sean, o la de una chica con todos los niños pequeños que le recuerdan a su hermano). En estos casos suele haber cierto grado de consciencia (los niños, niñas y adolescentes saben quiénes no les gustan y con quiénes tienen conflictos), y la respuesta debe proporcionarse desde los aspectos relacionales (construyendo confianza en la relación de apego, cultivando técnicas de resolución de conflictos...).

Por otro lado, la **agresión como respuesta a estímulos concretos** es más difícil de abordar porque depende de elementos externos vinculados a la historia del niño, niña o adolescente, que en muchos casos es inconsciente y que suele resultar desconocida para el equipo educativo. Puede ser un objeto neutro que dispare un recuerdo de maltrato (un cepillo rojo, porque su madre le pegaba con uno igual; la colonia de un educador, que recuerda a la que utilizaba el abusador; el contacto físico en el hombro derecho, que es donde le hacía inmovilizaciones su hermano mayor...), o puede ser algo más generalizado (el miedo a los hombres en general, no como personas, sino como posibles agresores; el resentimiento a cualquier autoridad, por haber sufrido a manos de sus referentes de autoridad, como familia y profesores). En este caso, además de calmar y proporcionar un estado seguro, es necesario ir realizando una investigación de cuáles son los desencadenantes (en muchos casos son inconscientes) y relacionarlos con la historia del niño, niña o adolescente, preferiblemente en un trabajo terapéutico gradual.

agresión
y objeto

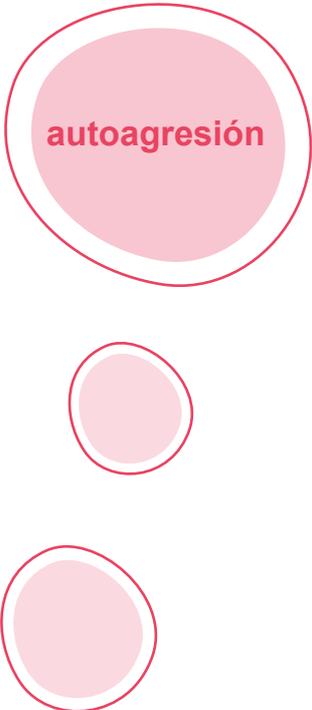
2.3.4. Autoagresión y puesta en peligro

El caso más extremo de agresión es el que realiza el niño, niña o adolescente contra su propia integridad: la **autoagresión**. Es un síntoma de que el sufrimiento psicológico es tan intenso que un dolor físico más urgente resulta un alivio. Este tipo de agresión interna, del niño, niña o adolescente hacia sí mismo, debe preocuparnos aún más que la agresión hacia otras personas, ya que refleja que el niño, niña o adolescente no está logrando externalizar el dolor que siente.

Las autoagresiones pueden ser sutiles (como no cuidar la alimentación, la salud, la higiene...) o más directas (en niños y niñas darse golpes intencionados con la cabeza, en adolescentes las autolesiones en forma de cortes y heridas provocadas), y siempre tienen que recibir una doble atención a nivel médico (para la recuperación de la salud) y a nivel emocional (para encontrar vías más saludables de expresar y canalizar el dolor). El exponerse continuamente a situaciones de peligro (subir a grandes alturas sin seguridad, enfrentarse a grupos violentos) reflejan también una falta de autocuidado que, si encaja en la historia del niño, niña o adolescente, puede interpretarse como una forma de autoagresión no consciente.

Pero hay otra forma de autoagresión: **provocar agresiones** por parte de otras personas. En niños, niñas y adolescentes que han sufrido malos tratos una marca de trauma relacional puede ser intentar provocar agresiones como una forma de lograr control sobre las situaciones, de alcanzar una cierta previsibilidad. Si lo pudiesen poner en palabras, sería algo así como *“Yo controlo quién me hace daño, cuándo y cómo. En este momento elijo a esta persona para ver si me agrede”*. Por ejemplo, un niño que está acostumbrado a que le peguen durante las tardes en su casa, en una modalidad de cuidado alternativo puede mostrarse agresivo o provocador porque (a menudo de forma inconsciente) prefiere recibir ya el castigo físico y tener el resto de la tarde “libre de violencia física”, y por eso encuentra desconcertante que nadie le pegue, sintiendo una gran inseguridad (en su mente, su cuidadora o su educador van a acabar pegándole, y soportar la incertidumbre de cuándo ocurrirá le resulta muy duro). Otro ejemplo: en el caso de explotación sexual, un tipo de agresión muy continuado, el niño, niña o adolescente puede haber aprendido que si mantiene relaciones sexuales con la figura que controla el entorno, durante el resto del día puede tener cierta tranquilidad. De modo que cuando llega a la modalidad de cuidado alternativo, se ofrece como objeto sexual a las personas adultas, para ver si así el abuso termina pronto y tiene cierta tranquilidad durante el resto del día.

En trauma severo se observa que los niños, niñas y adolescentes pueden indicar confianza hacia una figura adulta con este tipo de comportamientos: eligen a quienes creen que les pueden hacer “poco daño”. También puede ser indicador de que están estableciendo vínculo con esa figura de cuidado, un vínculo dañado y herido como los que han tenido hasta el momento, pero que se puede reorientar gradualmente. Cuando las personas referentes empiezan a interpretar las agresiones de los niños, niñas y adolescentes como un signo de aprecio y de seguridad



autoagresión

(“*Parece que me percibe como alguien estable, que sabe que no le voy a hacer ‘demasiado daño’, así que estamos avanzando*”) pueden manejar mejor las situaciones y marcar los límites de forma más segura y protectora.

La forma más extrema de autoagresión se observa especialmente en niños, niñas y adolescentes que han sufrido abusos sexuales muy graves y continuados: parece que hay una intención (inconsciente, normalmente) de ponerse en peligro, en la línea de intentar provocar agresiones. Aparentemente hay unas expectativas muy bajas respecto al ser humano en general, y parece que piensan “*La agresión es inevitable, mejor controlo yo quién me agrede*”. Es fundamental tener siempre presente que la responsabilidad de no agredir de forma física, psicológica o sexual es de las personas adultas.

El hecho de que un niño, niña o adolescente se ofrezca como objeto sexual o como víctima de violencia debe ser un indicador de alarma, y no se puede interpretar nunca como consentimiento o deseo de maltrato, aunque lo parezca.

2.3.5. Claves para abordar la agresividad

Para lograr una intervención global sobre el trauma, que garantice la seguridad de los niños, niñas y adolescentes que lo padecen es importante que se dé una especialización en la intervención en crisis que contemple la agresividad como un síntoma para el que existen abordajes protectores, y para eso cada profesional necesita recibir formación específica, con varios objetivos indispensables.

El primer objetivo debe ser que los equipos educativos reconozcan la agresividad como algo saludable, un recurso de protección, y separarla de las agresiones, que sí que son dañinas. Este proceso es difícil, pero a base de formación y de supervisión de casos se puede conseguir.

Un objetivo paralelo es detener la agresión en sí, para evitar que haya mayores consecuencias. Es necesario disponer de recursos personales y profesionales para gestionar las agresiones y para reconducirlas desde un modelo de Disciplina Positiva y de resolución de conflictos. El respeto al bienestar de todas las personas (y seres vivos, si hay mascotas o plantas) debe ser clave, tanto en el momento como a largo plazo.

La intervención debe validar la vivencia emocional. Los niños, niñas y adolescentes deben escucharnos decir que es normal que nos enojemos cuando algo nos da miedo o nos preocupa. La rabia nos ayuda a defender nuestros valores y las cosas que nos resultan valiosas. Cuando reconocen y validan su propia ira pueden empezar a

manejarla mejor. Sin embargo, si se les niega con frases del tipo “No tienes derecho a estar enojado” o “Está mal que estés enojada”, la frustración y la rabia aumentan.

Cuando los niños, niñas y adolescentes realizan agresiones es porque el cerebro está en modo de defensa frente a peligros reales o imaginados, así que las personas adultas del entorno debemos calmar desde nuestra propia calma, es necesario que regulemos desde nuestra regulación. Una figura útil es recordar que durante un ataque de rabia el cerebro cierra la comunicación con las partes más evolucionadas y racionales y se queda con el cerebro reptiliano o, como mucho, con el cerebro mamífero. En esos momentos literalmente les faltan funciones cerebrales, así que podemos entender que les hacemos un “préstamo de cerebro”, vamos a utilizar nuestro córtex prefrontal, que es el que toma las decisiones y sirve para la autorregulación, como si se lo cediésemos en apoyo, dándoles claves para que se tranquilicen y pongan en funcionamiento su propio córtex prefrontal. Puede llevar unos minutos o unos meses, pero es un proceso que ayuda a que se empoderen y gestionen mejor su agresividad.

Por último, en general es difícil conseguir buenos resultados en el momento de la agresión, con toda la rabia que hay. Es mejor buscar pautas para la regulación y para la reparación desde momentos de tranquilidad y bienestar, como parte del proceso educativo, para poder recuperarlas cuando hagan falta. Pueden ser apropiados procesos como el siguiente: “*Ya hemos terminado de merendar y tenemos un rato libre. Esta tarde te veo alegre, y me gustaría que te sintieras así más a menudo. ¿Te parece si hacemos un par de ejercicios de respiración que hago yo cuando me enojo? Así cuando vayas a necesitarlos podrás utilizarlos y te sentirás mejor, expresando tu rabia de forma respetuosa y que te sirva para conseguir seguridad...*”.

2.4. “MI CUERPO YA NO ES MÍO”: ABUSO SEXUAL, TRAUMA Y SEXUALIZACIÓN INADECUADA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

2.4.1. El abuso sexual infantil: una realidad invisibilizada

El abuso sexual infantil es una realidad invisibilizada: muy pocos países tienen estudios completos y actualizados sobre su prevalencia³².

32. Es fundamental diferenciar entre “**incidencia**”, que es el número de casos que se identifican en un periodo dado, normalmente en un año (por denuncias desde las fuerzas de seguridad, los centros sanitarios, los servicios de protección de infancia y los centros educativos), y la “**prevalencia**”, que es la parte de la población que se estima que ha sufrido abuso sexual partiendo de estudios suficientemente amplios y generalizables a todo el conjunto de personas. La **incidencia** refleja exclusivamente los casos más excepcionales en los que el niño, niña o adolescente es consciente del abuso, pide ayuda, se le cree, el caso se traslada a instancias oficiales y se inicia una investigación, y tiene una forma como “*Número de niños, niñas y adolescentes que han comunicado casos de abuso sexual infantil en el año*”. Diversos estudios calculan que la incidencia refleja entre el 2% y el 10% de todos los casos anuales como máximo, lo que significa que entre el 90% y el 98% de los casos los niños, niñas y adolescentes no reciben apoyo.



En cuanto a la región de América Latina y el Caribe, existen datos en los países, pero no se han localizado informes a nivel regional, de modo que los resultados no son comparables con fiabilidad. Se puede realizar una comparación con otra región de forma que resulte orientativa. Por ejemplo, en Europa, el Consejo de Europa, tras recabar los distintos estudios realizados, llega a la conclusión de que en torno al 20% de los niños, niñas y adolescentes sufren alguna forma de abuso sexual infantil, de modo que adopta la cifra media como lema de su campaña, **“Uno de cada cinco”**. En una publicación oficial de dicha campaña, Kevin Lalor y Rosaleen McElvaney escriben un capítulo³³ precisamente sobre las dificultades de obtener esas cifras. Lo que reflejan las distintas investigaciones citadas en ese capítulo es que el abuso sexual infantil:

- Sucede tanto en el sexo masculino (15-18%) como en el femenino, aunque más en este último (18-25%).
- Ocurre en todas las edades (con más frecuencia en unas edades que en otras, pero no hay ninguna edad que quede libre de abusos).
- Aparece en todas las clases sociales, pero se detecta menos en clases medias y altas (en familias desestructuradas, que tienen mucha supervisión externa, el abuso sexual se detecta con mayor facilidad que en familias aparentemente sanas, donde los indicadores de abuso se consideran conductas problemáticas del propio niño, niña o adolescente, porque no se plantea la posibilidad de que esté sufriendo abuso).
- Lo padecen en tasas más altas los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a colectivos de especial vulnerabilidad: diversidad funcional (ya que necesitan más ayuda para manejarse debido a su discapacidad y se pueden llevar a cabo los abusos durante tareas de cuidado), LGTBI+ (se toma su identidad u orientación sexual como excusa para abusar), rasgos diferenciales (a nivel social, étnico, grupal, pero también a nivel individual, como “el niño delgado”, “la niña obesa”, “el chico poco desarrollado a nivel sexual”, “la chica muy desarrollada para su edad”, “el pelirrojo”, “la que lleva gafas”...) o el aislamiento social (niños, niñas y adolescentes que no tienen red de apoyo a la que pedir ayuda, y que pueden sobrellevar el abuso para evitar mayor exclusión o incluso pensando que este tipo de trato les proporciona cierto nivel de atención por parte de otra persona).

Igual que sucede con los niños, niñas y adolescentes que sufren abuso sexual infantil, los perfiles de quienes abusan son también muy variados, y en la mayoría de los casos

Para alcanzar las tasas de **prevalencia**, que son establecidas por equipos de investigación, se realizan estudios que analizan la proporción de casos de abuso sexual en la infancia en un grupo grande de personas que sea representativo de los grupos sociales previstos y se calcula que en la población en general se darán unas proporciones similares, y se suele expresar en proporciones del tipo “*Los datos analizados arrojan una tasa de prevalencia del N%, lo que indica que 1 de cada X personas ha sufrido abuso sexual en su infancia o adolescencia*”.

33. Lalor, K., y McElvaney, R. (2010). Overview of the nature and extent of child sexual abuse in Europe, en Consejo de Europa (2010). *Protecting children from sexual violence. A comprehensive approach*, pp. 13-43. Recuperado de: <https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/PublicationSexualViolence/Lalor-McElvaney.pdf>

tienen una apariencia “muy normal”³⁴, que no induce a sospechas. Es importante tener en cuenta los siguientes datos:

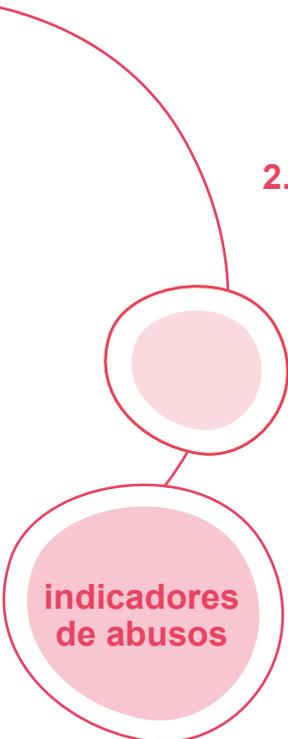
- Entre el 70% y el 85% de quienes abusan son personas conocidas, respetadas e incluso queridas por los niños, niñas y adolescentes. Esto significa que orientar la prevención frente a desconocidos no va a ser eficaz en la mayoría de los casos.
- En torno al 30% de quienes abusan son otros niños, niñas y adolescentes, a veces con diferencia de edad (un chico de 14 años que abusa de una niña de 6 años), pero en otros casos no (dos chicas de 12 años que abusan de su compañera de cuarto de 12 años, un chico de 15 años que abusa de su novia de la misma edad) o incluso puede ser inversa (una chica de 14 años que abusa de su novio de 16 años). Esto implica que la edad puede ser un criterio, pero no siempre.
- Aunque en muchos casos quienes abusan pertenecen al género masculino, según mejora la detección se van identificando más agresoras de género femenino. En el mismo sentido, aunque hay más víctimas de género femenino, según aumentan las capacidades de detección se identifican víctimas de género masculino en una proporción mayor. Esto supone que es necesario prestar atención a todas las posibilidades, sin descartar situaciones por motivos de género.

2.4.2. Los indicadores de abuso sexual infantil

Al abuso sexual infantil puede resultar desde una experiencia incómoda y desagradable, pero sin mayores consecuencias (por un buen abordaje de las figuras adultas del entorno o por diversas formas constructivas de superarlo del propio niño, niña o adolescente) hasta una vivencia devastadora, que deja una herida grave en el niño, niña o adolescente. En general el abuso sexual supone una experiencia desbordante, tanto por la intensidad de las sensaciones experimentadas (dolor, asco, excitación, repulsa, miedo...) como por la dificultad para comprenderla (especialmente cuando no ha habido una educación afectivo-sexual integral) y por el abuso de poder que supone. Cuando es una experiencia traumática, se pueden manifestar los indicadores generales vistos a lo largo de este capítulo. A veces las consecuencias del abuso sexual pueden quedar ocultas durante un tiempo y aparecer bruscamente en una etapa evolutiva posterior (especialmente si el abuso sexual ocurre en la infancia temprana, pueden pasar años sin síntomas hasta que al llegar la pubertad se toma consciencia de lo vivido y emerge el trauma), o permanecer fuera de la consciencia pero con síntomas, cuando se da la disociación.

