

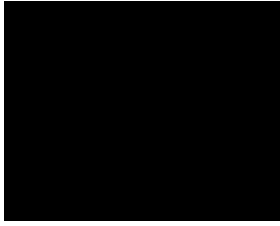
Maltrato Infantil

2ª edición

*Christine Wekerle
David A. Wolfe
Judith A. Cohen
Daniel S. Bromberg
Laura Murray*

Maltrato infantil

Segunda edición



Maltrato infantil

Segunda edición traducida de la segunda edición en inglés

Christine Wekerle

McMaster University, Hamilton, ON, Canada

David A. Wolfe

Western University, London, ON, Canada

Judith A. Cohen

Drexel University College en Medicine, Pittsburgh, PA

Daniel S. Bromberg

Special Psychological Services, LLC, Bloomfield, NJ

Laura Murray

Johns, Hopkins University, Baltimore, MD

Traductor:

Mtro. Jesús Cisneros Herrera

Universidad Nacional Autónoma de México

Editor Responsable:

Lic. Georgina Moreno Zarco

Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México,
México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com



www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

Childhood Maltreatment 2nd edition by Christine Wekerle, David A. Wolfe, Judith A. Cohen, Daniel S. Bromberg and Laura Murray.

Copyright © 2019 by Hogrefe Publishing <http://www.hogrefe.com>

ISBN: 978-0-88937-418-8

Maltrato infantil, 2a edición

D.R. © 2019 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-796-1 versión electrónica

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm.
39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser
reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la
Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Instrumentos de evaluación en línea y más

www.manualmoderno.com

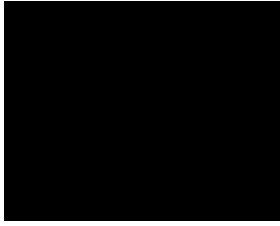


es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Director editorial:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo:
Lic. Ericka Ramos Sosa

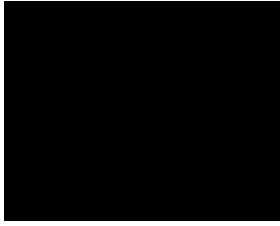
Diseño de portada:
Lic. Luis Alejandro Valera Bermejo



Dedicatoria

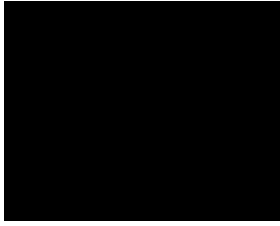
Ante todo, este libro está dedicado a todas las víctimas que han perdido la vida por causas relacionadas con el maltrato infantil –sus huellas en el mundo no se han borrado. A todos los que han sobrevivido al abuso y la negligencia – reconocemos y admiramos sus esfuerzos diarios por construir su propio viaje resiliente. Apreciamos la participación en investigaciones de niños que han sufrido maltrato para conformar una base de evidencias sobre la cual se funda este libro. Reconocemos los enormes esfuerzos del personal en capacitación, asistentes de investigación y otras personas de apoyo que dan vida a la empresa de investigación día a día. Una mención especial de agradecimiento a Ronald Chung, quien desposó a su amada Cindy durante la elaboración de este libro.

En segundo lugar, este libro está dedicado a los profesionales que, a su modo, conforman un río de resiliencia para mantener a flote a las víctimas y sacarlas adelante. Este libro está dedicado a la memoria de los profesionales que han mostrado una devoción persistente a la prevención de la violencia. Reconocemos las notables contribuciones del Dr. Mark Chaffin y del Dr. Murray Strauss. También queremos recordar a dos personas más: Dra. Anne-Marie Wall, (1964-2005) investigadora del alcohol que incursionó en el campo de la violencia familiar y coeditó *The Violence and Addiction Equation* con el Dr. Wekerle; y el Dr. Angus MacMillan, (1930-2015) pediatra que defendió la necesidad de establecer un hospital infantil, en parte, para reflejar la sensibilidad frente a las necesidades de los niños en la atención a la salud. Su trabajo de toda la vida en salud infantil y prevención de la violencia en McMaster University, inspiró a su hija, Dra. Harriet MacMillan, pediatra y psiquiatra infantil, para iniciar el *Child Advocacy and Assessment Program* [Programa de Defensa y Evaluación Infantil] (CAPP) en el Hospital Infantil de McMaster. Ahora, ella dirige el Violence, Evidence, Action Group [Grupo de Violencia, Evidencia, Acción] (VEGA; <http://projectvega.ca/>).



Agradecimientos

Esta segunda edición constituye una actualización que abarca un gran número de nuevas investigaciones en maltrato infantil. Agradecemos a nuestros editores, y reconocemos en particular a Robert Dimbleby y el editor de la serie Dr. Danny Wedding; nuestro agradecimiento por el interés constante en el intercambio de conocimiento sobre maltrato infantil. La autoría de este libro nos brinda mayor conocimiento en temas de evaluación y tratamiento, consistentes con el tratamiento por excelencia actual, la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma, con pacientes pediátricos. La investigación corriente que refleja las contribuciones de equipos internacionales y profesionales de distintas disciplinas y sistemas, así como de experiencias directas, sigue siendo esencial para preservar los principios fundamentales de no causar daño y actuar en beneficio del niño. Como profesionales, reconocemos la primacía del derecho de niños y adolescentes a la seguridad y a estar libres de violencia. Sin seguridad física y psicológica, es muy difícil optimizar el desarrollo e impulsar la resiliencia. Nos complace unirnos a ustedes como parte del colectivo global para poner en primer lugar a los niños, terminar la violencia y trabajar en pro de la paz y justicia para todos los niños del mundo.



Contenido

Dedicatoria

Agradecimientos

Capítulo 1. Descripción

Terminología

Estrés y discapacidad parental afectan las prácticas de crianza de muchas maneras

Violencia y pobreza contribuyen de manera importante al maltrato

Perspectiva informada del trauma

Definiciones

Negligencia

Abuso físico

Abuso sexual

Abuso psicológico o emocional

Consideraciones diagnósticas

Epidemiología

Curso, pronóstico y contexto

Identificar, denunciar, revelar el maltrato

Capítulo 2. Teorías y modelos del maltrato infantil

Capítulo 3. Diagnóstico e indicaciones del tratamiento

Entrevista y evaluación clínica

Evaluación forense de la salud mental

Trastornos asociados con el maltrato infantil

Trastornos del estado de ánimo, autolesiones y tendencia suicida

Trastornos de ansiedad

Trastorno de estrés postraumático y disociación

Trastornos por consumo de sustancias

Trastornos de la conducta alimentaria

Víctimas asintomáticas

Capítulo 4. Tratamiento

Métodos de tratamiento

Estabilización y desarrollo de habilidades

Fase de narrativa y procesamiento del trauma

Fase de integración y consolidación

Componentes de duelo traumático (opcional)

