



# TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. APORTACIONES A UN CAMPO ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN

## THE PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN RESIDENTIAL CARE. CONTRIBUTIONS TO A SPECIFIC FIELD OF INTERVENTION

**Antonio Galán Rodríguez**

*Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia del Gobierno de Extremadura*

*Un gran número de menores acogidos en recursos residenciales del Sistema de Protección a la Infancia reciben atención psicológica sin que aún se haya abordado un análisis profundo y sistemático acerca de los aspectos específicos que delimitan este ámbito de intervención. Se analizan las posibilidades de organización de los dispositivos, considerando las tres grandes opciones de atención (genérica, específica en recursos comunes, y especializada) con sus correspondientes ventajas e inconvenientes. Se revisa el papel de los modelos de comprensión, cuya demanda de complejidad y de un análisis crítico es ilustrada con el repaso de tres perspectivas muy comunes (modelo psicopatológico tradicional, enfoques basados en el trauma, y teoría del apego). Finalmente, se considera la especificidad de las intervenciones técnicas, donde se demandan adaptaciones en función de las características de los menores, las temáticas propias de este campo, y algunos aspectos particulares del contexto.*

**Palabras clave:** *Intervención psicológica, Protección a la infancia, Maltrato infantil.*

*Psychological treatment is provided to a great number of minors fostered in residential centers of the Child Protection System, although a deep and systematic analysis regarding the specific topics of this field has not yet been carried out. We analyze the ways of organizing units to attend children, taking into account three different options (general practice, specific practice in common settings, and specialized programs), and their advantages and disadvantages. We consider the role of the theoretical models, underlining the need for complexity and critical analysis, illustrated by reviewing three common models (the psychopathological, trauma-informed, and attachment perspectives). Finally, we pay attention to the specificity of the technical interventions, calling for modified adaptations based on the characteristics of the minors, specific topics in this field, and some particular aspects of the context.*

**Key Words:** *Psychological treatment, Child protection, Child maltreatment.*

### **U** NA POBLACIÓN VULNERABLE Y SUS NECESIDADES ASISTENCIALES

Los profesionales encargados de la salud mental de los menores acogidos en recursos residenciales del Sistema de Protección se enfrentan a un reto asistencial que aún no ha sido analizado adecuadamente. La atención a esta población demanda ajustes a múltiples niveles, desde la relación profesional-paciente hasta la organización de los recursos asistenciales. Se trata de una población especialmente vulnerable y con cierta especificidad en lo referente a la implementación de los servicios y a los requerimientos técnicos de las intervenciones psicológicas. El objeto de este trabajo es abrir ese espacio de reflexión, abordando tres cuestiones: a) los modelos de comprensión de las experiencias personales que caracterizan a estos niños y adolescentes; b) la organización institucional de la atención que se les presta; y c) la especificidad de las intervenciones.

*Correspondencia:* Antonio Galán Rodríguez. C/ Antonio Rodríguez Moñino, 2A, 1ª pl. 06800 Mérida. España.

*E-mail:* antgalan@hotmail.com

En nuestro país hay unos 14.000 niños y adolescentes en acogimiento residencial, es decir, unos 170 por cada 100.000 menores (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013). Son acogidos en una amplia red de recursos asistenciales, donde los menores desarrollan su vidas cuidados por personas designadas por la Administración para sustituir a sus familias. Reflejan situaciones muy diferentes (bebés que han nacido con el síndrome de abstinencia, niños golpeados por sus padres, menores que han sufrido un cuidado sumamente negligente, jóvenes expulsados de hogares en una situación de colapso familiar, etc.), y los dispositivos donde se les atiende aparecen como una amplia red de recursos, desde viviendas donde 5-6 menores viven con los profesionales que les cuidan, hasta grandes centros de acogida. E incluye a cuidadores de muy distinto tipo, desde familias que asumen un cuidado profesionalizado, hasta grupos amplios de profesionales donde confluyen una diversidad de categorías profesionales (educadores sociales, técnicos de educación infantil, psicólogos...) (Galán, 2011).



Un primer acercamiento nos sitúa ante un grupo de riesgo para sufrir dificultades emocionales o comportamentales, en cuanto que estos menores se enfrentan a tres experiencias con un potencial componente patógeno:

- ✓ El maltrato, que implica el golpe/negligencia /abuso/rechazo que lo define, más la relación emocional disfuncional y dañina que lo sustenta, todo ello en el período más sensible del desarrollo de un ser humano.
- ✓ Una separación de su hogar, que suele ser vivida como algo terrible y catastrófico.
- ✓ Un entorno artificial de convivencia, donde se cuidará del menor y se le aportarán experiencias necesarias y valiosas, pero que no dejará de ser un sustituto precario al contexto natural de crianza y convivencia. En el peor de los casos, un mal funcionamiento del recurso supondrá su exposición al componente iatrogénico de muchos contextos institucionales.