Es especialmente importante prestar atención a conductas de sexualización inapropiada, desde comportamientos hipersexualizados y conductas sexuales de

34. Aunque el imaginario social presenta a quienes abusan exclusivamente como hombres adultos gravemente perturbados, con problemas mentales evidentes y consumo de sustancias visibles, esos casos son una minoría (real, pero pequeña) de todos los perfiles que existen en la realidad.



indicadores de abusos

riesgo (prácticas sexuales en las que anulen sus necesidades, de forma inconsciente en la mayoría de los casos) hasta el retraimiento y las fobias sexuales. También hay que atender de forma específica los trastornos psicósomáticos, cuando es el cuerpo el que habla del abuso (mediante trastornos del sueño, de la alimentación, dolores frecuentes de “tripa”...).

2.4.3. Abuso sexual y disociación

El abuso sexual infantil puede ser una experiencia traumática tan dolorosa que la mejor vía de escape puede ser en muchos casos la disociación: no recordar. Pero entonces, según comienza este apartado, el niño, niña o adolescente puede vivir con una consciencia como **“Mi cuerpo ya no es mío”**, con una ruptura interna con su propio cuerpo y con las sensaciones que le transmite.

Jennifer Freyd³⁵ plantea el concepto de **“trauma por traición”** para explicar este tipo de procesos disociativos cuando la persona que abusa es la que debe proporcionar los cuidados necesarios para la vida: el niño, niña o adolescente, para poder sobrevivir, disocia sus experiencias entre “quien abusa” y “quien cuida”, utilizando la **“ceguera a la traición”** (no darse cuenta del daño que le causa quien debería ocuparse de su protección) para poder mantener el vínculo con quien abusa.

Debemos recordar siempre la función adaptativa y de supervivencia de la disociación, de modo que aunque tengamos información sobre abusos sexuales en el pasado del niño, niña o adolescente, solo su protagonista puede nombrarlos como tales. Decirle a un niño, niña o adolescente *“Tienes que ser consciente de que vas a tener síntomas porque sufriste abusos a temprana edad, ¿no los recuerdas?”* es una irresponsabilidad, porque puede precipitar la toma de consciencia de algo que estaba bloqueado a nivel interno por múltiples razones. La historia de trauma solo la puede nombrar la propia persona, y el resto de profesionales (y su círculo afectivo) pueden ofrecer apoyo y claves, pero respetando el ritmo de su narración y de su consciencia.

2.4.4. Claves básicas para abordar las consecuencias del abuso sexual

Aldeas Infantiles SOS cuenta con un manual muy completo elaborado por Francisco Romero-Cabrera, Nelly Navarro y María Inés Meyer³⁶ para abordar toda la educación afectivo-sexual para la prevención, detección e intervención ante Prácticas Abusivas Sexuales entre Pares, que debe ser de referencia para abordar las situaciones del abuso sexual.

35. Freyd, J. J. (2003). *Abusos sexuales en la infancia: la lógica del olvido*. Madrid: Morata.

36. Romero-Cabrera, F., Navarro Hernández, N., y Meyer Froese, M. I. (2014). *Guía sobre conductas sexuales problemáticas y prácticas abusivas sexuales*. Viña del Mar, Chile: ONG Paicabí y Aldeas Infantiles SOS Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1cubWVEcI1NsuNkJfO-MAf8VNFv-ZLPpk/view>

abuso y disociación

Para el afrontamiento de las consecuencias del abuso sexual a nivel de trauma hay varios elementos a tener en cuenta:

- Todo el personal debe tener una formación básica sobre la problemática de los abusos sexuales y debe conocer las conductas adecuadas e inadecuadas de una revelación³⁷:

CONDUCTAS ADECUADAS

- Creer al niño, niña o adolescente
*“Siento que te haya pasado.
Gracias por decirme la verdad”.*
- El responsable es el adulto o persona con más edad o más experiencia.
“No es tu culpa. Tú no tienes nada de lo que avergonzarte”.
- Mantener la calma.
- Dirigir la atención a que es posible una solución, una salida. Ofrecer un modelo positivo.
“Has sido muy valiente al decírmelo y vamos a intentar que esto no vuelva a pasar”.

CONDUCTAS INADECUADAS

- Dudar del abuso o negarlo.
“¿Seguro que es así? ¿No lo habrás malinterpretado?”. “Te lo estás inventando, no es verdad lo que dices”.
- Culpar al niño, niña o adolescente del abuso.
*“¿Por qué dejaste que te hiciera eso?
¿Por qué no te fuiste? ¿Por qué no dijiste que no?”.*
- Reacción de alarma.
*Casi volverse la víctima: “¡Qué horror!
¿Qué voy a hacer yo con esto?”.
Expresar angustia.*
- Poner el acento en el nuevo estado del niño, niña o adolescente.
Referirse a niño, niña o adolescente como “víctima”. Evitar tocarlo o acariciarlo.
Sobreprotección y restringirle actividades habituales.
- Prometer lo que no se puede cumplir.
- No actuar (pensando que ya se le pasará, o que ya se le ocurrirá algo a alguien...).

37. Adaptado de: Romeo, F. J., y Horno, P. (2018). Materiales de la campaña “El abuso sexual infantil queda fuera de juego” de prevención y detección del abuso sexual infantil en el deporte: *Guía de detección del abuso sexual infantil en el ámbito del deporte para profesionales*. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/materiales-de-la-campana-el-abuso-sexual-infantil-queda-fuera-de-juego/> Páginas 21-22.

- Garantizar la seguridad de todas las personas implicadas. Una historia de abuso sexual no elaborada puede conducir a repetición de patrones de abuso sexual: el proceso intenta resolverse actuando de nuevo los papeles, y puede hacerlo desde la agresión (“*Intento deshacerme de mi dolor transmitiéndoselo a otros*”) o desde la victimización, repitiendo el papel de víctima (“*Ofrecerme como objeto sexual es lo que sé hacer para relacionarme, así que es lo que voy a seguir haciendo*”). Como la repetición de patrones solo se supera desde la consciencia, es necesario garantizar la seguridad de quien ha sufrido el abuso, pero también del resto de niños, niñas y adolescentes (para que no se relacionen cayendo en la agresión o la victimización) y de las personas adultas del entorno (para que tengan claras las líneas de intervención que sean protectoras).
- Abordar el trauma, si existe y aparecen síntomas. Si no se aprecian indicadores graves y el niño, niña o adolescente no siente que necesite ayuda, se puede continuar con la vida, pero prestando atención a si surgen nuevos síntomas más adelante.
- Proporcionar experiencias afectivas positivas, incluido el contacto físico seguro. Los abusos sexuales pueden ser una vivencia muy desagradable y dañina, en la que se utilizan elementos afectivos y de poder para dominar al niño, niña o adolescente. Por eso es importante que, una vez abordado el caso, reciba una afectividad sana y agradable, que le permita retomar su desarrollo de la manera más sana posible. Eso incluye un uso consciente del contacto físico (besos, abrazos, caricias...), para que el niño, niña o adolescente pueda reconocer expresiones afectivas seguras y recuperar la confianza en su propio cuerpo y en los de otras personas.
- Ofrecer una educación afectivo-sexual protectora que sirva tanto para nombrar experiencias pasadas (especialmente vivencias dolorosas que no se abordaron en su momento) como para tener claves en el presente y en el futuro.

Ejercicio: reconocer el trauma como proceso (II)

Intentar identificar en la historia de un niño, niña o adolescente que conozcamos los indicadores principales, poniéndolos en relación con su historia personal:

1. ¿Qué indicadores generales presenta?
2. ¿Qué indicadores de disociación podemos identificar?
3. ¿Qué nos cuenta su manejo de la agresividad de su historia personal?
4. ¿Qué nos revela su manejo de la sexualidad de posibles abusos o de maltrato psicológico?

Este ejercicio también se puede realizar sobre obras artísticas (novelas, películas) y biografías. Se recomiendan las siguientes:

- Director Destin Daniel Cretton (2013). *Short Term 12* (traducido como *Las vidas de Grace*) [largometraje]. Estados Unidos: Animal Kingdom y Traction Media. Ficción centrada en una residencia de primera acogida para niños, niñas y adolescentes, muestra gran variedad de indicadores generales y especialmente el manejo de la agresividad.
- Director Stephen Chbosky (2012). *The Perks of Being a Wallflower* (traducido como *Las ventajas de ser un marginado*). Estados Unidos: Mr. Mudd. Basado en la novela homónima, retrata con mucha claridad las dificultades sociales de distintos tipos de trauma, en especial el aislamiento, pero con una perspectiva desde la calidez y la recuperación.
- Pitcher, A. (2011). *Mi hermana vive sobre la repisa de la chimenea*. Madrid: Siruela. Novela que relata la vida de un niño que intenta salir adelante de una familia rota mediante muchos síntomas de disociación, con un abordaje muy interesante de la negligencia parental desde un padre y una madre hundidos en su propio dolor.
- Rhodes, J. (2015). *Instrumental. Memorias de música, medicina y locura*. Barcelona: Blackie Books. Libro autobiográfico del pianista James Rhodes en el que detalla en primera persona las consecuencias traumáticas del abuso sexual infantil a todos los niveles, con claves muy interesantes sobre la autoagresión en sus distintas formas (autolesiones, intentos de suicidio, consumo de sustancias) y con una visión de la recuperación desde la esperanza.



2.5. Tabla resumen de los indicadores de trauma

FÍSICOS	PSICOSOMÁTICOS
<ul style="list-style-type: none">• Cicatrices y otras marcas físicas.• Afectación de zonas cerebrales (hasta que se reconduzca el trauma).• Indicadores fisiológicos de estrés (cortisol, activación neuronal, parámetros internos...).• Problemas en el desarrollo sensoriomotor (falta de coordinación, de equilibrio, caídas y accidentes frecuentes).• Problemas de tacto: hipersensibilidad o analgesia.	<p>Se expresan en el cuerpo, pero tienen origen psicológico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dolores crónicos y otros trastornos psicosomáticos.• Problemas de sueño (y pesadillas).• Problemas de alimentación (incluyendo anorexia y bulimia).• Problemas de eliminación: enuresis, encopresis, estreñimiento o diarreas mantenidas.
EMOCIONALES	COGNITIVOS
<ul style="list-style-type: none">• Culpa y vergüenza, depresión y baja autoestima.• Autoconcepto negativo: autobiografía narrativa fragmentada y desconectada, imagen corporal perturbada y modelos internos negativos del ser.• Miedo, ansiedad.• Rabia y agresividad.• Mal manejo del afecto: agresión o sumisión.• Dificultades en la regulación emocional.• Dificultades para identificar y expresar emociones y estados internos.• Dificultades para comunicar necesidades y deseos.• Dificultades para la compasión y la autocompasión.	<ul style="list-style-type: none">• Retraso en el desarrollo cognitivo.• Problemas de atención (hiperactividad) y de concentración: dificultad para completar tareas.• Problemas en el desarrollo del lenguaje.• Trastornos del aprendizaje.• Bajo rendimiento escolar.• Problemas en funciones ejecutivas (juicio, planificación, iniciación).• Falta de curiosidad.

COMPORTAMENTALES

- Problemas en el control de impulsos: impulsividad y dificultades con las normas.
- Problemas para calmarse y autorregularse.
- Conductas agresivas (y delictivas).
- Conductas autodestructivas y suicidas.
- Consumo de sustancias (alcohol y drogas) y conductas adictivas.
- Comportamiento desafiante.
- También ausencia de problemas: “chico o chica excesivamente dócil y amable”.
- Juegos o conductas que actúan el trauma pasado.

SEXUALES

- Conductas sexuales inapropiadas: masturbación compulsiva, caricias bucogenitales, niños, niñas y adolescentes como objeto sexual.
- Agresiones sexuales a otros niños, niñas y adolescentes.
- Conocimientos sexuales impropios.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Dificultades para la intimidad sexual (promiscuidad o retraimiento).
- Fobias y disfunciones sexuales.
- Riesgo de violación en el futuro.

SOCIALES Y RELACIONALES

- Dificultades en el apego y las relaciones vinculares.
- Problemas con los límites personales.
- Falta de confianza, suspicacia.
- Aislamiento social.
- Dificultad para percibir y responder a los estados de ánimo de las personas.
- Conductas antisociales.
- Revictimización y transmisión transgeneracional de patrones.

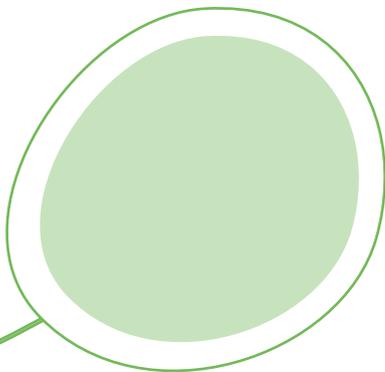
TIPOS DE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS (González, 2010):

- Amnesia: no se recuerda el hecho (“*No recuerdo que me haya ocurrido*”), se mantiene fuera de la vida diaria.
- Despersonalización / desrealización: sensación de distancia, de alejamiento del evento o del propio yo (“*En realidad eso no me ocurrió a mí, sino a mi cuerpo*”).
- Fragmentación de la conciencia: partes internas desconectadas (y que pueden oscilar, como entre agresor poderoso y víctima indefensa).

INDICADORES DE DISOCIACIÓN

Los indicadores son difíciles de evaluar. Algunos más evidentes son (Waters, 2016):

- Mirada perdida o en blanco, o movimientos extraños con los ojos.
- Alucinaciones visuales o auditivas (diferentes de psicosis).
- Cambios extremos de estado de ánimo.
- Cambios extremos de comportamiento y gustos.
- Honestamente no recordar haber hecho cosas.
- Progreso inadecuado pese a estar en un entorno seguro.
- Múltiples diagnósticos diferentes previos, sin éxito.



LA INTERVENCIÓN EN TRAUMA: ASPECTOS CLAVE



La intervención en trauma debe desplegarse en cuatro líneas de trabajo complementarias. La detección permite identificar a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido trauma, de modo que les puede acompañar en todo el proceso de recuperación. La intervención desde las estructuras protectoras permite establecer unos entornos seguros con unas relaciones cálidas y unos límites claros, de modo que todos los niños, niñas y adolescentes que pasan por ellas pueden empezar su recuperación, sirviendo de marco general. La intervención individual se adapta al proceso de cada niño, niña o adolescente, ofreciéndole lo que necesita para avanzar en su proceso personal de sanación del trauma, a su propio ritmo, encajándolo en los procesos generales de la intervención grupal. Y la derivación permite contar con recursos especializados para ayudar a los niños, niñas y adolescentes y las personas que les cuidan mediante claves, herramientas y procesos individualizados.

Pero antes de empezar, es necesario tener en cuenta unas consideraciones previas.

3.1. ANTES DE EMPEZAR, HACER UNA PAUSA CONSIDERACIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN EN TRAUMA

Los niños, niñas y adolescentes que presentan trauma están sufriendo, y eso nos afecta a las personas adultas que les atendemos. Por eso mismo antes de empezar cada día, cada caso, cada proceso, es necesario realizar siempre una pausa, serenarnos y recordar algunas **claves**.

- **El niño, niña o adolescente tiene trauma, pero es mucho más que su trauma.** Tiene una historia de sufrimiento, pero también de supervivencia. Tiene heridas profundas, pero también ha mostrado capacidad de adaptación. Por eso, antes de empezar cualquier diagnóstico o intervención es importante que le veamos como una persona completa, con sus sombras, que vamos a intentar acompañar, pero también con sus luces. ¿Qué música le gusta? ¿Con quién se lleva bien, quiénes son sus amistades? ¿Qué habilidades especiales tiene, que le hacen ser una persona única? ¿Con qué sueña, qué proyectos tiene? Todo eso nos permite iniciar el camino (el día, el mes, el año escolar, el proceso de sanación) de una forma más integrada.
- **El trauma es un tema complejo: necesitamos organizar un equipo para abordarlo.** Al igual que si fuera una operación médica para resolver una apendicitis o para reconstruir un hueso roto, a solas no podemos. Necesitamos trabajar en equipos multidisciplinarios en los que cada profesional aporte desde su campo, para poder atender todos los procesos que se tienen que reorientar para que el niño, niña o adolescente recupere un desarrollo sano.
- **El trauma ha sido una respuesta de supervivencia (la mejor posible hasta el momento): se trata de desarrollar respuestas mejores.** Gran parte de los traumas provienen de relaciones en las que no se han tenido en cuenta los ritmos y necesidades del niño, niña o adolescente, de modo que la intervención no puede consistir nunca en forzar los pasos. Nuestra responsabilidad como personas adultas de apoyo consiste en proporcionar la seguridad necesaria y los recursos específicos concretos (calidez, afectividad consciente, disciplina positiva, intervenciones sanadoras, terapias...) para que el propio niño, niña o adolescente comience su sanación.
- **La intervención en trauma va a necesitar tiempo, presencia y paciencia.** Es necesario mantener la vista tanto en el día a día, para ver los distintos indicadores y para identificar los pequeños progresos, pero también en el largo plazo, sabiendo que los avances y retrocesos forman parte del proceso.

