
Conceptos clave y abordaje del maltrato infantil en el ámbito familiar

PID_00262657

María Vergara Campos

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 horas



**María Vergara Campos**

Psicóloga infantil especializada en el tratamiento con niños, niñas y adolescentes que han sufrido trauma complejo y el acompañamiento a sus referentes. Miembro del equipo de atención a la infancia del Centro EXIL-Barcelona. Ha diseñado y coordinado programas de apoyo psicosocial y protección a la infancia en el estado español y países del sudeste asiático. Docente de postgrado en varios programas universitarios. Cofundadora de la Asociación para el Reconocimiento y Apoyo de la Crianza Terapéutica.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Adrián Montesano del Campo (2019)

Índice

Introducción.....	5
1. Aproximación conceptual al fenómeno del maltrato infantil.....	7
1.1. Desafíos en el estudio del maltrato infantil	8
1.2. Hacia una definición comprensiva del maltrato infantil intrafamiliar	10
1.3. Tipología de maltrato infantil en el seno de la familia	12
1.4. La magnitud del fenómeno: datos y estadísticas	14
1.5. El maltrato infantil en la legislación	16
2. Un modelo explicativo del maltrato infantil.....	19
3. Consecuencias del maltrato intrafamiliar en los niños.....	22
4. La intervención ante el maltrato intrafamiliar.....	32
4.1. Acciones del sistema social y de protección a la infancia	32
4.1.1. Tipos de medidas de protección con niños en casos de desamparo	33
4.1.2. Un (breve) análisis sobre la situación actual de los niños y adolescentes en el sistema de protección	34
4.2. Intervención terapéutica especializada con niños víctimas de maltrato intrafamiliar	36
4.2.1. Algunas posibles modalidades terapéuticas desde un enfoque integral	38
4.2.2. Los objetivos de las terapias infantiles focalizadas en el trauma	40
4.2.3. Contenidos que hay que trabajar durante el proceso terapéutico	40
4.2.4. La traumaterapia sistémica infantil (TSI)	44
5. Anexos.....	52
Bibliografía.....	53

Introducción

Las experiencias de maltrato, especialmente cuando se trata de contextos negligentes, no dejan en la gran mayoría de los casos una marca visible. No son fácilmente detectables. Las alteraciones en el sistema nervioso no son observables, solo lo son los síntomas que generan. Las dificultades en los procesos de adquisición de conocimientos, el cálculo mental o la dificultad para organizarse y funcionar de manera autónoma suelen ser la cara visible de alteraciones en el desarrollo de la función ejecutiva. Las dificultades para establecer y cuidar relaciones con los iguales, una excesiva irritabilidad, o reacciones agresivas pueden ser la cara visible de los trastornos del apego. Sin embargo, también lo son la sumisión, la seducción, la complacencia o la indiferencia, etc.

La experiencia a menudo nos recuerda el enorme esfuerzo mental que hay que hacer para visualizar y no descuidar la herida traumática en el interior de cada niño. Es fácil cambiar de enfoque y olvidarnos por momentos de que estamos acompañando a víctimas de procesos traumáticos, especialmente cuando las apariencias nos muestran la otra cara. Como el adolescente que acaba de entrar en consulta, con los pantalones caídos, despeinado, con olores poco atractivos y que te dice con tono hostil que eso de la terapia no va con él y que lo que le interesa es que le entregues la clave del Wi-Fi para conectarse. Justo en ese momento es cuando más necesitamos manejar (¡y no olvidar!) buenos conocimientos sobre el impacto del maltrato.

Conocer la fenomenología del maltrato infantil permite desarrollar una visión más global, comprensiva y justa con la historia de los niños, al comprender el origen y curso de sus dificultades. Permite definir objetivos de trabajo realistas, revisar las expectativas y sobre todo, buscar los apoyos que se correspondan con las necesidades reales de estos chicos. Se trata de reconocer el daño infringido y sus efectos, para después emprender junto con los niños el camino de resiliencia.

Este documento es una introducción a los conceptos clave, las consecuencias y los modelos de intervención especializados en el abordaje del maltrato intrafamiliar. No es un documento exhaustivo. Por el contrario, se centra en aquellos aspectos que, en opinión de la autora, resultan básicos cuando uno comienza a aventurarse en este ámbito profesional. El texto ofrece de manera oportuna algunas sugerencias bibliográficas especializadas, para que los lectores puedan profundizar. Espero que disfruten de la lectura.

1. Aproximación conceptual al fenómeno del maltrato infantil

Para un cierto porcentaje de niños la familia no es un lugar seguro, sino un lugar de riesgo; no es donde encuentran el apoyo y los cuidados, sino donde encuentran la fuente principal de sus problemas (Palacios, 2003).

A pesar de que la violencia contra los niños se considera una grave amenaza para la salud pública, resulta sorprendente constatar que los procesos de sensibilización social sobre el maltrato infantil se produjeron recientemente, apenas en el siglo pasado. Históricamente, uno de los acontecimientos que sirvió como punto de partida para el inicio del cambio social y legislativo fue el caso de Mary Ellen Wilson. Los vecinos de Mary Ellen, una niña de nueve años natural de Estados Unidos, intentaron denunciar las graves agresiones físicas que la menor sufría por parte de sus padres adoptivos. El caso tardó varios años en llegar a los tribunales, pues no existía ninguna legislación vigente que amparase el derecho a la protección de la menor. Finalmente, a través de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, un tribunal pudo dictaminar a favor de la menor. Este suceso significó el primer caso de maltrato infantil denunciado. En el mismo año se fundó en EE. UU. la Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños y, años más tarde, la Asamblea de las Naciones Unidas de 1959 proponía la Declaración de los Derechos del Niño.

Sin embargo, el pleno reconocimiento del abuso infantil como fenómeno social penalizable no se completó hasta que el doctor Kempe y sus colegas describieron por primera vez el síndrome del niño maltratado. Kempe definió este síndrome como un cuadro clínico que se manifiesta en niños pequeños que han recibido agresiones físicas severas, las cuales podían causarles lesiones permanentes e incluso provocarles la muerte. Otros autores ampliaron el concepto, al indicar que los niños podían ser agredidos no solo de forma física, sino también de manera emocional o por negligencia. De esta forma, se fue sustituyendo el término de niño «golpeado» por el de «menor maltratado». Junto con este reconocimiento, aumentó la creencia de que la sociedad debía intervenir para proteger a los niños.

La Convención de Derechos de la Infancia en la Asamblea General de Naciones Unidas, en 1989, supuso un paso importante en el reconocimiento de los derechos de protección de los menores. Conforme cada país ratifica la Convención, esta pasa a integrarse en su derecho interno como si fuera una ley aprobada por el propio parlamento. Antes del final de los años setenta, la mayoría de las legislaturas estatales aprobaron leyes de protección a la infancia,

Contenido complementario

La primera ley integral de maltrato infantil surge en Estados Unidos y se conoce como Ley de prevención y tratamiento del abuso infantil (en inglés, *Child Abuse Prevention and Treatment Act* o CAPTA). Fue una legislación innovadora, que proporcionó a los estados fondos para desarrollar programas de prevención de abandono y abuso infantil.

criminalizando el comportamiento abusivo y negligente de los padres y especificando procedimientos para que los profesionales señalaran los casos sospechosos de maltrato.

1.1. Desafíos en el estudio del maltrato infantil

A pesar de la importancia y necesidad del abordaje del maltrato infantil, el estudio y la investigación rigurosa de este problema plantean, al menos, tres grandes desafíos:

Desafío 1. Obtener una definición operativa y consensuada de maltrato infantil familiar resulta una tarea bastante más compleja de lo que puede parecer a primera vista. Básicamente, porque implica una valoración social en relación con lo que es peligroso o inadecuado para el niño. Las variaciones a través de la historia y las diferencias transculturales respecto a la crianza infantil complican todavía más las dificultades de una definición universal. Cada individuo, en función de su forma de entender la educación, la infancia y las relaciones familiares, tiene unos criterios particulares con los que definir lo que entiende por malos tratos (Fallon *et al.*, 2010). Lo indudable es que todos los padres, en tanto que seres humanos, tienen equivocaciones y puede que en ocasiones cometan agresiones físicas o psicológicas sobre sus hijos, o que no atiendan correctamente sus necesidades. Sin embargo, estas situaciones, aun siendo inadecuadas, no necesariamente son maltrato.

Una buena definición de maltrato infantil debería reconocer el impacto multidimensional en las víctimas, pero sin que la conceptualización resulte tan amplia que pierda el sentido, ni tan precisa que psicopatologice los desafíos naturales en la crianza de los niños.

Desafío 2. Otra controversia de largo recorrido se refiere a la confusión que resulta de la **existencia de diferentes definiciones dependiendo del ámbito y propósito de las mismas.**

- En el enfoque médico-clínico, el maltrato se define a partir de las lesiones físicas o psicológicas en el niño. El objetivo es la comprensión del impacto del maltrato en el niño y lo que dicha experiencia ha significado para él, tanto en términos objetivos como subjetivos. Se busca la comprensión más que la clasificación, y se priorizan modelos explicativos complejos y abiertos.
- En el enfoque legal, el objetivo es probar la existencia de los malos tratos en tanto que estos constituyen un delito. Desde este enfoque, el daño (psicológico o físico) al niño debe ser cuantificado usando medidas de ajuste estandarizadas y normalizadas. Frecuentemente, se utiliza el modelo categórico, que ofrece una distinción entre los diferentes tipos de malos tratos.

Reflexión

¿Dónde está la línea que señala lo que constituyen prácticas parentales inadecuadas y lo que son comportamientos negligentes y que requieren la intervención de un sistema de protección y reparación para el menor?

Reflexión

¿Es razonable esperar que profesionales de varias disciplinas lleguen a un acuerdo en una definición única, cuando la utilización de cada una de las definiciones tiene propósitos diferentes?

- Desde el enfoque sociológico, los actos de maltrato son definidos por las creencias y los valores que sustentan la sociedad. La cultura genera un fondo común de creencias y comportamientos con los que la mayoría de la sociedad se siente identificada, lo que ayuda a definir los principios generalmente aceptados acerca de la crianza y el cuidado de los niños.

Los tres enfoques se interrelacionan y se retroalimentan. En la actualidad, las definiciones más concretas, propias del modelo categórico, se perciben como más objetivas desde la perspectiva del sistema judicial y de protección infantil, en la que los derechos de los padres biológicos están en juego. Sin embargo, desde la perspectiva clínica este modelo tiene varias limitaciones, y la crítica fundamental es el hecho de que no existe un patrón de maltrato puro, sino que los niños sufren múltiples formas de maltrato de manera simultánea (Cicchetti y Manly, 2001). Tampoco existe un perfil de niño maltratado. Al contrario, los niños afectados por maltrato muestran una gran heterogeneidad en la sintomatología, que no es posible explicar ni asociar a una única tipología de victimización. Por ejemplo, los niños con historias de abuso no solo pueden desarrollar un sistema nervioso hipersensible al estrés, también dificultades en la autorregulación de las emociones, y unas representaciones mentales teñidas de inseguridad. Muchos chicos no tienen integrado el sentido de valía personal y tampoco la confianza y seguridad en el otro. En las situaciones en las que se sienten amenazados, algunos chicos recurren a ponerse intransigentes, obstinados, irrespetuosos. Ante la confrontación, otros pueden bloquearse o luchar, es decir, ponerse chulos y sobrepasarse hasta perder el respeto o adoptar actitudes de no asumir ninguna responsabilidad de lo que pasa o de lo que hacen. Otras veces, terminan desbordándose para que los demás cedan a sus exigencias y otras veces lloran ante una situación difícil.

Ante la complejidad de las consecuencias del maltrato, las etiquetas a partir de categorías, utilizadas por el sistema judicial, pueden ser a menudo una representación inexacta y simplista que reduce las posibilidades de comprender el fenómeno y el sufrimiento de los niños.

Desafío 3. Todavía existe cierta incertidumbre sobre si se debe **definir el maltrato basándose en las características de comportamiento de los adultos, del impacto producido en los niños o como resultado de alguna combinación entre los dos.** En el centro de este debate, se encuentra la cuestión sobre si la intencionalidad de los padres debe ser considerada para determinar si un acto de maltrato ha ocurrido o no. Por ejemplo, un cuidador puede tener la intención de golpear a un niño como castigo (es decir, el golpe al niño no es accidental), pero no la de hacer que el niño sufra una conmoción cerebral.

Reflexión

En estos casos, si un niño resulta dañado debido a un comportamiento agresivo o negligente, pero el cuidador no tenía intención de hacerle daño, ¿se debía considerar este acto como maltrato infantil?

1.2. Hacia una definición comprensiva del maltrato infantil intrafamiliar

Las respuestas a los desafíos anteriores se han ido gestando a lo largo de la última década, especialmente gracias a la aparición de nuevos avances científicos y un proceso de (re)conceptualización significativa.

Por un lado, cada vez más frecuentemente, los aportes de las investigaciones sobre el desarrollo infantil ponen el foco no tanto en lo patológico y el daño causado al niño, sino en cuáles son las necesidades afectivas, cognitivas y sociales para garantizar un desarrollo pleno y saludable. Surge así **el enfoque del «buen trato»** como aspecto crítico en la valoración sobre la existencia o no de maltrato infantil (Barudy, 1998; De Paúl y Arruabarrena, 1981; Fernández y Bravo, 2002; López, 1995). Este enfoque propone señalar y comprender las condiciones mínimas, desde el punto de vista del niño, que son necesarias para el bienestar, en contraposición a las experiencias de malos tratos.

De forma complementaria, las investigaciones sobre desarrollo evolutivo temprano comienzan a prestar más atención a la calidad del proceso relacional entre cuidadores y niños, y no únicamente a las características formales de los actos parentales (si son más o menos frecuentes, o más o menos agresivos). En el año 1989, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association o APA) publicó el DSM-III, que incluía como novedad el diagnóstico de «trastorno reactivo del vínculo de la infancia o de la niñez temprana», para el caso de niños que han sufrido abandono, negligencia, abuso sexual o castigos. Este nuevo diagnóstico significaba un reconocimiento al rol fundamental de la calidad de la relación primaria de apego en el desarrollo saludable de los niños y el impacto de los trastornos del apego en los casos de maltrato infantil familiar. Versiones posteriores del DSM han modificado y ampliado este concepto.

Estos aportes, desde corrientes como la teoría del apego o la neurobiología interpersonal, han impulsado **el enfoque de las necesidades**, poniendo el foco en el estudio de cuáles son las «buenas prácticas» de crianza que cubren las necesidades fisiológicas, emocionales, sociales y cognitivas de los niños. Esa postura, cada vez más frecuente, supone minimizar el relativismo cultural y definir estas «buenas prácticas», basándose en criterios objetivos sobre las necesidades vitales del niño para que este se desarrolle plenamente.

El estudio de las necesidades infantiles provocó en cierta medida la proliferación de **investigaciones para el estudio y apoyo de las capacidades parentales**. Las capacidades parentales son la base de las competencias en la crianza, e incluyen una serie de recursos básicos, como la capacidad de ofrecer una relación segura, la empatía o la mentalización. Estas capacidades son la base del buen trato, y gestionan y guían el sistema de cuidados adultos, es decir, el conjunto de conductas, emociones, pensamientos y representaciones orientados al cuidado del niño (Barudy y Dantagnan, 2009).

Contenido complementario

La propuesta de Félix López (1995) es una de las clasificaciones más aceptadas y utilizadas para investigar las características comunes que hay entre las necesidades infantiles, los estadios evolutivos del niño y el impacto del maltrato.

Desde esta perspectiva, el dilema de intencionalidad de la conducta parental se visualiza desde otra perspectiva. La intención de cometer un acto o no, de dirigirlo o no hacia una meta, implica, entre otras competencias anteriormente mencionadas, cierto control sobre la propia conducta. Desde el enfoque de las capacidades parentales, la pregunta clave pasa a ser cuáles son los recursos de este adulto para gestionar sus emociones, pensamientos y comportamientos y ponerlos al servicio de la crianza de su hijo. Comprender qué factores biológicos, culturales y contextuales están influyendo en el mantenimiento de las conductas parentales inadecuadas permitirá precisar el grado de recuperabilidad de estos padres y, por lo tanto, llevar a cabo una mejor planificación de las intervenciones de protección al niño.