Este contexto nos lleva a considerar que la mayoría de estos menores requerirán un cuidado especial, y que en muchos de ellos habrá que valorar la necesidad de atención psicológica. De hecho, las cifras de prevalencia muestran que para este grupo poblacional los trastornos psicológicos son más frecuentes que en la población general (Burns et al., 2004; Del Valle, Sainero y Bravo, 2011), y resulta evidente el cambio que se está produciendo en el perfil de menores acogidos, donde se detecta una mayor necesidad de atención terapéutica ante problemas emocionales y de salud mental (Bravo y Del Valle, 2009). A partir de aquí surgen cuestiones de interés referentes a qué tipo de asistencia prestarles y cómo hacerlo, tanto a un nivel de atención directa como de organización de los dispositivos.

### EL QUIÉN: UNA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL PENDIENTE DE CLARIFICAR

Un recorrido por los distintos sistemas asistenciales de nuestro país nos muestra una gran heterogeneidad en la organización de la atención psicológica a esta población. En la actualidad no disponemos de publicaciones específicas que hayan realizado una revisión a nivel nacional, y en los foros donde confluyen los profesionales encargados de esta atención no se ha abordado un trabajo conjunto de clarificación que permita analizar de forma exhaustiva qué y cómo se organiza esa labor. Las aportaciones parciales (normalmente para describir experiencias concretas de los profesionales) ofrecen un panorama muy diverso, con diferencias

en función de qué institución asume la responsabilidad (el propio sistema de protección, o los servicios de salud), qué profesionales realizan esta tarea (trabajadores públicos, profesionales de la práctica privada, o asociaciones concertadas con la Administración; psicólogos de la propia institución versus agentes externos), y el modelo utilizado (de intervención directa o de sostén al personal socio-educativo). De una forma más amplia, encontramos tres formas de implementar esta atención:

1. Proporcionar una atención genérica, es decir, que estos menores sean tratados a todos los efectos como el resto de la población, atendidos en la red de servicios de Salud Mental y complementándolo a veces con la práctica privada cuando se dispone de recursos económicos. Esta opción cuenta con la ventaja de su carácter normalizador (al tratar a estos menores como al resto de la población) y que incluye a los menores en una red amplia y completa de cuidados sanitarios, lo que facilita las intervenciones complementarias (por ejemplo, prescripción farmacológica añadida a una intervención psicológica, exploraciones neurológicas...). Entre los inconvenientes se haya el desconocimiento de la mayoría de los profesionales sanitarios en relación a esta población, tanto en cuestiones psicológicas como administrativas (conceptos jurídicos como patria potestad, desprotección, tutela, guarda, acogimiento...). Otro lastre se sitúa en la falta de recursos, en el sentido de que algunos ámbitos psicológicos a trabajar con estos menores (por ejemplo, los relativos a la identidad personal y familiar) requieren una dedicación en tiempo y esfuerzo que parece fuera del alcance de la mayoría de los dispositivos sanitarios.
2. Gestionar una atención específica dentro de recursos genéricos; es decir, que estos menores sean tratados de forma diferenciada, por ejemplo considerándolos casos preferentes, designando profesionales específicos de referencia, o implementando programas especiales (véase por ejemplo el programa de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental en [www.f9b.org](http://www.f9b.org)). Esta opción suele aparecer como resultado de un acuerdo entre las dos redes asistenciales (Salud y Protección a la Infancia), y cuenta con las ventajas antes señaladas de incorporar al menor a una red asistencial completa, al mismo tiempo que se avanza en cierta especialización de los profesionales. Además, desde un punto



de vista teórico, sitúa la intervención a los menores en un campo interdisciplinar de atención psicológica que se encuentra entre lo clínico y lo social, y que cuenta con su propia especificidad (Galán, Rosa y Serrano, 2011).

3. Aportar una atención especializada, contando con profesionales dedicados específicamente a la atención de esta población. Con frecuencia esta opción ha sido la utilizada por los servicios de protección ante la insatisfacción por la asistencia prestada desde los recursos sanitarios públicos, de modo que han establecido convenios con entidades privadas que aporten esa atención, o han designado profesionales de la propia red para abordar esta labor. La gran ventaja es que permite la implantación de dispositivos muy especializados y con una gran capacidad para insertarse en la red asistencial que cuida de los menores (Aladro et al., 2010; Galán, 2012; Guerra, 2008). Además, esa especialización ha revelado la especificidad en cuanto a conceptos, conocimiento y técnicas que se requerirán para trabajar con población maltratada o abusada. La gran desventaja es que en cierta medida supone crear una red asistencial paralela en lo referente a la atención psicológica. Por otra parte, uno de los aspectos más controvertidos es el referente a si estos dispositivos deben formar parte de la red de atención residencial (por ejemplo, insertándose en la plantilla de los recursos residenciales) o si más bien deben funcionar como entes externos; debemos señalar que en el primer caso se corre el riesgo de que las dinámicas institucionales acaben invalidando al profesional en la intervención directa con el niño o adolescente.