Aunque cada caso tendrá sus particularidades, es útil recordar cuáles son siempre los **objetivos de la intervención**:

- Favorecer el desarrollo pleno del niño, niña o adolescente desde un enfoque de derechos. Teniendo eso presente es mucho más fácil tomar decisiones desde el Interés Superior del Niño.
- Ayudar al recableado del cerebro mediante experiencias positivas. El sistema nervioso se ha quedado con muchos “procesos congelados”, de modo que van a hacer falta muchas vivencias repetidas de calidez y afectividad consciente (muchas de ellas desde el cuerpo, con contacto físico adecuado) para recuperar las partes congeladas).
- Preparar para una vida plena y satisfactoria. El objetivo no puede ser solo que el niño, niña o adolescente deje de tener pesadillas, o que no tenga tantas conductas agresivas, o que se comporte de manera socialmente adecuada. Esas son metas válidas, pero demasiado pequeñas para inspirar. Es necesario recordar continuamente que el objetivo mayor debe ser más amplio: que cada niño, niña o adolescente llegue a ser su mejor versión, la persona más sana que puede ser, dentro de sus especificidades y de su unicidad.

Y en todo el proceso es imprescindible mantener una mirada consciente sobre nuestras vivencias personales y profesionales al trabajar con niños, niñas y adolescentes con trauma, recordar preguntarnos continuamente “¿Qué me ocurre a mí con esto?”:

- Ver a niños, niñas y adolescentes con trauma puede despertar nuestros propios traumas, las heridas en nuestra historia personal. Por eso es necesario haber realizado un trabajo personal, para poder atender con nuestra persona completa, razonablemente sanada y consciente, y para saber identificar cuándo las experiencias de los niños, niñas y adolescentes nos afectan de modo que necesitamos ayuda externa. Solo podemos sostener sus heridas del alma si tenemos las nuestras suficientemente conocidas y sanadas.



- Trabajar con niños, niñas y adolescentes que sufren supone un desgaste grande. Ver su dolor cada día, las decisiones que toman desde sus heridas, las dificultades que afrontan resulta muy intenso y cansado. Desde ahí la clave es el autocuidado y cuidado ofrecido a nivel institucional desde la afectividad consciente como competencia de toda la organización, para mantener a cada profesional con fuerza para afrontar cada nuevo reto con los niños, niñas y adolescentes.

- 
- No se trata de “salvar” ni de “curar”: se trata de que los niños, niñas y adolescentes vayan poniendo en marcha recursos más apropiados con nuestra presencia y acompañamiento como personas adultas de referencia y de apoyo.

3.2. LA DETECCIÓN: QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

El primer paso para atender a un niño, niña o adolescente con trauma es la detección, identificarlo como tal dentro de los equipos educativos y buscar un diagnóstico que permita estructurar la intervención.

3.2.1. “Esto parece un caso de trauma”: Claves para la detección

A veces los niños, niñas y adolescentes son derivados con una historia completa que es conocida, incluso con un diagnóstico, pero a menudo llegan con pocos datos previos y con mucho sufrimiento en el momento. Es el momento de plantearse **“Esto parece un caso de trauma”**. Todavía no lo sabemos, y tal vez no lo es, así que lo mejor es actuar con prudencia.

Cada niño, niña o adolescente puede manifestar el trauma de formas diversas, por lo que es necesario mantener una mirada abierta. Con los elementos técnicos expuestos en el **Capítulo 2 ¿Cómo detectar el trauma? El trauma y su identificación** es posible ampliar los criterios para identificar distintas formas de trauma. En este sentido es importante recordar el trauma como proceso: una serie de eventos y respuestas relacionados entre sí. Por eso es importante intentar conocer los eventos relevantes en la historia del niño, niña o adolescente, pero respetando su ritmo: no se trata de completar un interrogatorio ni de hacer una historia de vida desde el primer día, pero sí aprovechar los distintos momentos del día y las actividades cotidianas para ir conociendo cómo ha sido su proceso. Una forma posible, en algunos casos, cuando llegan, es decir algo en la línea de: *“Aquí todo el mundo se ducha por la tarde, entre la vuelta de la escuela y la hora de cenar, ¿cómo lo hacían en tu casa / en el sitio anterior?”*.

3.2.2. “Ahora lo veo claro”: Cómo organizar un caso en torno al trauma

Después de la intuición inicial (o los informes) de un posible caso de trauma, el paso siguiente es relacionar cada indicador con posibles eventos en la historia del niño, niña o adolescente. ¿Presenta indicadores físicos o psicosomáticos? ¿Se muestra triste o irritable después de las primeras semanas de adaptación, o con otros indicadores emocionales? ¿Tiene capacidades cognitivas menos evolucionadas de lo esperable para su edad? ¿Se comporta de manera problemática, con agresiones o adoptando la posición de víctima? ¿Hay conductas que inducen a sospechar que haya sufrido abusos sexuales? ¿Cómo se relaciona con las figuras de cuidado y con

otros niños, niñas y adolescentes? ¿Podría tener momentos de disociación? A partir de esos datos se puede ir organizando el caso como una posible situación de trauma.

En esta fase es útil también intentar descubrir la relación entre otros posibles diagnósticos y el trauma. ¿Son procesos paralelos? ¿Se potencian entre sí? ¿Puede ser un proceso mal interpretado? ¿Cuál sería la interpretación como trauma? Por ejemplo, si el niño, niña o adolescente tiene dificultades para prestar atención puede ser uno de los indicadores de trauma, o también puede ser por un Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, o puede ser una combinación entre los dos, en que el trauma acentúe los síntomas de TDAH o viceversa, o puede ser otra cuestión completamente distinta. Otro ejemplo, cuando el niño, niña o adolescente llega con muchos diagnósticos diferentes, ha recibido tratamiento al respecto y no ha mejorado, es probable que haya disociación, combinada o no con uno o más de esos diagnósticos, y será necesario aclararlo.

3.2.3. “Yo de esto no sé suficiente”: Preparación para la derivación

Una de las claves de la afectividad consciente como competencia organizacional es saber reconocer nuestras limitaciones, asumir la frase **“Yo de esto no sé suficiente”** y contar con un equipo que pueda saber. Actualmente se valora mucho que quien ocupa cualquier puesto de responsabilidad o de visibilidad pública opine de cualquier cosa: desde la política, los medios de comunicación, las personalidades del cine y la música o cualquier otro ámbito, parece que todo el mundo tiene criterios para opinar con autoridad sobre cualquier tema. Sin embargo, cuando acudimos a servicios médicos, nos da más tranquilidad escuchar *“No sabemos qué es, vamos a hacerle más pruebas, y tal vez contactemos con especialistas”* que *“No es nada, váyase a casa con tranquilidad”*. En la intervención psicosocial, sin embargo, esta es una capacidad que es necesario cultivar y desarrollar.

Es fundamental tener muy claro que **no debemos abrir puertas que no sepamos cerrar**. Antes de realizar una operación los equipos de cirugía tienen prevista toda la intervención, desde la anestesia hasta las distintas alternativas que se pueden encontrar y el tiempo necesario para acabar cosiendo de nuevo la parte afectada. Del mismo modo, si creemos que hay un trauma de cierto tipo y no tenemos la formación necesaria, o tal vez el tiempo para comentarlo y cerrarlo, lo mejor es no abrirlo. Primero, porque nuestra forma de abrirlo puede causar daños en sí. Y segundo, porque cómo hablamos de ello puede afectar a cómo lo afronta en la consciencia el niño, niña o adolescente, haciendo que la intervención posterior sea complicada. Por eso la evaluación y el diagnóstico se tienen que hacer de forma segura y profesional, por parte de especialistas con formación suficiente en trauma y sus consecuencias.

Lo que sí que puede hacer el equipo educativo para facilitar el proceso de diagnóstico es recopilar por escrito, en un trabajo conjunto quizás a lo largo de varias reuniones, todos los indicadores que pueden indicar la presencia de trauma, cada uno con los

no debemos
abrir puertas
que no
sepamos
cerrar

momentos en los que aparece, y posibles relaciones con la historia del niño, niña o adolescente. Es un trabajo que se puede realizar a lo largo de días, con claves para la observación en distintos momentos y en diferentes relaciones, para ofrecer un cuadro lo más completo posible. Con esos datos, quienes son especialistas podrán realizar un diagnóstico y trazar un plan de intervención individualizado y gradual, que permita abordar las necesidades en cada caso.

3.3. LA INTERVENCIÓN (I): LAS ESTRUCTURAS GENERALES PROTECTORAS

La intervención desde las estructuras protectoras tiene como objetivo crear un marco general en el que la recuperación tras el trauma pueda ponerse en funcionamiento, y los procesos detenidos reanuden su funcionamiento. Son actuaciones a nivel organizacional, que se implementan de forma sistemática, para todos los niños, niñas y adolescentes atendidos, aunque con la lógica personalización. Son procesos ya trabajados por Aldeas Infantiles SOS en líneas de trabajo en otros documentos (con sus enlaces en el texto) por lo que aquí solo se realizará la conexión con la intervención en trauma, sin entrar en más detalles.

3.3.1. Entornos seguros y protectores que permitan recuperarse

Los entornos seguros y protectores son la primera condición para que pueda ponerse en funcionamiento el proceso de recuperación de los niños, niñas y adolescentes. Si tienen miedo, si no sienten la suficiente seguridad, no podrán dejar los sistemas de defensa y protección que les han permitido sobrevivir hasta el momento (aunque les hayan supuesto también limitaciones).



Entornos seguros y protectores

Horno, Pepa (2018). *La promoción de entornos seguros y protectores en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS LAAM.

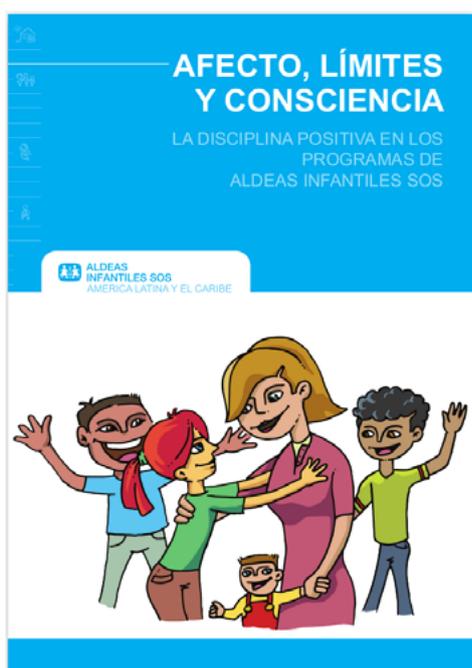
<http://www.espiralesci.es/guia-la-promocion-de-entornos-seguros-y-protectores-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

Los niveles son los siguientes:

1. Entornos físicos seguros y protectores.
2. Entornos seguros y protectores a nivel emocional.
3. Personas adultas conscientes.
4. Participación infantil y juvenil, y también de las personas adultas.

3.3.2. Claves de la Disciplina Positiva

El trauma, especialmente cuando se originado a través de relaciones interpersonales, supone una alteración de los límites. Los niños, niñas y adolescentes pueden haber tenido experiencias en las que no se les han respetado sus cuerpos, sus emociones y sus necesidades, y eso afecta a cómo se comportan. La Disciplina Positiva es la forma de crear límites, una estructura previsible a nivel relacional, que permita la regulación de las interacciones en los distintos ámbitos mediante una resolución de conflictos positiva y respetuosa. Con unos límites claros, el niño, niña o adolescente puede experimentar más seguridad, a la vez que va reduciendo los comportamientos dañinos y que va desarrollando pautas de relación más saludables. La clave es que los límites deben ser marcados desde el afecto, de forma protectora, de modo que los espacios sean seguros a nivel relacional para todos los niños, niñas y adolescentes, independientemente de su historia, y también para las personas que les atienden. Algunas claves de la Disciplina Positiva tal y como se adopta desde Aldeas Infantiles SOS son las siguientes:



Disciplina positiva

Horno, P. y Romeo, F. J. (2017). *Afecto, límites y consciencia. La disciplina positiva en programas de Aldeas Infantiles SOS*. San José de Costa Rica: Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe.

<http://www.espiralesci.es/guia-afecto-limites-y-consciencia-de-pepa-horno-y-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina/>

- Cultivar una mirada positiva hacia el niño, niña o adolescente.
- Combinar afectividad y firmeza.
- Establecer unas consecuencias que cumplan los criterios básicos: relacionadas, respetuosas, razonables, reparadoras y realistas.
- Mantener una consciencia de que educamos desde la persona que somos, con empatía.
- Trabajar el acercamiento desde la conexión, mirando el proceso a largo plazo, marcando límites de forma protectora y creando momentos especiales para cada niño, niña y adolescente.

3.3.3. Habilidades que se incluyen en la afectividad consciente

Los niños, niñas y adolescentes con historias de dificultades, especialmente con trauma, tienen gran parte de sus procesos “congelados”. Para que esos procesos se desbloqueen y “se descongelen” y para retomar el desarrollo saludable necesitan calidez a todos los niveles. Aldeas Infantiles SOS, como organización implicada en

la atención de niños, niñas y adolescentes con historias complicadas, apuesta por el cultivo de la afectividad consciente como competencia organizacional para aportar la calidez adecuada. Los elementos que guían la afectividad consciente son los siguientes:



Afectividad consciente

Horno, Pepa (2018). *La afectividad consciente como competencia organizacional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS LAAM.

<http://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

- **Elemento 1:** el afecto, expresado de forma adecuada a nivel personal y cultural.
- **Elemento 2:** la capacidad de crear vínculos afectivos y de mantenerlos con consciencia.
- **Elemento 3:** el cuidado consciente de todas las fases de los procesos, especialmente los cierres y las aperturas.
- **Elemento 4:** la mirada consciente y respetuosa hacia la persona con la que se trabaja.
- **Elemento 5:** la resolución de conflictos.

3.4. LA INTERVENCIÓN (II): ASPECTOS ESPECÍFICOS

La creación de estructuras de seguridad y afectividad son requisitos básicos para el trabajo con niños, niñas y adolescentes, independientemente de la historia que hayan tenido, y por lo tanto exigibles a cada profesional de la organización en todas las áreas de su trabajo. Es de esperar que habrá personalización, tanto por las características personales de cada profesional como por su adaptación a las distintas relaciones con niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, la intervención con niños, niñas y adolescentes que han sufrido trauma conlleva una serie de aspectos específicos que habrá que abordar de manera concreta, caso a caso y con supervisión de todo el equipo técnico. La intervención específica se realiza a través de la relación, que es lo que sana.

3.4.1. La regulación a través del afecto

Como el afecto y su expresión es una de las áreas más claras de afectación del trauma, la intervención debe tener el afecto como uno de sus objetivos principales. Por un lado, son necesarias las expresiones de **afecto físico**, ajustado a los gustos

del niño, niña o adolescente. Es fundamental que el contacto físico sea seguro, especialmente en casos en los que el niño, niña o adolescente ha sufrido violencia física o sexual. Para conseguirlo hay que manejar tres claves básicas: 1) la persona adulta ofrece la posibilidad de contacto físico, pero es el niño, niña o adolescente quien decide si lo desea, y como, o lo pide directamente; 2) el contacto físico se realiza de frente, no desde su espalda o sin que haya establecido contacto previo; y 3) el manejo de la pelvis es importante, de modo que la persona adulta mantenga una distancia segura que no induzca a malas interpretaciones. Las formas de apego físico incluyen, entre otras:

- **Saludos y despedidas con personalización.** Tal vez a un niño pequeño le gusta un abrazo de buenos días con caricias, a una niña un beso, a un adolescente chocar las palmas y a una adolescente una caricia en la cara. Se pueden crear códigos con cada persona: el saludo al despertar, la despedida para ir a la escuela, la bienvenida para la comida, el gesto para después de la ducha, el abrazo al irse a dormir...
- **Consuelo ante dolor.** El dolor físico (ante una caída, en un tropiezo, por enfermedad) conecta con otros dolores anteriores que en muchos casos fueron traumáticos y que no fueron atendidos. Cuando un niño, niña o adolescente tiene dolor físico el contacto afectivo no solo puede ayudar a afrontar el proceso físico con mayor fortaleza, sino que puede regular los propios niveles de dolor. Es interesante recordar cómo en muchos casos el cambio hacia un modo de estar más afectivo se produce tras una recuperación física (una gripe, una operación, un brazo enyesado), cuando se han sentido vulnerables y han recibido cuidados y bienestar.
- **Baile.** Una de las prácticas más claras que se observan en centros de atención a niños, niñas y adolescentes que cuidan la afectividad es la inclusión de la música y el baile en las dinámicas del día a día. Saber que antes de la ducha hay un rato de baile, en el que cada niño, niña o adolescente puede elegir una canción y pueden bailarla (y las figuras de referencia también, por supuesto, en interacción) es una clave para la regulación emocional.
- **Juegos con contacto físico.** El juego es una excusa perfecta para establecer contacto físico seguro, que no resulte invasivo, especialmente con niños, niñas y adolescentes que hayan sufrido maltrato en el cuerpo. Dependiendo de las fases evolutivas pueden ser desde hacer cosquillas o jugar a atrapar en edades tempranas hasta juegos de palmas, echar pulsos y cualquier juego que implique contacto en edades más avanzadas.