Término de la TCC-FT

Mecanismos de acción de la TCC-FT

Eficacia y pronóstico

Variaciones y combinaciones de métodos

Dificultades para llevar a cabo el tratamiento

Cuestiones transculturales

Capítulo 5. Caso de estudio

Panorama general

Primera sesión

Segunda sesión

Tercera sesión

Cuarta sesión

De la quinta a la novena sesión

De la décima a la undécima sesión

De la duodécima a la decimocuarta sesión

Capítulo 6. Lecturas recomendadas

Capítulo 7. Referencias

Capítulo 8. Apéndice herramientas y recursos

Apéndice 1. Bienestar infantil y ejemplo del flujo de trabajo de los SPI

Flujo de trabajo de los avisos de abuso infantil y negligencia

Apéndice 2. Recursos para los clínicos que trabajan en casos de maltrato infantil

Sobre los autores

Capítulo 1

Descripción

Mi padre empezó gritando... A partir de ahí, siguió empeorando. Recuerdo muy bien su rostro transformado por la ira, gritándonos como un sargento dando órdenes. Recuerdo cómo se me hinchaban las venas... Él le pegaba a mi hermano en la cara. Luego, seguía yo... Él me tiraba al suelo a golpes, lleno de cólera, y me llevaba arrastrando a la cama... Yo pensaba que iba a morir... Mi papá y yo tuvimos dificultades durante mi juventud... Comencé a tener una conducta problemática. Empecé a robar... tratando de llenar un vacío interno, tratando de encontrar poder en mi impotente vida... Si yo era tan adorable, ¿entonces por qué los más cercanos a mí creían apropiado tratarme tan mal?... Siento mucha compasión por mi papá. Él padeció tantas cosas de niño, y luego lo embarcaron a la guerra. Sufrió de trastorno por estrés postraumático... Aunque él y yo casi no hablamos al principio de mi carrera, ahora tenemos una relación sana y afectuosa. Mediante una combinación de terapia y autoexamen, él ha luchado duro por la felicidad que tiene, y [ahora]... me permite sentir una gran seguridad...

Jewel, cantante, autor de canciones y escritor de EUA
(Jewel, 2015)

TERMINOLOGÍA

En todo el mundo, más de mil millones de niños estuvieron expuestos a violencia en 2014 (Hillis, Mercy, Amobi y Kress, 2016). El *Global Partnership to End Violence Against Children* [Asociación Global para Terminar la Violencia Contra los Niños] estima que 120 millones de mujeres y decenas de millones de hombres son víctimas de abuso sexual (UNICEF, 2014). Sólo se puede entender el maltrato infantil examinando la naturaleza de las relaciones cercanas. Sólo a través del contexto de dichas relaciones, estos actos ilógicos, ilegales e ilícitos se pueden repetir durante horas, días, años. “Es una cuestión de la vida familiar privada” es una frase que ilustra el modo en que el maltrato infantil se consideró alguna vez; sin embargo, después de décadas de investigación rigurosa y resultados sólidos, ahora se cae en cuenta que el maltrato infantil es un problema grave de salud pública, de trascendencia humanitaria y para los derechos humanos. Como el músico Jewel, arriba citado, nos recuerda, las vulnerabilidades del cuidador merecen nuestra compasión. Debido al impulso que lleva al apego, y luego a la afiliación, los niños se inclinan hacia la ternura. En una revisión metaanalítica de la literatura sobre sucesos adversos en la infancia (SAI) de Hughes y colaboradores (2017), se encontró una gran urgencia en todas las partes involucradas para prevenir el maltrato, minimizar su impacto negativo enfocándose en la reincidencia y en fomentar la resiliencia. Con cuatro o más SAI había una probabilidad 5 a 10 veces mayor de consumo problemático de alcohol y drogas, 3 a 5 veces mayor de conductas sexuales de riesgo para la salud, y más de 30 veces mayor de intento de suicidio. Aunque el estrés acumulativo en la infancia es la cuestión clave, cinco de los SAI implican maltrato infantil (abuso físico, sexual y emocional, negligencia, exposición a la violencia de pareja), mientras que tres son factores de vulnerabilidad en el cuidador (consumos doméstico de sustancias, problemas de salud mental, criminalidad). Se estima que los costos anuales del maltrato oscilan entre los 124 y 585 mil millones en EUA (Fang, Brown, Florence y Mercy, 2012).

◊ Estrés y discapacidad parental afectan las prácticas de crianza de muchas maneras

Los problemas de adultos merecen atención terapéutica. El estrés socioeconómico, vulnerabilidades de personalidad, adicciones, problemas en la relación de pareja, aislamiento social, discapacidad cognitiva y

psicopatologías, sin duda, afectan las prácticas de crianza. El estrés reduce la capacidad de atención de los adultos, lo cual los lleva a centrarse excesivamente en los problemas de conducta del niño y a no ver sus descubrimientos y sus conductas positivas. Hay evidencia sólida del daño que ocasionan las nalgadas y el abuso verbal a los niños, sin embargo, sobre todo en países en desarrollo, la mayoría de los niños experimenta una crianza coercitiva. Los adultos abrumados también se desentienden del cuidado de los niños. Sin embargo, el hecho sigue siendo que los adultos se hacen cargo de los niños; no son los niños los que cuidan y protegen a los adultos. Los sistemas de estrés del niño se agobian debido a su naturaleza dependiente y a que se encuentran en desarrollo. A nivel conductual, el niño se queda inmóvil, se desmaya, huye o pelea. Cada vez más, los jóvenes son más activos y denuncian el maltrato directamente a líneas nacionales e internacionales de ayuda al niño (Bentley, O'Hagan, Raff y Bhatti, 2016). Datos de 2003-2013 de la *Child Helpline International* –una red global de líneas de ayuda– documentan el hecho de que más de 4 millones de niños han denunciado violencia, principalmente en edades entre 10 y 18 años; 60% de los denunciantes fueron mujeres, y 58% de los perpetradores fueron familiares directos (Child Helpline International, 2013). El panorama de los peligros para los jóvenes está cambiando: en 2015, *Internet Watch Foundation* y colaboradores retiraron más de 68 000 URLs que contenían imágenes de abuso sexual infantil (International Watch Foundations, 2016). Estos datos, por sí mismos, deben sacudirnos en nuestro papel de apoyo como profesionales: 3% de las víctimas fue evaluado a los 2 años de edad, la mayoría de las víctimas fue evaluada a los 10 años de edad o menos; 85% de las imágenes fueron de niñas, y 39% mostraba violencia extrema. Los *drivers* de este contenido son personas de los países en desarrollo. La mayor parte de estos sitios se encuentran en servidores de América del Norte y Europa.