Una de las cuestiones de fondo en esta problemática es la relación entre las dos redes asistenciales implicadas, la de protección a la infancia y la sanitaria. Si bien es necesaria una dinámica de trabajo conjunta, pocas veces se logra, de modo que existe mucho desconocimiento mutuo y bastante insatisfacción. Se trata de una relación difícil de establecer, en cuanto que se sitúan en ámbitos institucionales diferenciados (médico versus social), con lenguajes y culturas organizacionales propias, e incluso con cierta asimetría relacional derivada de la percepción social de ambas (el mayor prestigio del ámbito sanitario...). Dentro del contexto actual de recursos asistenciales saturados y limitaciones económicas, estos problemas se agudizan aún más.

## CÓMO PENSAR: MODELOS DE COMPRENSIÓN

Al enfrentarse a las dificultades psicológicas de estos menores, el profesional necesita un marco conceptual que sustente su trabajo, y resulta recomendable una reflexión crítica sobre el ajuste y suficiencia del modelo teórico que cada uno utiliza al trabajar con una población tan específica. Con objeto de sensibilizar en este sentido, abordaremos un breve repaso de tres modelos de comprensión muy presentes en la atención a la infancia maltratada/abusada, adoptando una perspectiva crítica que nos permita subrayar la complejidad del fenómeno que abordamos.

### A. El modelo psicopatológico tradicional

Una reflexión sobre este modelo parece necesaria por su gran presencia en contextos clínicos y porque en estos momentos se cuestiona su capacidad para explicar los problemas psicológicos. Resulta innegable que ciertas influencias en el desarrollo derivan en formas específicas de comportarse, sentir, pensar y sufrir, y que a veces "cristalizan" en ciertas configuraciones muy definidas a las que llamamos "trastornos" (psicológicos, psiquiátricos, mentales...). Pero esta perspectiva constituye un acercamiento parcial ante el que parece necesario introducir cierto cuestionamiento crítico, que giraría en torno a tres puntos:

- ✓ la debilidad de los modelos psicopatológicos.
- ✓ la precariedad de las noxotiasias.
- ✓ el efecto paralizador que esta perspectiva puede conllevar en algunos profesionales.

La perspectiva psicopatológica dominante cuenta con un considerable bagaje conceptual y técnico, que ha sostenido el desarrollo de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica, y de los sistemas asistenciales encargados de atender a los enfermos mentales. No obstante, algunos cuestionamientos proponen desligar dicha perspectiva psicopatológica de la visión de los llamados trastornos mentales, proponiendo modelos alternativos de comprensión de la conducta humana (González y Pérez, 2007; López y Costa, 2013). Plantean que la perspectiva psicopatológica es una forma de ver la conducta anómala que constituye una herencia de la Medicina clásica, de ahí que recurra a sus modelos de patología humana (búsqueda de la sede y causa de la enfermedad dentro del cuerpo). Desde este esquema, nos encontramos con ciertas conductas y pensamientos, los etiquetamos como síntomas y los remitimos a una anomalía subyacente en el interior del individuo (en el cerebro). Cuando este modelo ha sido adoptado por la



Psicología, se ha sustituido (aunque fuera sólo a efectos metodológicos) el cerebro por constructos hipotéticos supuestamente causales de los síntomas (por ejemplo, los "esquemas depresógenos"). Sería el mismo esquema que utilizaríamos para enfermedades como la diabetes, el asma o una infección, a pesar de que el campo de las dificultades psicológicas sería distinto. Esta diferencia entre los dos ámbitos ha quedado delimitada como una distinción entre "entidades naturales" y "entidades interactivas" (González y Pérez, 2007). El error de base es que definimos los trastornos mentales desde las conductas, cosificamos aquellos como si fuesen entidades reales, y explicamos las conductas desde la presencia del trastorno mental, dando lugar así a un razonamiento circular. Como alternativa a este modelo se plantea que las conductas deben ser definidas como tales, es decir, como comportamiento dentro de un contexto. Por tanto, los síntomas serían ante todo conductas, y como tales: a) pertenecen a la persona; b) se emiten dentro de un contexto; y c) tienen un significado.