La otra forma básica de lograr la regulación afectiva es a través del **afecto a través de la palabra y los gestos**. Los niños, niñas y adolescentes necesitan el diálogo: conversaciones mirándoles a los ojos (sin teléfonos), con modulación afectiva y gestos (que, según lo visto sobre la Teoría Polivagal de Stephen Porges, estimulan el nervio vago y permiten que el sistema nervioso entre en modos de relación de

afecto a través de la palabra y el gesto

seguridad). La clave de la comunicación es la escucha activa³⁸: intentar entender a cada niño, niña o adolescente desde su propio punto de vista, descubrir cómo es para él o para ella lo que está viviendo, pero manteniendo nuestro criterio profesional para la toma de decisiones.

3.4.2. La regulación a través del vínculo

Las dos primeras claves de la Afectividad Consciente como competencia organizacional consisten en que las personas adultas se relacionen de un modo afectivo con los niños, niñas y adolescentes y en que sean capaces de ofrecerles la posibilidad que establecer una relación vincular, dentro de un marco general de generar la seguridad afectiva suficiente para un desarrollo pleno. Esas capacidades profesionales que se despliegan con todos los niños, niñas y adolescentes pueden conducir a que se cree un vínculo concreto entre una figura adulta y un niño, niña o adolescente en particular. A partir de ahí, esa persona asume que es su responsabilidad estar presente como figura vincular y, por lo tanto, le corresponde cumplir las funciones del vínculo (vistas en el apartado 1.2):

- Crear una sensación de seguridad emocional.
- Regular la afectividad y la activación.
- Acompañar en la expresión emocional.
- Proporcionar una base para la exploración.

Un figura vincular, además, trabajará para incorporar a otras personas en la red afectiva del niño, niña o adolescente, ofreciéndole nuevos estilos de relacionarse y nuevas posibilidades de vinculación. Desde ese espacio vincular seguro, la tarea incluirá ayudarlo a ampliar su red de afectos, de forma que no se quede exclusivamente con figuras profesionales, sino que cuente también con otras personas (preferiblemente fuera del sistema de protección) que puedan quedarse en su vida según crezca.

Una parte muy importante del trabajo de las figuras vinculares profesionales es que, cuando es posible y saludable, facilitan el contacto y el vínculo del niño, niña o adolescente con sus figuras de apego de una forma segura y protectora. El niño, niña o adolescente puede saber o no que esa madre, ese padre, esa abuela, ese hermano... no tienen ya las capacidades de ocuparse plenamente de él o de ella, pero la posibilidad de relacionarse con seguridad, con cuidado y con tiempo de escucha posterior, a través de visitas o de tiempo compartido, le proporcionan un tiempo de elaboración sobre la relación y conducen hacia una nueva forma de estar.

38. Existen distintas referencias para trabajar la escucha activa y empática. Destacan las dos siguientes:
Faber, A. y Mazlish, E. (2013). *Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen*. Barcelona: Medici.
Gordon, T. (2006). *Técnicas Eficaces para Padres*. Barcelona: Medici.



Es fundamental recordar que las figuras de apego son un elemento clave en la vida de cada persona, y el desarrollo es mucho más armonioso cuando esas relaciones se pueden reconducir.

Evidentemente, si el trabajo con las figuras de apego es clave en modalidades de cuidado alternativo, también es imprescindible trabajar desde este punto de vista en las intervenciones comunitarias. Si hay figuras que quieren cuidar y que no saben cómo, la primera tarea es ayudarles a desarrollar las competencias parentales necesarias para evitar que el niño, niña o adolescente salga de su familia, y a la larga resulta más beneficioso para toda la sociedad. Y a menudo habrá que sostener a la familia con otras ayudas mientras van desarrollando las capacidades necesarias (búsqueda de empleo, regularización de la documentación, apoyo psicosocial...), pero sin olvidar que la clave es fortalecerlas como referencias afectivas seguras para los niños, niñas y adolescentes (para lo que necesitarán encontrar su propia seguridad interna y externa).

3.4.3. La regulación a través del juego

El juego cumple una función esencial de exploración del mundo y de práctica de diversas capacidades al mismo tiempo que genera emociones placenteras, de modo que es clave para reanudar los procesos que habían estado congelados hasta el momento³⁹. El juego puede darse a nivel individual y también a nivel relacional, con iguales o también con personas adultas. Los tipos de juegos recomendables son los siguientes:

- **Elementos de juego simbólico.** con los que los niños y niñas (y si se presentan de forma adecuada, también los chicos y chicas adolescentes) pueden representar su mundo interior. Pueden ser desde muñecos (en especial peluches) y figuras (de personajes, animales, plantas, objetos, vehículos, herramientas...), juegos de casitas y de tareas del hogar, materiales para moldear (plastilina/plasticina, arcilla, pastas de modelar que endurecen solas) y juegos de construcción basados en piezas (de madera, de plástico...). Es importante la presencia adulta para actuar sobre los juegos estereotipados de forma restaurativa. Por ejemplo, cuando un niño repite una y otra vez un juego en el que una madre pega a su hijo, o cuando una niña representa una y otra vez un accidente de tráfico, la persona adulta debe orientar a posibles salidas de la acción para que los patrones de trauma no sigan consolidándose, sugiriendo que tal vez puede entrar una figura que proteja al niño de la madre, o que llegue una ambulancia de juguete que cure después del accidente.
- **Juegos cooperativos.** Los juegos que promueven la cooperación entre participantes generan una serie de experiencias positivas de tensión por completar los objetivos que se resuelve con el apoyo de otras personas.

39. Martha Straus ofrece muchas claves en su libro: Straus, M. B. (1999). *No-talk therapy for children and adolescents*. Nueva York: Norton.

el juego



Esas experiencias facilitan que los niños, niñas y adolescentes aprendan a pedir ayuda, sabiendo que pueden recibirla. Existen juegos cooperativos de distintos tipos, algunos más fáciles de conseguir, como los puzles, y otros más específicos, que requieren cierta preparación por parte de las personas adultas, al menos al principio, como juegos de mesa colaborativos (en los que el conjunto de participantes juegan en equipo contra el azar o contra las dificultades del juego) y juegos físicos de colaboración (esculturas conjuntas y juegos de un único equipo, como ver cuántos globos o pelotas pueden mantener en el aire pasándose los entre participantes).

- **Juegos de mesa (modulando la competición).** Los juegos de mesa, desde el tradicional parchís o el juego de la oca hasta juegos mucho más elaborados, ayudan a aprender a regular la tensión emocional, tanto cuando van ganando como cuando van perdiendo, siempre que la competición se produzca en un ambiente distendido y de disfrute. Si no es así, una persona adulta puede jugar para ir modulando las emociones y las respuestas que se van produciendo.
- **El deporte como juego de superación.** El deporte, entendido como un ejercicio físico en el que se compite contra otra persona u otro equipo, desarrolla la capacidad de gestionar las emociones y las sensaciones corporales, siempre que se produzca en un tono relajado. Permite que el niño, niña o adolescente tome consciencia de cómo se va superando, de cómo aumentan sus capacidades con la práctica, a la vez que se siente más capaz y más fuerte en su cuerpo.

el arte

3.4.4. La regulación a través del arte

El arte permite simbolizar las vivencias internas, tanto mediante la expresión de los sentimientos más complicados, tomando una distancia al sacarlos al exterior, como mediante la potenciación de las ilusiones, esperanzas y proyectos, dándoles una materialidad concreta. Todas las artes son útiles, pero son especialmente prácticas las siguientes:

- **Elementos de expresión plástica.** En general es conveniente separar la expresión artística de las tareas escolares, así que es conveniente disponer de hojas de papel sueltas, o que cada niño, niña o adolescente tenga su propio cuaderno de dibujo y pintura. Los materiales más interesantes son:
 - **Ceras blandas y crayolas:** para la exploración por colores (por ejemplo con manchas de color realizadas con la crayola apoyada por su lado más largo en vez de con la punta).
 - **Lápices duros:** para dibujos de precisión, cuando quieren resaltar figuras y formas concretas.
 - **Acuarelas y pintura de dedos:** permiten explorar combinando de texturas y colores.



- **Arcilla:** el contacto con la arcilla genera muchas sensaciones corporales, que pueden permitir una mejor expresión emocional.



- **Decoración de la casa y de sus habitaciones.** El nivel 2 de los Entornos Seguros y Protectores incluye que los espacios donde viven los niños, niñas y adolescentes tengan una decoración adecuada, y eso es especialmente fácil de lograr si se les implica en el proceso. La decoración abarca desde aspectos menores, como objetos, cuadros, corchos o fotos que quieran tener, hasta cuestiones mayores, como la elección del color de las paredes de la habitación o de los muebles. Además, si tienen capacidades suficientes, pueden colaborar en el propio proceso de pintado de las paredes, con supervisión adulta.



- **Decoración de su ropa.** La ropa ayuda a construir la imagen exterior del niño, niña o adolescente y su identidad. Por eso su participación en el proceso puede resultar positiva, y puede ser desde algo muy sencillo, como camisetas que se puedan decorar con rotuladores para tela, hasta procesos más elaborados, que incluyan la costura de elementos personalizados (botones, pequeñas decoraciones como el escudo de su equipo favorito o sus iniciales) o incluso el diseño y patronaje de prendas enteras (con apoyo adulto).



- **Expresión musical.** La música es una actividad que implica a múltiples partes del cerebro, y que facilita la integración. Contra la creencia habitual de que la música es “un don”, la realidad es que la práctica totalidad de personas podemos llegar a cantar o entonar de forma aceptable, con práctica. Muchas personas han sufrido experiencias incómodas en la infancia respecto a sus capacidades musicales, especialmente los niños, niñas y adolescentes en modalidades alternativas de cuidado, y por eso creen que no son capaces, cuando la realidad es que no han practicado lo suficiente. Según la Teoría Polivagal de Stephen Porges, la modulación de la voz, especialmente en el canto, depende de la capacidad de regulación del nervio vago. Por tanto, educar el oído y la voz supone fortalecer la capacidad de autorregulación. Por eso, la música debe estar presente diariamente en las vidas de los niños, niñas y adolescentes (y también momentos de silencio, para que estén a solas con sus propios pensamientos). Algunas actividades musicales importantes son:

- Cantar y entonar, para fortalecer las capacidades del nervio vago. Pueden ser desde canciones de cuna e infantiles para las edades más tempranas hasta cualquier tipo de música en la adolescencia.
- Instrumentos de acompañamiento. Lo ideal sería que cada niño, niña o adolescente pudiera practicar algún instrumento musical hasta descubrir cuál le encaja, pero en muchas zonas eso no es realista. Sin embargo, es posible practicar la coordinación rítmica y melódica con instrumentos musicales de acompañamiento, como guitarras, teclados o instrumentos de percusión sencillos.



- **Juegos rítmicos.** Una forma sencilla de practicar la música es a través de juegos rítmicos que van desde los juegos de palmas hasta percusión corporal (cuando se usa el cuerpo propio para generar patrones rítmicos, dándose palmadas en distintas partes, como piernas, brazos, pecho...).
- **Compartir músicas significativas para las distintas emociones.** La música tiene la capacidad de transmitir sentimientos más allá de las palabras, por eso es importante que los niños, niñas y adolescentes puedan conocer cómo se expresan la alegría, la tristeza, la rabia, la nostalgia, la esperanza... mediante las canciones de las figuras adultas, para que puedan ir creando sus propias listas de reproducción que les acompañen en los distintos estados de ánimo. Es importante que las emociones representadas sean variadas, para que no se queden con bucles de músicas del mismo tipo (todas tristes, o todas alegres...).
- **Juegos de dramatización.** Todas las actividades de representación implican que el niño, niña o adolescente es capaz de salir de sus circunstancias concretas e imaginarse las relaciones de los personajes representados, ayudándole a desarrollar la empatía y facilitándole la expresión de emociones de forma amena y la modulación de la voz (coordinada por el nervio vago, según la Teoría Polivagal, por lo que ayuda a la autorregulación del sistema nervioso). Destacan especialmente el teatro y las actividades que incluyen el uso de disfraces.
- **Expresión literaria.** Al escribir rimas y poesía, o al redactar cuentos y narraciones, los niños, niñas y adolescentes aprenden por un lado a poner palabras a las vivencias emocionales (incluidas las suyas propias) y por otro a tomar perspectiva sobre sus experiencias. De ese modo aumenta la autorregulación. Ofrecer modelos de textos que les resulten relevantes es útil para que puedan inspirarse y crear su propio estilo.
- **Películas y vídeos.** El visionado de películas supone una exploración del mundo de los sentimientos y de las vivencias, en especial cuando sucede con compañía adulta y comentarios posteriores. Además, especialmente a partir de ciertas edades, pueden servir de inspiración para que los propios niños, niñas y adolescentes elaboren sus vídeos caseros, como una forma contemporánea de teatro. En esos casos es imprescindible supervisar que las grabaciones se realizan en condiciones de seguridad y que los vídeos no son compartidos públicamente.

3.4.5. La regulación a través de otros elementos

Se puede abordar la regulación tras situaciones de trauma de muchas otras formas. Destacan tres elementos que, por su potencial sanador, es conveniente tener en cuenta.

El trauma es soportado por el cuerpo (desde el sistema nervioso hasta la disociación pasando por las somatizaciones y por otras marcas físicas). Por eso el **cuidado**

físico, especialmente como una práctica que asume el propio niño, niña o adolescente es imprescindible. Para que sea sano debe darse siempre desde lo positivo, nunca desde la crítica: se trata de que interioricen un mensaje positivo (algo así como “*Hago esto para cuidarme, porque mi cuerpo es valioso*”), y no desde el rechazo (“*No me gusta mi cuerpo, a ver si logro modificarlo con ejercicio/sustancias/alimentación...*”). El cuidado físico se puede practicar desde los siguientes ámbitos:

- La higiene y cuidado personal: ducharse, lavarse los dientes, alimentarse bien, dormir lo suficiente...
- El ejercicio físico, especialmente el deporte como forma de autocuidado (además de la dimensión lúdica y afectiva).
- La construcción de la identidad física que va evolucionando con la edad y con los gustos: a través del corte de pelo, en la adolescencia a través del afeitado y del maquillaje...
- La atención sanitaria como cuidado, para lo cual es importante que cada profesional de la salud aproveche todas las situaciones para favorecer el autocuidado desde la calidez, para que los niños, niñas y adolescentes no tengan miedo a ir al centro sanitario o a expresar su malestar físico. Las prácticas sanitarias que incluyan situaciones de dolor (operaciones, colocación de huesos, inyecciones...) se deben preparar emocionalmente y acompañar de manera positiva, para evitar la creación de nuevos traumas.

Las **nuevas tecnologías** forman parte de la vida cotidiana, en especial a partir de la adolescencia. Para garantizar un desarrollo saludable es necesario que los niños, niñas y adolescentes aprendan una gestión responsable y segura con supervisión de las personas adultas de referencia. De ese modo podrán aprovechar los aspectos positivos y evitar los riesgos y nuevas situaciones de trauma (como el ciberacoso o *cyberbullying*).

El contacto con la **naturaleza, plantas y animales**: proporciona muchos beneficios, en especial cuando se cuida la relación (al cuidar de mascotas o de regar y cultivar plantas) y la consciencia, y permite una mayor conexión emocional y un desarrollo más saludable a múltiples niveles⁴⁰.

3.5. LA DERIVACIÓN: EL EQUIPO DE APOYO NECESARIO

El trauma es un fenómeno que abarca muchas dimensiones de la persona, y que puede tener procesos como la disociación o todos los aspectos relacionales, que son difíciles de identificar sin una formación especializada. Por eso es importante contar con una evaluación, un diagnóstico y una intervención pautada desde la

40. Kahn, P. H., y Kellert, S. R. (Eds.) (2002). *Children and nature: Psychological, sociocultural, and evolutionary investigations*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

especialización: es necesario incorporar un equipo de apoyo que pueda aportar claridad y claves para intervenir de forma adecuada con cada niño, niña o adolescente que sufre trauma.