En nuestro país, existen múltiples publicaciones que muestran la inclusión de los paradigmas anteriores en las definiciones sobre maltrato infantil. A modo de resumen, podríamos decir que, a pesar de la existencia de matices y detalles que varían según el autor, la disciplina o el propósito, la mayoría de **las definiciones sobre maltrato infantil aceptadas** en todo el mundo incluyen los siguientes aspectos clave:

- 1) Se refiere a un fenómeno que ocurre en el marco de una relación entre algún cuidador principal (frecuentemente, el padre o la madre) y el niño o niña. El foco está en las características y la calidad de la relación más que en la constatación de una serie o repetición de actos que ocurren en dicha relación.
- 2) En el marco de dicha relación, se producen comportamientos altamente inadecuados, dañinos y no accidentales, por parte de los adultos encargados de cuidar al niño.
- 3) Estos comportamientos pueden ser por acción (por ejemplo, generar malestar) u omisión (por ejemplo, no cubrir necesidades).
- 4) Como resultado, existen unas consecuencias negativas, visibles o invisibles, que afectan al desarrollo físico o psicológico o que priva a los niños de cuidados, derechos y libertades que impidan su pleno desarrollo.

El Observatorio de la Infancia elaboró en el año 2007 un protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil, para mejorar la coordinación interinstitucional y garantizar la aplicación de los derechos reconocidos por las Naciones Unidas.

En el año 2014, se actualiza la definición y se establece el maltrato infantil como:

«Cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.»

1.3. Tipología de maltrato infantil en el seno de la familia

Existe un amplio consenso en todo el mundo sobre las cuatro tipologías básicas de maltrato infantil intrafamiliar: maltrato físico, negligencia-abandono, maltrato psicológico y abuso sexual. En España, tanto en el marco legislativo estatal como en los protocolos autonómicos, se adoptan las mismas cuatro tipologías básicas. Desde perspectivas más clínicas o a efectos de investigación, algunos autores manejan clasificaciones más complejas y exhaustivas e incorporan situaciones tales como la explotación laboral, la corrupción de menores, la mendicidad, la incapacidad de controlar la conducta del menor, el maltrato prenatal, el retraso no orgánico en el desarrollo, el síndrome de Münchhausen por poderes o el maltrato institucional (De Paúl y Arruabarrena, 1981).

Maltrato físico: se define como toda acción no accidental de un adulto que provoca sufrimiento físico o enfermedad en el niño o niña, o que lo pone en riesgo como consecuencia de negligencia intencionada. Incluye actos físicos que van desde aquellos que no dejan marcas visibles, a los que causan discapacidad permanente, desfiguración o muerte. Una de las principales características del maltrato físico es que, en la mayoría de los casos, se trata de agresiones «no instrumentales», es decir, llevadas a cabo directamente por el adulto sin ayuda de ningún objeto lesivo¹.

⁽¹⁾Para profundizar sobre las principales manifestaciones clínicas por violencia física, se puede consultar el artículo de Lachica (2010) sobre el síndrome del niño maltratado.

Algunos autores reconocen dos especificidades dentro del maltrato físico:

- 1) **Síndrome del bebé sacudido (SBS):** presencia de lesiones en el cráneo o contenidos intracraneales de un bebé o niño pequeño, menor de 5 años de edad, debido a un impacto contundente o una sacudida violenta. En el 2009, la Academia Americana de Pediatría recomendó el uso del término «traumatismo craneal abusivo» como sustituto de SBS.
- 2) **Síndrome de Münchhausen por poderes:** es la simulación de enfermedades físicas del niño o niña, que implica exponerlos a múltiples exploraciones médicas y a ingresos hospitalarios, suministrándoles incluso sustancias para alterar los resultados de análisis. Una parte importante de la comunidad científica critica la falta de evidencia empírica que respalde la existencia de este síndrome.

Negligencia: es aquella situación en la que las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación o cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Maltrato psicológico: los malos tratos infantiles producen siempre dolor psíquico, cualquiera que sea el abuso cometido. Cuando hablamos de maltrato psicológico, nos referimos a la serie de conductas maltratantes que no tienen expresión visible, sino que consisten en agresiones verbales, amenazas, rechazos. Estas acciones «golpean» la mente del niño y provocan un daño a menu-

do invisible (Barudy, 1998, p. 56). El maltrato psicológico es, por su naturaleza incorpórea, mucho más difícil de definir y precisar. Algunos autores han intentado diferenciar entre los términos «abandono emocional» y «maltrato emocional»:

- se considera **maltrato emocional** la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y el constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento). Se incluyen cinco categorías: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper (Garbarino, Guttman y Seeley, 1989).
- El **abandono emocional o psicológico** se define como la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

Otros autores consideran poco útil esta distinción, pues argumentan que los aspectos más emocionales y cognitivos no son independientes. Los estudios americanos, por ejemplo, no establecen esta distinción. En las estadísticas nacionales sobre incidencia del maltrato infantil, se tratan el maltrato psicológico y el maltrato emocional de forma indistinta. Sin embargo, la alteración del desarrollo en el niño puede producirse bien por una falta de estimulación de zonas que dependen de ella para su desarrollo (principalmente asociado a contextos de abandono); por una falta de una estimulación apropiada en zonas que requieren modulación externa para su desarrollo; o por una alteración del sistema nervioso en su función de regulación de la respuesta al estrés (principalmente asociado a contextos de maltrato psicológico). Por tanto, desde una perspectiva clínica, resulta realmente útil manejar las clasificaciones más completas (y complejas), especialmente porque permiten distinguir detalles importantes para comprender la afectación en los niños y diseñar una intervención más ajustada.

Abuso sexual: cualquier clase de contacto sexual de un adulto, desde su posición de poder o autoridad, con una persona menor de 18 años. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se consideran cuatro categorías:

- Incesto: si el contacto físico sexual lo hace una persona de consanguinidad lineal o un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en el que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.
- Violación: cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.
- Vejación sexual: cuando el contacto sexual se lleva a cabo por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que este lo haga en las mismas zonas del adulto.
- Abuso sexual sin contacto físico: se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto

de conseguir gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño.

Tradicionalmente, el criterio de gravedad se definía a partir de la variable frecuencia: cuanto más repetida y frecuente es una agresión, más grave será dicha conducta. Sin embargo, este criterio resulta inadecuado para valorar la gravedad de determinados subtipos de maltrato:

¿Cómo se mide la gravedad del maltrato?

En el caso de las agresiones sexuales, estaremos de acuerdo en que una sola violación es suficiente para considerarla un acto de maltrato grave. Pero si trasladamos la misma lógica al maltrato físico, el criterio de gravedad medido según el grado de intrusión (contusiones, cortes, roturas) y frecuencia de la lesión puede ser enormemente útil a la hora de calibrar las decisiones sobre el nivel de intervención.

En ocasiones, se asume que las conductas más agresivas son las que causan mayor daño en los niños, aunque esta creencia no siempre resulta certera. Estudios especializados sugieren que el maltrato infantil denominado «de baja gravedad», como el maltrato emocional, especialmente cuando es crónico, puede provocar resultados mucho más negativos en los niños, incluso al compararlo con otros tipos de maltrato considerados más graves, como el abuso sexual (Herrenkohl, 2005; Muela, Torres y Balluerka, 2012). En otras palabras, el maltrato emocional sostenido puede comportar consecuencias más graves que otras formas de maltrato puntuales.

En España, de acuerdo con la legislatura actual, se distingue entre casos de maltrato leve o moderado y maltrato grave. Los criterios para determinar la gravedad del maltrato son la frecuencia e intensidad de las actuaciones y el grado de vulnerabilidad del niño. Para valorar esta vulnerabilidad se evalúan, al menos, la cronicidad y la frecuencia del maltrato, el acceso del perpetrador al niño, las características y las condiciones en las que está el niño, y la relación entre el agresor y el niño.

1.4. La magnitud del fenómeno: datos y estadísticas

Al analizar los datos con perspectiva, no caben muchas dudas: las cifras nos muestran una superioridad abrumadora de la crianza «bientratante» respecto a las prácticas de malos tratos. La gran mayoría de los padres y cuidadores aman a sus hijos, están comprometidos con su desarrollo, son sensibles a sus necesidades y buscan la mejor manera de cubrir las necesidades. Vivimos en una sociedad donde la mayoría de los adultos son capaces de ofrecer los cuidados adecuados y suficientes para garantizar un desarrollo sano y pleno de sus hijos.

Sin embargo, estaremos todos de acuerdo en que un solo caso de maltrato infantil ya es una cifra suficientemente grande para justificar la alarma social y activar la movilización comunitaria y política para erradicar el problema.

Obtener cifras exactas sobre la prevalencia e incidencia del maltrato infantil en general, y en el ámbito familiar en concreto, resulta muy complicado:

- Para poder conocer la magnitud del fenómeno, primero hay que poder detectar cuándo ocurre, proceso que es especialmente difícil debido a: el hecho de ser una situación que se produce en la intimidad del hogar familiar; las dinámicas traumatogénicas propias del maltrato, que en muchas ocasiones impiden la denuncia por parte de las víctimas; y la reconocida insuficiente formación por parte de profesionales de los servicios de atención primaria para detectar indicadores de maltrato y abuso (OMS, 2016).
- La mayoría de los estudios epidemiológicos se basan en población atendida y expedientes de los servicios sociales. El número de expedientes abiertos permite hacer una estimación de la cantidad de niños que están en situación de riesgo, pero solo de manera orientativa, ya que estas estadísticas no distinguen si el desamparo del menor se produce a causa de la imposibilidad de los padres de cuidar a los niños (por ejemplo, por fallecimiento, encarcelamiento o enfermedad incapacitante) o efectivamente se refieren a maltrato infantil intrafamiliar.
- A menudo, las estadísticas oficiales tienden a representar mayoritariamente los casos extremos y más graves que hayan requerido una intervención por parte del Estado, pero esto supone solo la punta del iceberg.
- Pese a todo, el obstáculo mayor es el uso de definiciones estandarizadas, lo que imposibilita a menudo obtener una información fiable.

En España, resulta casi imposible poder comparar todos los estudios e investigaciones, debido a la gran diversidad en los criterios, las fuentes de información, así como la metodología utilizada en su elaboración. Todas estas variables explican la necesidad de tomar con cautela los datos disponibles. A modo de resumen, podemos destacar:

- Estados Unidos fueron los primeros en hacer estudios epidemiológicos con rigor científico. Hasta la fecha, se llevaron a cabo cuatro estudios principales sobre la incidencia del maltrato infantil (NIS1, NIS2, NIS3 y NIS4²) efectuados en 1980, 1986, 1993 y el 2006 (Sedlak *et al.*, 2009; Andrea Sedlak & Broadhurst, 2001). Los últimos resultados reflejan una disminución del 19 % en el número total de niños víctimas de maltrato físico y abuso sexual intrafamiliar desde 1993.
- En España, se calcula que el porcentaje de maltrato infantil intrafamiliar es en torno al 15 % de las personas menores de edad, con un aumento progresivo en la última década (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013; Iglesias *et al.*, 2006; Sanmartín, Serrano, García

Contenido complementario

En el año 2000, un estudio sobre prevalencia de abuso sexual entre estudiantes universitarios en EE. UU llegó a presentar una variabilidad entre el 4 % y 60 % en la prevalencia del abuso sexual, dependiendo del uso de definiciones más rigurosas (penetración) o más amplias (cualquier interacción sexual no deseada antes de los 18 años) (Cawson, Wattam, Brooker y Kelly, 2000). He aquí la importancia de las definiciones.

⁽²⁾El Estudio Nacional de Incidencia (en inglés, *National Incidence Study* o NIS) es un esfuerzo periódico del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

y Rodríguez, 2011). Las cifras españolas son similares a la de otros países en Europa (Sahana y Lux, 2012).

- La tipología de maltrato más frecuente es la negligencia, en torno al 70-80 % de los casos, y el maltrato emocional, en torno al 50 %. De manera contraria al imaginario social, el porcentaje de maltrato físico es muy inferior al resto de las tipologías, a menudo detectado aproximadamente en el 30 % de los casos (Creighton, 2004).
- Las investigaciones coinciden en señalar una alta comorbilidad. Por lo general, el 55 % de los niños y niñas padecen más de un tipo de maltrato. La combinación más frecuente es la negligencia y el maltrato emocional (Creighton, 2004).
- El maltrato prenatal (5 %) es más frecuente que el abuso sexual, que muestra una prevalencia del 4 % de la muestra total, más similar a las tasas de explotación laboral (Creighton, 2004).
- Dentro de las consecuencias más graves del maltrato familiar infantil, están los homicidios de menores a manos de sus propios progenitores. El NIS4, en Estados Unidos, estimó que entre el 2005 y el 2006 murieron cerca de 2.400 niños como resultado del maltrato infantil intrafamiliar. Esto equivale a 100 casos de maltrato infantil detectados al mes.
- En España, el mayor riesgo de sufrir filicidio se concentra en los menores de tres años. El 19 % se produjo como venganza del agresor contra el cónyuge.
- Las estadísticas mundiales revelan que más del 60 % de los niños que sufren maltrato intrafamiliar tienen entre 1 y 5 años. Es decir, los bebés y los niños pequeños tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia intrafamiliar debido a su dependencia del adulto, sus limitadas capacidades para huir y su reducido mundo social fuera del hogar, lo que recorta las fuentes externas que pueden facilitar la ayuda o a las que se puede recurrir para pedir apoyo (Pinheiro, 2006).
- En líneas generales, no existen grandes diferencias entre los porcentajes de menores maltratados según el sexo. Los niños parecen tener mayor riesgo de sufrir violencia física que las niñas, mientras que las niñas tienen mayor riesgo de sufrir trato negligente y violencia sexual (Pinheiro, 2006).

1.5. El maltrato infantil en la legislación

El maltrato infantil en el Estado español se puede abordar desde el punto de vista jurídico por dos posibles caminos. Por un lado, se encuentra el marco normativo con el texto constitucional y las normas en el Código civil cuya finalidad es la protección y la ayuda para la superación del daño en el niño víctima. Por otro lado, desde el ámbito penal, se censuran y se penalizan las conductas del agresor.

La Constitución de 1978, en el artículo 39, recoge una mención específica a la infancia, y regula la protección debida a los niños en general y a los hijos en particular. Nuestra constitución sitúa a los progenitores como primeros responsables de la crianza y desarrollo de los hijos e hijas; únicamente, y de manera subsidiaria, el Estado asume los deberes y las cargas que implican la

asistencia y la educación de los menores. Los estatutos de autonomía de Cataluña, el País Vasco y Andalucía recogen de manera específica y unitaria la atribución de competencias en materia de atención y protección de la infancia y la adolescencia.

La Ley 21/1987 fundó las bases de nuestro sistema de protección infantil actual. A partir de este momento:

- Se establece como principio orientador el interés del menor, lo cual implica, entre otras cosas, que los poderes públicos tienen una responsabilidad frente al menor. Se abren las puertas para la intervención social cuando se detecten situaciones de maltrato infantil incluso en un ámbito tan privado como el de la familia.
- Se sustituye el concepto de abandono por el de desamparo, como elemento central para la protección jurídica ante cualquier situación de maltrato. La declaración de desamparo comporta la separación del menor de su entorno familiar, y es la entidad pública competente la que asume la tutela, procediendo a la suspensión de la patria potestad de sus familiares. El desamparo se aplica cuando se produce un incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes. Por tanto, el abandono del menor es uno de los principios constitutivos de la declaración de desamparo, pero no el único.
- Se produce la regulación jurídica de la adopción (nacional) y se incorpora la figura del acogimiento familiar.
- Se establece la supervisión de toda la actuación de la Administración pública por parte del ministerio fiscal, el cual se configura como eje vertebrador de la protección sociojurídica de los menores de edad, en todas sus vertientes.

A raíz de esta ley, y de la descentralización y el traspaso de competencias a las comunidades autónomas derivadas del texto constitucional, surgió la necesidad en casi todas las comunidades de establecer normas que regulasen los procedimientos y la organización de los distintos recursos al servicio de la protección infantil.