No es éste el lugar para abordar este debate tan complejo (y enriquecedor), pero debemos apuntar que nosotros abordamos el dilema con una visión práctica y enmarcada en una perspectiva constructivista de la realidad (Feixas y Villegas, 2000). Desde ésta, no entendemos los modelos como realidades inapelables, sino como instrumentos que los seres humanos utilizamos para manejar la realidad. En este sentido, los criterios fundamentales para nosotros son la utilidad, la coherencia, la congruencia y la elegancia (en el sentido de armonía y contextualización) de esa forma de entender los hechos clínicos. Aún reconociendo el importante bagaje de la perspectiva psicopatológica clásica, se trata de un modelo que no termina de aprehender en su totalidad las dificultades de estos niños. Si bien parece útil en el abordaje de muchas de las dificultades que caracterizan al menor maltratado/abusado, al trabajar con estos niños y adolescentes forzosamente debemos acercarnos y trabajar con vivencias, experiencias, modos de relación... para las que el modelo psicopatológico clásico (con sus síntomas, síndromes y supuestas causas subyacentes) resulta claramente insuficiente. Una perspectiva más fenomenológica (en el sentido de comprensión de las experiencias a partir del encuentro), biográfica, contextual y constructivista, resulta de mayor utilidad.

Relacionado con lo anterior se plantea el debate en torno a las clasificaciones de trastornos mentales. El estudio de la psicopatología ha derivado en la elaboración de

nosotaxias, es decir, clasificaciones de trastornos mentales. El modelo imperante es el categorial y de consenso, muy asentado en la psicopatología clásica, y claramente representado por las clasificaciones de la American Psychiatric Association (DSM) y de la Organización Mundial de la Salud (CIE). Su utilidad resulta innegable, pero sus limitaciones nos obligan a cuestionarnos si existen formas más productivas y enriquecedoras de entender el sufrimiento y el desajuste emocional y conductual de los seres humanos. Este modelo imperante se relaciona con la opción por un modelo médico de las dificultades psicológicas, y ya vimos antes que esto conlleva algunas debilidades de base. Pero además, estas críticas se amplifican al llegar al ámbito infanto-juvenil, porque las características del enfermar psíquico infantil darían a éste una especificidad que demandaría una forma diferente de clasificación. Entre esas características incluiríamos (Rodríguez-Sacristán, 1995) la inespecificidad sintomatológica (los síntomas resultan muy polivalentes y están presentes en cuadros clínicos muy diferentes), la capacidad de autorregulación, de reversibilidad y mutabilidad (la patología no aparece de una manera tan rígida como en el adulto), el carácter cronodependiente (un mismo trastorno tendrá expresiones muy diferentes en función de la edad), la diferenciabilidad individual (el mismo trastorno tendrá manifestaciones muy personales en cada niño), la comorbilidad (pocos trastornos mentales aparecen en solitario) y la psicopatoplastia del contexto (el trastorno resulta muy influenciado por el entorno).

Indudablemente contamos con alternativas, por ejemplo modelos dimensionales o propuestas transdiagnósticas. De hecho, los acercamientos más específicos al enfermar psíquico infantil han derivado en algunas formulaciones concretas, como la psicopatología del desarrollo, uno de cuyos ámbitos de aplicación ha sido precisamente el del maltrato (Toth y Cicchetti, 2013). Frente a la visión categorial de trastornos mentales al modo de enfermedades diferenciadas unas de otras, y con una clara separación salud-enfermedad, se plantea que la psicopatología no constituiría un estado propio y diferenciado de la normalidad, estaría sujeta a un proceso dinámico de evolución (en estrecha relación con su contexto), no se basaría en relaciones simples entre factores "etiológicos" y resultados, atendería a la interacción entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociales, e incluiría también los factores de protección (Lemos, 2003). También podemos considerar perspectivas estructurales del psiquismo; basadas en la tradición psicoanalítica, encontramos visio-



nes actualizadas como la propuesta de Kernberg (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2001) o la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000). Estas alternativas muestran que existen formas muy productivas de acercarse al malestar infantil más allá de los sistemas más oficializados. Lo que tienen en común es que introducen riqueza y complejidad, y obligan además a un acercamiento más individualizado al paciente, lo que podrían constituir requerimientos básicos para atender la psicopatología en el niño y el adolescente maltratado/abusado.

Continuando con los aportes críticos al modelo psicopatológico tradicional señalaríamos que la experiencia cotidiana nos muestra que ese diagnóstico puede tener un efecto paralizador sobre los profesionales no clínicos. Pensemos por ejemplo en un diagnóstico tan habitual como el de "trastorno disocial" formulado desde un dispositivo clínico. Las respuestas que se van a implementar en ese contexto van a ser prescripciones psicofarmacológicas e intervenciones psicológicas, cuyo efecto podemos prever positivo sobre las dificultades del menor. Curiosamente, los criterios que definen el cuadro clínico son, al mismo tiempo que síntomas, los objetivos de intervención de cualquier programa psicosocioeducativo (ya sea en un programa de intervención familiar de los servicios sociales, o en el marco de una atención residencial a la infancia en desprotección). Para el psicólogo del programa de intervención con familias, o el educador de un centro de acogida, existe la tentación de retirarse a un segundo plano de la intervención porque esas manifestaciones comportamentales son objeto de una intervención clínica. Hemos escogido este ejemplo porque muy posiblemente el tratamiento de elección sea la actuación psicosocioeducativa en el contexto de convivencia (en este caso, un entorno residencial), más que el resto de las intervenciones; y que por ello las actuaciones clínicas deban servir como apoyo a esa otra actuación, y no al revés. Pero el peso dado al diagnóstico clínico (entre otras cosas por el prestigio de lo sanitario, pero también por el carácter esencialista del modelo psicopatológico clásico), tiene un efecto paralizador sobre otros profesionales, quienes fácilmente refuerzan la tautología que sostiene algunos diagnósticos.