3.5.1. La derivación: cómo y cuándo plantearla

Los niños, niñas y adolescentes en muchos casos no tienen la experiencia de que hablar con personas adultas sea útil. De hecho, en algunos casos lamentan haber comentado el maltrato que sufrían en su familia de origen, porque preferirían seguir viviendo con ella, en vez de todas las situaciones por las que han tenido que pasar. Por eso al plantear la derivación a terapia es importante adoptar un enfoque empático: *“Vemos que estás pasándolo mal, y queremos que no lo pases tan mal. Por eso vamos a llevarte a ver a X, que ayuda a que los niños, niñas y adolescentes se conozcan un poco más y a que se sientan mejor”*.

También es importante fijar expectativas realistas con el niño, niña o adolescente: desde lo positivo, qué va a ganar (*“Creemos que si vas a terapia vas a aprender a tranquilizarte y a dormir un poco mejor”*, *“Pensamos que la terapia te va a ayudar a que te sientas mejor y puedas tener amistades poco a poco”*...); desde la confianza moderada, para generar interés, pero sin excesiva presión (*“Tal vez te sirva, puedes probar y vamos viendo”* es más seguro que *“Seguro que te ayuda a sentirte bien”*, porque al introducir la posibilidad es más fácil que el niño, niña o adolescente se dé un plazo para su evolución, como no ocurriría con unas expectativas demasiado altas); y desde el trabajo en equipo, sabiendo que durante el proceso también va a contar con personas en quienes ya confía (*“También vamos a ir desde Aldeas, para que nos enseñe a acompañarte de una forma que te sirva y a que te entendamos mejor”*).

Una de las preocupaciones de los niños, niñas y adolescentes es la estigmatización, con la idea de que ir a terapia es para “locos” o niños, niñas y adolescentes “problemáticos”. Por eso es necesario plantearse una gestión adecuada de la confidencialidad, especialmente en comunidades pequeñas, donde una persona ve todos los casos. Es conveniente planificar cómo se va a hacer para que el niño, niña o adolescente no se encuentre con posibles pacientes que cuenten que va a terapia en la escuela o en los espacios de ocio.

Por último, es fundamental realizar una gestión adecuada de los tiempos. Cuando un niño, niña o adolescente llega a un nuevo recurso de cuidado alternativo, primero tiene que acostumbrarse a la casa y a las personas de referencia, interiorizar las rutinas, ir generando vínculo y dejarse conocer. Y ya cuando siente cierta seguridad afectiva se le puede plantear la intervención, desde la confianza en que quienes le cuidan le están ofreciendo algo que puede ser positivo para su bienestar.

cómo y cuándo

3.5.2. Claves para la selección de terapeutas

La intervención terapéutica en trauma abarca distintos niveles de la persona, por lo que la selección de terapeutas es clave. Esto puede resultar difícil en municipios pequeños, o en poblaciones apartadas, pero si tenemos claridad de cuáles son las claves, podemos facilitar también que haya especialistas que se formen en los aspectos que todavía no dominan. Algunas de las claves fundamentales son:

- **Tener una visión empática y respetuosa hacia la persona.** El niño, niña o adolescente debe percibir a su terapeuta como una figura aliada, en quien puede confiar, con quien puede mostrarse con sus partes más oscuras y dolientes. Quienes hablen exclusivamente de síntomas, diagnósticos y conductas (siendo como son elementos fundamentales de la intervención, pero no únicos), sin ver al niño, niña o adolescente como una persona completa, probablemente no puedan acompañarle.
- **Mostrar calidez personal.** No sirve de nada que el o la especialista tenga gran empatía si no consigue que el niño, niña o adolescente sienta cierto grado de calidez. Es necesario que muestre la calidez necesaria para que el niño, niña o adolescente pueda abrirse y para que se reactiven sus “procesos congelados”⁴¹.
- **Nos hace ver al niño, niña o adolescente con una mirada más consciente y compasiva.** El o la terapeuta debe ser capaz de transmitir una mirada consciente al equipo educativo y a todas las personas de su entorno, desarrollando la capacidad de empatía de las figuras adultas, a la vez que se mantienen unos límites protectores.
- **Demostrar una visión del proceso que combine realismo y esperanza.** El o la terapeuta debe ser capaz de identificar la realidad del niño, niña o adolescente, con sus capacidades y limitaciones, y trabajar a partir de ahí, ofreciendo unos objetivos que logren tanto la ilusión del equipo técnico como su alcance con posibilidades reales. Probablemente no serán adecuadas posturas ni excesivamente pesimistas, que desanimen al niño, niña o adolescente y a sus figuras adultas de referencia, ni fantasiosamente positivas, ya que causarán decepción en algún momento.
- **Contar con formación específica en trauma y apego y técnicas de intervención en trauma.** Igual que en medicina existen especialistas en los huesos, o en el sistema digestivo, o en el corazón, en psicología y psicoterapia es necesario contar con formación específica para poder abordar todas las dimensiones del trauma. Es importante recibir información clara sobre los conocimientos y técnicas que maneja cada terapeuta para tener la seguridad de que puede intervenir de forma segura. En este sentido es importante que demuestre poseer conocimientos sobre el uso de técnicas de regulación a través del afecto, del vínculo, del juego, del arte y de otros elementos.

41. Romeo, F. J. (en prensa). *Calidez para el desbloqueo afectivo. Claves para el acompañamiento emocional*.

- **Utilizar la dimensión corporal.** El trauma reside en muchas funciones corporales, de modo que el cuerpo debe ser un elemento fundamental de trabajo durante el diagnóstico y la intervención. Es necesario saber cómo va a introducir cada terapeuta la dimensión corporal en la terapia.
- **Conocer formas de trabajo no verbal.** En muchos casos los niños, niñas y adolescentes no son capaces de hablar de su trauma por diversos motivos: porque les resulta demasiado doloroso, porque no lo recuerdan (a través de la disociación), porque las figuras adultas les producen desconfianza... Por eso una capacidad relacionada con el conocimiento de técnicas específicas de intervención en trauma, y que incluye la dimensión corporal a menudo, es el manejo de técnicas no verbales de creación de vínculo terapéutico y de elaboración de materiales traumáticos⁴².
- **Demostrar capacidad de planificar a corto, medio y largo plazo.** Los procesos terapéuticos con trauma pueden ser complejos, con la aparición de partes disociadas y de elementos imprevistos. Esa es la razón por la que hay que buscar terapeutas que planteen líneas de intervención a distintos niveles y con distintos plazos, con flexibilidad e incorporando a todas las personas de la vida del niño, niña o adolescente. Un ejemplo de esto es saber gestionar tiempos de profundización (fases en las que el trabajo es más intenso y puede ser más doloroso) y tiempos de relajación y recuperación (en los que parece que “no ocurre nada”, pero que permite que se asienten los progresos realizados durante la fase más intensa).
- **Ofrecer pautas para el trabajo en equipo.** Detectaremos terapeutas competentes por su capacidad para reconocer y aprovechar la experiencia de quienes conviven con el niño, niña o adolescente, y para dar claves y pautar la intervención en el hogar, en el centro educativo, en los espacios de ocio y tiempo libre y en el resto de dimensiones de su vida. La sesión de terapia es un tiempo en el que se hacen descubrimientos y avances, pero estos pueden producirse también en otros momentos, y el resto de profesionales y figuras afectivas necesitarán orientaciones para apoyar al niño, niña o adolescente en su evolución.

42. Martha Straus ofrece una serie de claves importantes. Aunque la terapia “sin palabras”, según su modelo, no es necesaria siempre, es útil tener esos recursos, a veces para las primeras sesiones, hasta que se crea confianza, y en otros casos durante todo el proceso. La referencia es: Straus, M. B. (1999). *No-talk therapy for children and adolescents*. Nueva York: Norton. Martha Straus ofrece una serie de claves importantes.

3.5.3. Acompañando el proceso terapéutico

El proceso terapéutico implica toda la vida del niño, niña o adolescente, por lo que es imprescindible que vaya más allá del tiempo de sesión. En la mayoría de los casos su terapeuta proporcionará claves y pautas que se deben ir incorporando a la vida cotidiana, y desde esos ámbitos (el hogar, la escuela, los espacios de ocio...) se observarán cambios que habrá que comunicarle de vuelta. En eso consiste en acompañar el proceso terapéutico: en estar presentes en los aspectos importantes del niño, niña o adolescente que nos indique su terapeuta en los distintos ámbitos.

La coordinación imprescindible es la que se produce desde **el hogar**. Debe haber sesiones de trabajo conjunto, en las que el o la terapeuta proporcione claves a las figuras de referencia del niño, niña o adolescente, y también el equipo educativo debe ocuparse de dar seguimiento a las pautas recibidas, informar de cambios (a mejor o a peor) y pedir ayuda cuando no sepa gestionar algunas situaciones. También debe hacer que el hogar sea un espacio de contención segura adaptado a las necesidades específicas de ese niño, niña o adolescente en la fase en la que se encuentre. Desde ese entorno las personas de referencia podrán fomentar la exploración de pautas (que el niño, niña o adolescente practique lo que va incorporando de la terapia) y nuevas situaciones (por ejemplo, animarle en la creación de nuevas amistades). Desde la terapia también se pueden ofrecer orientaciones para el trabajo de la afectividad y del vínculo.

La coordinación con el **centro educativo** puede ser muy positiva, si la actitud desde el equipo docente es adecuada. Desde la terapia se puede ofrecer una coordinación (con una frecuencia menor que en el hogar) para ofrecer una visión realista y esperanzada, con pautas específicas para el centro educativo (especialmente la gestión de conflictos, con atención a la repetición de patrones desde la agresión o desde la víctima). También debe trabajar unas expectativas claras respecto al rendimiento del niño, niña o adolescente, transmitiendo que lo académico puede tardar en recuperarse: no puede ser lo único ni lo prioritario. En este marco puede ser conveniente recordar que la educación se dirige a la persona completa, que la escuela no puede centrarse exclusivamente en los estudios, sino que también enseña valores y prepara para la vida. Para esto puede ser muy útil el trabajo con una figura aliada dentro de la escuela, como el tutor o la maestra de referencia, con quien la coordinación sea más fácil, a la vez que muestra receptividad a las claves y pautas ofrecidas desde la terapia.

Por último, la coordinación con los **recursos de ocio y tiempo libre** (actividades extraescolares, deporte, asociaciones...) puede resultar también muy valiosa si hay alguna figura aliada que quiera asumir la responsabilidad. Si no, también se puede hacer la coordinación a través del hogar, con objetivos similares a los del centro educativo: una visión realista y esperanzada, pautas específicas para las actividades de ocio y tiempo libre y unas expectativas adecuadas respecto al rendimiento. En este ámbito es necesario prestar una especial atención a la repetición de patrones

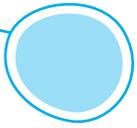
desde la agresión o desde la víctima, que puede aparecer en las dinámicas de grupo (por ejemplo, una actividad con competición ligera en la que el niño, niña o adolescente pierda la regulación y reaccione con agresividad) y a los momentos sin supervisión (por ejemplo, en los descansos, en los servicios, en los tiempos libres...).



SIGUIENTES PASOS: EL ABORDAJE DEL TRAUMA A NIVEL ORGANIZACIONAL

El trauma es un fenómeno muy complejo que requiere un abordaje integral. Por eso es necesario que las organizaciones que atienden a niños, niñas y adolescentes dispongan de un personal con unos conocimientos suficientes (cada profesional los necesarios para su nivel de intervención) sobre qué es el trauma, cómo detectarlo y cómo intervenir a nivel educativo y psicosocial. Una organización así debe tener en cuenta los siguientes elementos.





4.1. DESARROLLO DE CAPACIDADES

FORMACIÓN	<p>Todo el personal de la organización tiene que estar formado a un nivel suficiente para su desempeño profesional: desde cargos directivos a cargos técnicos y profesionales de trato directo (formaciones específicas según necesidades).</p> <p>Los contenidos deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Concepto de trauma en la infancia y adolescencia.• Las consecuencias e indicadores del trauma en la infancia y adolescencia.• Claves para la intervención. <p>La metodología debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exposición de teorías actualizadas sobre el trauma.• Ejercicios vivenciales para identificar traumas (o situaciones que podrían haber sido traumáticas y no lo han sido) en la vida personal.• Ejercicios vivenciales para la intervención en trauma (dinámicas con dibujo, juego, baile, movimiento...).• Ejercicios prácticos sobre casos y ejemplos (vídeos, películas).
SUPERVISIÓN	<p>Los equipos técnicos y el personal de cuidado directo deben contar con espacios de supervisión regulares.</p> <p>Los espacios de supervisión sirven para consolidar los conocimientos adquiridos en la formación.</p> <p>Los espacios de supervisión permiten identificar buenas prácticas y corregir prácticas inadecuadas.</p> <p>Los espacios de supervisión ayudan a identificar claves en el trabajo con cada niño, niña o adolescente.</p>
TRABAJO PERSONAL	<p>Cada profesional ha realizado un trabajo personal suficiente para elaborar sus posibles traumas, de modo que no interfieran con su desempeño ni con sus interacciones con los niños, niñas y adolescentes.</p>

4.2. SISTEMAS DE ACTUACIÓN ANTE EL TRAUMA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

DETECCIÓN

Se utilizan procedimientos adecuados de detección de trauma:

- A nivel no especializado (equipos técnicos, personal de cuidado directo): los indicadores de este manual.
- A nivel especializado (en derivación): herramientas específicas de diagnóstico.

Se utilizan los indicadores de posibles situaciones de trauma o de los traumas confirmados en los planes individuales de cada niño, niña o adolescente:

- En el proceso de incorporación.
- A lo largo de la intervención con el niño, niña o adolescente.
- Revisando cada caso cada vez que se actualicen los conocimientos.
- Ejercicios prácticos sobre casos y ejemplos (vídeos, películas).

INTERVENCIÓN GENERAL

Se aplican las metodologías ya desarrolladas:

- Garantizar que los espacios donde viven y se desenvuelven los niños, niñas y adolescentes son Entornos Seguros y Protectores.
- Mantener una intervención en conflictos desde la Disciplina Positiva.
- Atender a la Afectividad Consciente como competencia organizacional.
 - Para atender a niños, niñas y adolescentes con trauma es necesario cultivar el cuidado organizacional de cada profesional y facilitarle y verificar su autocuidado.

Se realizan reuniones de coordinación:

- Facilitan el trabajo en equipo.
- Distribuyen la responsabilidad entre profesionales, cada cual desde su campo y experiencia.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

El horario de las personas de cuidado directo incluye periodos específicos de presencia y juego con los niños, niñas y adolescentes.

Cada profesional cuenta con claves básicas de intervención en trauma a su nivel:

- Manejo de la afectividad y cómo transmitirlo a niños, niñas y adolescentes.
- Pautas específicas de intervención en crisis.
- Pautas generales de atención.
- Formación en aspectos específicos:
 - Juego reparador (y el espacio cuenta con los materiales necesarios).
 - Expresión artística y creatividad

Se utiliza el trabajo de la historia de vida como apoyo para la recuperación del trauma, con metodologías apropiadas para el desarrollo emocional de cada niño, niña o adolescente.

DERIVACIÓN

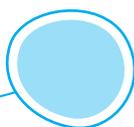
Se establece una red de profesionales a quienes derivar casos de trauma a nivel local (de cada recurso):

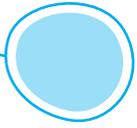
- Se conoce a cada profesional a nivel general, previo a proceder a derivaciones (la derivación no puede surgir de una circunstancia concreta, se debe haber realizado un trabajo previo).
- Se utilizan los criterios establecidos para la selección de profesionales, en especial su disponibilidad al trabajo con equipos técnicos y personas de cuidado directo.

Los programas se dotan de presupuestos específicos para atender las necesidades de derivación.

Los equipos técnicos y las personas de cuidado directo conocen y manejan las claves necesarias para solicitar la derivación a especialistas en trauma.