En el año 2006, se creó una mesa en el Senado específicamente para el estudio sobre la adopción y los temas afines, que estuvo trabajando durante casi ocho años. Intervinieron, además de juristas, profesionales de distintos y variados ámbitos relacionados con los menores: médicos, académicos, maestros, clínicos, técnicos de la Administración, referentes de asociaciones e instituciones especializadas, etc. Esto supuso, por primera vez, un intento para que aspectos educativos, psicológicos o sociales se integrasen en la redacción de los textos legales³. El resultado de este largo proceso fueron dos leyes modernas y actua-

⁽³⁾En la página web del Senado, se puede consultar una copia de todas las comparecencias.

lizadas: Ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, y Ley 26/2015, de 28 de julio. Estas leyes plantean modificaciones importantes en el sistema de protección a la infancia:

- Se da prioridad a que el niño o niña adolescente desarrolle su vida en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. En los casos de maltrato infantil leve o riesgo de maltrato, los servicios sociales tendrán que valorar como primera opción el mantenimiento del menor en su familia, apoyando y acompañando a los padres en su crianza, de manera que puedan proporcionar a sus hijos un cuidado adecuado.
- La separación del niño de su entorno familiar solo deberá proponerse cuando se constate la imposibilidad de los padres o cuidadores de asegurar la protección y el bienestar del menor. En casos de separación, se deberá trabajar con la finalidad prioritaria de la reunificación familiar.
- Cuando un niño o niña menor de doce años sea separado de forma temporal o estable de su familia, la alternativa idónea es el acogimiento en otra familia (en acogimiento simple si la separación es temporal, y en acogimiento permanente o preadoptivo si la separación es sin perspectivas de retorno).
- Solo de manera excepcional las propuestas de separación relativas a niños y niñas menores de doce años deberán incluir un acogimiento residencial.
- Se prioriza la estabilidad del menor. Esto implica favorecer medidas para promover la efectiva integración y el desarrollo del menor en la sociedad, así como minimizar los riesgos que cualquier cambio de contexto de vida pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.

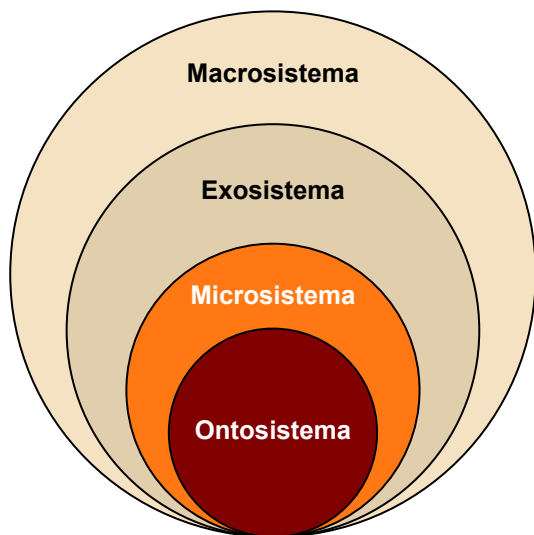
Podríamos decir que la legislación actual en materia de acogimiento de menores aboga por medidas preventivas para evitar la separación de los niños de sus familias. Esto implica desarrollar intervenciones complejas que permitan la permanencia del menor en su familia de origen (programas de apoyo familiar, por ejemplo), intervenciones que permitan detectar situaciones de riesgo más eficazmente (sistemas de detección), establecer protocolos de retorno adecuados cuando sea posible, e intervenciones que prioricen un acogimiento familiar frente a un acogimiento residencial, en los casos en los que fuera imposible la convivencia con la familia biológica. Para llevar a cabo todas estas acciones, se requiere una lista compleja de recursos materiales y sociales, así como un aumento muy significativo de las funciones y responsabilidades que los técnicos y profesionales vinculados al sistema de protección infantil han de llevar a cabo.

2. Un modelo explicativo del maltrato infantil

Existe suficiente evidencia para aceptar que el maltrato infantil no es un hecho, un acontecimiento aislado, sino que se trata de un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores. El análisis de todos estos factores que predisponen a la violencia en el ámbito familiar excede a los objetivos de este módulo. Sin embargo, nos parece importante destacar la necesidad de utilizar un modelo explicativo ecológico y multifactorial, que amplíe la mirada y nos ayude a reducir el riesgo de asignar toda la responsabilidad del origen de la violencia a la familia.

Los modelos ecosistémicos permiten integrar múltiples aspectos para explicar comportamientos humanos complejos. Al analizar los abusos en una familia desde una perspectiva ecológica, debemos poner el énfasis en las características individuales de los protagonistas, la interacción con el contexto social y el medio ambiente cultural e histórico⁴. Los distintos factores implicados en la emergencia del fenómeno del maltrato se pueden organizar en diferentes niveles de actuación:

Figura 1. Niveles de análisis desde una perspectiva ecológica



- **Factores del macrosistema.** Son los aspectos que facilitan la violencia hacia los niños como resultado de la organización económica, social y cultural. Las desigualdades sociales, el desempleo y los estereotipos consumistas suponen situaciones generadoras de tensión, que pueden desestabilizar las capacidades del sistema familiar. También influye el conjunto de representaciones que permiten a quien abusa o maltrata justificar o mistificar el abuso de poder y la violencia sobre los niños.

⁽⁴⁾Recomendamos profundizar en el modelo desarrollado por Belsky (1980) o el propuesto por Jorge Barudy (1999), que representan análisis muy completos para el estudio del maltrato infantil desde una perspectiva ecológica. Los modelos ecosistémicos enriquecen la perspectiva biopsicosocial al concebir la relación del individuo con su entorno de manera compleja, en la que el ambiente es un conjunto de estructuras seriadas que pueden ser descritas y analizadas.

- **Factores del exosistema.** Los constituyen las relaciones que el individuo lleva a cabo en su entorno más inmediato (barrio, escuela). En este nivel, la precariedad, el aislamiento del barrio, unas condiciones difíciles para el acceso a la salud, una educación de mala calidad o la fragilidad o ruptura de las redes sociales de apoyo son situaciones que pueden generar condiciones propicias para que el maltrato se perpetúe.

- **Microsistema.** Corresponde a las características del contexto familiar en el cual se producen las interacciones madre-padre-hijo, y que incluyen, entre otras, los estilos de crianza, las creencias y valores familiares, la historia personal de los padres, etc. En este ámbito, también se analizan las competencias y recursos del sistema familiar para hacer frente a las adversidades externas o internas. Desde esta perspectiva, Jorge Barudy (1998) distingue dos situaciones en las que existe riesgo de maltrato hacia el niño:
 - Las situaciones de maltrato que derivan de una crisis en el ciclo familiar. Determinados acontecimientos pueden provocar una falla de los mecanismos naturales para controlar el estrés intrafamiliar y dar lugar a comportamientos maltratantes con los niños. A menudo, son familias que en el pasado han sido capaces de asegurar el bienestar de todos sus miembros. En estos casos, los adultos, con apoyo externo, pueden gestionar y reconducir el impacto de la crisis. Son conscientes de la situación de crisis, mantienen la capacidad de autocrítica, asumen la responsabilidad de los comportamientos inadecuados y pueden reconocer sufrimiento de los niños.
 - El maltrato de los niños como resultado de una alteración crónica de las competencias parentales. Se trata de familias en las que los adultos tienen tendencia a repetir comportamientos abusivos y violentos que ellos mismos han sufrido. De esta manera, padres violentos que fueron niños expuestos a malos tratos sin protección y sin posibilidad de reparación podrán maltratar a sus hijos, disminuyendo en ellos las oportunidades de adquirir las competencias de parentalidad adecuadas. Ocurre lo que se conoce como la transmisión transgeneracional del maltrato infantil.

- **Factores del ontosistema.** Algunos autores incluyen también factores que dependen del niño y que pueden ser desencadenantes de situación de estrés intrafamiliar. Esto no significa que la culpa de lo que sucede es del niño, sino que alguno de sus comportamientos, o su estado de salud, pueden alterar el sistema familiar de tal manera que contribuyan a la producción de una crisis. Este puede ser el caso de los bebés que nacen con algún hándicap, o que presentan problemas de salud o muestran un temperamento más difícil.

El modelo ecológico permite ordenar los análisis y facilitar las reflexiones, aunque no podemos olvidar que la realidad es mucho más compleja y los distintos factores están interrelacionados y se afectan unos a otros. Por ejemplo, la crisis de valores socioculturales actual, definida por la búsqueda del bienestar

individual y el placer a cualquier precio, así como la desestructuración de la familia en tanto que unidad social de apoyo primaria, provocan una fragilidad de los vínculos y de las redes sociales de apoyo, lo que, a su vez, puede derivar en unas condiciones de aislamiento propicias para que el maltrato se mantenga en el tiempo.

Es importante insistir en la idea de que no existe una familia maltradora típica, sino más bien una multiplicidad de factores de riesgo que en un momento dado de la historia generarán el fenómeno de los malos tratos.

Todo el ecosistema que envuelve el desarrollo del niño puede favorecer la aparición de los buenos o los malos tratos a la infancia, dependiendo de la interacción que se dé entre los diferentes sistemas que deben nutrir, proteger, socializar y educar.

3. Consecuencias del maltrato intrafamiliar en los niños

El maltrato infantil en el seno de la familia presenta una serie de características especiales que lo convierten en una realidad especialmente compleja y dañina⁵. Cabría destacar tres aspectos fundamentales:

- Aunque el maltrato intrafamiliar puede referirse a un episodio único y aislado, lo más frecuente es que el niño crezca en un contexto de estrés tóxico cronicado, marcado por la sucesión de eventos estresantes que se repiten de manera sostenida en el tiempo. La consecuencia de esta exposición prolongada es un agotamiento total o parcial de los recursos naturales del niño para hacer frente a las adversidades, lo que afectará de forma inevitable al desarrollo de sus capacidades afectivas, cognitivas, conductuales y relacionales.
- El maltrato se produce en el marco de una relación afectiva significativa en la que los padres, que deberían ser la fuente de cuidados, protección y seguridad, son, por el contrario, fuente de dolor y temor del niño. Esto provoca una situación paradójica, muy difícil de resolver para la mente de un niño. La consecuencia más grave reside en que para la mente humana, resulta muy difícil gestionar e integrar aquello a lo que uno no puede dotar de explicación o significado.
- Las experiencias de abuso y negligencia a menudo forman parte de dinámicas familiares instauradas y presentes incluso antes del nacimiento del niño. Se trata de «modos de vida» altamente tóxicos que moldean la forma en la que el cerebro y el sistema nervioso de los niños se desarrollan y maduran. Sabemos que las caricias, los besos, los olores, el balanceo, los juegos, la estructura, los límites, etc. aportan los nutrientes necesarios para que el sistema nervioso del recién nacido crezca adecuadamente, sobre todo durante los primeros años. No nos debería sorprender, por tanto, que el sistema nervioso en contextos de malos tratos no se desarrolle de manera adecuada. El maltrato a una edad temprana puede tener consecuencias neurológicas graves, que no siempre se pueden recuperar.

Es importante conocer las características especiales del desarrollo neurológico humano para reconocer y comprender las dificultades que observamos en los chicos afectados. Resumiremos las principales:

- Comienza temprano. Una gran porción del crecimiento cerebral tiene lugar antes del nacimiento del niño, y las estructuras fundamentales del sistema nervioso se desarrollan aproximadamente en el primer trimestre del embarazo. Puesto que tiene un desarrollo muy prematuro, el sistema nervioso de un bebé es un área especialmente sensible a las influencias ambientales. Por ello, el consumo de alcohol o tabaco, y una nutrición defi-

⁽⁵⁾ Con el objetivo de abordar el impacto diferencial de este tipo de procesos traumáticos, algunos autores defienden el uso de diagnósticos clínicos adaptados tales como el TEPT complejo (trastorno de estrés postraumático) propuesto por Judith Herman en 1992, o el reciente trastorno por estrés extremo (DESNOS; *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*), propuesto por Van der Kolk y su equipo (2005). La inclusión en el DSM-V de esta clasificación diagnóstica ha sido parcial y está actualmente sujeta a un intenso debate entre los expertos.

Contenido complementario

No hay peor agresión que la producida dentro de la propia familia, porque son situaciones:

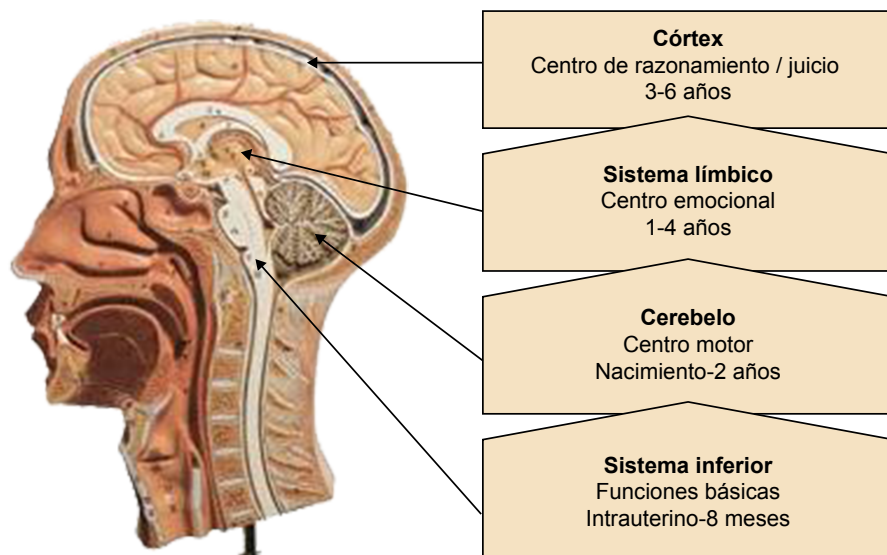
- Crónicas y repetitivas.
- Producidas por adultos significativos.
- Agotan los recursos naturales para calmar los dolores y el estrés.
- Por su contenido, son difíciles de elaborar e integrar.

(Barudy, 1998)

citaria durante el embarazo, por ejemplo, son factores de alto riesgo que tienen la capacidad de afectar al desarrollo neurológico del bebé incluso mucho antes de que haya nacido.

- Se produce por intervalos. La ciencia ya demostró que hay determinados periodos críticos en el desarrollo infantil, en los cuales es particularmente importante la estimulación externa para el desarrollo de habilidades específicas. Por ejemplo, se conoce que la ventana de oportunidad para la adquisición del lenguaje verbal se produce más fácilmente entre el nacimiento y los tres años, mientras que el periodo sensible para la adquisición de un segundo idioma se amplía hasta los diez años. Cuando un sistema nervioso ha recibido contextos de buenos tratos, es capaz de desarrollar un gran número de habilidades.
- Presenta un desarrollo jerárquico e interdependiente. Esto significa que si una de las estructuras inferiores está inmadura, los niveles superiores se verán afectados, tanto en el momento de la aparición de sus funciones como en la calidad de estas. Para explicar este proceso, utilizaremos la teoría del cerebro triuno del Dr. McLean, quien interpreta el cerebro como un sistema formado por tres subsistemas en niveles interdependientes^{nota al pie}. De acuerdo con esta teoría, las áreas que a menudo se denominan subcorticales, cerebro reptiliano y sistema límbico, se organizan y desarrollan más tempranamente que las áreas neocorticales: lóbulos frontales y la corteza superior.

Figura 2. Desarrollo de las principales áreas del cerebro «triuno»



- **Cerebro reptiliano.** Es el responsable de la conducta automática o programada (reflejos primarios); su función es básicamente la de actuar cuando el organismo lo requiere. Además, es responsable de organizar y madurar los ritmos biológicos básicos, tales como la temperatura corporal, el apetito, los ciclos de sueño y vigilia.
- **Sistema límbico.** La función principal de sus estructuras es la de regular los sentimientos, la regulación endocrina, y los estados de placer y dolor.

Actúa como centro de bases del cerebro, pues toda la información que penetra al organismo es supervisada y controlada por este sistema, que decide qué partes se activan, con qué intensidad y frecuencia.

- **Lóbulos prefrontales y neocórtex.** Esta región es responsable de los procesos cognitivos superiores, tales como el análisis y síntesis de la información, el uso del razonamiento analítico, del pensamiento crítico y creativo y de la generación o resolución de problemas.