Estas estadísticas ponen de relieve la necesidad de apoyar dos de las *Sustainable Development Goals* [Metas de Desarrollo Sostenible] (SDGs) de las Naciones Unidas: SDG 5.2, “eliminar todas las formas de violencia contra mujeres y niñas en espacios públicos y privados” (United Nations, 2017). Y SDG 16.2, “terminar el abuso, la explotación, el tráfico y todas las formas de violencia y tortura contra los niños” (United Nations, 2017). En el caso de los clínicos que trabajan con violencia familiar es importante estar conscientes de todo lo que abarca la violencia y sus riesgos, así como de los recursos para la resiliencia. Tenemos que estar preparados para considerar cuestiones transversales, como el ambiente y la pobreza, junto con los derechos humanos y las iniciativas para la salud pública en la prevención de la violencia, tal como se expresa en los principios que subyacen en las SDG.

◇ **Violencia y pobreza contribuyen de manera importante al maltrato**

Aunque podemos pensar que el maltrato infantil es relevante para un niño o una familia sus efectos se extienden mucho más allá. La violencia es un determinante social de la salud, y hay disparidades en las maneras en que la violencia afecta las relaciones, las prácticas de crianza y las comunidades. En una cohorte de una población de 27 años de edad se encontró que la inestabilidad económica y social fueron predictores de maltrato infantil (Doidge, Higgins, Delfabbro y Segal, 2017). Niveles más altos de maltrato se vinculan con crisis económicas y financieras en los países, así como con poca salud financiera en términos de empleo y propiedades (Currie y Widom, 2010). Las implicaciones de la pobreza incluyen efectos en el gasto público que, después, afectan la salud física.

Una preocupación actual es la cantidad exorbitante de niños que se encuentran en desventaja socioeconómica y que viven en lugares distintos a su hogar de origen. Por ejemplo, de acuerdo con *Statistics Canada*, en 2011 (Turner, 2016), los niños aborígenes de 14 años de edad o menos conformaban el 7% de los niños canadienses, pero el 48% de los niños que viven en casas hogar (*aborigen* es el término que se emplea en este estudio, y se refiere predominantemente a niños de *First Nations*, pero también a niños *Métis e Inuit*. Véase el informe del 2011 *National Household Survey* [Turner, 2016]). De estos, 44% vivían con al menos un padre aborígen. Las prácticas culturales indígenas promueven el bienestar, en tanto que buscan el equilibrio en el bienestar mental, físico, emocional y espiritual, así como mantener una conexión tangible con los recursos de la comunidad. Los niños y jóvenes que viven en una comunidad indígena también están expuestos a traumas relacionados con la tierra, donde las exigencias corrientes de defender y proteger los recursos de la tierra y el agua aumentan por las preocupaciones ambientales debidas a los desafíos que plantean los acuerdos entre corporaciones y gobierno. En años recientes, se ha hecho una conexión entre, gobierno y problemas de salud pública, como agua limpia, erosión del suelo y espacios verdes disponibles, por un lado, y la ubicación y (re)ubicación de niños y familias por otro. En la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas (United Nations General Assembly, 2007), se detallan los derechos a la propiedad intelectual, el conocimiento tradicional, la lengua y los dominios ancestrales, así como un tratado y los derechos sobre la tierra. Específicamente, el artículo 22 se refiere a los niños: afirma que ellos tienen derecho a “una protección total y protección contra todas las formas de violencia y discriminación” (p. 9). Las personas en puestos gubernamentales y los profesionales en puestos de atención y contacto tienen el deber de apoyar el bienestar y abordar la violencia. Por ello, tenemos la responsabilidad de respetar, promover y llevar a efecto los derechos humanos y abstenernos de incurrir en violaciones a ellos.

Esta descripción del maltrato infantil está conformada por desventajas de

los adultos y mala toma de decisiones, a menudo en el contexto de violencia y privaciones históricas y actuales. Los resultados de las investigaciones indican con claridad que el maltrato es una toxina ambiental y relacional, un factor de riesgo modificable para la salud y un fenómeno que produce grandes costos para la misma. Sin embargo, en la experiencia cotidiana, la violencia es una de las opciones que puede elegir el adulto entre una miríada de muchas otras para el niño. La capacidad de un adulto para proteger al niño de su propio estrés, así como para facilitar una respuesta en él, es crítica para desarrollar interacciones adaptativas de atención mutua en la que *se dé y se reciba*, entre las que se encuentran la capacidad para la reparación interactiva: el *cómo* reconciliar interacciones conflictivas. Una interacción de dar y recibir ocurre cuando los padres dan al niño retroalimentación acerca de sus actos o verbalizaciones; de ese modo hacen participar al niño de forma recíproca. Las reparaciones interactivas implican un intercambio entre padres e hijos, quienes trabajan en conjunto para remediar el conflicto; esto permite a los padres asumir la responsabilidad de corregir interacciones potencialmente dañinas. Un ejemplo de esto sería el padre que explica el uso de un castigo razonable o que se disculpa por hacer uso de un método disciplinario severo; así, el niño puede saber qué esperar en el futuro, como alternativa para la decisión particular de los padres. Con demasiada frecuencia, los niños o los jóvenes se apropian de una narrativa culposa que los llena de vergüenza, culpa y secrecía y que inclina la balanza hacia dañarse en vez de cuidarse a uno mismo.

Es hora de que las acciones individuales y colectivas reflejen una cultura de respeto por los derechos del niño y el adolescente y salvaguarden su dignidad e integridad. Esto incluye todas las disciplinas y necesita extenderse para abarcar los efectos en la salud física. El maltrato infantil, junto con otros SAI, se asocia con riesgos elevados de inactividad física, sobrepeso u obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedades hepáticas y, o digestivas, enfermedad respiratoria y una baja salud autopercebida (Hughes et al., 2007).

◇ Perspectiva informada del trauma

En este trabajo nos enfocamos en el maltrato infantil y en las discapacidades relacionadas con la salud mental desde una perspectiva informada del trauma para la evaluación y el tratamiento. Busca ofrecer información práctica sobre el alcance y naturaleza del problema del maltrato infantil, incluyendo datos estadísticos e investigaciones relevantes para ponerlos en práctica. Se presenta una exposición amplia de la intervención informada del trauma, cuyo representante actual estándar por excelencia es la *terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma* (TCC-CT), que se ha aplicado ya en diversos escenarios. La intervención que busca mejorar la capacidad de los

adolescentes de *mentalizar* (pensar acerca del pensar) también ha resultado promisorio en ensayos aleatorizados con adolescentes. Esta práctica reflexiva puede ayudar a mejorar el sentido de agencia y control donde hay desregulación emocional, y es de gran valor sobre todo con jóvenes que experimentaron abuso sexual infantil (ASI). Será interesante considerar trabajos futuros –sobre todo en el marco de los SAI, con muestras de servicios de protección a la infancia (SPI), y con jóvenes indígenas, homosexuales, bisexuales, transgénero, curiosos y otros grupos de la población LGBTQ+; a medida que la base de investigaciones evoluciona. A lo largo de todo este libro aparecen escenarios de casos breves y ejemplos de casos contrastados en las experiencias de la práctica clínica, con el fin de transmitir la fenomenología del maltrato infantil y la aproximación a él. En los apéndices 1 y 2, se proporcionan fuentes adicionales y el caso de un niño en proceso de asistencia social.