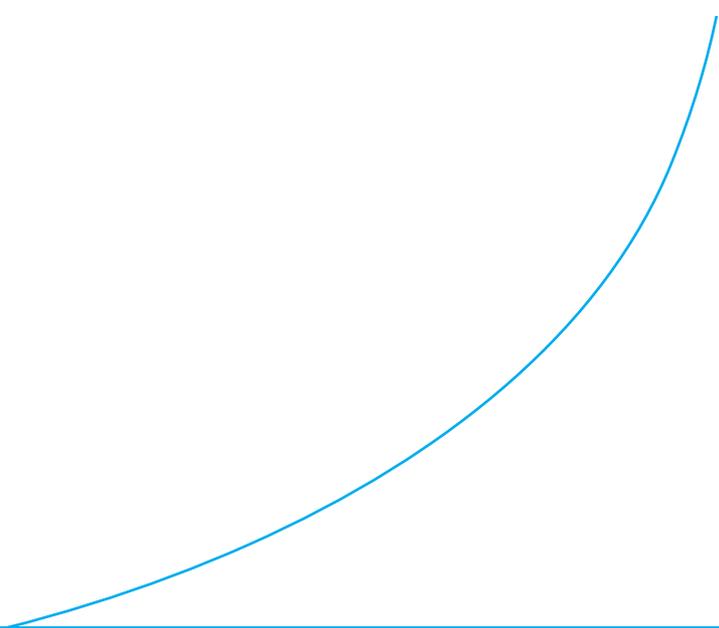
Se escucha la opinión de los niños, niñas y adolescentes respecto a sus profesionales de derivación y las metodologías que proponen (tipos de terapia, pautas, medicación...).





4.3. POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL

POLÍTICAS INTERNAS	Aldeas Infantiles SOS desarrolla políticas internas que aborden el trauma en la infancia y adolescencia como se plantea en este documento.
	Aldeas Infantiles SOS incorpora las valoraciones de trauma como elemento para las evaluaciones internas de las organizaciones nacionales.
	Aldeas Infantiles SOS genera grupos de trabajo específicos para el seguimiento de las líneas de intervención en trauma en la infancia y adolescencia.
REFERENCIA ANTE EL TRAUMA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	Aldeas Infantiles SOS difunde sus instrumentos de trabajo entre administraciones públicas y otras organizaciones con el doble fin de: <ul style="list-style-type: none">• Hacer que se comprenda su trabajo en trauma y adolescencia.• Sensibilizar a otros actores relevantes respecto al trabajo en trauma en la infancia y adolescencia.
TRABAJO EN RED	Aldeas Infantiles SOS facilita el intercambio de experiencias entre sus profesionales y entre asociaciones nacionales.
	Aldeas Infantiles SOS promueve el trabajo en red con otras entidades relevantes, tanto a nivel local, como nacional y de toda la región de América Latina y el Caribe.





ANEXOS

5.1. ANEXO 1: Una revisión de teorías actuales sobre el trauma

Los estudios sobre el trauma avanzan a gran velocidad, con la aparición frecuente de claves y prácticas novedosas. Para sensibilizar sobre la importancia de seguir formándose al respecto, vamos a recuperar algunas ideas clave que sirven para descubrir nuevas facetas de este fenómeno y que nos permiten actuar de forma más integrada.

Francine Shapiro y sus precisiones al concepto de trauma

Según Francine Shapiro, creadora de la terapia de EMDR⁴³, es importante diferenciar entre dos tipos de trauma:

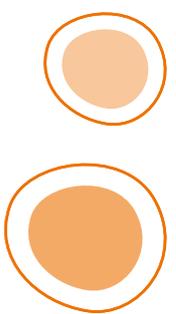
- El **“Trauma con T mayúscula”**, que aparece ante un único suceso de máxima intensidad.
- El **“trauma con t minúscula”**, que surge ante muchos sucesos de menor intensidad, pero que por su repetición acaban afectando a la persona.

Esta distinción es importante en el trabajo con profesionales que pueden restarle importancia a la vivencia del niño, niña o adolescente desde una valoración de que la situación “no fue tan intensa o tan relevante”. Los “traumas con t minúscula” también son traumas y necesitan de igual modo de una atención especial.

Su planteamiento es que el trauma consiste básicamente en una disfunción (una alteración) en el procesamiento de situaciones. Es como si el cerebro se quedase “atascado” en el modo de funcionamiento del momento de peligro, y no es capaz de volver a un estado relajado, ni siquiera ante situaciones tranquilas y seguras.

Esta visión nos permite comprender que muchos de los niños, niñas y adolescentes con quienes se trabaja desde Aldeas Infantiles SOS tienen formas de percibir el mundo que los ponen en guardia, y por eso interpretan las intervenciones de profesionales de forma peligrosa, en vez de algo a su favor.

43. Shapiro, F. (2008). EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). *Desensibilización y procesamiento por medio del movimiento ocular*. Barcelona: Kairós.



Peter Levine y sus precisiones al concepto de trauma

Peter Levine, creador de la terapia *Somatic Experiencing*®, considera que “El trauma no reside en el suceso en sí, sino en el sistema nervioso”⁴⁴. Explica que el impacto de un evento como hecho traumático depende de las capacidades del sistema nervioso de la persona y, por tanto, los niños, niñas y adolescentes tienen mayor vulnerabilidad al trauma (a que haya situaciones que les desborden) por tener un sistema nervioso menos desarrollado.

Otra precisión importante es que mientras que el evento termina (o sucede repetidamente, pero con periodos en los que no ocurre), el trauma se vive como permanencia del riesgo. Por ejemplo, una agresión física única tiene un comienzo y un final (empiezan los golpes, se prolongan durante unos minutos y luego terminan), pero el miedo a sufrir otro ataque se vuelve permanente, incluso cuando el ataque es improbable (por estar en un lugar seguro). Otro ejemplo: en el caso de abusos sexuales repetidos, la práctica abusiva sexual tiene una duración que se puede medir en minutos en cada ocasión, pero el temor a cuándo llegará la siguiente situación de abuso es permanente y afecta al funcionamiento diario. De hecho, los niños, niñas y adolescentes acogidos en modalidades de cuidado alternativo por Aldeas Infantiles SOS en teoría han dejado de padecer las situaciones que vivían en su casa, y sin embargo pueden mostrar síntomas activos de bloqueo y trauma, que duran incluso después de años de vivir en seguridad.

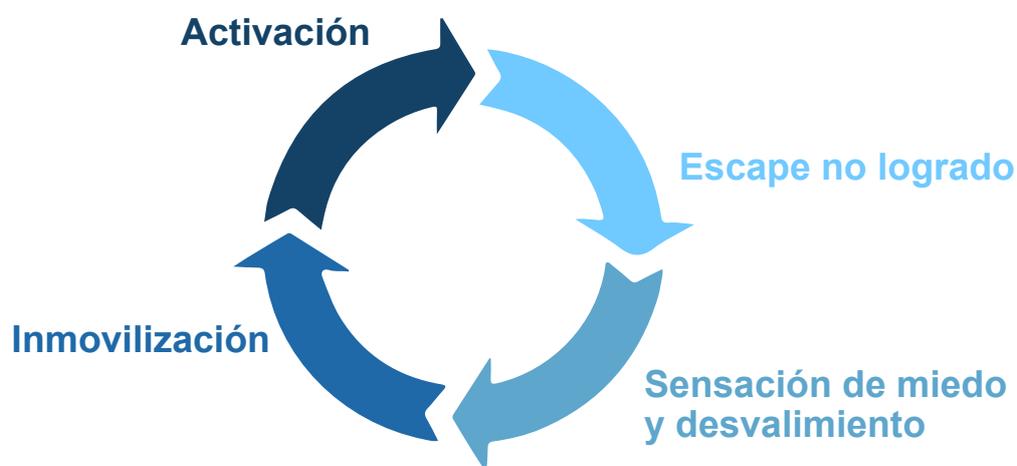
En este sentido es importante diferenciar entre un proceso difícil pero cerrado a nivel psicológico, que puede doler pero no desequilibra, de un trauma, que es una herida todavía abierta.

Peter Levine propone que la energía fisiológica de una reacción apropiada ante una situación de peligro queda bloqueada en situaciones de trauma, con la precisión de que, si se activa esa energía bloqueada, se puede resolver (que es lo que propone con su técnica de *Somatic Experiencing*®, traducida habitualmente como “Experiencia Somática”). Lo explica en dos diagramas.

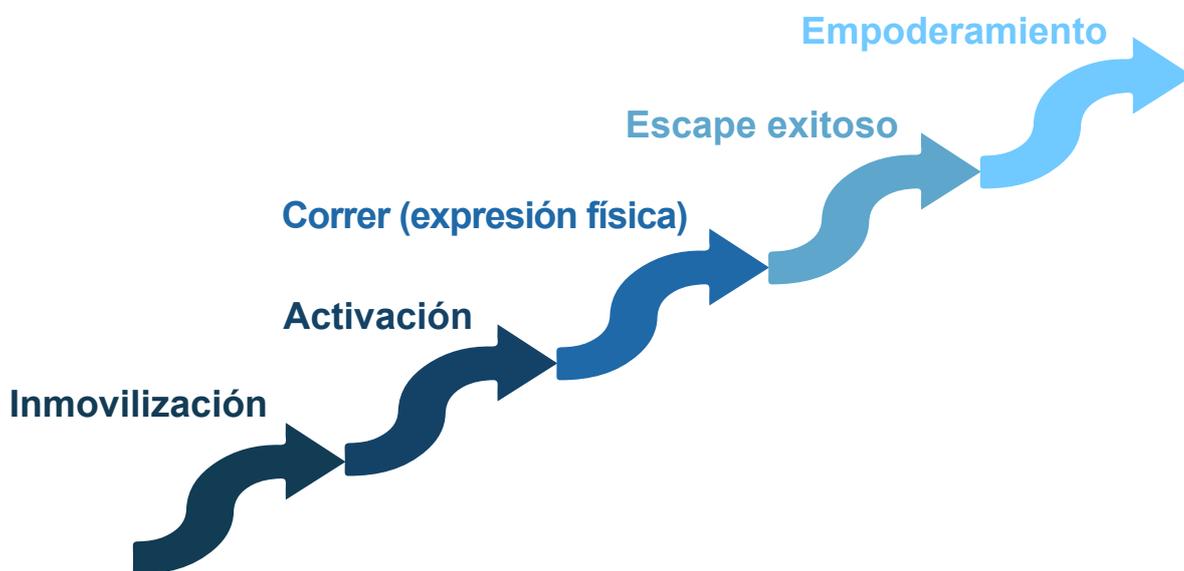
Por un lado, en una situación de trauma se produce lo que llama “el ciclo de miedo/inmovilidad”⁴⁵. (Levine, 2013, 45). Ante un evento se produce una intensa activación fisiológica que prepara para la huida. Sin embargo, debido a distintos factores, esa huida no se produce y no se logra el escape. Eso provoca una sensación de miedo y desvalimiento, de no ser capaz de afrontar la situación. Y si no se puede hacer nada, lo siguiente es una sensación de inmovilidad, de parálisis. Pero esa inmovilidad no elimina la activación, el miedo, que vuelve a aparecer al seguir evaluando la situación. Esto se constituye en un círculo vicioso. Además, puede haber distintas situaciones que desencadenen activación desde el miedo, y que se retroalimenten entre sí, de modo que los síntomas de bloqueo traumático se extienden por múltiples situaciones de la vida (la mayoría de las cuales no son ni siquiera peligrosas).

44. Levine, P. A., y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños. Despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Barcelona: Eleftheria. Esta frase proviene de un apartado completo en el capítulo 1, “¿Qué es el trauma? Una definición funcional”.

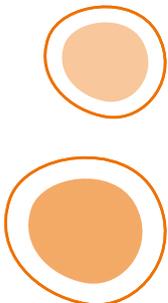
45. Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada. Cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar*. Buenos Aires: Alma Lepik.



Frente a ese círculo vicioso Peter Levine propone, a través de su técnica de *Somatic Experiencing®*, el “restablecimiento de respuestas activas de defensa” (Levine, 2013, 46). Si el punto de bloqueo en el trauma consiste en que ante una activación por miedo se produce una inmovilización, realizar una actividad física que ponga en funcionamiento los recursos fisiológicos de huida (como correr, saltar o mover brazos y piernas de formas específicas) permite superar ese bloqueo y lograr un escape exitoso, que conlleva una sensación de empoderamiento y de capacidad frente a circunstancias difíciles.



La importancia de la expresión física de la activación fisiológica va a ser clave en la intervención con niños, niñas y adolescentes de Aldeas Infantiles SOS, y justifica la importancia de proporcionar espacios y actividades de conexión corporal y movimiento físico intencionados, desde la danza y el teatro hasta los juegos que implican correr y los deportes.



Stephen Porges y sus precisiones al concepto de trauma: la Teoría Polivagal

Stephen Porges desarrolla la Teoría Polivagal como una forma de explicar el funcionamiento de los aspectos fisiológicos del sistema nervioso que afectan e interactúan con las emociones y el comportamiento. La teoría es amplia y aborda muchos aspectos de fisiología⁴⁶, pero aquí vamos a concentrarnos en las interacciones entre la percepción de seguridad y aspectos afectivos⁴⁷.

El primer elemento que retener de la Teoría Polivagal es que los eventos externos por un lado pasan por un proceso de percepción (que puede ser más o menos consciente), pero también por un proceso de neurocepción, en el que el sistema nervioso en su conjunto valora la situación no solo con datos externos (la presencia de miembros con vinculación afectiva o no, o la aparición de algún peligro), sino también con datos internos (por ejemplo, si el cuerpo está en estado de relajación o de tensión, o si hay sistemas que indican riesgo a nivel no consciente). Esto significa que las situaciones pueden ser evaluadas mal por el sistema interno, en especial si hay una historia de desequilibrio emocional (como sucede en el trauma). Por eso, puede haber niños, niñas y adolescentes que, estando ya en un lugar seguro dentro de un programa de Aldeas Infantiles SOS, sin embargo, reaccionen con alarma, desconfianza y miedo, no por elementos externos, sino por su propia neurocepción, acostumbrada a los malos tratos de los que eran objeto en su hogar de origen.

Por otro lado, la Teoría Polivagal señala en grandes líneas tres estrategias de regulación del sistema nervioso, que están relacionadas con la evolución de la fisiología desde los primeros vertebrados, como los reptiles, hasta los mamíferos y el ser humano.

- La **estrategia de regulación de seguridad** permite una sensación de relajación. Si se producen interacciones sociales, el contacto también es relajado con otras personas, que se transmite mediante la mirada, la voz y una sensación general de equilibrio interno. Es importante comprender que esta estrategia es activa a nivel fisiológico: en una situación social relajada el nervio vago está parando las acciones de ataque o de huida que podrían aparecer. Por eso, como supone un esfuerzo a nivel fisiológico, la seguridad solo se alcanza con unas cualidades físicas adecuadas de alimentación, descanso y, por supuesto, seguridad física y emocional real.
- La **estrategia de regulación de peligro** implica una movilización de recursos internos, preparando los músculos (y el resto del cuerpo) para el ataque o la huida.

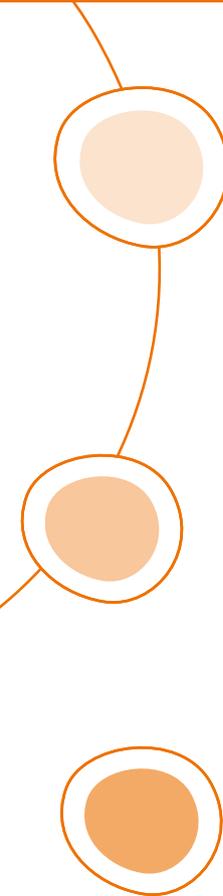
46. Se puede leer la extensa monografía de referencia: Porges, S. (2017). *La Teoría Polivagal. Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Madrid: Pléyades.

47. Porges, S. (2016). Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la percepción y la expresión del afecto. Una perspectiva polivagal. En D. Fosha, D. J. Siegel y M. S. Solomon (Eds.), *El poder curativo de las emociones. Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*, pp. 33-66. Sitges, Barcelona: Eleftheria.

- La **estrategia de regulación de amenaza mortal** se activa cuando se ha intentado el ataque o la huida y resultan fallidos. La última opción a nivel fisiológico es la inmovilización, mediante una pérdida del tono muscular, parálisis y desmayo (que tienen su equivalente psicológico en la disociación). Es importante recordar que esta respuesta también es adaptativa: ante una situación de daño inminente (por ejemplo, una agresión que pone en peligro la vida), lo más apropiado a nivel fisiológico es desconectar la consciencia. Por ejemplo, un niño o una niña que haya sufrido un maltrato físico extremo, el hecho de que se desmaye en un momento puede resultar protector en el sentido de que cuando recupere el sentido, tendrá las heridas, pero no el recuerdo. Otro ejemplo, en el caso de los abusos sexuales, ante una situación tan desbordante es una respuesta muy adecuada en el momento que el niño, niña o adolescente se disocie y, literalmente, no esté consciente en su propio abuso. El daño queda, pero al estar disociado permite sobrevivir el evento. Otra cuestión es que, ya que ese daño es muy grande, va a aparecer de otras formas, pero cuando haya terminado el abuso.

