

PROMOVIENDO RESILIENCIA DESDE UN MODELO DE INTERVENCIÓN EN PSICOTRAUMATISMO INFANTIL



Elena Borrajo, psicóloga y psicoterapeuta infantil. Centro Alén. A Coruña.

Maryorie Dantagnan, psicóloga y psicoterapeuta infantil. IFIV. Barcelona.

José Luis Gonzalo Marrodán, psicólogo y psicoterapeuta infantil. Práctica privada. Donostia-San Sebastián.

Introducción

Exponemos la experiencia de tratamiento psicoterapéutico -desde un marco de intervención en psicotraumatismo infantil- llevado a la práctica desde la Red de Centros APEGA de Barcelona, A Coruña y San Sebastián. El modelo -como la mencionada red- es ideado e impulsado por el IFIV de Barcelona dirigido por Barudy y Dantagnan.

El modelo psicoterapéutico de intervención en psicotraumatismo infantil está fundamentado en las aportaciones de Barudy y Dantagnan sobre los buenos tratos a la infancia; las consecuencias del maltrato, el abuso y la negligencia sobre el desarrollo neurológico; el reconocimiento del sufrimiento psicológico de las víctimas; la visión ecosistémica del menor y la evaluación de las competencias parentales y la resiliencia parental (Barudy y Dantagnan, 2005; 2010) Asimismo, se asienta en la teoría del apego (Bowlby, 1973, 1980; Ainsworth, 1978; Main, 1990; Liotti, 2006) y su asociación con la neurobiología interpersonal (Siegel, 2007), el trauma (Steele y otros, 2008), la psicología del desarrollo 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.



Los terapeutas de la Red APEGA hemos acumulado una práctica clínica significativa trabajando en psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de malos tratos, abandono, negligencia y abuso sexual habiendo constatado que el modelo promueve la resiliencia de éstos al tratar, entre otros muchos aspectos, dos elementos que la favorecen: el vínculo y el sentido o reconstrucción de la historia de vida (o integración resiliente)

Objetivos

Proporcionar al menor de edad una experiencia terapéutica que permita la reparación del daño psicológico producido por los malos tratos, el abandono y/o el abuso sexual (el apego terapéutico, concepto impulsado por Siegel, 2007)

Disponer de unas técnicas y una metodología de tratamiento adaptadas al sufrimiento infantil.

Potenciar la resiliencia del menor de edad favoreciendo los recursos internos gracias a la disposición de recursos externos que favorezcan la emergencia de aquéllos.

Participantes

Niños y adolescentes que siguen psicoterapia en la red de centros APEGA en las ciudades de A Coruña, Barcelona y Donostia (n=60).

Descripción de la experiencia de intervención psicoterapéutica

El modelo de psicoterapia comienza con una evaluación exhaustiva del menor de edad que acude a psicoterapia. Dicha evaluación comprende los cuatro dominios principales en los que se interviene posteriormente, a saber: apego, trauma, desarrollo y resiliencia. Dicha evaluación es una propuesta planificada de acción teniendo en cuenta todos los factores y distintos ámbitos de la afectación del daño provocado por los malos tratos.

La evaluación comprensiva incluye al niño, a los padres o referente en el cuidado del menor de edad y el contexto. En el menor se evalúan exhaustivamente sus dificultades, su funcionamiento, su desarrollo, síntomas, su perfil de apego y la presencia o no de psicotrauma. En los padres se evalúan las competencias parentales que necesitan ser modificadas, revisadas y/o reforzadas. Y en el contexto se valora qué factores dificultan, amplifican o mantienen un determinado funcionamiento en el menor e impiden su desarrollo. El modelo incorpora también la evaluación de los recursos –pues pretende apoyar y promover la resiliencia- del menor (habilidades, talentos, capacidades cognitivas, cualidades, rasgos adaptativos...), de los padres (estilo de apego, empatía, recursos internos para modificar modelos de interacción con sus hijos, familia extensa y red social) y del contexto (maestros sensibles y afectuosos, con autoridad calmada; profesionales de la salud dispuestos a trabajar en red; espacios extraescolares y otras fuentes de resiliencia) Como vemos, un enfoque ecosistémico es fundamental.