### **B. Los modelos basados en el trauma**

Muchos acercamientos a la infancia maltratada se sostienen precisamente en el elemento que les define como grupo: una vivencia traumática. Una muestra muy representativa la encontramos en los EEUU, donde una de las

iniciativas más ambiciosas para avanzar en el desarrollo de intervenciones con niños maltratados es el National Child Traumatic Stress Network, una amplia red de recursos de investigación que, amparados por una iniciativa del Congreso, busca implementar recursos basados en el concepto de trauma.

Al utilizar este concepto en la infancia debemos tomar en consideración que el trauma, además de su poder perturbador del bienestar, añade en los niños una distorsión en su proceso de desarrollo. Esta especificidad explica los debates acerca de cómo etiquetar las experiencias traumáticas y delimitar su efecto. A diferencia de los modelos traumáticos en los adultos (cuyo paradigma es el Trastorno por Estrés Post-traumático, TEPT), en muchos niños maltratados/abusados en el ámbito familiar sólo de forma secundaria encontraremos: a) unas experiencias concretas y recortadas temporal y espacialmente; y b) cierta distancia sobre esa experiencia, de modo que sea presentada como una vivencia traumática propiamente dicha. Son más habituales las situaciones traumáticas totalmente engarzadas en el funcionamiento vital, siendo difícil delimitar episodios y analizarlos desde cierta distancia. Obviamente existen excepciones; por ejemplo, cuando se avanza hacia la adultez es más factible marcar esa distancia con las experiencias abusivas y analizarlas como tales; de la misma manera, incluso con niños pequeños es posible aislar ciertas experiencias traumáticas, sobre todo cuando éstas no formaron parte de su vida cotidiana (por ejemplo, la acción a la que en el argot profesional suele denominarse como "retirada", para designar al momento en que se saca al niño del domicilio para trasladarle a un recurso residencial).

Estas características particulares hacen que sea de difícil aplicación la categoría diagnóstica TEPT. Ésta aporta una visión muy intuitiva, ya que cuando pensamos en quien ha sufrido un accidente de tráfico, un asalto violento o una catástrofe natural, resulta fácil identificar esta sintomatología y entender su significado. La situación es diferente cuando se trata de una situación mantenida de forma persistente a lo largo del tiempo, y cuando el origen se encuentra en una persona con la que se mantiene una relación significativa. Los síntomas del TEPT no se ajustan bien al rastro que pueden dejar tras de sí estas experiencias. Por ejemplo, son más frecuentes las vivencias disociativas, la desmoralización y los síntomas depresivos. Estas diferencias sostienen por ejemplo la distinción entre traumas tipo I y tipo II, que se corresponderían con esas dos situaciones diferenciadas (Pérez-Sales, 2009). Pero



además, en los adultos estamos considerando una estructura psíquica ya formada, sobre la que impacta un elemento estresante. En cambio, el potencial perturbador en un niño es mucho mayor, y el proceso de crecimiento posterior al trauma tendrá que hacerse sobre el daño causado. Por ello, a veces pareciera que deberíamos hablar de "vidas traumáticas" más que de "traumas".

Esta diferencia sostiene aportaciones conceptuales o diagnósticas como el Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD) o "trauma complejo", o el Developmental Trauma Disorder (Van der Kolk, 2005). Estos plantean que la exposición múltiple o crónica a traumas interpersonales relacionados con el desarrollo generarán malestar emocional pero también producirán síntomas en muy diferentes dominios de funcionamiento personal (apego, regulación emocional, autoconcepto, deterioro funcional...). Estos parecen cubrir prácticamente la totalidad de la persona, y demandan un tratamiento integral de ésta.

### C. El modelo del apego

El apego constituye una dimensión fundamental en el desarrollo del ser humano, y la experiencia de maltrato impacta directamente sobre ella. Esto explica que la teoría del apego se haya convertido para muchos profesionales que atienden a la infancia maltratada en un marco básico de referencia. Además, el carácter intuitivo de su idea básica, el importante bagaje investigador que la sustenta, y la posibilidad que aporta de dirigir una visión más positiva al desarrollo del ser humano, han impulsado decididamente el interés por este marco de comprensión. No obstante, como en los modelos anteriores que hemos analizado críticamente, encontramos lagunas y deficiencias que muestran una vez más la necesidad de replanteamientos más amplios e incisivos sobre las ideas en las que sostenemos la atención psicológica a la infancia desprotegida.