Al igual que ocurre con un cuerpo sano, nuestro cerebro no puede rendir al máximo a menos que sus distintas partes trabajen conjuntamente. Por tanto, la clave para progresar está en ayudar a esas partes a trabajar bien de manera conjunta, a integrarlas. Los padres pueden moldear directamente el crecimiento continuo del cerebro y facilitar la integración de las distintas partes según las experiencias que le ofrezcan. Cuando estas partes distintas colaboran, se crean y refuerzan las fibras integradoras que unen las distintas partes del cerebro. Por el contrario, cuanto más temprano se producen las conductas negligentes, violentas o maltratantes, mayores dificultades tendrán los niños para la adquisición de capacidades complejas posteriores (Glaser, 2014; Hodel *et al.*, 2015).

El desarrollo de cada niño es único y es el resultado de las complejas interacciones entre los componentes genéticos y las experiencias provenientes del entorno del niño que modulan el crecimiento y maduración del cerebro. Mientras que los buenos tratos infantiles aseguran la maduración, la organización y el funcionamiento adecuado del cerebro y del sistema nervioso, lo contrario también aplica. El estrés provocado por los contextos de negligencia, violencia o abuso puede provocar un cambio en la estructura y el funcionamiento del cerebro, e incluso puede llegar a detener el desarrollo. Las manifestaciones más frecuentes de estas alteraciones, que se observan en los niños que han estado expuestos a contextos carentes y violentos en el ámbito familiar, podrían resumirse en: **trastornos del desarrollo, alteraciones de orden traumático y trastornos del apego.**

Trastornos del desarrollo: teniendo una base sólida de conocimiento sobre el desarrollo sano de un niño, podremos constatar en gran parte qué grado de daño puede presentar un niño víctima de malos tratos.

- Alteraciones en el desarrollo físico. A menudo se pueden observar alteraciones somáticas (por ejemplo, eczemas, soriasis, asma, piel atópica) como resultado de la exposición prolongada a un grado elevado de estrés. El abandono físico y la falta de estimulación afectiva adecuada pueden ocasionar una deficiencia de la hormona del crecimiento aún en presencia de una dieta adecuada. En algunos ámbitos se conoce como «enanismo psicossocial», y provoca que niños que tienen una edad cronológica de ocho años muestren una estatura y peso propios de niños de cinco años. En ambientes emocionalmente adecuados, la hormona del crecimiento puede volver a sus niveles normales.

Para profundizar en las consecuencias del maltrato infantil, se recomienda la lectura:

Manual II: la detección, el diagnóstico y el acompañamiento de los niños y niñas expuestos a violencia de género. En J. Barudy y M. Dantagnan (2012). *Violencia: Tolerancia 0. Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género* (pp. 47-85). Barcelona: Obra Social la Caixa.

- Alteraciones en el desarrollo emocional. Como hemos visto, durante los primeros meses de vida la exposición al estrés traumático afecta sobre todo al desarrollo del sistema límbico (cerebro emocional). Los niños que han recibido una estimulación alterada o tóxica durante los primeros años pueden presentar dificultades para reconocer estados internos emocionales, para descifrar adecuadamente las emociones ajenas, así como tolerar vivencias emocionales intensas tales como la rabia o el miedo. Esto supone graves problemas en la autorregulación, la capacidad para calmarse ante situaciones de estrés, una baja tolerancia a la frustración y dificultades en la expresión verbal de su mundo interno, entre otras cosas. Ante una situación de estrés mínima, un niño de 14 años puede reaccionar en un ámbito afectivo como lo haría con 1 o 2 años.
- Alteración en el desarrollo cognitivo. La afectación de las capacidades cognitivas y de comprensión ha de ser considerada desde una perspectiva más amplia, y no exclusivamente mediante el criterio de adquisición de conocimientos. La mayoría de los niños víctimas de maltrato no presentan ningún problema de inteligencia, pero sí en la capacidad para utilizar sus recursos cognitivos. Estos niños pueden mostrar un desarrollo alterado en algunas capacidades básicas de aprendizaje, como la respuesta de inhibición, el control emocional, la atención sostenida o la capacidad de abstracción, así como, a menudo, niveles más inmaduros de lo que les correspondería a su edad cronológica. Las diferencias con el niño normal son poco notables durante los primeros años, pero en el inicio de la escolaridad, los cuidadores comienzan a apreciar las diferencias existentes. Se observa una disminución de la comprensión, una menor capacidad para razonar hipotéticamente, para manejar distintas perspectivas de una misma situación o para comprender los motivos propios y de los demás.
- Alteraciones en el desarrollo social. La inmadurez mostrada en las áreas emocionales y cognitivas anteriormente descritas (tales como las dificultades de autocontrol, pobreza emocional, falta de autocritica, baja tolerancia a la frustración) suele provocar en los niños afectados serias dificultades para desarrollar y mantener relaciones constructivas entre pares, lo que ocasiona su aislamiento, marginalización o exclusión de los círculos sociales.
- Alteraciones en el desarrollo moral. La honestidad, confianza y responsabilidad social son un logro evolutivo. La capacidad para diferenciar lo correcto de lo errado depende en gran medida del adecuado desarrollo de otras capacidades más básicas, tales como la empatía, la autorregulación o el control de impulsos. Los niños víctimas de malos tratos pueden presentar códigos amorales aprendidos en contextos abusivos (Barudy y Dantagnan, 2009). Fruto de este desarrollo moral inadecuado es la falta de remordimiento frente al dolor provocado a otro, la dificultad de ver el grado de daño provocado, la mentira como modo de relación, la ausencia de sentimiento de culpa e irresponsabilidad de su comportamiento social.
- Alteraciones en el desarrollo sexual. La sexualización traumática se refiere al proceso mediante el cual la sexualidad del niño se va moldeando de manera inapropiada para su edad. Es importante tener en cuenta que la

presencia de indicadores de sexualización traumática no significa necesariamente que el niño haya sufrido un abuso sexual. Tampoco la ausencia de sintomatología debe inducir al profesional a descartar los abusos. La alteración en la sexualidad requiere una evaluación completa y comprensiva, que integre criterios adecuados al desarrollo madurativo del niño.

Tabla 1. Indicadores de sexualización traumática

Indicadores de sexualización traumática	
En niños y niñas <10 años:	En niños, niñas y adolescentes >10 años
<ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones que indican conocimiento sexual precoz, que usualmente ocurren de manera inadvertida o espontánea. • Dibujos sexualmente explícitos. • Interacción sexualizada con otras personas: agresiones sexuales a un niño o niña menor, y/o actividad sexual con pares. • Actividad sexual con animales o juguetes. • Masturbación excesiva: hasta hacerse daño, numerosas veces al día, no puede detenerse, inserta objetos en la vagina o en el ano, hace sonidos y gime mientras se masturba. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promiscuidad sexual. • Indicadores gráficos: cuerpo sin la mitad inferior, desorganización de las partes del cuerpo, etc. • Confusión sobre las normas sexuales • Confusión entre sexo y amor, de dar cuidados y recibir cuidados. • Asociación negativa a la excitación o temas sexuales • Sensación de estar dañado / ser malo • Sexualidad indiscriminada (falta de sensibilidad ante los límites privados).

Adaptación de la *Guía clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Ministerio de Salud de Chile. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.

Trastornos de orden traumático: cuando las experiencias traumáticas y las necesidades interpersonales insatisfechas se mantienen de manera persistente y durante periodos cruciales del desarrollo, pueden producir bloqueos en la capacidad del sistema de procesamiento adaptativo de la información, en tal grado que el organismo sea incapaz de resolver e integrar los sucesos vividos.

- Alteración de los sistemas de regulación del estrés y capacidad de afrontamiento. Las situaciones amenazantes causan una redistribución de los recursos y la energía física, que están presentes en el estado normal de equilibrio: todo el cuerpo se prepara para enfrentar la amenaza. Sin embargo, cuando esta presión se mantiene, y el estrés no disminuye, el contexto pasa a ser tóxico, y las personas comenzamos a experimentar una sensación de fuerte incomodidad con reacciones corporales que son vividas como una amenaza vital. La vivencia emocional es principalmente de miedo, ansiedad, angustia, pánico, acompañada de una sensación de impotencia y pérdida de control. Si continúa el estresor, se llega al estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y/u orgánicas⁶. Estas reacciones y los mecanismos de defensa que las acompañan explican gran parte de los síntomas asociados con el síndrome de estrés postraumático.

⁽⁶⁾Recomendamos visionar el vídeo sobre fisiología del estrés. Aporta los fundamentos básicos de una manera sencilla. Se puede utilizar como material psicoeducativo con algunos niños mayores https://www.youtube.com/watch?v=_wPkBSvbbUk

Tabla 2. Sintomatología de estrés postraumático en niños pequeños

El trastorno de estrés postraumático en niños

La **reexperimentación** en los niños se expresa en recuerdos recurrentes e intensos. En ocasiones, se trata de una imagen o juegos repetitivos en los que se puede llegar a reproducir de manera directa o indirecta la vivencia traumática. Son frecuentes las pesadillas en las que se repite el recuerdo o aspectos más o menos encubiertos de este, tales como la muerte, monstruos y catástrofes. No son frecuentes los *flash-back*, aunque sí se observan periodos de ensoñación diurna en los que el niño parece trasladarse a espacios o momentos relacionados con la vivencia difícil. Esta sintomatología puede desarrollarse después de un periodo de latencia de meses o incluso años.

En relación con los síntomas de **evitación**, los esfuerzos del niño por evitar los pensamientos y sentimientos relacionados con el evento traumático tienden a manifestarse a través de la pérdida de habilidades recientemente adquiridas, regresiones, temor a la oscuridad, evitar conversar del suceso, eludir actividades en las que aflore el recuerdo y una amnesia parcial o total, con alteraciones en la memorización y secuencia de los hechos.

El **embotamiento afectivo** o anestesia emocional se expresan en una disminución en los intereses, inhibición conductual, aislamiento, disminución de la capacidad para sentir emociones y, especialmente, las asociadas a la intimidad o afectos positivos, así como sensación de un futuro desolador.

Los síntomas de **hiperarousal** se manifiestan en dificultades para conciliar el sueño y mantenerlo, hipervigilancia, facilitación de la respuesta de sobresalto, irritabilidad, dificultades de concentración o para terminar una tarea. Hay cambios en relación con el manejo de la agresividad. En los casos más leves, se observa mayor irritabilidad o temor a perder el control y, en los más graves, explosiones impredecibles o incapacidad para expresar sentimientos de rabia. Estos déficits suelen desconcertar a quien los vive (y a quien los quiere entender), y pueden malinterpretarse como depresión, resistencia o actitud pasivo-agresiva.

- **Trastornos disociativos.** Existe una conexión íntima documentada entre trauma, disociación y somatización, compartiendo la dificultad para la integración de la experiencia subjetiva. Como consecuencia de contextos de crianza altamente violentos y tóxicos, o por el contrario, carentes de toda estimulación, los niños pueden presentar gran variedad de síntomas disociativos que reflejan una falta de integración de la experiencia:

Tabla 3. Síntomas de disociación en niños

Síntomas disociativos en niños

Conciencia inconsciente: fugas o idas de atención, estados de trance.

Amnesias autobiográficas y fluctuaciones en el acceso al conocimiento que puede representar la inconsistencia en los procesos de memoria.

Estados de ánimo y comportamientos fluctuantes, incluyendo episodios de rabia y regresiones, pueden reflejar dificultades en la autorregulación.

La creencia del niño de ser varios, o de tener amigos compañeros imaginarios que controlan su comportamiento, puede reflejar la interrupción en el desarrollo de un yo integrado.

La despersonalización y desrealización pueden reflejar un sentimiento subjetivo de la disociación de la sensación normal del cuerpo y de la percepción o sentido de sí mismo.

Adaptado del libro de Sandra Baita (2015). *El rompecabezas: una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*.

- **Alteración de la visión del mundo y de uno mismo.** La exposición a explicaciones despreciativas, violentas o denigrantes por parte de las figuras de referencia favorece el desarrollo en los niños de sentimientos de inferioridad, no adecuación y poco valor. En un primer momento, el niño puede atribuir la ocurrencia del maltrato a causas externas, como por ejemplo pensar que su progenitor estaba de mal humor o tenía un mal día. Esto, en cierto modo, le ayuda a mantener un sentido de esperanza de que el maltrato no volverá a ocurrir: «Puede que mañana mi padre/madre ya no esté de mal humor». Sin embargo, si el maltrato es crónico y generalizado, estas atribuciones serán continuamente cuestionadas por una realidad contraria. Cuando esto ocurre, el niño comienza a desarrollar atribuciones autorreferenciales para explicar la ocurrencia del maltrato: «Debe de haber algo malo en mí que está provocando que mi padre haga lo que hace». Cuanto más se está expuesto a estas explicaciones, más probabilidades hay de que se cristalicen en una representación de sí mismo negativa (Kolko y Feiring, 2002). Los niños pueden concluir, entre otras cosas, que hay un aspecto «malo» inherente a su identidad, que justifica su poca valía personal y la ausencia de cuidados ante sus necesidades. Debido a la naturaleza de la violencia intrafamiliar, estas creencias se instalan desde el «origen» (mental y constitucional) de la persona, por lo que pueden ser más reacias al cambio y persistir durante años posteriores, influyendo de manera determinante en la visión que el adolescente, y posteriormente adulto, tiene sobre sí mismo, las relaciones con los otros o el mundo.

Trastornos del apego: una de las consecuencias más graves de los malos tratos intrafamiliares son los trastornos del apego (Barudy, 1998). Es importante comprender la importancia del apego en el desarrollo humano tanto físico como emocional.

Los seres humanos nacemos inmaduros y en los primeros años, nuestra vida y desarrollo dependen de las capacidades de nuestros padres o de otros cuidadores adultos. La naturaleza ha dotado al ser humano con la clave para su supervivencia física y emocional: una predisposición biológica (compleja), un instinto de base, para buscar y mantener la proximidad de una figura más fuerte. Numerosos autores, desde Bowlby (1969), han destacado la necesidad evolutiva del apego y han reconocido la habilidad de los bebés para monitorizar constantemente el acceso a las figuras de apego, y para mantener un grado de proximidad razonable, incluso en situaciones relativamente no amenazantes. El recién nacido, mediante conductas de señalamiento, seguimiento visual, la capacidad de contacto ocular, el llanto, la sonrisa, los gritos, etc., es capaz de manifestar sus necesidades y requerir la presencia física de una figura adulta protectora.

La calidad de la relación de apego dependerá tanto de los recursos para la búsqueda de proximidad del niño, como de las respuestas ofrecidas por la figura de referencia. En términos generales, decimos que se ha formado un vínculo de apego seguro si el bebé consigue la protección y se siente seguro y con la

tranquilidad necesaria ante sus demandas. El apego es disfuncional o inseguro si no lo consigue. Se conoce que los primeros vínculos de apego se conforman de manera muy temprana, aproximadamente a los siete meses de vida, y se generan hacia solo una o unas pocas personas. Por lo general, es el bebé quien selecciona a su figura de apego principal, a partir de las interacciones contingentes y frecuentes en el tiempo.

En contextos de buen trato, los dos miembros de la díada (figura de apego-bebé) aprenden a cocrear sistemas sintonizados y con responsividad contingente, que regulan el arousal del bebe. En esta relación, el cuidador no solo calma los estados de excitación negativos, sino que debe ser capaz de hacer resonar y amplificar los estados positivos. Podemos decir que el apego seguro es una buena garantía para el desarrollo de una autorregulación adecuada, es decir, la capacidad de los niños para regular un rango variado de emociones.

La sensación de seguridad y consuelo que nos aporta una persona en particular (figura de apego) es la clave que permite identificar un vínculo de apego frente al resto de los vínculos afectivos.

Los niños harán todo lo necesario para apegarse a sus figuras de referencia, a pesar de las consecuencias negativas para su desarrollo que esto pueda suponer. Los vínculos de apego surgen tanto como producto de interacciones con adultos que responden con sensibilidad y cuidado, como con adultos con conductas negligentes, maltratantes o violentas. En contextos de negligencia y maltrato crónico, según el estilo y grado de incompetencia que los padres presenten con el niño, este desarrollará unas conductas para sobrevivir a esta experiencia adversa. Dada la intensidad de la predisposición biológica a formar vínculos de apego solo en circunstancias extremadamente anómalas, un niño permanecería no apegado.