La evaluación comprensiva establece objetivos realistas que refuerzan y promueven la resiliencia.

Se utiliza una Pauta de Evaluación Comprensiva como herramienta para recoger toda la información relevante del menor de edad y su contexto en los dominios de los que se ocupa con el fin de planificar el tratamiento. También incluye un árbol para la toma de decisiones en cuanto al análisis de la demanda, pudiendo determinar si la psicoterapia puede o no aplicarse al menor de edad en ese momento en función de la combinación de determinadas variables.

La relación terapéutica merece una mención especial pues es el eje fundamental sobre el que gira toda la intervención (incluida la fase de evaluación) Si los daños psicológicos que los malos tratos generan en el menor de edad se manifiestan principalmente en las relaciones interpersonales, es desde y a través de éstas como aquéllos pueden repararse. La vivencia de una relación terapéutica cálida, confiable y segura puede crear nuevos modelos internos de trabajo y generar en el menor de edad nuevas interpretaciones y expectativas acerca del otro, su sensibilidad y empatía. Los terapeutas asociados a la Red APEGA hacen suya, en el trabajo con el menor de edad, desde la primera sesión, el principio recogido por el autor Holmes (2009): "*Los buenos terapeutas hacen con sus pacientes aquello que los padres competentes hacen con sus hijos*" Porque es la envoltura afectiva y la calidad de la relación terapéutica que permite dar sentido y, por ende, resolver los contenidos traumáticos de las experiencias vividas.

Terminada la evaluación comprensiva, comienza la fase de intervención psicoterapéutica. El modelo de intervención en psicotraumatismo infantil comprende TRES BLOQUES sobre una buena base, es decir el trabajo en paralelo con los padres o referentes del niño o adolescente focalizado en promover el apego, la sintonización y la respuesta consistente. Los tres bloques siguen una lógica interna fundamentada en un orden neurosecuencial:

BLOQUE 1: SINTONIZACIÓN Y AUTO-REGULACIÓN

Tal y como Siegel (2007) postula, para construir un vínculo es preciso establecer secuencias de interacción en las que sintonicemos emocionalmente con el menor de edad de tal manera que el hemisferio izquierdo del adulto se alinee con el hemisferio izquierdo del niño o adolescente y el hemisferio derecho con el derecho. Una vez sintonizados, el adulto resuena emocionalmente al menor de edad haciendo sentir que le siente. Estas interacciones comunicativas sintonizadas y resonantes favorecen la capacidad del niño o adolescente de auto-regular sus estados internos.

Los terapeutas de la Red APEGA conscientes de que los menores de edad víctimas de los traumas provocados por los malos tratos presentan déficits en esta área, se centran en este primer bloque en trabajar los siguientes aspectos (Antes de poder realizar la labor de ayudar al menor a integrar resilientemente el trauma, es necesario que éste haya conseguido sintonizar con el terapeuta, con sus estados internos, así como desarrollado habilidades auto-reguladoras. Sobre este bloque, no obstante, se suele volver en otras fases posteriores de la terapia):

Estabilizar las rutinas en el menor de edad.

Potenciar los elementos del contexto que permiten la vinculación positiva, la contención y la regulación.

Tratamiento de la sintomatología aguda que el menor pueda presentar con las técnicas adecuadas e, incluso, con tratamiento farmacológico si es preciso (interconsulta con psiquiatría)

Desarrollar las habilidades de auto-observación del menor de edad para que aprenda a conocer sus estados internos y los disparadores que en las distintas situaciones los gatillan.

Proporcionar psicoeducación sobre los efectos del trauma en el cerebro.

Desarrollar habilidades de expresión y modulación adecuada de las emociones.

En este bloque se utilizan técnicas diversas expresamente diseñadas para trabajar estos contenidos.