Comenzaríamos con la falta de precisión con la que frecuentemente se utiliza el concepto de apego, confundiendo con otros y otorgándole un carácter sobreexplicativo para todas las relaciones humanas (Galán, 2010). Si bien contamos con modelos multidimensionales que sitúan el apego dentro de una mayor complejidad del funcionamiento humano, persisten visiones muy simplificadoras de los vínculos emocionales. De la misma manera, a pesar de la potencia teórica y metodológica de la teoría del apego, existe una laguna en su proyección al espacio clínico, tanto en el aspecto de la evaluación como en el del tratamiento. Esto ha permitido que

muchas prácticas inspiradas en la teoría del apego aúnen aportaciones de diferentes procedencias, lo que a veces ha dado lugar a propuestas bien integradas pero también a mezcolanzas criticables. Y ya en un extremo más grave, encontramos prácticas muy cuestionables cuyo estatus científico y ético ha sido puesto en duda por colectivos profesionales como la American Professional Society on the Abuse of Children (Chaffin et al., 2006).

En el ámbito psicopatológico, la teoría del apego nos ofrece la posibilidad de obtener una lectura diferente de las categorías diagnósticas tradicionales, tal como hizo el propio Bowlby, por ejemplo con las fobias (Bowlby, 1998). Pero además, el apego como dimensión básica de la vida psíquica y relacional del ser humano, puede verse directamente afectada, y aquí hablaríamos de trastornos del apego. Resulta evidente que con estos nos referimos a un dominio coherente de problemas conductuales y relacionales severos (Chaffin et al., 2006), y los estudios de seguimiento sugieren que es un cuadro muy estable, de modo que no basta con colocar al niño en un contexto sano de cuidado para lograr un cambio significativo. Pero desde la perspectiva crítica que aquí sostenemos, debemos señalar el abuso que se hace de este concepto, en la medida en que algunos contextos se ha convertido en un diagnóstico sobreexplicativo y en el eje central de una intervención que quizá debería ir primariamente en otra dirección (Nilsen, 2003). Si nos limitamos a las propuestas rigurosas, encontramos un debate en torno a cómo delimitar las distintas formas que puede presentar un trastorno del apego. Probablemente las más extendidas son las que defienden las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (DSM y CIE, Clasificación Diagnóstica 0-3), pero existe descontento con ellas. Por ejemplo, y dirigiéndose específicamente a la propuesta del DSM, aparecen objeciones como las de Boris y Zeanah (1999) o las de Chaffin et al. (2006), subrayando las debilidades conceptuales y metodológicas de estos criterios. Pero sobre todo, nosotros destacaríamos la falta de precisión, de modo que las dificultades en el manejo de los vínculos deriva en la catalogación como "trastorno del apego", desconsiderando la enorme complejidad clínica que se recoge bajo este concepto.

Con este análisis crítico de tres modelos muy frecuentes en este ámbito hemos tratado de reflejar que nos situamos en un contexto de gran complejidad, en cuyo conocimiento se ha avanzado enormemente, pero donde los marcos de comprensión no pueden ser simples ni acep-



tados acriticamente. Además, el modelo que cada profesional decida utilizar para atender a población maltratada/abusada, debe contemplar:

- ✓ el elevado sufrimiento que conlleva la realidad personal de estos niños y adolescentes.
- ✓ el gran esfuerzo técnico y emocional que demanda de los profesionales.
- ✓ el hándicap que ciertas vivencias imponen al desarrollo sano y fructífero.

### EL CÓMO: LA ESPECIFICIDAD DE LA INTERVENCIÓN TÉCNICA

Para entender la gran distancia que existe entre el momento en que se diseña un modelo de trabajo y su implantación generalizada, el Chadwick Center for Children and Families (2004) señalaba cómo en el campo del maltrato infantil pueden identificarse cuatro etapas (comunes a otros espacios clínicos): el uso en la población específica de las intervenciones utilizadas en la población general, la posterior aparición de figuras prominentes que aportan claves para ese campo particular y que son adaptadas por algunos profesionales, el desarrollo de formatos de tratamiento validados, y finalmente la diseminación y generalización de estos. El grueso de los profesionales de nuestro país se sitúa en las dos primeras etapas, en cuanto que apenas hay trabajos de validación de formatos específicos de tratamiento, salvo excepciones como el grupo de investigación de la Universidad de Murcia (<http://www.cop.es/infocop/pdf/1602.pdf>); y por supuesto estos no son prácticas generalizadas.