La clasificación de los estilos de apego que conocemos hoy día parte de los estudios de Mary Ainsworth, y los trabajos posteriores de Mary Main y Judith Solomon. En este apartado⁷ nos detendremos únicamente en la descripción de los elementos diagnósticos básicos de los tres tipos de estilos de apego disfuncionales:

Los trastornos de apego, o los apegos disfuncionales, no son enfermedades. Responden al desarrollo de conductas adaptativas de los bebés ante entornos hostiles, para intentar mantener la proximidad de las figuras de apego.

- **Trastornos de apego evitativo.** Son frecuentes en contextos de violencia física y psicológica. El adulto muestra un comportamiento caracterizado por una falta de sensibilidad ante las necesidades y demandas del niño,

⁽⁷⁾Debido a la complejidad e importancia de los trastornos del apego, recomendamos la lectura detallada del capítulo VIII del libro de Barudy y Dantagnan (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. En este fantástico capítulo, se dedica una completa sección a la descripción de la ontogénesis, los criterios de detección, las manifestaciones según la edad y el abordaje terapéutico de los trastornos del apego.

que se expresa por una ausencia de respuesta o rechazo. El niño utiliza como mecanismo de autoprotección evitar o inhibir tanto su conducta de apego como la expresión de sus afectos. Esta estrategia le permitirá asegurar el máximo de disponibilidad de su cuidadora, con la mínima cuota de rechazo y de angustia posible (Barudy y Dantagnan, 2009). La evitación de la experiencia emocional provoca, entre otras limitaciones, mayores dificultades para identificar y controlar estados emocionales intensos como la rabia o el miedo. Los niños muestran menos recursos para manejar situaciones de estrés adecuadamente, ya que la introspección, la percepción, la reflexión y otras funciones cognitivas están alteradas o dañadas debido a una estimulación emocional poco sintonizada. Parece que en muestras normativas, el 15 % de los niños desarrollan un estilo de apego evitativo. Este porcentaje se incrementa hasta un 23 % en población de niños víctimas de malos tratos (Van Ijzendoorn, 1999).

- **Trastornos de apego ansioso-ambivalente.** Se producen con gran frecuencia en contextos de negligencia física y afectiva. En estos casos, el adulto cuidador responde en ocasiones de manera adecuada a las necesidades y señales del niño, mientras que en otras lo hace de forma inadecuada. Muestra, por lo tanto, una sensibilidad incoherente y una falta de consistencia, a menudo provocadas por una dificultad de autorregulación emocional del propio adulto. Esto provoca que los niños sean incapaces de hacer predicciones, y de organizar su conducta sobre las expectativas de la respuesta su cuidador. Este estilo de cuidados generará en el bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia, que le provocará una intensa ansiedad. La manera de lidiar con este estilo inconsistente de cuidados será aumentar sus conductas de apego, es decir, insistir en sus demandas, sus llamadas de atención y cuidado, tales como: llorar, gritar, hacer demandas constantes, golpear, etc. En estos contextos, los niños muestran unos niveles de ansiedad y rabia muy elevados, junto con la sensación de no sentirse susceptibles de ser amados. En muestras normativas, el 9 % de los niños presentan un estilo ansioso ambivalente, mientras que en niños víctimas de malos tratos el porcentaje se estima en un 20 % (Van Ijzendoorn, Schuelgen y Bakermans-Kranenburg, 1999).
- **Trastornos de apego desorganizado.** Se producen con gran frecuencia en contextos caóticos y violentos. Las madres o padres han sufrido pérdidas de personas significativas o han vivido procesos traumáticos severos (malos tratos en la infancia, negligencia, abuso sexual), y no han tenido la oportunidad de reparar su propia afectación. El estilo parental de estos adultos es violento, desconcertante, impredecible y genera terror, impotencia y una falta de control absoluta. El problema para estos niños es que se encuentran ante una paradoja irresoluble. Por un lado, su instinto de supervivencia les lleva a buscar la proximidad y protección de sus figuras de apego, lo que a su vez provoca una alta ansiedad y comportamientos violentos de los adultos como respuesta. Por el contrario, si el niño se aleja, a menudo los cuidadores se sienten provocados, rechazados o ninguneados, y tienden a responder con hostilidad y rechazo. Por lo tanto, ni la búsqueda de la proximidad, ni la evitación o inhibición de las necesi-

dades de apego, son conductas que funcionan en este caso. Las estrategias de adaptación colapsan en el niño. En otros casos, se han documentado contextos de crianza caracterizados por ser altamente cambiantes e inestables. Los niños sufren desde su nacimiento separaciones repetidas, pasan de un cuidador a otro, de una familia a otra, o a una residencia, y así de manera repetida. Este «síndrome del peloteo» (Barudy, 1998) va desgastando la capacidad natural del niño para vincularse y confiar en los otros, y en especial en el mundo adulto. Este es el estilo de apego de más alto riesgo, y se ha relacionado con numerosos trastornos conductuales y del desarrollo en niños y adolescentes. En población normativa, el 15 % de los niños presentan este estilo de apego. Esta frecuencia se incrementa hasta el 82 % en niños víctimas de maltrato grave en el ámbito familiar (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989; Lyons-Ruth y col., 1990; Spieker y Booth, 1988).

4. La intervención ante el maltrato intrafamiliar

4.1. Acciones del sistema social y de protección a la infancia

El sistema de protección infantil se refiere al conjunto de medidas jurídicas, sociales, educativas y pedagógicas dirigidas a obtener el desarrollo integral del menor según la normativa legal vigente, así como el sistema de recursos materiales y técnicos que tiene por objeto procurar la protección del niño ante contextos de riesgo o maltrato.

En la mayoría de las comunidades autónomas, existe una especialización o distribución de las funciones dentro del propio sistema de protección infantil. Los servicios sociales de base (escuelas, atención primaria, policía, etc.), que dependen de las instituciones locales y ayuntamientos, asumen la responsabilidad de recibir las notificaciones de sospechas de maltrato infantil intrafamiliar e investigarlas. Los servicios sociales de base son los encargados de hacer las evaluaciones psicosociales de las familias e intervenir en aquellos casos en los que se considera que la situación es de riesgo, pero no alcanza un nivel de gravedad suficiente como para dictaminar la separación del niño de su núcleo familiar.

En un nivel superior, se encuentran los servicios sociales especializados, que responden directamente ante los gobiernos autonómicos y asumen la intervención en los casos de mayor gravedad. En el caso de que consideren que el menor no puede ser atendido en su núcleo familiar, se hace la declaración de desamparo y la asunción de la tutela por parte de la Administración, al tiempo que se propone una medida de protección que puede implicar medidas de acogimiento y adopción (acogimiento familiar, acogimiento residencial o adopción). También es tarea de los servicios especializados la gestión de la intervención con el niño y el acompañamiento a la familia natural desde el momento en que se hace la salida del niño de la casa. Desde el momento del inicio de la acogida o del internamiento del niño, la familia biológica debería iniciar un trabajo de reconstrucción de una situación familiar que permitiese reincorporar a los hijos en casa en un futuro más o menos próximo.

En los casos en los que se detectan situaciones de riesgo grave o maltrato muy grave, en los que se encuentren en peligro la vida o la integridad física o psíquica del menor, y se requiera la separación urgente e inmediata del entorno familiar, se activa el circuito de urgencia para atender situaciones de intervención preferente. En estos casos, la Administración asume las funciones tutela-

Contenido complementario

En el anexo, se encuentra el gráfico del funcionamiento del circuito del sistema de protección a la infancia en Cataluña. En la actualidad, la mayoría de las comunidades autónomas presentan circuitos muy similares.

res y se ingresa al niño en un centro de acogida de urgencia, como medida transitoria, mientras se lleva a cabo el estudio de valoración y el diagnóstico sociofamiliar, y se proponen las medidas de protección adecuadas.

Por tanto, dentro del sistema de protección de menores deben distinguirse dos niveles de actuación:

- 1) Las situaciones de riesgo: cuando existen factores en el entorno del menor que pueden generar cierta alarma, pero no son suficientemente graves para considerar el desamparo. La actuación es fundamentalmente de los Servicios Sociales de la zona, con el objetivo de eliminar dichos factores de riesgo y mantener al menor en su entorno familiar.
- 2) Las situaciones de desamparo: cuando la entidad pública (servicios especializados) constate que un niño se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda.

4.1.1. Tipos de medidas de protección con niños en casos de desamparo

Adopción. Es una medida de protección que extingue los vínculos con la familia biológica, y crea con los adoptantes los mismos vínculos que la filiación por naturaleza. La adopción se constituye por resolución judicial, y tendrá siempre en cuenta el interés del niño, así como la idoneidad de los adoptantes para el ejercicio de la patria potestad.

Acogimiento. Es la medida que permite la integración y participación de un menor en la vida de una familia cuando no puede permanecer con sus padres o tutores. Los acogedores asumen las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral. En el acogimiento familiar, no se extinguen los vínculos con la familia de origen.

- Acogimiento por familia extensa. Es el tipo de acogimiento de preferencia por parte de la Administración. Los acogedores tienen relación de parentesco por consanguinidad o por afinidad con el niño, y deben mostrar suficiente interés por el bienestar del niño; tener la capacidad de preservar al niño de las condiciones que generaron la situación de desamparo; y tener una aptitud educadora adecuada.
- Acogimiento en familia ajena. Se formalizará por resolución de la entidad pública que tenga la tutela o la guarda, previa valoración de la adecuación de la familia según los criterios establecidos (edad, aptitud educadora, situación familiar, etc.). En esta valoración, se tendrá en cuenta la disposición de los acogedores a facilitar el cumplimiento del programa de reintegración familiar, propiciando la relación del menor con su familia de procedencia.
- Acogimiento residencial. Los niños viven en pisos de tamaño medio, donde profesionales del ámbito de la educación social se encargan del cuidado

y protección. Legalmente, es una medida de último recurso que se concibió como medida de carácter temporal, con la finalidad de mantener al niño en un contexto protegido mientras se activan los recursos para obtener una solución definitiva. La realidad es que en nuestro país, para muchos niños y niñas que son declarados en desamparo, vivir en un centro residencial es la primera (y única) alternativa de cuidados fuera del hogar biológico.

Tabla 4. Tipología de atención residencial y población destinataria en Cataluña en el año 2014

Tipo de centro	Definición	Población destinataria
Centro de acogida (CA)	Servicio de estancia temporal y transitoria para la atención inmediata mientras se hace el estudio diagnóstico de la situación sociofamiliar del niño/adolescente.	Niños y adolescentes entre 0-18 años.
Centro residencial de acción educativa (CRAE)	Servicio de acogida de niños y adolescentes en situación de desamparo y tutelados por la Administración, en sustitución de la familia natural, durante el tiempo que persistan las dificultades sociales.	Niños y adolescentes entre 0-18 años.
Centro residencial de acción educativa intensiva (CRAEI)	Centro que acoge a adolescentes tutelados con problemas conductuales y adaptación a los CRAE o a la familia acogedora, y que requieren más contención.	Jóvenes entre 12-18 años.
Plazas residenciales en centros del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales para niños y adolescentes con discapacidad (ICASS)	Servicio destinado al acogimiento de niños y adolescentes con discapacidad, en situación de desamparo y tutelados en sustitución de la familia natural durante el tiempo que persistan las dificultades sociales.	Niños y adolescentes entre 0-18 años con discapacidad.
Centro de primera acogida	Centro que atiende las necesidades de la población infantil extranjera que llega a Cataluña sin referente familiar.	Extranjeros entre 0-18 años, tutelados sin referentes familiares.
Piso asistido	Recurso residencial para jóvenes mayores tutelados y jóvenes que han estado bajo la tutela de la DGAIA al cumplir la mayoría de edad.	Jóvenes tutelados y extutelados mayores de 16 años.

Fuente: Adaptación propia de la información obtenida en el Departamento de Acción Social y Ciudadanía (Departament d'Acció Social i Ciutadania).

4.1.2. Un (breve) análisis sobre la situación actual de los niños y adolescentes en el sistema de protección

Necesitamos sostener una mirada amplia sobre los desafíos que enfrenta el sistema de protección infantil español. De cualquier otra forma, caeremos en el riesgo de la crítica fácil a un sistema que invierte una cantidad de esfuerzos

colectivos e individuales para garantizar el bienestar de los niños. Distintas investigaciones han puesto sobre la mesa la complejidad del trabajo que enfrentan los técnicos y profesionales vinculados al sistema de protección. Por mencionar algunas:

- La valoración del riesgo y el acompañamiento es un reto mayor. Los técnicos se enfrentan a situaciones familiares sumamente complejas y multiproblemáticas, y la falta de instrumentos estandarizados y sencillos que permitan detectar el grado de recuperabilidad (o irreversibilidad del daño) en sus competencias parentales provoca largos procesos de valoración. La ausencia de protocolos legales claros ante la falta de cumplimiento de objetivos de los padres deriva en el hecho de que los técnicos no puedan tomar decisiones definitivas que impliquen acogimiento familiar o adopción.
- De manera congruente con las propias dificultades, a menudo las familias no cooperan. Especialmente en los contextos de mayor gravedad y con múltiples problemáticas, las familias muestran dificultades para asistir de manera regular a los tratamientos especializados que se les pautan (desintoxicación, programas de salud mental, etc.).
- Es notoria la alta exigencia de este trabajo especializado, el estrés y el desgaste emocional de los profesionales en el sistema de protección.
- Considerando el número de hijos de las familias que entran en el sistema de protección, parece evidente el fallo de los mecanismos de prevención para detectar casos de manera temprana e intervenir antes de que se den estas situaciones de descendencia tan numerosa en condiciones tan graves.
- En la actualidad, la medida prevalente es la acogida en centro residencial (39,5 %), seguida del acogimiento en familia extensa (36,0 %) y el acogimiento en familia ajena (14,6 %). Hay también un 6 % de niños en situación de acogida preadoptiva, mientras que el 4 % restante están en situación de medidas provisionales o son adolescentes y jóvenes con continuidad asistencial.
- La sociedad española ha sufrido un proceso de cambios acelerados en los últimos años, que ha tenido su manifestación en la aparición de un nuevo perfil de los usuarios de los servicios sociales y de los servicios de protección a la infancia y a las familias.
- Es el caso de los menores que ingresan en los centros de protección, en un número cada vez más elevado, a petición de sus propias familias, ante situaciones muy conflictivas derivadas de problemas de comportamiento agresivo, inadaptación familiar, situaciones de violencia filioparental y graves dificultades para ejercer la responsabilidad parental. Su situación psicológica y social demanda soluciones diferentes a las que ofrecen los centros de protección ordinarios o sus familias, y requiere un ingreso en centros especializados, previo informe sobre su situación social y sobre su estado psíquico.
- Es de esperar que, en un futuro, el acogimiento residencial se destine exclusivamente a aquellos niños y jóvenes cuyas características y nivel de afectación demanden una intervención especializada y un contexto resi-

dencial de carácter terapéutico que no puedan ser facilitados por un acogimiento familiar

- Es necesario fortalecer e impulsar las medidas de acogimiento familiar para aquellos niños que se puedan beneficiar de ellas. España es el país en el que más niños extranjeros se adoptan, mientras que la mayoría de los niños españoles que se encuentran en situación de desamparo están en instituciones, cuando podrían ser adoptados o acogidos.

4.2. Intervención terapéutica especializada con niños víctimas de maltrato intrafamiliar

«La separación protege al niño pero no cura su traumatismo. Un factor de protección no es un factor de resiliencia que invite al niño a retomar un tipo de desarrollo» (Cyrulnik, 2003).