DEFINICIONES

En la mayoría de los países, la definición legal de *maltrato infantil* considera que los niños necesitan protección si su vida, salud o seguridad se encuentran en peligro por estar con su cuidador:

El maltrato infantil, a veces denominado como abuso y negligencia infantiles, incluye todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, negligencia y explotación que produce un daño real o potencial para la salud, el desarrollo o la dignidad del niño. (WHO; <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>).

En el mundo, muchos países han adoptado los preceptos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños (CDN; United Nations General Assembly, 1989). El CDN encarga a los países que lo suscriben que se enfoquen en las soluciones, por todos los medios apropiados, sea legislación, educación o bienestar social o iniciativas de prevención, para garantizar que el derecho de niños y adolescentes a la no violencia esté protegido. El uso del término *violencia* incluye la negligencia, que puede estar relacionado funcionalmente con los estresores tóxicos de la violencia y puede, en tanto fenómeno, ser un ataque activo o más pasivo contra el niño.

El *Global Partnership to End Violence Against Children* (<http://www.end-violence.org/>) indica la urgencia y la agencia para construir capacidades, al igual que, nivel global, la investigación pone de relieve el riesgo de que el maltrato infantil se desborde. Algunas definiciones legales incluyen estar en riesgo de abuso y negligencia infantiles como el punto de inicio para la acción, para no esperar a que ocurra un suceso explícito antes de que un profesional, un testigo o un ciudadano interesado intervengan. Aunque algunas jurisdicciones tienen una opción de participación voluntaria para entrar en contacto con los SPI, por lo general los padres no son quienes denuncian su propio abuso y, o negligencia. Las definiciones legales hacen hincapié en la desviación y la maldad de los padres, y se enfocan en la intención implícita de lastimar, o la incapacidad de los padres para proteger a sus hijos del daño.

La mayor parte del abuso físico consiste en dejar moretones, hinchazón o irritación en la piel, más que lesiones mayores

Las definiciones han evolucionado para permitir un mayor reconocimiento del individuo, la familia y el contexto social del maltrato, porque la mayoría de las denuncias involucran lesiones que no ponen en riesgo la vida del niño, con la excepción clave de los bebés expuestos a traumatismos craneoencefálicos no accidentales. La mayor parte del abuso físico consiste en dejar moretones, hinchazón o irritación en la piel, más que huesos rotos o lesiones graves,

aunque no en todos los casos que investigan los SPI se lleva a cabo un examen médico en busca de lesiones anteriores. Algunas jurisdicciones solicitan el diagnóstico del pediatra en relación con el abuso o la negligencia infantiles.

La perspectiva de las ciencias sociales concede importancia primordial al contexto relacional, donde ocurre el mayor impacto psicológico, en tanto que estudios recientes han documentado el impacto único, fuerte del maltrato emocional. Esta perspectiva parte de las definiciones legales incluyendo los antecedentes y las consecuencias del maltrato en el contexto de desarrollo y ecológico, así como haciendo comparaciones con los patrones “normales” del desarrollo. Todas las formas de maltrato infantil pueden ser incidentes o episodios aislados, aunque la mayoría de las veces reflejan un patrón crónico de relaciones disfuncionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define cuatro categorías principales de maltrato: 1) negligencia, 2) abuso físico, 3) abuso sexual y 4) abuso psicológico o emocional (WHO, 2016). Las directrices de la *American Psychological Association* para hacer la evaluación psicológica del maltrato infantil se pueden encontrar en su sitio web (<http://www.apa.org/practice/guidelines/child-protection.aspx>).

◇ Negligencia

El maltrato se puede considerar un patrón crónico de relaciones disfuncionales

La negligencia abarca formas muy diferentes de no cuidar a pesar de que no hay ningún impedimento para ello. En los SPI es común que se presenten casos de negligencia, sobre todo durante el desarrollo temprano del niño. La negligencia ocurre cuando los padres de un niño u otros cuidadores no brindan lo necesario para que el desarrollo emocional, psicológico y físico del niño tenga lugar, y puede deberse a razones muy diferentes (p. ej., el niño no se desarrolla por la falta de una nutrición adecuada relacionada con una comprensión limitada de sus necesidades básicas).

La *negligencia física* ocurre cuando no se cubren de manera adecuada las necesidades del niño de comida, ropa, casa, higiene, atención médica, condiciones seguras de vida y protección contra el daño. La *negligencia emocional* ocurre cuando no se cubren las necesidades del niño de sentirse amado, querido, seguro y valioso. La negligencia emocional varía desde la indisponibilidad hasta el rechazo activo hacia el niño.

Aún persiste una “negligencia de la negligencia” en la literatura empírica, y en términos clínicos, al evaluar el abuso, es útil reflexionar si hay alguna omisión que pueda sugerir negligencia. Los tipos de negligencia son: de supervisión, negativa o demora a brindar atención de salud física o mental, negativa a la custodia o negligencia relacionada, abandono o deserción, no

proporcionar una casa, no cuidar la higiene personal, albergar peligros o instalaciones insalubres, negligencia nutricional y negligencia educativa. Algunas definiciones de negligencia también incluyen la negligencia emocional (una marcada indiferencia hacia las necesidades del niño de afecto, atención y apoyo emocional).

La negligencia de supervisión es una de las formas más comunes –dejar al niño sin atención, al cuidado de otros niños, con personas peligrosas o en lugares peligrosos–, y se traslapa con lesiones accidentales, riesgo de abuso sexual y muerte (p. ej., ahogo). *No desarrollarse* se define en términos de múltiples mediciones de fallas del crecimiento físico debidas a la malnutrición (p. ej., peso por estatura, índice de masa corporal, cambios en el crecimiento de patrones estables a inestables, circunferencia de la cabeza). La depresión materna posparto puede ser un problema que se presenta junto con cualquier forma de negligencia.