A la espera del desarrollo de esos modelos de tratamiento, los profesionales tienen la responsabilidad de incluir en sus formatos genéricos de atención algunos conocimientos y técnicas específicas. La fuente de inspiración puede encontrarse en distintos lugares. Fuera de nuestro país existe una gran variedad de modelos específicamente desarrollados para el trabajo con menores maltratados/abusados, que tampoco se han sustraído a la actual orientación hacia las prácticas basadas en la evidencia. Podemos señalar revisiones recientes, como las de Leenarts et al. (2013), Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca y López-Soler (2010), el monográfico de Child Maltreatment en 2012 (Volumen 17), o la revisión del National Child Traumatic Stress Network sobre tratamientos con apoyo empírico (<http://www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices>).

Más allá de estos formatos estandarizados, hay propuestas concretas especialmente inspiradoras para mu-

chos profesionales en nuestro país, a modo de las "figuras prominentes" que antes señalábamos, y entre las que podríamos incluir al Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (CBM) de Milán, Jorge Barudy o Juan Luis Linares (Barudy, 2001; Cirillo, 2012; Cirillo y Di Blasio, 1991; Linares, 2002).

Una aproximación sensible y técnicamente correcta nos llevará a considerar cuestiones específicas de esta población. Por ejemplo, y en lo relativo a las características de los menores, suele llamar la atención el carácter resistencial de estos, si bien a veces su conducta pareciera contradictoria. La psicoterapia supone una oferta de relación interpersonal significativa, lo que despierta resistencias en una persona que ha sufrido al menos un doble fracaso en las relaciones interpersonales significativas más importantes de su vida. No obstante, la carencia afectiva puede implicar al mismo tiempo una búsqueda de lazos interpersonales, dando lugar con ello a una actitud ambivalente ante el profesional, lo que demanda de éste paciencia, sensibilidad y en ocasiones mucha creatividad para poder establecer un contacto emocional mínimo que permita iniciar y/o continuar la intervención. Otro ejemplo es la frecuente presencia de lo que podríamos denominar "patología del déficit", en el sentido de funciones psíquicas que no han podido desarrollarse, dejando con ello una serie de limitaciones. Por ejemplo, en el manejo de las emociones (sentirlas, reconocerlas, expresarlas, controlarlas...), que obliga al profesional a un trabajo de "educación emocional" en el contexto psicoterapéutico, pero también a un esfuerzo que permita el desbloqueo del funcionamiento psíquico. En la misma línea pueden aparecer limitaciones en el manejo simbólico, lo que implica que algunos instrumentos frecuentemente utilizados para acceder a otros niños (dibujos, relatos, juegos de representación) no sean fácilmente accesibles, al menos en los primeros momentos; y esto puede frustrar al profesional que espera una comunicación de cierta riqueza, ante la que él respondería con intervenciones verbales muy elaboradas.

Por otra parte, una intervención profunda acabará encontrando ciertas temáticas muy específicas (o que siendo comunes, adoptan características particulares), como el abandono, el cuidado, la lealtad familiar, los sucesos traumáticos, la identidad, la propia historia o el estigma. Harán acto de presencia de alguna manera, a veces como síntomas y otras como un telón de fondo que sólo llega a un primer plano si se despliega una intervención comprometida y/o el profesional dirige su atención ha-



cia ellos. Esta consideración llevará al terapeuta a trabajar de forma sistemática con la trayectoria vital de estos menores, donde aparecerán vivencias traumáticas, conflictos y lagunas que deben ser abordadas.

Finalmente hay elementos específicos del contexto de la intervención. En muchos menores encontraremos dificultades en el contacto afectivo y las relaciones tú-a-tú, lo que obligará a buscar actividades mediadoras, ofrecer marcos bien regulados que contengan la relación, etc. De la misma manera, hay que tener en cuenta que estos menores están siendo cuidados por personas que asumen un doble papel en sus vidas (el de cuidadores y el de profesionales), que también adoptarán ante el psicólogo, y puede resultar difícil encontrar la distancia óptima que permita recoger su implicación afectiva al mismo tiempo que no sean considerados "pacientes".

También es importante situar la intervención psicológica en un contexto mucho más amplio. Estos casos trascienden el espacio de la consulta, poniendo en juego infinidad de variables, con aspectos legales, institucionales, psicológicos, sociales, familiares... Esta complejidad, más la diversidad de miradas ajenas a lo propiamente psicoterapéutico, constituyen un reto para algunos profesionales de la intervención psicológica, quienes ven difícil manejarse en esta diversidad de perspectivas, en las relaciones interinstitucionales, e incluso en la propia logística de la participación en una red tan amplia.