Comencemos por compartir dos premisas básicas:

- 1) La protección del menor en un contexto seguro no es suficiente para garantizar la reparación de las consecuencias del trauma temprano. La reparación y recuperación de la afectación dependen en gran medida de la calidad del entorno social y el contexto vital posterior que se facilite a los niños afectados.
- 2) «El trauma infantil es más que un diagnóstico». Esta afirmación corresponde al psicólogo americano Dave Ziegel, referente al trabajo con niños afectados por trauma temprano. Si analizamos con detenimiento los diagnósticos que se recogen en el DSM, nos daremos cuenta de que estas etiquetas diagnósticas señalan la presencia de determinados síntomas asociados a una problemática o dificultad. Por ejemplo, podríamos decir que el trastorno oposicionista desafiante nos indica lo que el niño hace, pero no nos da información de por qué a este niño le pasa lo que le pasa o por qué ha desarrollado esta determinada conducta. Conviene no olvidar que una experiencia traumática es una experiencia que te cambia la vida. Como consecuencia de uno o más eventos traumáticos, el desarrollo de una persona sana puede verse alterado o incluso detenido, además de provocar adaptaciones de supervivencia poco saludables. Por lo tanto, el trauma, más que un diagnóstico, es una experiencia interna profunda que provoca un funcionamiento especial de la cognición, las emociones, las reacciones fisiológicas y los comportamientos. Para mayor complicación, el trauma no puede ser medido fácilmente. La experiencia clínica nos muestra continuamente cómo una misma experiencia traumática (pensemos, por ejemplo, en un accidente grave de tráfico) tiene un impacto distinto dependiendo de la persona. No hay dos individuos que experimenten el trauma de la misma forma, porque el impacto de la experiencia traumática depende no tanto de las características objetivas (la duración, frecuencia, intensidad, etc.) del evento dañino sino especialmente del significado que haya tenido dicha experiencia para la persona. El trauma es una experiencia interna compleja, que deriva como consecuencia de un estímulo agresivo externo que supera la capacidad de la persona para procesar e integrar

la experiencia. Durante nuestra práctica, hemos podido observar que, por ejemplo, niñas muy jovencitas que habían sufrido malos tratos severos, con golpes y agresiones psicológicas por sus propios cuidadores, no presentaban sintomatología aguda que hiciera sospechar la gravedad de su traumatización. Por otro lado, trabajamos con niños que habían sido víctimas de tocamientos sexuales puntuales por un extraño, y que mostraban un sufrimiento explícito muy evidente, con una gran desregulación en el comportamiento conductual.

Con ello, me gustaría trasladar un mensaje fundamental: una premisa fundamental para quienes trabajamos con niños afectados por experiencias traumáticas complejas es despojarnos de nuestras interpretaciones y presunciones y dedicar nuestro esfuerzo a aprender, con sumo respeto y cuidado, del mundo interno de cada niño, para, una vez comprendida su vivencia, poder acompañarlo en el proceso de recuperación.

Existen una serie de principios generales comunes a las intervenciones terapéuticas focalizadas en trauma infantil:

- **Ecología protectora.** Antes de ofrecer un tratamiento terapéutico, es necesario disponer de un medio de vida que respete, cuide y proteja al niño, al mismo tiempo que le posibilite nuevas formas de relación constructiva. En un contexto de violencia, la intervención terapéutica puede ser peligrosa para el niño, ya que puede llevarle a abandonar defensas necesarias para su supervivencia.
- **Evaluación comprensiva del niño y su entorno.** Necesitamos generar una buena comprensión sobre dónde parte el daño, para poder definir nuestra manera de intervenir, con unos objetivos realistas y adaptados a las necesidades de los niños. La comprensión de la afectación ha de incorporar la totalidad de conocimientos y enfoques de los que disponemos, evitando hacer evaluaciones parciales o centradas en un único modelo o magnificadoras de un único síntoma.
- **Metodología coherente.** Particularmente con niños traumatizados, las intervenciones cuyos contenidos de trabajo son puramente conductuales resultan insuficientes. También son insuficientes los tratamientos únicamente cognitivos, o centrados en habilidades emocionales. Ante problemáticas complejas es necesario disponer de una metodología integral, que integre distintos enfoques y técnicas y cuyo abordaje permita el trabajo en las cuatro áreas principalmente afectadas: la cognición, la emoción, la corporalidad, y la conducta. Además, los tratamientos no pueden ser de «talla única». Cada niño tiene sus características y sus singularidades, y por este motivo los tratamientos han de ser personalizados. La metodología de intervención es sensible y adecuada a la cultura, el género, la edad y el estado psicológico del niño y su familia.
- **Trabajo en red con los servicios especializados implicados en el apoyo al niño y su familia.** La psicoterapia individual no da respuesta al niño que ha sido víctima de procesos traumáticos, particularmente cuando el daño

está en su capacidad de vincularse. Lo que nos lleva a unir esfuerzos con otros profesionales y consensuar objetivos y modelos de intervención.

Algunos ejemplos de modelos terapéuticos focalizados en el trauma infantil que han demostrado ser eficaces y coherentes:

- Barudy, J y Dantagnan, M. (2009). Traumaterapia Infantil Sistémica [documento en línea]. <https://www.traumaterapiayresiliencia.com/?q=IFIV>
- Blaustein y Kinniburgh (2011). The Attachment, Self-Regulation, and Competency (ARC) framework (paradigma de apego, autorregulación y competencia) [en línea]. <https://arcframework.org/>
- Briere, J. y Lanktree (2013). Integrative Treatment of Complex Trauma for Adolescents (ITCT-A) (tratamiento Integrador del trauma complejo para adolescentes) [en línea]. <https://keck.usc.edu/adolescent-trauma-training-center/>
- Gil, E. (1991, 2006). Trauma-Focused Integrated Play Therapy. Gil Institute For trauma recovery and education (terapia de juego integrada focalizada en el trauma) [documento en línea]. <http://www.gilinstitute.com/>

La mayoría de estos modelos y programas coinciden en que se desarrollan en un espacio y un tiempo estructurado, presentan un protocolo organizado y una estructura donde se definen las distintas fases. Se prioriza un enfoque ecléctico donde las técnicas y herramientas terapéuticas se han de adaptar a las necesidades singulares de los niños traumatizados.

4.2.1. Algunas posibles modalidades terapéuticas desde un enfoque integral

Terapia infantil individual

Las investigaciones clínicas, los avances científicos y las experiencias de terapeutas destacados de los últimos años han llevado a señalar la necesidad de ofrecer un tratamiento especializado y adaptado a las necesidades de los niños víctimas de trauma complejo y temprano. La terapia infantil centrada en el trauma ha pasado de ser un espacio aislado y únicamente destinado para el niño, a reconocer la necesidad fundamental de mantener un enfoque holístico en el que el ecosistema del niño se incluye como parte activa del proceso de reparación. En el siguiente apartado, describiremos las características del modelo de trauma terapia infantil sistémica (TSI) (J. Barudy y M. Dantagnan), como un ejemplo coherente con los enfoques de la terapia infantil focalizada en el trauma.

Terapia grupal

Las intervenciones grupales desde un enfoque educativo-terapéutico representan varios beneficios en el trabajo con niños víctimas de malos tratos. A menudo, el trabajo grupal ofrece una oportunidad única para que los niños conozcan y se sientan identificados con otras experiencias similares a las suyas, lo que ayuda a romper la sensación de aislamiento y estigmatización. Escuchar a otros y compartir sus preocupaciones, miedos, dudas, manera de afrontar, y resolver problemas con otros niños ayuda enormemente a normalizar las reacciones, sentirse comprendidos y apoyados.

Por estos motivos, las intervenciones grupales suelen representar una experiencia beneficiosa para los niños, aunque conviene considerar algunas excepciones; situaciones en las que los niños muestren una gran afectación, o un estado psicológico con una sintomatología aguda de riesgo; cuando el comportamiento del niño es muy desregulado y afecta a su capacidad de relación y disfrute; o si los niños están en mitad de un proceso judicial y la exposición a determinada información en el grupo puede representar un riesgo para la transparencia en la declaración. En estas ocasiones, el trabajo grupal puede no ser una experiencia positiva y reparadora, por lo que es importante priorizar otro tipo de intervenciones más individuales y ajustadas a las necesidades del momento.

Terapia psicofarmacológica

Algunos niños gravemente afectados por las experiencias de malos tratos y abuso pueden obtener un gran alivio en la sintomatología aguda gracias al uso de la psicofarmacología. Sin embargo, cuando la terapia psicofarmacológica no está coordinada simultáneamente con una modificación clara de la calidad de las experiencias de cuidado en la vida del niño, puede tener efectos contraproducentes. Es importante que los niños reciban una explicación honesta, empática y ajustada a sus posibilidades de comprensión sobre la necesidad, los beneficios y los efectos secundarios de la medicación. Cuando esto no ocurre así, se corre el riesgo de aumentar la incertidumbre, el rechazo y el miedo de los niños al efecto de la medicación, lo que complica el proceso terapéutico y quema los recursos que pueden ser beneficiosos.

Terapia familiar

El objetivo fundamental es mejorar el funcionamiento del contexto familiar como sistema, apoyar la reparación y desarrollo de los niños afectados, así como, en los casos en que resulte necesaria y oportuna, la rehabilitación de los adultos responsables de las agresiones. En nuestra experiencia, esta modalidad es válida y tiene un efecto positivo en los niños, cuando los adultos cuidadores, gracias a sus capacidades, pueden reconocer sus recursos y limitaciones en la crianza, pueden colaborar activamente con los profesionales que ofrecen la ayuda y presentan una permeabilidad al cambio. En el caso de los cuidadores que han sido responsables del maltrato, las experiencias de éxito que hemos

Contenido complementario

Un buen ejemplo de intervención grupal son los talleres con niños, hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia machista, descritos en J. Barudy y M. Dantagnan (2012). *Manual III: Trabajando la resiliencia con niños y niñas expuestos a la violencia de género. Violencia: Tolerancia 0. Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".

observado en esta modalidad se han producido cuando los cuidadores tenían la capacidad de reconocer y asumir su responsabilidad en el sufrimiento del niño ya que a menudo se trataba de padres y madres que debido a situaciones de estrés contextual, presentaban alteraciones transitorias en sus capacidades de crianza.

4.2.2. Los objetivos de las terapias infantiles focalizadas en el trauma

De acuerdo con Eliana Gil (1991): «la meta fundamental en la terapia es proveer de experiencias correctivas y reparadoras para el niño». Correctivas, porque la terapia provee al niño de una experiencia de protección y de interacciones apropiadas que permiten fomentar un sentido de seguridad, confianza y bienestar. Reparadoras, porque la terapia está diseñada para permitirle al niño procesar el evento traumático de un modo que puede ser entendido y tolerado.

El objetivo final es reforzar, ampliar y desarrollar en el niño las habilidades necesarias para integrar las experiencias traumáticas que han estado asociadas a vivencias de miedo, indefensión, impotencia, rabia, vergüenza. El trabajo del terapeuta es, por tanto, crear el ambiente y la relación en los que el niño pueda hacer este importante trabajo y reconstruir la sensación de seguridad, afectividad y desarrollo. Los objetivos específicos, en la mayoría de las terapias en trauma infantil, incluyen:

- Desarrollar un ambiente y una relación terapéutica que permita reconstruir la sensación de confianza y seguridad.
- Ayudar a que el niño pueda identificar y comprender su manera de percibir, sentir y comportarse ante el mundo.
- Desarrollar o reforzar la capacidad de autorregulación en el niño para que pueda expresar los distintos estados internos, sus pensamientos, emociones y sensaciones, utilizando un rango de estrategias constructivas para ello.
- Ayudar al niño a construir un sentido de la identidad constructivo que integre sus fortalezas y sus vulnerabilidades.
- Fomentar la integración de las memorias asociadas a las experiencias traumáticas.
- Redefinir los pensamientos y creencias sobre el evento traumático para desarrollar una visión de sí mismos, de los otros y del mundo más tolerable y justa, que le permita un desarrollo sano en el futuro.

4.2.3. Contenidos que hay que trabajar durante el proceso terapéutico

1. Comenzar por desarrollar una **atmósfera de seguridad, confianza y exploración**

Resulta fundamental garantizar un ambiente estable para el niño antes de avanzar en el proceso terapéutico. Los niños que han vivido procesos traumáticos complejos están en «permanente alerta» y a la defensiva, pues tienen interiorizada la expectativa de base de estar continuamente en peligro o de que algo malo va a ocurrir. El entorno, las relaciones, los lugares, e incluso las propias reacciones corporales a menudo resultan amenazantes. No es suficiente con que el niño esté en un lugar seguro, sino que se ha de sentir seguro y protegido. Es por ello que el primer objetivo será disminuir la percepción de amenaza y aumentar la sensación de seguridad tanto en el contexto de vida del niño, como en la sala de terapia. Como terapeutas, podemos desarrollar diferentes formas de promover la sensación de seguridad de forma efectiva:

- Mantener una actitud firme a la vez que afectiva y sintonizada. El terapeuta toma el control de las sesiones, las dirige, orienta, marca el ritmo, lo que permitirá que la relación entre ambos se caracterice por ser contenedora. Esto requiere grandes dosis de estructura, firmeza, pero también de flexibilidad y adaptación.
- Generar un ambiente predecible:
 - Establecer un ritual para iniciar y finalizar la sesión terapéutica, de modo que el niño pueda predecir cómo transcurrirá la sesión, y cuándo se aproximará el tiempo de terminar.
 - Mantener un horario y día de la sesión fijos. Evitar cambiar sesiones o espaciar demasiado, pues el niño necesita una continuidad y sería óptimo que tuviera la seguridad de que tendrá sesión en los días pactados.
 - Establecer reglas y límites de las sesiones de forma clara. Establecer juntos el «contrato» terapéutico o las normas que se van a seguir en todo el proceso: ¿Qué está permitido hacer en la sala de terapia? ¿Qué no está permitido?
 - Respetar los tiempos del niño, concretamente no forzarlo a hablar o explicar información que aún no está preparado para compartir, permitiendo que se sienta respetado y protegido.
- Crear un ambiente cálido y no violento.
- Ser honesto con el niño, decirle la verdad cuando hay buenas y malas noticias, no edulcorar ni dramatizar la información, sino ofrecerle narrativas que sea capaz de entender e integrar.
- Mostrar un interés genuino. Acordarse siempre de las cosas importantes para él que explica durante la sesión, como por ejemplo si comentó que tenía un examen importante o un evento.

La capacidad para generar un espacio donde el niño se sienta seguro y protegido requiere mucha constancia y perseverancia por parte del terapeuta. Es frecuente que los niños tarden semanas, e incluso meses, en interiorizar el espacio terapéutico como un lugar seguro: ¡cuidado con intentar acelerar el

proceso! Hemos de respetar el ritmo de los niños. Este paso es fundamental, pues los niños no podrán entrar en estado de calma, reducir sus estrategias defensivas y abordar sus dificultades hasta que se sientan seguros y protegidos.

2. Conocer el impacto de la experiencia traumática en el niño/a

Como ya hemos comentado previamente, es importante evitar el hecho de asumir o predecir el nivel de impacto de la experiencia, únicamente leyendo o analizando las características «objetivas» de los hechos que ha sufrido el niño. La única forma de conocer cómo la experiencia ha afectado al niño es comprendiendo su mundo interno. Mediante el uso de técnicas respetuosas y sensibles, deberemos aproximarnos al mundo interno del niño, y desde ahí intentar comprender el significado que tuvo para él/ella la experiencia de maltrato: ¿cómo lo vivió? ¿Cómo percibe su situación actual? ¿Cómo manifiesta su sufrimiento? Este paso tomará su tiempo, porque el niño primero debe confiar en el terapeuta antes de mostrarle sus heridas internas. Cuanto menor sea el niño, más necesario será adaptar las técnicas e instrumentos a su manera y capacidad para expresarse, a menudo a través del juego, las artes plásticas o la terapia con la caja de arena.

3. Ayudar a los niños a cambiar comportamientos desregulados por respuestas más constructivas ante el estrés

En contextos de buen trato, cuando los niños están creciendo es frecuente observar cómo una mayor conciencia y conocimiento sobre las propias reacciones y emociones facilita un mayor control sobre los comportamientos y una mejor gestión emocional. Sin embargo, esto está lejos de ser tan sencillo con niños que han sufrido trauma complejo. Debemos recordar que el principal objetivo del cerebro después de la supervivencia es la adaptación. Por lo tanto, para un niño traumatizado sus comportamientos «desregulados» y desadaptativos tales como las conductas defensivas, las agresiones, los silencios, las seducciones o comportamientos complacientes son, en su base, estrategias adaptativas. ¿Cómo dejar de hacer algo que en algún momento resultó sumamente útil para mi supervivencia? El objetivo de los terapeutas y especialmente, de los cuidadores del niño, es promover un ambiente que facilite el aprendizaje de una nueva manera de adaptarse.