◇ Abuso físico

El abuso físico se refiere a la aplicación deliberada de fuerza en cualquier parte del cuerpo del niño, lo que puede producir una lesión no accidental. El abuso físico incluye conductas como sacudir, estrangular, morder, patear, quemar o envenenar a un niño; sumergirlo bajo el agua, o cualquier otra forma de uso dañino o peligroso de la fuerza o control (p. ej., encerrar al niño en un armario o atarlo a una silla), o pegarle con objetos duros (p. ej., cuchara de madera, cinturón, entre otros). Algunas lesiones aumentan las sospechas, como fracturas múltiples en niños o fracturas en bebés que aún no gatean o caminan, ni presentan padecimientos médicos conocidos (si no camina, no se puede caer).

Por lo general, los niños se pegan en áreas óseas, como las rodillas, espinillas y tobillos, y no en áreas de tejido suave como estómago, pecho, espalda, cuello y oídos. Las lesiones en áreas de tejido suave, así como moretones múltiples, son señales fuertes de alerta. Sacudir es una conducta grave que siempre se debe evitar, pues puede causar lesiones al bebé por la presión de las manos del adulto en el tórax, el mentón del niño golpeándose en el pecho, o una acción violenta que cause una degollación interna. Se piensa que sacudir al niño es la causa de muertes infantiles inexplicables y de daños en la cognición. Las principales causas de muerte por abuso infantil son traumatismos craneoencefálicos abusivos, traumatismo abdominal con objetos sin punta ni filo y sofocación; la vulnerabilidad más grande es en los primeros dos años de vida.

El abuso físico infantil se asocia con frecuencia al castigo físico o se confunde con métodos disciplinarios, pero en ellos se aplica una fuerza

excesiva. Los padres que no tienen un conocimiento adecuado del desarrollo, ni expectativas realistas de sus hijos, los que presentan una discapacidad intelectual que limita su comprensión de la conducta del niño, los que llevan a cabo prácticas de crianza severas o inconsistentes o que carecen de conocimiento y compasión por el estado de desarrollo del niño, y los que *convierten en padres* a los niños exigiéndoles que cuiden de sus hermanos, de los propios padres o de las tareas domésticas, todos ellos están en riesgo de abusar de sus hijos. Estos padres necesitan que se les enseñen métodos disciplinarios centrados en el niño, adecuados para su etapa de desarrollo y no violentos, así como aumentar la atención conjunta positiva y afecto positivo compartido para mejorar sus sentimientos de satisfacción parental y su competencia parental. Todos los profesionales tienen que conocer las manifestaciones físicas y psicológicas de las lesiones por abuso infantil.

◇ **Abuso sexual**

El ASI ocurre cuando un adulto o un adolescente utiliza al niño con fines sexuales. El niño no está en posición de dar su consentimiento en virtud de su corta edad (que puede estar definida en la ley), o su nivel de desarrollo, independientemente de su edad. Desde la perspectiva del niño o del adolescente, se trata de un abuso de poder, pues la interacción sexual está determinada por los deseos y oportunidades del perpetrador. Se denuncian casos de ASI desde la infancia hasta la adolescencia. El ASI incluye acariciar los genitales del niño, coito, incesto, violación, sodomía, exhibicionismo y explotación comercial a través de la prostitución o producción de materiales pornográficos. Con el desarrollo de las tecnologías de la comunicación, la violencia sexual ha proliferado y ahora incluye daños virtuales (p. ej., ciberacoso, explotación sexual de las imágenes y atención sexual no deseada en juegos en línea con varios jugadores) y daños cara a cara (robo de identidades y encuentros coercitivos en persona).

El ASI se considera técnicamente presente entre adolescentes y sus pares, aun cuando el acto sexual sea voluntario y consensuado. La edad para poder dar el consentimiento varía de una jurisdicción a otra, así como los requisitos para denunciar abusos en servicios de bienestar infantil o a la policía. Además, las leyes pueden relacionarse con la diferencia de edades entre los menores o el menor y una pareja, 18 o más.

◇ **Abuso psicológico o emocional**

El abuso psicológico (también denominado *abuso emocional*) es de los más

difíciles de cuantificar, pues muchos padres pueden gritar a sus hijos o dirigirles palabras crueles o actos cuestionables. Esta forma de abuso incluye sobreprotección extrema que le impide al niño tener oportunidades para socializar, o activamente rechazar o aterrorizarlo con o sin la intención o la consciencia de lastimarlo. El abuso psicológico incluye la denigración verbal y las amenazas, así como usar al niño como chivo expiatorio, explotarlo o plantearle exigencias irracionales de manera cotidiana. También incluye castigos inadecuados o degradantes (p. ej., dar nalgadas a un adolescente, hacer que el niño coma del plato de la comida de un animal, encerrar al niño en un armario) y la omisión para transmitir afecto y calidez (aislarlo, rechazarlo, ignorarlo), así como conductas más extremas como aterrorizarlo y comportamientos sádicos (decirle al niño que es responsable de una enfermedad o una muerte, sacar ventaja de los miedos del niño para elegir las medidas “disciplinarias”, entre otras). El abuso psicológico se relaciona con la discapacidad funcional, ocasiona sufrimiento, alteraciones en el apego o un bajo autoconcepto o autovalía. Es probable que sea crónico y se puede traslapar con la salud-enfermedad del cuidador (p. ej., trastorno psiquiátrico con características psicóticas, irritabilidad con depresión, abstinencia de alguna sustancia, dolor crónico).

El maltrato infantil se caracteriza por un patrón de escalada del conflicto o el daño

Lo que casi siempre distingue a los padres que han sido denunciados de los que no lo han sido, y todos tienen características socioeconómicas similares, es el patrón crónico y de escalada de los ataques parentales y el conflicto padre-hijo, que con el tiempo culmina en daños más graves. Los padres abusivos y negligentes suelen distinguirse por la cronicidad y la gravedad de su conducta, más que por sucesos excepcionales únicos. La negligencia puede ser más perjudicial que otras formas de maltrato cuando ocurre en ausencia de factores compensatorios (p. ej., interacciones positivas, una fuerte red social de apoyo) cruciales para facilitar el desarrollo social, cognitivo y emocional del niño. El impacto único y duradero ha impulsado intentos para que sea parte de la evaluación de cualquier tipo de maltrato infantil y sea considerado una disfunción parental por sí misma.

◇ Consideraciones diagnósticas

En la actualidad, el gobierno federal de EUA y la ley de Portabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés; <http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/index.html>) exigen concordancia con la *Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud (CIE-10; WHO, 1992)*, pero no con el *Manual*

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) para hacer reembolsos. Las directrices oficiales para codificar e informar de los Centros de Atención Médica y Servicios Médicos (CMS, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas en Salud (NCHS, por sus siglas en inglés) (conforme la versión con modificaciones clínicas del CIE-10) abordan el abuso y la negligencia infantiles (CMS y NCHS, 2016). El abuso o la negligencia infantiles se codifican como confirmados (códigos T74-) o sospechados (códigos T76-) (CMS y NCHS, 2016, p. 72). Además:

En los casos de abuso o negligencia confirmados se debe añadir el código de una causa externa de la sección ataque (X92-Y08), a fin de identificar la causa de cualquier lesión física. También se debe agregar el código de un perpetrador (Y07) cuando se conoce el perpetrador del abuso (CMS y NCHS, 2016, p. 73).