Las investigaciones demuestran que los pasos de una estrategia de regulación a otra son reacciones fisiológicas, no cognitivas ni voluntarias. Nadie puede decidir *“Ahora voy a sentir tranquilidad”* (aunque sí que puede decidir realizar acciones que ayuden a la calma, como, por ejemplo, *“Ahora voy a respirar despacio, contando mentalmente, hasta notar que me bajan los latidos del corazón”*) o *“Es un buen momento para desmayarme”*. Lo que sí que es claro es que si falla el nivel superior, se pasa al inferior: si no sentimos seguridad, nos preparamos para el ataque o la huida; y si en una situación de amenaza mortal no podemos escapar ni enfrentarnos con éxito, el siguiente paso es la pérdida de consciencia (parcial o completa). Esto afecta al trabajo con niños, niñas y adolescentes en Aldeas Infantiles SOS, ya que en muchos casos se van a encontrar con un sistema nervioso activado permanentemente en el ataque o la huida, y los intentos de que se sientan seguros necesitan implicar el cuerpo y la neurocepción o, si no, percibirán como agresión cualquier intento adulto de proporcionarles ayuda y apoyo. E incluso aunque la relación ya sea segura y se esté dando la recuperación, si se produce un estado defensivo, hay estímulos neutros o positivos que se pueden interpretar como peligrosos e incluso de amenaza mortal.

Por último, la Teoría Polivagal expone que los nervios que regulan el corazón también se ocupan de la vocalización, de la audición y de la expresión facial (y de varias cuestiones más). Eso supone una ventaja muy importante: si utilizamos la palabra, con entonación apropiada y con gestos adecuados, ayudamos a regular el sistema nervioso de los niños, niñas y adolescentes. Por eso en la parte de intervención se retomarán actividades que impliquen a las partes del sistema nervioso que se encargan de la estrategia de regulación de seguridad, tanto prácticas concretas que puedan desarrollar las personas adultas para ayudar a los niños, niñas y adolescentes como ejercicios de autorregulación que pueden aprender y desarrollar por su cuenta los niños, niñas y adolescentes.



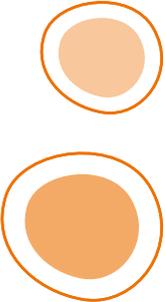
5.2. ANEXO 2: una explicación de los tipos de trauma mediante teoría y ejemplos

En las últimas décadas, la ampliación de los conceptos relativos al trauma han conducido a aumentar también los tipos de trauma que se pueden observar. Aunque algunos modelos necesitan de más investigación para acabar de consolidarse, es fundamental mantener una mirada abierta hacia las distintas tipologías posibles.

El tipo de trauma más estudiado y consolidado es el **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)**. El resumen que hacen Suzette Boon, Kathy Steele y Onno van der Hart⁴⁸ es especialmente claro en la forma de organizarlo, en tres grupos de síntomas:

- Los **síntomas de intrusión** consisten en todas aquellas vivencias que surgen involuntariamente en la consciencia de la persona. Pueden ser desde *flashbacks* (que aparezcan recuerdos del evento traumático de forma invasiva, que afecten al funcionamiento de la persona) hasta pesadillas (sueños angustiosos, relacionados o no con la situación original) y reacciones de peligro desproporcionadas (tener la sensación de revivir la situación a partir de un elemento mínimo, como un ruido, un olor o un objeto que recuerdan al acontecimiento traumático). Como su aparición es muchas veces imprevisible, y la vivencia genera mucha ansiedad, la persona vive con miedo, e incluso más, con “miedo al miedo” (“*Tengo miedo de recordar el miedo que pasé*”).
- Los **síntomas de evitación** implican que la persona, de forma consciente o inconsciente, intenta evitar situaciones que le supongan desencadenantes (no va por ciertas calles, o no trata con cierto tipo de personas, o no se atreve a realizar ciertas actividades), incluso desencadenantes psicológicos (evita pensar o hablar de lo que le ocurrió, incluso cuando contarle pueda ser positivo a largo plazo). Puede manifestarse de una manera muy extrema, como la amnesia (no recordar el evento traumático), o de forma más sutil, como el entumecimiento emocional (“*Si consigo no sentir nada, tampoco sentiré el miedo y la tristeza*”, pero eso impide atravesar las emociones difíciles y superarlas) y el aislamiento (“*Si no me relaciono con nadie, nadie me podrá hacer daño otra vez*”, y eso impide también el contacto sanador con personas seguras y protectoras).
- Los **síntomas que tienen que ver con problemas con la activación** (relacionados con las estrategias de regulación propuestas por Stephen Porges en la Teoría Polivagal). Pueden ser **síntomas de hiperactivación**, como el nerviosismo, la irritabilidad y problemas de concentración y atención (si el niño, niña o adolescente tiene la sensación de que en cualquier momento le pueden hacer daño de nuevo, es lógico que en la escuela no sea capaz de prestar atención a lo que dice el maestro de matemáticas o la profesora de inglés). Y también pueden ser **síntomas de hipoactivación**, un tono general bajo, la falta de iniciativa y la sensación de tener la mente en blanco.

48. Boon, S., Steele, K., y Van der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer. La explicación más completa del TEPT se encuentra en las páginas 70-74.



Tres ejemplos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): los casos de Saúl, Silvia y Sonia

Saúl tiene cinco años y hace tres meses se cayó por la escalera durante la noche a ir al servicio, rompiéndose un hueso de la pierna, y como se quedó casi inconsciente a consecuencia de la caída, nadie de su familia se dio cuenta hasta la mañana. Saúl muestra los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en que cuando se despierta por las mañanas recuerda la caída y no se atreve a salir de la cama hasta que no llega su madre y le tranquiliza durante al menos diez minutos (síntomas intrusivos). Saúl también ha tomado miedo a las escaleras en general, no solo las de casa, y solo puede subir las escaleras del colegio si su maestra le da la mano (síntomas de evitación). A esto se añade que Saúl tiene continuas pérdidas de control, con peleas con otros niños y niñas y con personas adultas, cuando siempre había tenido un carácter afable (problemas con la activación).

Silvia tiene diez años y su casa fue arrastrada por una riada a consecuencia de unas lluvias torrenciales que hicieron que la ladera de la montaña se derrumbase. Silvia manifiesta el Trastorno de Estrés Postraumático con fuertes pesadillas en las que sueña que se ahoga y con miedo incontrolado cada vez que empieza a llover (síntomas intrusivos), y con una preocupación de caminar siempre por calles llanas y amplias (síntoma de evitación, en los que intenta no pasar por calles empinadas que le recuerden a las de su casa). Además, se muestra tensa y desconcentrada en clase, con dificultad para seguir las lecciones, y sus amigas se están molestando con ella porque está muy irritable (problemas con la activación).

Sonia tiene quince años y ha sufrido un robo por parte de dos desconocidos a la vuelta de la escuela. La policía no ha sido capaz de encontrarlos, y Sonia presenta los múltiples síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. Por un lado, tiene miedo a dormirse porque cuando se acuesta le vienen recuerdos de las amenazas de los dos desconocidos, y cree que pueden encontrarla (síntomas intrusivos). Por otro lado, tarda mucho más en ir y en volver de la escuela porque elige itinerarios mucho más largos para ir siempre por calles anchas (síntoma de evitación), que paradójicamente a veces la lleva por zonas más peligrosas y además va sola, porque sus compañeros no quieren dar ese rodeo tan largo con ella. Por último, Sonia parece muy desanimada, y no le apetece hacer nada, ni siquiera ver sus series de televisión favoritas (problemas con la activación).

Como se puede ver, el evento que desencadena el trauma puede ser un accidente sin culpables (como en el caso de Saúl), una catástrofe externa (como en el caso de Silvia) o una acción humana concreta (como sucede con Sonia), pero la clave es que es un único evento que se recuerda con claridad (a veces demasiada, otras veces demasiado poca).

Este modelo de trauma, que está generalmente validado, resulta insuficiente en muchos casos, para lo cual se han planteado distintas propuestas que, independientemente de su grado de aceptación oficial, resultan muy útiles en la intervención con niños, niñas y adolescentes⁴⁹. Las propuestas que identifican un **trauma complejo (Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, TEPT-C)** plantean que el **trauma simple (TEPT)** se aplica bien cuando hay un único evento traumático, del que la persona es consciente, y se vive con episodios temporales de reexperimentación (los síntomas intrusivos, como recuerdos o pesadillas) que se alternan con evitación (no hablar, no hacer ciertas actividades), pero también con momentos de tranquilidad (limitados en el tiempo). Sin embargo, hay otra serie de cuadros que, teniendo su origen situaciones traumáticas, presentan los síntomas contrarios: en vez de un evento bien recordado, son múltiples eventos, muchos de ellos olvidados; y en vez de episodios de intrusión y evitación alternados con tiempos sin síntomas, en el trauma complejo se sobrevive mediante la disociación, y esa disociación es permanente (a no ser que haya una intervención terapéutica, o que aparezcan nuevas situaciones traumáticas que lleven a la consciencia los eventos iniciales).

49. Bessel van der Kolk relata la historia del proceso de redacción de una propuesta sobre el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo y cómo fue rechazada en el capítulo 9 de su libro: Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Sitges, Barcelona: Eleftheria.

Bessel van der Kolk (et al.) y su propuesta de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

En un artículo clásico, Susan Roth, Elana Newman, David Pelcovitz, Bessel van der Kolk y Francine S. Mandel⁵⁰ proponen, recogiendo y desarrollando las ideas de Judith Herman⁵¹, la conceptualización del **Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C)** en torno a seis dimensiones:

- Alteraciones en la regulación del afecto y los impulsos, que incluyen un malestar emocional persistente, autolesiones e ideas de suicidio y dificultades en el manejo emocional, en especial de la rabia (alternando supresión de los sentimientos de enojo con explosiones de ira).

50. Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100403>

51. Judith Herman propone el concepto de Síndrome de Trauma Crónico en 1992, que inspira la categoría de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, en el capítulo 4, “Captivity” de su libro clásico que va ya por la edición número catorce: Herman, J. L. (2015, 14ª ed.). *Trauma and recovery: The aftermath of violence –from domestic abuse to political terror*. Nueva York: Basic Books.

Se puede leer una revisión histórica de la evolución del concepto de Trauma Complejo en: López-Soler, C. (2008) Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. Recuperado de: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>

- Alteraciones en la atención y la conciencia, desde la amnesia y la disociación hasta la sensación de despersonalización o de revivir las experiencias traumáticas en el presente.
- Alteraciones en la percepción de la persona de sí misma, que suponen una desvalorización de sí como ser humano, con indefensión, culpa, vergüenza y una sensación de estigma que establece una separación respecto al resto de las personas.
- Alteraciones en las relaciones con otras personas, en especial con quienes han causado el trauma, que van desde deseos permanentes de venganza hasta una idealización o agradecimiento paradójico, llegando a aceptar las racionalizaciones escuchadas durante el maltrato (*“Esto lo hago por tu bien, porque te gusta”*, como ocurre a menudo en el abuso sexual). Pero también se producen cambios en otras relaciones, como el aislamiento y el retraimiento, o todo lo contrario, la búsqueda permanente de una figura salvadora ideal, y la incapacidad de protegerse frente a comportamientos inadecuados.
- Somatizaciones, que expresan a través del cuerpo el sufrimiento psicológico, desde dolores de cabeza hasta trastornos del sistema digestivo y problemas musculares.
- Alteraciones en el sistema de valores, que surgen por una desesperanza y la sensación de que nada tiene sentido, después de haber sufrido tanto.

Muchos de los niños, niñas y adolescentes con quienes se trabaja en Aldeas Infantiles SOS presentan síntomas de trauma complejo, de modo que es importante poder identificarlos como indicadores de trauma, y no como *“Es que es su carácter”*.

Dos ejemplos de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C): los casos de Carlos y Camila

Carlos tiene doce años y lleva sufriendo abusos sexuales por parte de su abuelo materno desde los ocho años. Durante las vacaciones, mientras su madre trabaja (el padre emigró a otro país cuando Carlos tenía cuatro años y no lo ha visto desde entonces), Carlos se queda en casa de sus abuelos, que está en el campo a una hora de viaje de la ciudad donde vive habitualmente. Carlos siempre había respetado a su abuelo, que le resultaba una figura masculina protectora hasta que empezó a abusar de él. El abuelo tiene mucho reconocimiento social, es muy apreciado en su pueblo, y dicta todas las normas de la familia. Carlos siente que no puede escapar: su abuelo le ha convencido de que si contase algo de los abusos nadie le creería, y le chantajea emocionalmente con amenazas de difundir rumores en el pueblo contra él. Acaba de empezar el curso, y el nuevo

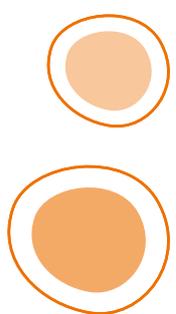


maestro de Carlos identifica una serie de elementos que le preocupan. Carlos se muestra normalmente muy pasivo, con poca motivación por las actividades o por relacionarse con otros chicos, excepto su amigo Pablo, que es muy tranquilo. En muchos casos Carlos no es capaz de seguir la lección, y ni siquiera sabe qué materia están dando. El maestro está desconcertado, porque ve que Carlos a veces da respuestas muy inteligentes, pero que muestra una autoestima muy baja, y que a menudo deja los exámenes en blanco porque, según sus palabras, “¿Qué más da? Si voy a suspender de todas formas...”. Cuando el maestro cita a la madre de Carlos para comentarle su preocupación, esta le cuenta también que ella está preocupada, especialmente porque Carlos tiene dolor de estómago y a veces vomita antes y después de las vacaciones. Ella cree que es por el agua del pueblo, pero el maestro sospecha que puede ser algo más y lo comunica al sistema de protección. Después de unas sesiones, Carlos empieza a comentar la situación, pero a menudo no recuerda qué ha dicho de una sesión a otra.

Camila tiene catorce años y ha cambiado de carácter de forma radical durante el último curso. Su familia está muy preocupada, pero no consigue saber qué le pasa. Parece ser que a principios de este año escolar tuvo una discusión con su amiga Fabiola y dejaron de hablarse. Desde entonces está muy irritable y agresiva en casa, y reciben notas de la escuela en las que sus profesores comentan que está iniciando peleas continuamente y que se está quedando sola por eso. Camila a menudo se siente tan mal que no es capaz de ir a la escuela. Cuando su antigua amiga Fabiola pasa por casa para traerle las tareas, Camila se muestra muy callada, y sus padres le agradecen a Fabiola que siga haciendo intentos por ayudarla. Camila está teniendo problemas para dormir, y no consiguen que salga sola de casa. Cuando se encuentran olvidados en la cocina unas escritas de Camila en las que expresa que quiere morir, sus padres deciden consultar a una experta, y después de varias semanas averiguan con sorpresa que la causante de todos esos problemas es Fabiola, que ha estado poniendo en contra de Camila a toda su clase mediante falsas apariencias y manipulación psicológica, a la vez que aislaba y le creaba nuevos problemas a Camila. Cuando se descubre la situación, Camila les pide a sus padres que la cambien de centro educativo, porque nota que Fabiola todavía domina la situación y que muchos profesores y compañeros creen que es inocente y que la culpa de todo es de Camila.

El trauma complejo siempre proviene de relaciones personales continuadas, donde una persona o conjunto de personas utilizan su poder sobre el niño, niña o adolescente para causarle daño, de una manera que no pueda escapar. Los síntomas de trauma son permanentes, con un sufrimiento continuado que afecta todos los días. En estos ejemplos se han visto situaciones en las que quienes causan el trauma son figuras afectivas, pero no tienen que ser necesariamente las personas de cuidado de referencia (aunque podrían haberlo sido): para eso se ha desarrollado el concepto de **Trastorno por Trauma del Desarrollo**, que se analiza a continuación.

En cierto momento se identificó que el trauma complejo en la infancia y adolescencia podía tener ciertos rasgos específicos por suceder en el periodo formativo del cerebro y del sistema nervioso. Por tanto, se propuso y se argumentó la categoría de Trastorno por Trauma del Desarrollo (TTD), que, si bien está todavía en investigación y categorización, aporta claves para comprender el trauma continuado cuando se produce en niños, niñas y adolescentes.