4. Ir conociendo y «desactivando» las respuestas afectivas nocivas asociadas a la experiencia traumática

¡Este paso es mucho más fácil de decir que de conseguir! Resulta imprescindible que los primeros tres pasos previos se hayan asentado bien antes de comenzar a ayudar al niño a explorar sus estados emocionales internos. Muchos de estos estados emocionales son negativos, y pueden estar asociados a vivencias traumáticas, por ejemplo, sentirse culpable por el abuso, rabioso, impotente, con vergüenza. En primer lugar, habrá que fortalecer las habilidades y técnicas de autoobservación, a veces incluso desde niveles muy básicos, para

posteriormente ir aumentando en complejidad: ¿qué es lo que siento? ¿Qué palabras le pondría a cómo me siento? ¿Cómo lo podría representar? ¿Qué es lo que provoca que me sienta así? ¿Cómo suelo expresar esta emoción? ¿Quizá quedándome bloqueado, o callado, o por el contrario moviéndome más o golpeando, etc.?

Una vez fortalecida la capacidad de autoobservación, cuando hemos acompañado al niño a conocerse más y a conocer cómo le afectan determinadas situaciones en general, comenzaríamos a reforzar las competencias en autorregulación: ¿qué puedo hacer para expresar de forma constructiva mi emoción de rabia, tristeza, enfado, alegría, etc.?

5. Conocer la dinámica de las memorias traumáticas y sus respuestas asociadas

Es importante explorar cómo el trauma ha quedado impregnado en la memoria del niño. El objetivo no es forzar al niño a recordar momentos traumáticos de su experiencia abusiva, ni tampoco hablarlos, escribirlos o revivirlos. Esto sería altamente contraproducente, especialmente en los comienzos del proceso terapéutico. Las memorias traumáticas se comunican y expresan a través de las acciones, las palabras, las emociones, y los mensajes no verbales que el niño va mostrando. Es requisito para los terapeutas conocer y formarse en el trabajo con memoria traumática para poder identificar e interpretar adecuadamente todas estas expresiones, con el objetivo último de poder acompañar a su integración.

6. Resignificar la experiencia traumática

Cuándo, cómo y dónde abordar este paso va a depender del propio niño y de su ritmo en el proceso terapéutico. En un ámbito general, los niños y adolescentes suelen sentirse más seguros, más proactivos y protagonistas de su propio proceso terapéutico, no al inicio de la terapia, sino una vez que ya han podido desarrollar sus capacidades autorreguladoras. La experiencia nos dice que los niños no evitan observar los recuerdos traumáticos, lo que evitan es volver a experimentar las sensaciones desagradables de impotencia, miedo, angustia, etc. Es importante acompañar a los niños a encontrar un sentido a la experiencia vivida, es decir, una explicación que permita entender los contextos en los que se les ha hecho daño, saber quiénes son los responsables y por qué se les ha maltratado o no se les ha protegido adecuadamente. El uso de una semántica respetuosa y empática es una prioridad de toda acción terapéutica. La construcción de una narrativa terapéutica será posible mediante una relación terapéutica en la que el niño se sienta afectiva e incondicionalmente apoyado.

A lo largo del proceso terapéutico, y cuando sea el momento oportuno, se debe dar la posibilidad a los niños de (re)escribir el final de su historia, reforzar la idea de que ellos son los dueños de su destino y como actores principales pueden escribir los siguientes capítulos, no importa lo terribles que fuesen los sucesos en un principio.

7. Construir una visión de sí mismos y de los otros justa y completa

Los niños a menudo sostienen una visión de sí mismos muy negativa, tienen pocas expectativas sobre los otros o sobre el mundo. Se trata de ayudarles a tomar conciencia de los modos en que perciben e interpretan los estímulos externos, especialmente afectivos, para reconstruir un modo diferente de procesar la información y relacionarse con el entorno. Explorar cuáles son sus habilidades, cuáles son sus fortalezas, cuáles son sus deseos e ilusiones. El proceso de descubrirse a sí mismos y de construir una identidad consciente con los propios recursos y vulnerabilidad es uno de los aspectos más fascinantes del proceso terapéutico. Los niños víctimas de procesos traumáticos necesitan esta oportunidad más que nadie.

4.2.4. La traumaterapia sistémica infantil (TSI)

El **modelo de traumaterapia sistémica infantil**, una intervención psicoterapéutica focalizada en las consecuencias del trauma infantil a través de una mirada sistémica, es el modelo propuesto por el Centro EXIL en Barcelona. Este modelo psicoterapéutico ha sido diseñado por el Dr. Jorge Barudy y la psicóloga Maryorie Dantagnan, y está fundamentado en la práctica de más de 15 años con niños, adolescentes y adultos víctimas de traumas complejos y acumulativos. Se trata de un paradigma que integra los aspectos principales de la teoría del apego (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978; Main, 1990; Liotti, 2006) y su asociación con la neurobiología interpersonal (Siegel, 2007; Schore, 2003; Cozzolino 2010); el trauma (Perry y Pollard, 1997); el modelo integral del desarrollo (Kusche y Greemberg, 1989); y la promoción de la resiliencia (Barudy y Dantagnan, 2005; Cyrulnik, 2003). Por lo tanto, es un paradigma integrador cuyos principales dominios son el apego, el trauma, el desarrollo y la resiliencia.

Este modelo de intervención se asemeja a otros modelos de intervención integradores con niños con trauma severo, por ejemplo, el modelo neurosecuencial terapéutico (*neurosequencial model of therapeutics*, NMT), propuesto por el Dr. Bruce Perry; el modelo de tratamiento integrador de trauma complejo (ITCT, *integrative treatment of complex*), de J. Briere (2013); o el marco de tratamiento apego, autorregulación y competencia (ARC), de M. Blaustein, y K. Kinniburgh (2005).

La traumaterapia se asienta sobre cinco principios:

- 1) Se trabaja a partir de un plan de intervención estructurado y organizado, no como un modelo rígido, sino más bien flexible y sensible a las necesidades específicas de cada niño en particular. No todos los chicos o chicas consiguen en un mismo periodo de tiempo mejorar sus capacidades, ni tampoco todos los niños pueden trabajar con el mismo nivel de implicación en cada objetivo.

- 2) El punto de partida para la intervención es cuestionarse qué le ha pasado a este niño en particular, en qué y cómo le ha afectado, cómo lo ha vivido y qué mecanismos o estrategias ha utilizado para sobrevivir. Para responder a estas preguntas, se utiliza la pauta de evaluación comprensiva (PEC), un protocolo de valoración exhaustivo que organiza la información sobre el niño o adolescente respecto al impacto de los malos tratos a través de distintos dominios de exploración: la historia, el tipo de traumatización, el estilo de apego y el nivel de desarrollo, distinguiendo entre sus diferentes áreas: física-sensorial, emocional-afectiva, cognitiva- moral y sexual. En paralelo, se lleva a cabo una exploración del contexto psicosocial en el que este niño ha crecido y del que tiene en el presente, particularmente, de las competencias parentales de sus cuidadores. Esta valoración también toma en cuenta los recursos y competencias preservadas que nos permitirán ajustar los objetivos terapéuticos a la singularidad de cada niño. A partir de los resultados de la PEC, se diseña el plan de tratamiento e intervención, su temporalidad y frecuencia. En resumen, la evaluación comprensiva incorpora información sobre:
 - 1) El niño. Evaluación exhaustiva de las alteraciones en un ámbito de desarrollo evolutivo, en el desarrollo del apego y alteraciones traumáticas. Así como los recursos y las habilidades presentes.
 - 2) Los referentes y cuidadores. Evaluación de las competencias parentales básicas y específicas para la crianza terapéutica. Identificar qué aspectos necesitan ser revisados, reforzados y/o modificados.
 - 3) El contexto de vida. Identificar aquellos aspectos que dificultan, amplifican o mantienen un determinado funcionamiento en el niño o que impiden su desarrollo.

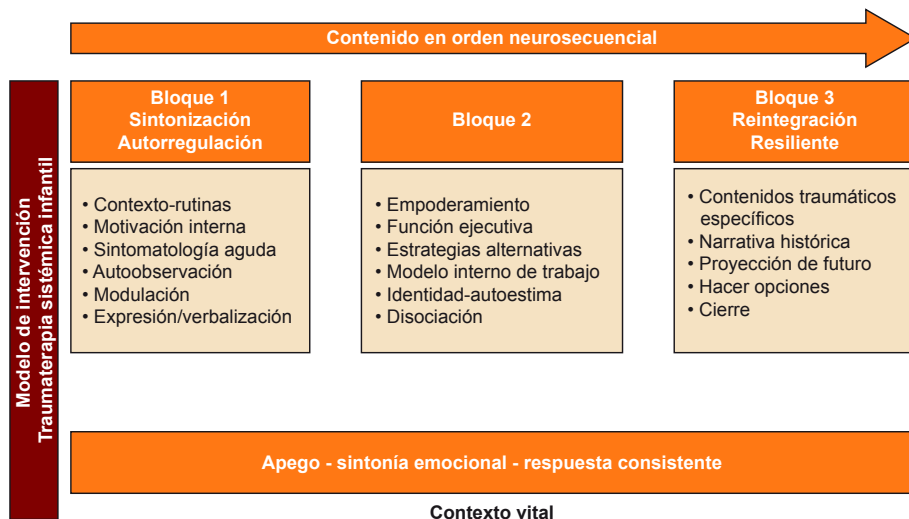
- 3) La traumaterapia considera tres bloques de trabajo organizados en función de las características del proceso neurosecuencial del desarrollo. Los primeros bloques se centran en actividades e intervenciones que implican un mayor trabajo o activación de las áreas cerebrales inferiores, mientras que el segundo y tercer bloque de trabajo incluyen técnicas o herramientas terapéuticas que activan las áreas corticales superiores que implican funciones más complejas. Pensemos por ejemplo en una niña de 9 años que ha sufrido negligencia severa en sus dos primeros años y aún no ha podido regular sus ritmos biológicos básicos, como el de sueño-vigilia, así como la regulación del apetito, lo que la lleva a robar comida dentro de casa y

tener problemas de sueño y concentración en clases, además de tener problemas de rendimiento escolar importantes. En este caso, es conveniente comenzar nuestra intervención buscando modos de regular su sueño y sus hábitos alimenticios (bloque I), luego, se puede orientar el trabajo al desarrollo de estrategias ejecutivas más adaptativas para situaciones difíciles de manejar (bloque II) para, posteriormente, abordar contenidos traumáticos específicos a través de la técnica del álbum de vida (bloque III).

- 4) El tratamiento y las intervenciones se adaptan y ajustan al nivel de afectación, las necesidades y los recursos actuales del niño y su contexto. Es una prioridad comenzar a trabajar teniendo en cuenta el nivel de desarrollo madurativo real del niño (aunque no corresponda en ocasiones con la edad cronológica). En el ejemplo anterior, la traumaterapia, al tener un orden neurosecuencial, focalizará inicialmente el trabajo terapéutico en conseguir mejorar la rutina diaria de esta niña de 9 años para optimizar el funcionamiento de sus estructuras cerebrales más primarias, y hasta que no se haya conseguido la estabilidad de los ritmos biológicos (tareas propias del cerebro reptiliano), no incorporaremos intervenciones que requieran la activación de áreas cerebrales más complejas para conseguir mejores resultados escolares.
- 5) Por último, la traumaterapia considera una variedad de enfoques y tipos de intervención terapéutica de distintas escuelas de la psicología, psicodinámica, gestáltica, cognitiva-conductual, etc. Esto permite adaptar una variedad de herramientas y técnicas terapéuticas a la singularidad y al modo en que cada niño desea comunicar su mundo interno. Por ejemplo, no todos los niños comunican a través de los dibujos o de los relatos, tampoco todos pueden o necesitan implicarse en una terapia de juego no directiva. Este enfoque ecléctico e integrador requiere un buen nivel de competencia personal y profesional por parte del psicoterapeuta formado en traumaterapia. Las técnicas más utilizadas son:
 - 1) La terapia de juego directiva, no directiva y semidirectiva.
 - 2) La técnica de la caja de arena.
 - 3) La técnica EMDR.
 - 4) Técnicas gestálticas.
 - 5) Técnicas de relajación.
 - 6) Técnicas de relajación corporal.
 - 7) Arteterapia.
 - 8) Técnica cognitiva-conductual focalizada en el trauma.
 - 9) Las técnicas de la terapia narrativa.
 - 10) Terapias corporales, que incluyen la terapia sensoriomotriz, la terapia danza-movimiento y el yoga.

El siguiente gráfico muestra, a modo de diagrama, el modelo de traumaterapia sistémica infantil:

Figura 3.



El contexto vital

El trabajo en red bien coordinado y consensuado con los profesionales y los referentes afectivos en torno al niño es imprescindible, sobre todo cuando se trata de niños cuyos traumas relacionales tempranos han provocado una desorganización tal que no les permiten ni funcionar ni desarrollarse. Dentro de este marco de trabajo, la relación niño-cuidador es la base de la intervención.

Para ayudar a los niños afectados por traumas complejos, ya sea adoptados o acogidos, y a sus padres/cuidadores o tutores, es necesario y fundamental que cuenten, por lo menos, con un adulto que ofrezca un ambiente relacional con nutrientes afectivos de calidad a través de una interacción bientratante que ayude a reparar las consecuencias de las carencias afectivas y la ausencia de una estimulación adecuada. Esta será la experiencia de base que les permitirá una mejor adaptación a los ambientes complejos y cambiantes que los niños afrontan diariamente.

Estos tutores de resiliencia pueden ofrecer un contexto correctivo y reparador del daño gracias a la puesta en práctica de tres competencias fundamentales:

- 1) mediante una relación basada en el apego seguro que le permita al niño «sentirse sentido», querido, respetado;
- 2) gracias a su capacidad de sintonizar con los estados emocionales del niño e intervenir más allá de la conducta observable; y
- 3) ofreciendo intervenciones o respuestas consistentes a las necesidades infantiles expresadas a menudo a través de trastornos conductuales.

A lo largo del proceso terapéutico del niño, el terapeuta mantiene de forma paralela encuentros regulares con los cuidadores, en los que se llevan a cabo tres tareas fundamentales:

- 1) Apoyar y reconocer la complejidad de la parentalidad especializada. Legitimar el agobio, la desesperanza y la impotencia que genera muchas veces ser cuidadores de niños con trauma temprano.
- 2) Revisar y acompañar a los cuidadores a identificar y comprender cómo sus historias de vida, sus modelos de crianzas y el apego a sus propios padres influyen en su modo de estar con los niños.
- 3) Ofrecer estrategias y herramientas prácticas para corregir y reparar las consecuencias de los traumas en sus hijos. Facilitar técnicas, ejercicios y actividades que refuercen las respuestas consistentes en la crianza.

Bloque I: sintonización y autorregulación

Probablemente, es en este bloque donde se abordan contenidos que más tiempo abarcan en el transcurso de todo el proceso terapéutico con el niño. Los objetivos generales en este bloque de trabajo son los siguientes:

- Conseguir una mejor biorregulación basal, a través de la estabilización del contexto vital (por ejemplo, reforzando las rutinas diarias en la vida del niño).
- Potenciar los elementos del contexto que permiten la vinculación positiva, la contención y la regulación, y esto a través de una **relación sintonizada** cuidador-niño, terapeuta-niño, terapeuta-cuidador.
- Tratamiento de la sintomatología aguda que el niño pueda presentar con las técnicas adecuadas e, incluso, con tratamiento farmacológico si es preciso (interconsulta con psiquiatría).
- Desarrollar las habilidades de autoobservación del niño para que aprenda a conocer sus estados internos y los disparadores que en las distintas situaciones los activan.
- Proporcionar psicoeducación sobre los efectos del trauma en el cerebro.
- Desarrollar estrategias autorreguladoras de sus estados emocionales y su conducta.
- Desarrollar habilidades de expresión verbal que permitan reducir la expresión conductual de sus estados afectivos.

La mejoría en las capacidades autorreguladoras prepara al niño para abordar temas específicos de contenido traumático, puesto que facilita y mejora las competencias cognitivas, emocionales y espirituales (De Bellis, 2001). Es así como el niño puede comenzar a trabajar y abordar contenidos del bloque II y del bloque III, en función de sus competencias y su nivel de implicación.