Asimismo, se registra el código del tipo de encuentro. Cuando no hay un mandato legal de elaborar un informe se alienta a los proveedores de servicios que informen voluntariamente los códigos de las causas, pues proporcionan datos valiosos para la prevención de lesiones.

El DSM-5 define el maltrato tomando en cuenta su contribución al trastorno o padecimiento mental

El DSM-5 de la *American Psychiatric Association* clasifica el maltrato en la categoría “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (American Psychiatric Association, 2013). Así, el maltrato infantil se considera en relación con su contribución en otros trastornos o padecimientos clínicos (es decir, el maltrato en sí mismo no es un trastorno mental). Tales padecimientos incluyen abuso físico infantil, ASI, problemas en la relación padre-hijo, y niño afectado por angustia relacionada con la relación parental, entre otros. En el sistema clasificatorio del DSM-5, el maltrato se registraría con el *código V*, que no causa reembolso para una aseguradora. Si se diagnostica un padecimiento específico al maltrato, la nueva categoría del DSM-5 “Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés” es adecuada. Estos trastornos (p. ej., trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático) tienen en común la exposición directa o indirecta a estresores agudos o crónicos o sucesos catastróficos, que pueden constar de múltiples sucesos a lo largo del tiempo, similares al maltrato infantil.

EPIDEMIOLOGÍA

Con el fin de captar el alcance y los parámetros del maltrato infantil, diversas fuentes de datos reflejan la realidad multidisciplinaria, multisectorial, de los profesionales que trabajan para proteger, intervenir y ponerle fin a la violencia contra los niños. Dichas fuentes incluyen informes oficiales (a SPI, a la policía), encuestas en las comunidades, encuestas acerca de la disciplina y así sucesivamente. Esta vigilancia brinda las mediciones de línea base, críticas para juzgar las estrategias de prevención y protección coordinadas con objetivos de niveles múltiples en el público, profesionales, subsectores de las poblaciones y los jóvenes. También puede respaldar datos de intervenciones en poblaciones de gran escala acerca de la tasa y la gravedad del maltrato infantil (Prinz, 2017).

Cada año se informa de 3.6 millones de niños que sufren maltrato aunque muchos informes no se confirman

El *National Child Abuse and Neglect Data Study* [Estudio Nacional de Abuso Infantil y Negligencia] (NCANDS) de EUA recopila datos anuales y da a conocer estimaciones nacionales de niños que fueron objeto de alguna investigación o una *respuesta alternativa* (también conocida como respuesta diferencial). Según informes del *Children's Bureau* [Agencia Infantil] (US Department of Health & Human Services, 2016), en 2014 los SPI recibieron 3.6 millones de denuncias, las cuales involucran a 6.6 millones de niños. De ellos, 60.7% fueron examinados para profundizar en el caso (proporción de 28.9/1 000 niños), y su estatus final fue de 1) seguimiento a la investigación (categorizada como confirmada, 17.8%, no confirmada, con indicios, intencionalmente falsa o cerrada sin decisión) o 2) seguimiento de la respuesta alternativa (sin investigación, perpetrador no determinado; usualmente considerado como de riesgo bajo a moderado, categorizado como víctima, 0.6%, o no víctima, 10.9%). En general, 19.2% fueron considerados víctimas, y casi 80%, no víctimas, lo cual se relaciona, en parte, a si las evidencias disponibles cumplían con los requerimientos legales o de los organismos (US Department of Health & Human Services, 2016).

La mayor parte de las víctimas de maltrato sufre negligencia (75%)

En EUA, con base en *Child Maltreatment 2014* (US Department of Health & Human Services, 2016), en el que se hicieron conteos de distinto tipo para calcular las tasas por tipo, tres cuartas partes de las víctimas (75%) sufrieron negligencia (hombres > mujeres), 17% sufrieron abuso físico (hombres > mujeres) y 8.3% sufrieron abuso sexual (mujeres > hombres), mientras que 6% sufrió abuso emocional. Se informó un aumento de 7.4% de 2010 (3 023

000) a 2014 (3 248 000). Se estima que 1 580 niños murieron en 2014, a una tasa de 2.13/100 000; la mayoría tenía menos de 3 años de edad, y hubo más muertes de hombres (2.48/100 000) que de mujeres (1.82/100 000) (US Department of Health & Human Services, 2016). En los datos estadísticos de los SPI, hay una reducción en las tasas en distintas edades: 68.3/1 000 en niños menores de 1 año, 49.9/1 000 en niños de 1 a 5 años, 45.4/1 000 en los de 6 a 10 años, y 33.5/1 000 en los de 11 a 17 años. Se necesitan más investigaciones sobre las revelaciones, en tanto que puede desafiar los estatutos de la limitación cuando la revelación se ve como un proceso, y el riesgo de maltrato se mantiene vigente.

En general, las niñas presentan tasas ligeramente más altas que los niños, en gran parte debido a la victimización en edades mayores y tasas más altas de ASI. Casi 41% de los delitos son cometidos por las madres, 21% por la madre y el padre, 21% por el padre solo y 7% por la madre y otra persona que no es el padre. Casi 23% de las víctimas fueron llevadas a un centro de atención, de modo que la mayoría se queda con sus cuidadores y recibe servicios dirigidos al hogar, manejo del caso y derivación a otros servicios. En más de la mitad de los casos en los que se realizó una investigación, se brindaron servicios como el de casas hogar (US Department of Health & Human Services, 2016).

En cuanto a la predicción del ingreso en casas hogar (entre las edades de 4 y 18 años), English, Thompson y White (2015) encontraron que la mayoría de los niños fueron ubicados en una antes de los 12 años de edad. Los predictores significativos fueron síntomas depresivos del cuidador (madre), maltrato emocional al niño (antes de los 4 años) y varias denuncias en los SPI. En situaciones de poco apoyo y de ingreso a servicios de salud mental también son importantes las pérdidas, aflicciones y el aislamiento. Por ejemplo, habría riesgo de que los padres decaigan cuando hay una depresión preexistente y pérdida del niño (incluso porque se lo quitaron temporalmente), de modo que la motivación para recobrar la custodia del niño se reduce (en vez de aumentar) con el tiempo. Es importante explorar en busca de depresión materna y de trastorno por estrés postraumático en contextos de maltrato infantil, al igual que la presencia de violencia en la pareja (VP) y consumo de sustancias.