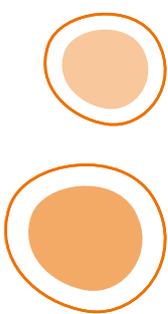


Alexandra Cook, Bessel van der Kolk (et al.) y su propuesta de Trastorno por Trauma del Desarrollo

Alexandra Cook, Margaret Blaustein, Joseph Spinazzola y Bessel van der Kolk coordinaron en 2003 un documento⁵² que se ha convertido en la referencia para conceptualizar y abordar el trauma complejo en niños, niñas y adolescentes, al que dan el nombre de **Trastorno por Trauma del Desarrollo (TTD) [Developmental Trauma Disorder (DTD)]** y que afecta a las siguientes áreas:

- Apego: problemas con los límites personales, falta de confianza, aislamiento, dificultad para percibir y responder a los estados de ánimo de las personas y, por tanto, para establecer relaciones de intimidad.
- Biología: problemas en el desarrollo sensomotor, dificultades de integración sensorial (excesiva sensibilidad en el contacto físico o, al contrario, analgesia y dificultades de percepción), somatización y aumento de problemas médicos.
- Regulación emocional y del afecto: dificultades en la regulación emocional, dificultades para identificar y expresar emociones y estados internos, y dificultades para comunicar necesidades y deseos, todo lo cual genera conflictos en las relaciones interpersonales.
- Disociación: desde la amnesia total y la despersonalización (la sensación de pérdida de realidad) hasta la presencia de estados disociados.
- Control del comportamiento: problemas en el control de impulsos, agresividad (hacia sí, en autolesiones y conductas de riesgo, y hacia otras personas, en comportamientos antisociales), problemas para tranquilizarse y problemas de sueño.
- Conocimiento: problemas de atención, problemas en funciones ejecutivas (planificación, juicio, iniciación) y problemas en el desarrollo del lenguaje, lo cual afecta a su desempeño en un ámbito tan importante como el aprendizaje y la vida escolar.
- Autoconcepto: la presencia de una autobiografía narrativa fragmentada y desconectada, con una imagen corporal perturbada (normalmente hacia peor, como en la anorexia y la bulimia), baja autoestima, vergüenza excesiva y modelos internos negativos de sí como persona (“No soy una persona valiosa, me merezco que me traten mal”).

52. Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in children and adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network – Complex Trauma Force*. Los Angeles, California: National Child Traumatic Stress Network. Recuperado de: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf



Dos ejemplos de Trastorno por Trauma del Desarrollo: los casos de Daniela y David

Daniela tiene once años y dos padres muy violentos. Siendo la última de cinco hermanos y, como dicen sus padres cada vez que tienen ocasión, “un embarazo no deseado”, carga con las culpas de todo en casa. Los hermanos mayores han ido saliendo de casa en cuanto ha sido posible, con vidas problemáticas (uno de ellos está en la cárcel). Daniela tiene que atender a sus padres en todo lo que ordenan, y el alcoholismo de ambos hace que unos días le pidan unas cosas y al poco tiempo le exijan lo contrario. La trabajadora social que lleva el caso de la madre ha insistido en que Daniela acuda al centro comunitario de su barrio, y su educadora de referencia, Elena, ya ha detectado varios síntomas de alarma. Elena ha visto que Daniela no tiene amistades de su edad, y lo entiende porque tiene un comportamiento desconcertante, ya que a veces intenta agradar de forma muy artificial y otras veces se muestra muy distante y apática. Elena observa que Daniela tiene poco desarrollada la psicomotricidad, y que resulta torpe para su edad, de modo que evita participar en los juegos que tengan un componente físico, como carreras o juegos de contacto. Daniela muestra también pocas capacidades expresivas cuando hacen juegos más sociales, y parece que cuando se le pregunta cómo está solo sabe responder “*Bien, ¿y usted, señorita?*”. Daniela va retrasada en la escuela, donde, según su maestro, tiene problemas de atención durante la clase. Las pocas veces que habla de sí misma, Daniela muestra un concepto de sí misma muy bajo y negativo: se ve fea y tonta, y solo le gustaría que sus padres la trataran un poco mejor. Elena decide notificar el caso al sistema de protección y entonces descubren una situación de maltrato extremo, tanto físico como psicológico, con mucha negligencia también.

David, que tiene catorce años y vive con su madre, acaba de ser detenido cuando comerciaba con drogas, y su trabajador social de referencia, Tomás, está intentando conocerle. El padre de David se marchó de casa hace dos años, abandonándoles a David y a su madre para irse a vivir con una mujer más joven en otra región del país. Desde entonces la madre, que antes trabajaba en una oficina, ha entrado en una depresión profunda, y la familia vive de ayudas sociales. David se encuentra con que además de ir a la escuela tiene que ocuparse de las tareas de la casa y, como revela su detención, también de conseguir otros ingresos. Tomás se acerca al centro educativo y descubre que David tiene fama de problemático, y que le han descubierto varias veces robando y extorsionando a compañeros más pequeños. Sus profesores prefieren dejarle salir de clase cuando quiere, porque cuando lo confrontan, David se vuelve muy violento. Sin embargo, en las entrevistas que Tomás ha realizado en su casa, David aparece como muy sumiso a su madre, a la que tiene idealizada, y solo muestra su rabia hacia su padre, del que no ha vuelto a saber nada. En un comentario casual de la madre, Tomás identifica una frase que le ha preocupado: “*Mire, señor, David es mi hombrecito, ahora que su padre no está. Él es quien duerme conmigo y me ayuda a conciliar el sueño por las noches, porque sola yo no puedo, me mataría de soledad*”. Profundizando en la intervención se observa que la madre lleva tiempo abusando sexualmente de David, aparte de estar siendo negligente en el resto de aspectos de su vida, y es probable que David esté empezando a realizar prácticas sexuales de riesgo en otros entornos, aunque todavía no es capaz de contarlos.

En estos ejemplos se puede ver que el Trastorno por Trauma del Desarrollo es un subtipo dentro del trauma complejo. Mientras que el trauma complejo se puede dar en cualquier edad (por ejemplo, personas adultas que hayan sido víctimas de trata, de tortura, de grupos criminales) y por diversas personas, el Trastorno por Trauma del Desarrollo se referiría a lo que sufren los niños, niñas y adolescentes durante su crecimiento por parte de referentes afectivos, especialmente por parte de figuras de cuidado (pero también puede ser por otras figuras).

Martha Straus y sus precisiones al concepto de trauma

La psicóloga y psicoterapeuta Martha Straus⁵³ señala que se produce un **Trauma Relacional** en un niño, niña o adolescente cuando el sistema de defensa y huida se activa ante quien proporciona cuidado y apego (**por ejemplo:** el padre que prepara la comida es el mismo padre que se mete en la cama por la noche para abusar, la madre que lleva a la escuela es la misma madre que maltrata psicológicamente de forma sistemática). Ante esa situación el cerebro infantil o juvenil sufre una grave desorganización, ya que no es capaz de “no depender” de esa figura que atiende algunas de sus necesidades pero que le causa un daño profundo al mismo tiempo.

Uno de los problemas del trauma relacional es que la activación fisiológica es constante (el niño, niña o adolescente está pendiente de si lo que sucede a continuación es una comida o un abuso, una compañía o una humillación). De este modo, el sistema de alarma nunca descansa, no hay momentos en los que se pueda lograr una recuperación y, por tanto, se producen un agotamiento y un desgaste físico que afecta a su desarrollo, desde lo físico (un sistema nervioso agotado) hasta lo emocional.

Como se puede ver en el **Apartado 1.2. Apego y Trauma. Las relaciones que nos marcan**, el trauma que proviene de las figuras de referencia afecta a las relaciones interpersonales, condicionando el desarrollo de la afectividad (en la que las relaciones afectivas son motivo de daño y de miedo) y apego (provocando desarrollo inseguro).

53. Straus, M. B. (2017). *Treating trauma in adolescents. Development, attachment and the therapeutic relationship*. Nueva York: The Guilford Press.



BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, M.I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: Definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 25-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055911700321>

Barudy, J., y Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Boon, S., Steele, K., y Van der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Consejo de Europa (2010). *Protecting children from sexual violence. A comprehensive approach*. Estrasburgo: Council of Europe Publishing. Disponible por capítulos en: https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/WhatWeKnow/Publication_en.asp

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in children and adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network – Complex Trauma Force*. Los Angeles, California: National Child Traumatic Stress Network. Recuperado de: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf

Cornell, A. W. (2016). *Focusing en la práctica clínica. La esencia del cambio*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Crittenden, P. M. (2016, 2º ed. ampliada). *Raising parents. Attachment, representation, and treatment*. Londres y Nueva York: Norton.

Crittenden, P. M., y Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment. A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. Nueva York y Londres: Norton.

Equipo de Incidencia Política y Estudios UNICEF Comité Español, a partir del análisis realizado por Espirales Consultoría de Infancia, S.L. (2017). *Un lugar donde quedarse. Atención a niños, niñas y adolescentes en acogimiento en el sistema de protección de España*. Madrid: UNICEF Comité Español. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>



Faber, A. y Mazlish, E. (2013). *Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen.* Barcelona: Medici.

Fosha, D., Siegel, D. J., y Solomon, M. S. (Eds.). (2016). *El poder curativo de las emociones. Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica.* Sitges, Barcelona: Eleftheria.

Freyd, J. J. (2003). *Abusos sexuales en la infancia: la lógica del olvido.* Madrid: Morata.

Gendlin, E. T. (1957). A process concept of relationship. *Counseling Center Discussion Papers*, 3(2), 22-32. Recuperado de: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2103.html

Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. En P. Worchel y D. Byrne (Eds.), *Personality change*, pp. 100-148. Nueva York: John Wiley & Sons. Recuperado de: http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2145.html

Gendlin, E. T. (2018). *A Process Model.* Evanston, Illinois: Northwestern University Press.

Goksan, S., Hartley, C., Emery, F., Cockrill, N., Poorun, R., Moultrie, F., Rogers, R., Campbell, J., Sanders, M., Adams, E., Clare, S., Jenkinson, M., Tracey, I., y Slater, R. (2015). fMRI reveals neural activity overlap between adult and infant pain. *eLife*, 4:e06356. doi: <https://doi.org/10.7554/eLife.06356>. Publicado el 21 Abril 2015.

González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento.* Madrid: Pléyades.

Gordon, T. (2006). *Técnicas Eficaces para Padres.* Barcelona: Medici.

Herman, J. L. (2015, 14ª ed.). *Trauma and recovery: The aftermath of violence –from domestic abuse to political terror.* Nueva York: Basic Books.

Horno, P. (2005). *Amor, poder y violencia. Un análisis comparativo de los patrones de castigo físico y humillante.* Madrid: Save the Children. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/amor-poder-y-violencia/>

Horno, P. (2009). *Amor y violencia: la dimensión afectiva del maltrato.* Bilbao: Descleé De Brouwer.

Horno, P. (2012). *Un mapa del mundo afectivo: el viaje de la violencia al buen trato.* Lleida: Boira.

Horno, P. (2013). *Escuchando mis tripas: programa de prevención del abuso sexual infantil en educación infantil*. Lleida: Boira. Recuperado de: http://boiraeditorial.com/wp-content/uploads/2016/03/escuchando_mis_tripas_Pepa_Horno.pdf

Horno, P. (2017). *Educando la alegría*. Bilbao: Descleé De Brouwer.

Horno, P. (2018). *La promoción de entornos seguros y protectores en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/guia-la-promocion-de-entornos-seguros-y-protectores-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

Horno, P. (2018). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS Oficina Regional de América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>

Horno, P., Echeverría, A., y Juanas, A. (2017). *La mirada consciente en los centros de protección. Cómo transformar la intervención con niños, niñas y adolescentes*. Madrid: CCS.

Horno, P., y Ferreres, A. (2016). *Los municipios ante la violencia entre niños, niñas y adolescentes. Guía de actuación ante las diferentes formas de violencia entre niños, niñas y adolescentes en el ámbito municipal*. Madrid: UNICEF Comité Español. Recuperado de: <http://ciudadesamigas.org/documento/los-municipios-ante-la-violencia-ninos-ninas-adolescentes/>

Horno, P., y Romeo, F. J. (2017). *Afecto, límites y consciencia. La disciplina positiva en los programas de Aldeas Infantiles SOS*. San José de Costa Rica: Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS para Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/guia-afecto-limites-y-consciencia-de-pepa-horno-y-f-javier-romeo-para-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina/>

Horno, P., Romeo, F. J., Ferreres, Á., et al. (2017). *El acogimiento como oportunidad de vida. Referentes de buena práctica y recomendaciones para una atención idónea a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial*. Madrid: UNICEF Comité Español. Recuperado de: <http://www.espiralesci.es/investigacion-y-guia-de-buenas-practicas-sobre-acogimiento-familiar-y-residencial-elaboradas-para-unicef-comite-espanol/>

Kahn, P. H., y Kellert, S. R. (Eds.) (2002). *Children and nature: Psychological, sociocultural, and evolutionary investigations*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.



Lalor, K., y McElvaney, R. (2010). Overview of the nature and extent of child sexual abuse in Europe, en Consejo de Europa (2010). *Protecting children from sexual violence. A comprehensive approach*, pp. 13-43. Recuperado de: <https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/PublicationSexualViolence/Lalor-McElvaney.pdf>

Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada. Cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar*. Buenos Aires: Alma Lepik.

Levine, P. A., y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños. Despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Barcelona: Eleftheria.

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. Recuperado de: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>

McGavin, B. y Cornell, A. W. (2008). Treasure Maps to the Soul. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 21(1), 41-60.

Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Odgen, P., y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Ogden, P., Minto, K., y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (2002/2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra / Washington D.C.: OMS/OPS. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2014). Victimización en jóvenes de protección a la infancia y la adolescencia y de justicia juvenil. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia) y Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (Departamento de Bienestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya). Recuperado de: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/238556/sc109514_victimitzacio_joves.pdf?sequence=1

Pinheiro, P. S. (2006). *Derechos del niño: Nota del Secretario General. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas*. Ginebra: Naciones Unidas. Signatura A/61/299. Existe versión oficial del documento en español. Recuperado de: <https://digitallibrary.un.org/record/584299>

Pitcher, A. (2011). *Mi hermana vive sobre la repisa de la chimenea.* Madrid: Siruela.

Porges, S. (2016). Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la percepción y la expresión del afecto. Una perspectiva polivagal. En D. Fosha, D. J. Siegel y M. S. Solomon (Eds.), *El poder curativo de las emociones. Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*, pp. 33-66. Sitges, Barcelona: Eleftheria.

Porges, S. (2017). *La Teoría Polivagal. Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación.* Madrid: Pléyades.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective.* Nueva York: Guilford Press.

Rhodes, J. (2015). *Instrumental. Memorias de música, medicina y locura.* Barcelona: Blackie Books.

Romeo, F. J. (en prensa). *Calidez para el desbloqueo afectivo. Claves para el acompañamiento emocional.*

Romeo, F. J., y Horno, P. (2018). Materiales de la campaña “*El abuso sexual infantil queda fuera de juego*” de prevención y detección del abuso sexual infantil en el deporte. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Recuperados de: <http://www.espiralesci.es/materiales-de-la-campana-el-abuso-sexual-infantil-queda-fuera-de-juego/> Contienen:

- *Tres Guías de actividades de prevención del abuso sexual infantil para entrenadores, entrenadoras y profesorado de educación física: 3-6 años, 7-12 años y 13-17 años.*
- *Guía de detección del abuso sexual infantil en el ámbito del deporte para profesionales.*
- *Estándares de calidad para crear espacios seguros y protectores para los niños, niñas y adolescentes en el ámbito del deporte.*

Romero-Cabrera, F., Navarro Hernández, N., y Meyer Froese, M. I. (2014). *Guía sobre conductas sexuales problemáticas y prácticas abusivas sexuales.* Viña del Mar, Chile: ONG Paicabí y Aldeas Infantiles SOS Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1cubWVEcI1NsuNkJfOMAf8VNFv-ZLPpkk/view>



Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539–555. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100403>



Siegel, D. J., y Payne Bryson, T. (2012). *El cerebro del niño*. Madrid: Alba.

Siegel, D. J. (2014). *Tormenta cerebral: El poder y el propósito del cerebro adolescente*. Madrid: Alba.

Shapiro, F. (2008). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular*. Barcelona: Kairós.

Stapert, M., y Verliefde, E. (2011). *Focusing con niños. El arte de comunicarse con los niños y los adolescentes en el colegio y en casa*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Straus, M. B. (1999). *No-talk therapy for children and adolescents*. Nueva York: Norton.

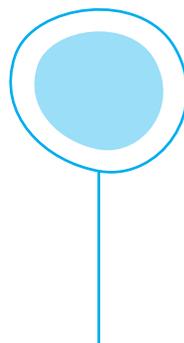
Straus, M. B. (2017). *Treating trauma in adolescents. Development, attachment and the therapeutic relationship*. Nueva York: The Guilford Press.

Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Sitges, Barcelona: Eleftheria.

Waters, F. S. (2016). *Healing the fractured child: diagnosis and treatment of youth with dissociation*. Nueva York: Springer.

Worchel, P., y Byrne, D. (Eds.) (1964). *Personality change*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Ziegler, D. (2011). *Traumatic experience and the brain. A handbook for understanding and treating those traumatized as children*. Gilbert, Arizona: Acacia Publishing.





**ALDEAS
INFANTILES SOS**
AMERICA LATINA Y EL CARIBE



ACOMPañANDO LAS HERIDAS DEL ALMA. TRAUMA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