BLOQUE 2: EMPODERAMIENTO

Una de las nefastas consecuencias del trauma crónico suele ser la sensación de vulnerabilidad, de indefensión y sensación de amenaza permanente que acompaña a la persona. Por ello, los autores expertos en trauma hablan de "*devolver a la víctima el poder perdido*"

Específicamente:

Que el menor de edad vaya siendo protagonista de su propio proceso de terapia, de tal manera que el trabajo terapéutico es co-dirigido.

Estimular las funciones ejecutivas que como consecuencia del trauma pueden estar debilitadas, con el fin de ayudar al menor de edad a responder y no reaccionar y a hacer consciente un proceso 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 (acciones mentales de orden inferior)

Hacer consciente al menor de edad 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 del menor de edad.

En este bloque se utilizan también técnicas diversas expresamente diseñadas para trabajar estos contenidos.

BLOQUE 3: INTEGRACIÓN RESILIENTE

Es el bloque de tratamiento más delicado y de gran profundización, en el que más apoyo requiere el menor de edad del terapeuta y de la red para poder tener suficiente coraje y valentía para hacer el trabajo. Específicamente:

Desarrollo de una narrativa histórica con el menor de edad.

Tratamiento de los contenidos traumáticos específicos.

Proyección de futuro.

Opciones y consecuencias.

Cierre de las sesiones. Éste se planifica con tiempo y se trabaja específicamente pues la despedida y la separación activan las manifestaciones de apego inseguro y las respuestas traumáticas.

En este bloque se utilizan también técnicas diversas expresamente diseñadas para trabajar estos contenidos.

En cuanto a la metodología, los niveles de implicación del menor de edad deben ir aumentando y el terapeuta debería favorecer con sus intervenciones para que esto ocurra.

El primer nivel de implicación tiene lugar en el primer bloque. El terapeuta dirige el trabajo terapéutico, toma un rol proactivo, dinamizador, directivo, contenedor del menor, debido a las dificultades presentes en este último para implicarse y comprometerse en el trabajo terapéutico.

En el segundo nivel de implicación el terapeuta co-dirige el trabajo terapéutico, su participación es más bien semi-directiva. La terapia se realiza de manera bastante equilibrada entre la participación activa del terapeuta y la del menor lo que facilita el logro de los objetivos. Hay mayor implicación de éste que en el primer nivel.

En el tercer nivel de implicación el terapeuta guía o facilita el trabajo terapéutico. Existe en el menor un nivel de mayor profundización e implicación en el proceso terapéutico. La capacidad de mentalización le permite al menor jugar un rol proactivo en la terapia, se apropia de su proceso.

Durante los tres bloques, el trabajo paralelo con el contexto del menor y con los padres o referentes es fundamental. Estos apoyan el proceso, comparten los objetivos de cada bloque, apoyan, regulan y contienen al menor adecuadamente, participan en el trabajo de integración resiliente... Se planifican sesiones con los padres o referentes a solas para lograr su colaboración, implicarles en el trabajo terapéutico y entrenarles en habilidades y técnicas específicas psicoeducativas (modulación emocional, contención, límites, establecimiento de rutinas...)

Resultados

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, Coruña y San Sebastián) son, en general, positivos.

Los resultados los evaluamos tanto 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 presentaron cambios positivos. Éstos se observan en:

La creación de nuevos modelos mentales de apego en relación al 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, hiper o hipo activación emocional...) 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.

Conclusiones

El modelo de terapéutico en psicotraumatismo infantil es capaz de intervenir en los dominios que están afectados como consecuencia de los malos tratos y se ha revelado útil y eficaz para conseguir reparar el daño psicológico en los mismos y promover la resiliencia. Es un modelo de tratamiento integral y sistematizado, adaptado al sufrimiento de los menores de edad y respetuoso con los mismos.

Referencias bibliográficas

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss: Separation*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss: Loss*. New York: Basic Books.
- Cyrułnik, B. (2003) *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- Holmes, J. (2009) *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Liotti, G. (2006) A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (4), 55-73.
- Main, M. (1990) Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Siegel, D. J. (2007) *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Steele, K., Nijenhuis, E. y Van der Hart, O. (2008) *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.