Las niñas son las víctimas más frecuentes de abuso sexual

Otra imagen representativa de los casos de ASI proviene de datos de la aplicación de la ley. El *National Incident-Based Reporting System* [Sistema Nacional de Denuncias de Incidentes] de EUA, en 2013, confirmó una tendencia muy consistente en todos los conjuntos de datos: las niñas son las víctimas más frecuentes de ASI, y los hombres son los principales perpetradores (US Department of Justice, Federal Bureau of Investigation, 2016). Sin embargo, al examinar la información sobre ataques sexuales de hombres se puede observar que involucra sobre todo a niños preescolares y

perpetradores hombres (moda = 4 años de edad). Tomando en cuenta que el dominio del lenguaje se encuentra en etapas tempranas a estas edades, las presiones para callar lo sucedido, la necesidad no cubierta de un lenguaje suficiente para revelarlo y la transición a la escuela primaria, se puede subestimar la frecuencia y el impacto del ASI en la trayectoria del desarrollo masculino.

Estudios comunitarios de poblaciones específicas aportan otra fuente de información; sin embargo, a veces éstas se relacionan con la trayectoria del maltrato y la discapacidad infantiles, y con lo que es evidente después de alcanzar una mayor madurez cognitiva y autonomía. Un estudio reveló que sólo 7.6% de los adultos que informaron abuso y negligencia en la infancia también informaron que recurrieron a los SPI. De hecho, experimentar abuso físico y sexual, así como la exposición a la VP, *todo en conjunto*, aumentó casi 16 veces la frecuencia con que el sistema de bienestar infantil participó (Afifi et al., 2015). Considerando la literatura sobre estudios de poblaciones o de las denuncias oficiales, la frecuencia de ASI o abuso físico que informan los propios participantes es más de 30 veces mayor que en los informes oficiales (Stoltenborgh, Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011).

En una encuesta a adolescentes en Ontario, MacMillan, Tanaka, Duku, Vaillancourt y Boyle (2013) encontraron que el abuso físico se presentó entre 28 y 35% de los participantes, y que casi 22% de víctimas de ASI eran de sexo femenino y 8% de sexo masculino. Los hermanos se encontraban también en un riesgo tan alto como el de las víctimas, lo cual nos recuerda que todos los menores que están en contacto cercano con el presunto perpetrador tienen que tomarse en cuenta. Con base en las encuestas a adolescentes en EUA debemos concluir que casi uno de cada siete jóvenes ha experimentado maltrato infantil (Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby, 2015). De hecho, la mayoría de las víctimas ha vivido una *polivictimización*, o violencia repetida de diversas formas en varios escenarios (cuadro 1-1). Las entrevistas telefónicas realizadas en EUA con más de 4 500 niños y jóvenes de todo el país acerca de sus experiencias de maltrato indicaron que, de los menores que informaron haber experimentado algún tipo de victimización, en 64.5% se presentó más de un tipo (Finkelhor, Turner, Hamby y Ormrod, 2011). Por ejemplo, los menores que sufrieron ataques físicos el año pasado tienen 5 veces más probabilidades de haber sido victimizados sexualmente. Los niños con necesidades especiales, incluyendo los que padecen discapacidades del desarrollo, también están en un mayor riesgo de maltrato infantil (Jones et al., 2012).

Cuadro 1-1. Puntos a considerar respecto con comorbilidad social
1. Los tipos de maltrato tienden a traslaparse con lo cual destaca la polivictimización; 2. La negligencia es prominente; 3. Los niños pequeños son extremadamente vulnerables al abuso físico;

4. Más niñas son víctimas de abuso sexual infantil (ASI); sin embargo, el ASI de niños puede ocurrir en edades muy tempranas y ser subdenunciado;
5. Con excepción del ASI, los cuidadores son los responsables de la gran mayoría de los delitos, aunque hay un renovado interés por cuantificar el ASI en la familia;
6. Subpoblaciones, como los niños más pequeños o que tienen alguna desventaja, son los que tienen el riesgo más alto de sufrir maltrato.

CURSO, PRONÓSTICO Y CONTEXTO

El curso y pronóstico del maltrato infantil dependen de que se detenga la violencia, la respuesta de apoyo del cuidador que no es el agresor, y la protección actual y el apoyo al desarrollo, así como de los parámetros del abuso, el modo en que fue revelado y en la respuesta al mismo. Las tasas de maltrato infantil tienden a moverse junto con otros indicadores de la salud de los menores. Las instituciones de salud pública o que brindan servicios de salud han dado primacía a la relación entre el cuidador y el equipo de salud que atiende al niño. Las experiencias culturales con traumas históricos o multigeneracionales también afectan la respuesta del niño al trauma y a la pérdida, su visión del mundo y sus expectativas respecto de sí mismo, los demás y las instituciones sociales. Por ejemplo, los refugiados políticos y los trabajadores víctimas de tráfico de personas tienen un riesgo más alto de ser explotados sexualmente debido a la naturaleza de la movilidad en circunstancias inseguras. Las comunidades indígenas han experimentado trauma de multinivel, desde la colonización y las escuelas residenciales, y continúan con las desigualdades en los servicios de salud; ellas están sobrerrepresentadas en los SPI. En el caso de las víctimas masculinas de ASI, el uso de amenazas y la fuerza es alto.

Los niños indígenas acuden en una tasa alta a los SPI debido a desigualdades y a su historia colectiva

Por ejemplo, en un estudio en línea de hombres que viven ASI, se asociaron cinco factores (edad del primer abuso, número de abusadores, uso de la fuerza física, penetración y lesiones) con el número de indicadores de ASI que estos varones han experimentado (Easton, 2014). Los varones con más ASI (4.7 en promedio) tenían probabilidades más altas de ser polivíctimas de ASI con lesiones físicas o uso de armas por parte del perpetrador. Feiring y colaboradores aportaron un trabajo sobre el impacto nocivo de la vergüenza y la culpa centrándose en el ASI y los significados que se le confieren. Por ejemplo, 6 años después del descubrimiento de un ASI, la mayoría de los adolescentes y adultos jóvenes presentaron más cambios negativos postraumáticos que cambios positivos, lo cual se asoció con una mayor estigmatización del abuso, trastorno por estrés postraumático, problemas sexuales y violencia en el noviazgo (Simon, Smith, Fava y Feiring, 2015).