Bloque II: empoderamiento

Una de las nefastas consecuencias del trauma crónico suele ser la sensación de vulnerabilidad, de indefensión y de amenaza permanente que acompaña a la persona. En este sentido, empoderarse sería lo contrario a sentirse victimizado por el trauma. Los niños y adolescentes suelen experimentar esta sensación de sentirse más seguros, más proactivos y protagonistas de su historia y de

su propio proceso terapéutico, no al inicio de la terapia, sino una vez que ya han podido desarrollar sus capacidades autorreguladoras. Al parecer, el hecho de haber podido experimentar mayor capacidad de control sobre sus propias emociones y sensaciones, conseguir los objetivos propuestos (bloque I), en resumen, la posibilidad de experimentar el «éxito», celebrado y reconocido en el espacio terapéutico y familiar, hace que el niño pueda cada vez más ir desarrollando un sentido de seguridad y control no solo sobre lo que le ocurre en el momento presente, sino también sobre las experiencias vividas.

Los objetivos que se abordan en el bloque II son los siguientes:

- Estimular las funciones ejecutivas que, como consecuencia del trauma, pueden estar debilitadas. Se incluye reforzar los procesos de solución de problemas y de planificación y secuenciación de sus actos, enseñándole a monitorizar sus propios procesos cognitivos, emocionales y conductuales.
- Aprender estrategias alternativas a las acciones mentales derivadas del trauma.
- Hacer consciente al niño de su propio modelo interno de trabajo, y trabajar con los contenidos del mismo, tratando de modificar estas representaciones.
- Tratamiento de la identidad y la autoestima.
- Abordaje de técnicas específicas para los trastornos disociativos.

En relación con los modelos internos de trabajo, es decir, el modo en que el niño se representa a sí mismo, a los otros y las relaciones interpersonales, conforman parte importante de la memoria implícita del ser humano. La memoria, como sabemos, es una herramienta esencial para aprender de la experiencia. Ya hemos mencionado anteriormente que la memoria, cuando es traumática, muchas veces no da espacios a nuevos aprendizajes, a nuevos modos de relacionarse, por el constante estado de alarma en el niño traumatizado, pero también porque las representaciones mentales conformadas en la primera infancia son resistentes al cambio y dominan en la vida afectiva del niño. Por tanto, desde el punto de vista neurobiológico, la terapia debe trabajar para ayudar al cerebro del niño a reconstruir un modo diferente de percibir y procesar la información, es decir, facilitar la toma de conciencia de los modos en que se actúa y los modos en que se interpretan y perciben los estímulos externos, especialmente, los estímulos afectivos. Es fruto de las experiencias «nuevas» de buenos tratos, que facilitarán un cambio no solo de las conductas sociales y afectivas del niño, sino de sus representaciones mentales sobre sí mismo y sobre los otros. Es esto lo que permitirá una identidad más allá de las experiencias de maltrato y una autoestima positiva.

En relación con el abordaje de la disociación, actualmente los autores clínicos sugieren que el tratamiento de la disociación traumática es esencial para la psicoterapia efectiva con pacientes traumatizados (Schore, 2010), y los niños por supuesto, no son una excepción. Como hemos visto anteriormente, la inestabilidad afectiva, la tolerancia ineficiente al estrés, las dificultades de

la memoria y las perturbaciones disociativas son manifestaciones de profundas alteraciones neurobiológicas. En este sentido, los niños tienen que hacer un enorme trabajo para conectar consigo mismos, con su cuerpo y con sus acciones, lo que les permitirá desarrollar un sentido de sí mismos integrado. El bloque II trata exactamente de ofrecerle al niño herramientas terapéuticas para que este objetivo sea posible.

Bloque III: integración resiliente

Es el bloque dentro del proceso terapéutico más delicado y de mayor profundización. Trabajar en el bloque III requiere la activación de todas las zonas cerebrales, y por supuesto, de los dos hemisferios. Por esto mismo, si los niños se encuentran en situaciones de amenaza o desprotección y se mantienen en estado de «supervivencia», no podrán integrar sus experiencias traumáticas. Lo mismo ocurre, por ejemplo, cuando los niños experimentan reviviscencias, experiencias pasadas aterradoras que inundan la mente repentinamente en el presente, secuestrando el estado fisiológico, las sensaciones y emociones del niño. Esta es una de las buenas razones de por qué en el modelo de traumaterapia el abordaje de los contenidos traumáticos se hace en el bloque III y no antes, es decir, una vez que se haya conseguido una capacidad de autorregulación trabajada en el bloque I. Por tanto, es fundamental que antes de poder ayudar al niño o adolescente a integrar de manera resiliente el trauma, se garantice un contexto de buenos tratos, así como también el desarrollo previo por parte del niño de estrategias autorreguladoras, que en muchos casos, al abordar contenidos traumáticos específicos, es necesario tratar de nuevo.

Los objetivos del bloque III son los siguientes:

- Desarrollo de una narrativa histórica.
- Tratamiento de los contenidos traumáticos específicos.
- Proyección de futuro.
- Opciones constructivas
- Cierre de las sesiones.

Reintegración resiliente es un término propuesto por Gema Puig y José Luis Rubio (2011) y hace referencia a la posibilidad que tiene el niño afectado por trauma complejo de integrar nuevamente las experiencias de la vida, pero esta vez de modo distinto, teniendo experiencias obviamente bien tratadas. El objetivo de trabajar con contenidos traumáticos específicos es ayudar al niño no a que recuerde hechos, sino más bien a que estos hechos puedan ser integrados en un todo coherente, dar sentido a las experiencias pasadas. Para ello, los niños necesitan mucho apoyo para reconstruir cognitivamente las memorias de sus traumas. Los contenidos de traumaterapia en el bloque III nos llevan

Contenido complementario

Para profundizar en la terapia cognitiva conductual focalizada en el trauma, se recomienda la lectura de E. Deblinger, A. P. Mannarino, J. A. Cohen, M. K. Runyon, y R. A. Steer (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of narrative and treatment length. *Depress Anxiety*, 28 (1), 67-75.

a aplicar técnicas que faciliten esta integración. Dos técnicas centrales de intervención que se utilizan en este bloque son la terapia cognitiva conductual focalizada en el trauma y las técnicas de terapia narrativa.

Respecto al cierre del proceso terapéutico, este se planifica con tiempo y se trabaja con mucha delicadeza, pues la despedida y la separación activan las manifestaciones de apego inseguro y las respuestas traumáticas. La traumaterapia es una terapia de puertas abiertas, en la que tanto el niño como su referente o cuidador pueden recurrir a la misma en momentos en que lo requieran. Los traumas se manifiestan de distintas maneras, y las circunstancias del niño, su edad, su contexto, su biología, etc. pueden conducir al niño y su cuidador nuevamente a un acompañamiento terapéutico puntual en función de sus necesidades.

Evaluación del impacto y resultados en traumaterapia infantil sistémica

Los resultados de la experiencia terapéutica en los menores participantes del modelo de intervención en psicotraumatismo infantil (centros de psicoterapia de la Red APEGA de Barcelona, Valencia, Málaga, Coruña y San Sebastián) son, en general, positivos. Los resultados se evalúan tanto de manera cualitativa (la propia mejoría expresada por el menor y también constatada por los padres y profesores, que informan de cambios emocionales y conductuales), como cuantitativamente, mediante los indicadores y cuestionarios que se incluyen en la evaluación comprensiva. En general, el 90 % de los participantes presentan cambios positivos, observados en:

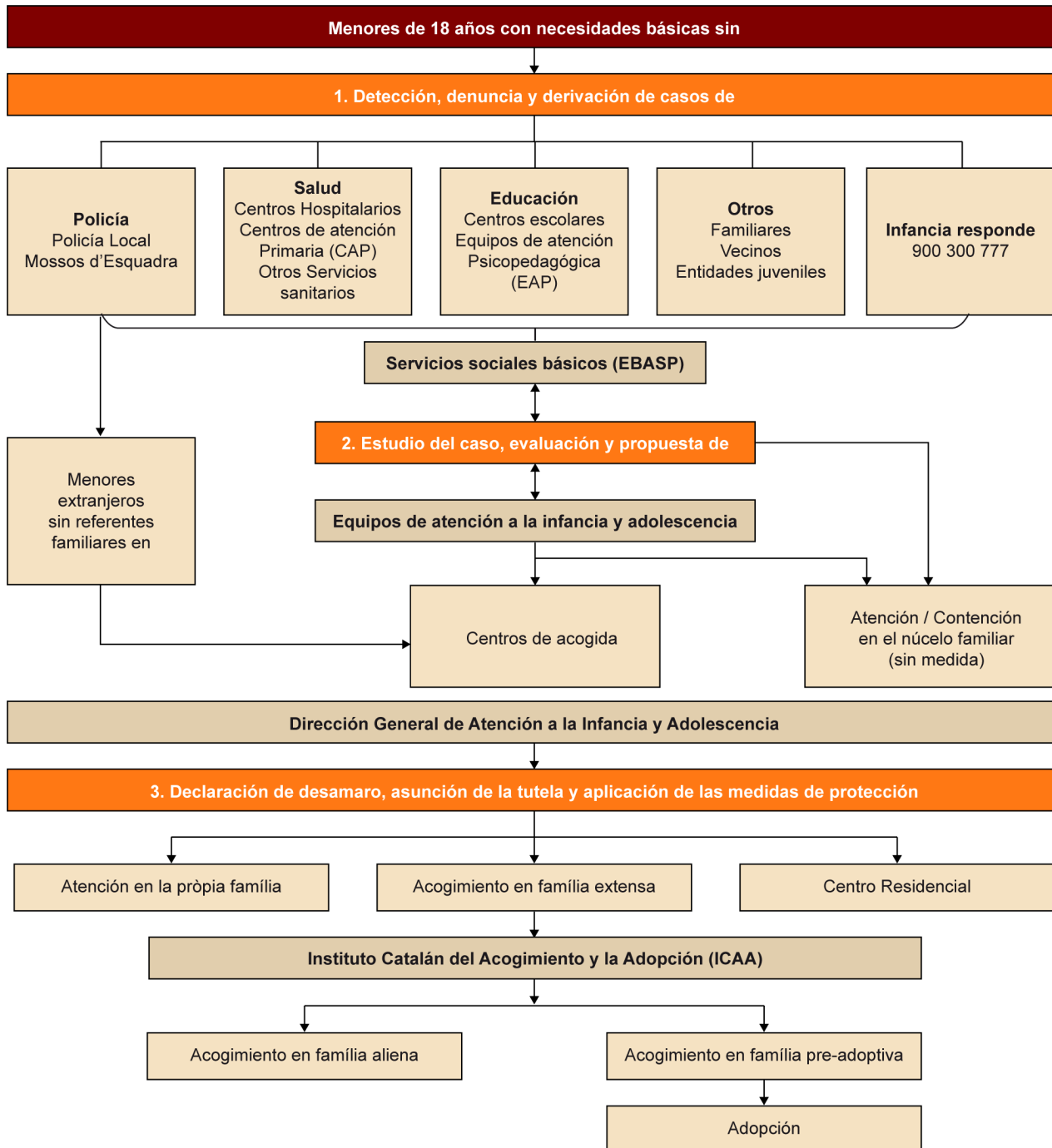
- La creación de nuevos modelos mentales de apego en relación con el otro. Mejora su grado de confianza en sí mismo, así como en el mundo adulto.
- Una mayor capacidad de modular y regular las emociones.
- La reducción de la frecuencia de aparición de las acciones mentales derivadas del trauma (agresividad, impulsividad, hiperactivación o hipoactivación emocional, etc.). El menor de edad presenta una puntuación menor en los indicadores de trauma.
- La desaparición o reducción de la sintomatología presentada inicialmente.
- Un sentido de sí mismo más cohesionado e integrado.
- Una autoimagen y autoestima más adecuadas y positivas.
- Una identidad más definida y menos difusa.
- La aparición de recursos resilientes y de relaciones interpersonales más positivas.

Contenido complementario

Para profundizar en las técnicas de terapia narrativa, se recomienda el libro de J. Freeman y D. Epston (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Ed. Paidós Iberica.

5. Anexos

Procedimiento del sistema de protección en Cataluña



Bibliografía

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Arruabarrena, I., Paúl, J. de (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantiles por los profesionales de los servicios de protección infantil. *Psicothema*, 23 (4), 642-647.

Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.

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

Blaustein, M. y Kinniburgh, K. (2011). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. Guilford Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. Nueva York: Basic Books.

Briere, J. y Lanktree, C. B. (2013). *Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth*. (N. C. T. S. N. USC Adolescent Trauma Treatment Training Center, Ed.). Los Ángeles, CA: U. S. Department of Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., y Kelly, G. (2000). Child Maltreatment in the United Kingdom: a Study of the Prevalence of Abuse and Neglect. Executive Summary November 2000. *NSPCC Research Findings*, noviembre, 1-20.

Cicchetti, D. y Manly, J. (2001). Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Development and...*, 13, 755-757. <http://doi.org/doi:null>

Cozzolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy. Healing the social Brain*. Nueva York: Norton & Company.

Creighton, S. J. (2004). *Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons*, 45 (abril). [www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceand incidence of childabuse_wda48217.html](http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceand%20incidence%20of%20childabuse_wda48217.html)

Cyrułnick, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Ed. Gedisa.

de Paúl, J. y Arruabarrena, I. (1981). El maltrato infantil. criterios para su definición y su conceptualización. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*, 16, 24-26.

Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. (2013). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*, 16, 24-26.

Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., y Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 34 (1), 70-79. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.008>

Fernández, J. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14.

Garbarino, J., Guttman, E., y Seeley, J. (1989). *The psychologically battered child. Strategies for identification, assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. Nueva York: Guilford Press.

Glaser, D. (2014). The effects of child maltreatment on the developing brain. *The Medico-legal journal*, 82 (3), 97-111. <http://doi.org/10.1177/0025817214540395>

Herrenkohl, R. C. (2005). The definition of child maltreatment: From case study to construct. *Child Abuse and Neglect*, 29 (5 SPEC. ISS.), 413-424. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.002>

Hodel, A. S., Hunt, R. H., Cowell, R. A., Van Den Heuvel, S. E., Gunnar, M. R., y Thomas, K. M. (2015). Duration of early adversity and structural brain development

in post-institutionalized adolescents. *NeuroImage* , 105, 112-119. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.020>

Iglesias, C. P., Camara, S. C., Pasamontes, E. G., Iglesias, C. P., Camara, S. C., y Pasamontes, E. G. (2006). *La infancia i la seva protecció Consideracions al voltant del sistema social de protecció a la infància* , 1, 29-41.

Kusche, C. A., y Greenberg, M. T. (1994). *The PATHS (Promoting alternative thinking strategies) curriculum*. South Deerfield, MA: Channing-Bete Co.

Liotti, J. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.

López, F. (1995). *Necesidades de la Infancia y Protección Infantil* . Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61

Muela, A., Torres, B., y Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje* , 35 (4), 451-469. <http://doi.org/10.1174/021037012803495294>

OMS (2016). Maltrato infantil. *Organización Mundial de la Salud* , 1. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje* , 26 (3), 353-363. <http://doi.org/10.1174/021037003322299098>

Perry, B. D., y Pollard, D. (1997). Altered brain development following global neglect in early childhood. *Society For Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting*. New Orleans.

Pinheiro, P. S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*.

Rygaard, N. P. (2009). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego* . Barcelona: Gedisa.

Sahana, R. y Lux, A. (2012). The epidemiology of child maltreatment. *Pediatrics and Child Health* , 22 (11), 459-464.

Sanmartín, J. Serrano, A., García, Y., y Rodríguez, A. (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España* . Centro Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado a partir de <http://publicacionesoficiales.boe.es>

Sedlak, A. y Broadhurst, D. (2001). A history of the national incidence study of child abuse and neglect. *Special Studies and Strategic Planning: National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* , 8.

Sedlak, A., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., y Li, S. (2009). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS - 4): Report to Congress. *Executive Summary* , 1-26. <http://doi.org/10.1037/e659872010-001>

Van Ijzendoorn, M. H. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.* , 11 (2), 225-49.