Un último punto a considerar es la determinación de unas medidas de resultado. El criterio de reducción sintomatológica resulta ineludible, si bien se muestra limitado en el momento en que los motivos que sustentan la derivación se ajusten poco a una visión psicopatológica; cuando se pide una intervención por la confusión que un chico muestra a la hora de entender su situación vital, la dificultad para relacionarse con su familia de una forma madura, o la tendencia a entrar en conflicto en sus distintos ámbitos de relación, es difícil establecer unos criterios de eficacia basándonos en los síntomas clásicos. Esto nos remite al cuestionamiento a la tradición de medir la eficacia de la terapia psicológica sólo en función de los síntomas, cuando lo más relevante pudiera situarse en la promoción de la flexibilidad psicológica, el autoconocimiento, el esclarecimiento de las decisiones personales, la potenciación de recursos, o la capacidad para solucionar problemas. Esta postura nos acerca a la definición de Salud Mental de la OMS, al situarla en un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones

normales de la vida, logra trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (World Health Organization, 2001).

Estos elementos no agotan la especificidad de este campo, pero nos muestran la complejidad e idiosincrasia de este ámbito de intervención, con la consiguiente necesidad de ajustar los conceptos y las técnicas utilizadas

## NECESIDADES

Además de las cuestiones organizacionales, teóricas y técnicas que hemos señalado, también encontramos necesidades que se sitúan en el ámbito social y ético. Una atención psicológica adecuada para los menores maltratados/abusados demanda aportar una mayor visibilidad a esta población, que permita un mejor conocimiento de las particularidades de su situación administrativa y de los desafíos vitales a los que se enfrentan.

En segundo lugar, se requiere una actitud mental que permita visiones integradoras a nivel profesional, que puedan dar cuenta de la complejidad de esas situaciones vitales, administrativas e institucionales; y de forma complementaria, podría plantearse el cambio de perspectiva en la forma de diseñar las intervenciones, de modo que pasemos de una formulación basada en el problema a una atención adaptada a las necesidades.

Finalmente, nada de lo anterior es válido si de fondo no existe un compromiso ético con estos niños y adolescentes confrontados con experiencias sumamente difíciles, precisamente en momentos en que requerirían concentrar sus esfuerzos en el propio proceso de crecimiento. Estos menores afrontan desafíos de gran magnitud, y si bien algunos nos dan una lección sobre cómo se puede hacer uso de un potencial de crecimiento en las peores circunstancias, otros nos muestran cómo ciertas experiencias vitales puede lastrar el desarrollo de un ser humano.

## REFERENCIAS

- Aladro, M., Hernando, E., López, D., Ruano, F.J., Sanchó, A., y Santos, I. (2010). *Intervención psicológica en el ámbito de la infancia maltratada. Focos de intervención y análisis de técnicas*. Comunicación presentada en el X Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Sevilla.
- Barudy, J. (2001). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós
- Boris, N.W., y Zeanah, C.H. (1999). Disturbances and





- disorders of attachment in infancy: an overview. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1-9.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 2. La separación*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, A., y Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 42-52.
- Burns, B.J., Phillips, S., Wagner, H.R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Cirillo, S. (2012). *Malos padres*. Barcelona: Gedisa.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados*. Barcelona: Paidós.
- Chadwick Center for Children and Families (2004). *Closing the quality chasm in child abuse treatment. Identifying and disseminating best practices*. San Diego: Chadwick Center for Children and Families.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B.E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., Berliner, L., Egeland, B., Newman, W., Lyon, T., LeTourneau, E., y Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment*, 11, 76-89.
- Del Valle, J.F., Sainero, A.M., y Bravo, A. (2011). *Salud Mental de Menores en Acogimiento Residencial*. Junta de Extremadura-Servicio Extremeño de Salud.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2013). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 581-595.
- Galán, A. (2011). *La protección a la infancia. El desafío del Rey Salomón*. Madrid: EOS.
- Galán, A. (2012). *Un programa de intervención psicológica para menores en acogimiento residencial*. Comunicación presentada en el XI Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Oviedo.
- Galán, A., Rosa, S., y Serrano, J. (2011). La intervención familiar en contextos psicosociales: acercamientos desde lo vincular. *Intersubjetivo*, 11, 30-42.
- González, H., y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza.
- Guerra, O. (2008). *Creación y puesta en marcha de un servicio de intervención familiar de víctimas de malos tratos y abusos sexuales: principales logros, dificultades y retos de futuro*. Comunicación presentada en el IX Congreso Estatal de Infancia Maltratada, Valladolid.
- Kernberg, P., Weiner, A.S., y Bardenstein, K.K. (2001). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Leenarts, L.E.W., Diehle, J., Doreleijers, T.A.H., Jansma, E.P., y Lindauer, R.J.L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 269-283.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 19-28.
- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós.
- López, E., y Costa, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la Psicología Clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo*, 34, 169-181.
- Nilsen, W.J. (2003). Perceptions of attachment in academia and the child welfare system: the gap between research and reality. *Attachment & Human Development*, 5, 303-306.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 403-417). Madrid: AEN.
- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J., y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22, 627-633.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 65-77). Sevilla: Universidad.
- Toth, S.L., y Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child Maltreatment*, 18, 135-139.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.