En un metaanálisis, niños que habían sufrido abuso y negligencia mostraron retrasos en la adquisición del lenguaje, sobre todo los niños pequeños, en comparación con niños no maltratados (Sylvestre, Bussi eres y Bouchard, 2016). Experimentar maltrato en los dos primeros a os de vida se relacion 

con un CI 7 puntos menor respecto de la media (Enlow, Egeland, Blood, Wright y Wright, 2012). El funcionamiento ejecutivo entre preescolares con antecedentes de maltrato es moderado por las estrategias de regulación emocional de los padres (es decir, *negativas*: reacciones unificadoras a emociones negativas del niño; *positivas*: aliento a la expresión afectiva, apoyo para el manejo de afectos; Fay-Stammbach, Hawes y Meredith, 2017). Trátese de maltrato en los primeros años, maltrato durante periodos enteros del desarrollo o sucesos de maltrato grave, agobiante, hay una mayor probabilidad de efectos negativos en la predisposición para el aprendizaje, la solución de problemas de lógica y tareas más complejas que requieren de memoria de trabajo y atención (matemáticas y comprensión de lectura).

El curso y el pronóstico de las afectaciones dependen del grado de polivictimización y de apoyos

Al estimar el curso y pronóstico de las afectaciones, es necesario tener una comprensión cabal del trauma. Hay subpoblaciones de menores que tienen un pronóstico desfavorable debido a la polivictimización. Se han observado cuatro cursos de ésta: 1) vivir con la familia que experimenta violencia y conflictos, 2) tener una familia con problemas que tienden a limitar la supervisión del niño por parte de los cuidadores, por lo cual las necesidades emocionales del niño no son satisfechas, 3) vivir o mudarse a un vecindario peligroso y 4) ser un menor con problemas preexistentes que aumentan las conductas de riesgo y, por ello, la probabilidad de polivictimización (Finkelhor et al., 2011). En parte, el mal pronóstico se debe a un apoyo inadecuado a la salud mental de estos menores y a omisiones en la provisión de protección apropiada contra la violencia hacia los adolescentes.

En un estudio de comunidades LGTBQ se encontraron tasas de ASI más altas en comparación con grupos de heterosexuales; en estos grupos la expulsión del hogar y VP física y sexual fueron comunes (McLaughlin, Hatzenbuehler, Xuan y Conron, 2012). Además, los menores que se habían fugado de sus casas y que recibían servicios en el *Child and Youth Advocacy Center* [Centro de Apoyo a Niños y Menores] (CAYC) de EUA, tenían mayores probabilidades de haber experimentado ASI graves, mayores niveles de tensión emocional, autolesiones, intentos de suicidio en el año previo, más parejas sexuales, consumo de sustancias y enfermedades de transmisión sexual que los que no habían huido de casa, y también tenían menos conexiones sociales positivas con adultos que los cuidaran. Sin embargo, pocas mujeres del CAYC estaban embarazadas. Fue menos probable encontrar factores de resiliencia, como interés en las artes, en el grupo de los que se habían fugado de casa y que llegaron al CAYC (Edinburgh, Harpin, Garcia y Saewyc, 2013). Los menores atendidos por SPI están en riesgo de huir de casa y escapar de las casas hogar a las que son enviados es el mejor predictor de su ingreso en el sistema juvenil de justicia. La violencia en el noviazgo entre

adolescentes y adultos jóvenes también es un riesgo para el bienestar de los menores involucrados, así como la gravedad de los problemas de abuso, como la estigmatización y la ira, y el alto riesgo de estar en relaciones violentas durante la adolescencia. Es claro que viviendo en las calles, el menor estará expuesto a varias formas de violencia y de estrés tóxico, y los menores que se encuentran en SPI necesitan una protección activa frente a la violencia adolescente.

Los menores maltratados, sobre todo los que se encuentran en el sistema de bienestar infantil, experimentan una vida escolar interrumpida y una preparación vocacional limitada, lo cual crea obstáculos permanentes para su participación en el mercado laboral, productividad futura y calidad de vida. Los menores que experimentan abuso físico o sexual tienen resultados reducidos en el ámbito educativo durante la adultez, y el maltrato se asocia con déficits globales y neuropsicológicos múltiples *no relacionados* con el trastorno por estrés postraumático actual u otro trastorno psicológico (De Bellis, Wooley y Hooper, 2013). Los programas educativos en la infancia temprana protegen de tales efectos negativos, y brindan el beneficio de experimentar cuidados no violentos, dedicados y ambientes enriquecedores.

IDENTIFICAR, DENUNCIAR, REVELAR EL MALTRATO

Muchos países tienen leyes que obligan a denunciar cualquier posible caso de maltrato

De acuerdo con *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* [Sociedad para la Prevención del Abuso Infantil y la Negligencia] (ISPCAN), 73.3% de los países de bajos y medianos ingresos y 62.8% de los países de altos ingresos que participaron en la encuesta tienen leyes federales que obligan a denunciar el maltrato infantil (Dubowitz, 2014). En 59.1% de los países de ingresos altos y en 32.1% de los países de ingresos altos o medianos, estas leyes abarcan el abuso físico, ASI, negligencia, abuso psicológico o emocional, y exposición a la VP. Sin embargo, son pocas las investigaciones sobre la eficacia de la denuncia obligatoria para la identificación de casos, resultados en el niño y la reincidencia del maltrato. La estrategia del *Center for Disease Control and Prevention* [Centro de Control y Prevención de Enfermedades] es enfocarse en las relaciones seguras, estables y beneficiosas como elemento clave para prevenir el maltrato infantil, incluyendo educación y apoyo a las relaciones positivas y la promoción de ambientes positivos en el hogar (Schofield, Lee y Merrick, 2013).

Los niños tienen la predisposición a desarrollar apego, lo cual habla de la importancia de apoyar la relación padres-hijo, pero nunca a expensas de la seguridad. Puede haber diferencias de personalidad y temperamento de los adultos (p. ej., poca tolerancia a los ruidos con un niño sumamente activo y verbal) que impide que haya “un buen ajuste” entre ellos. Fuera del hogar, estas conductas de apego moldeadas se expresan de una manera muy variada que va desde el sometimiento compulsivo, a una quietud vigilante o a la agresión y hostilidad con los demás. Aunque la mayoría de los niños maltratados desarrollan un apego inseguro o desorganizado, existe la posibilidad para cambiar los estilos de apego a través de la experiencia y, en última instancia, llegar a adquirir seguridad.

En la mayoría de los menores maltratados, la falta de predictibilidad del modo en que los recibirá el cuidador, la falta de confianza en la sensibilidad del cuidador y las conductas aterradoras o aterradas de los cuidadores, significan que los niños más maltratados tienen que mantenerse flexibles para sobrevivir, es decir, que ningún modo de relación se cristalice con fuerza (cuadro 1-2). Ellos pueden acercarse, evitar, acercarse un poco y de repente evitar, o sentirse confundidos, desorientados o disociados. En otros casos esta conducta puede presentarse como necesidad, capricho, falta de fluidez,

insensibilidad o inconsistencia. Más cerca de la adolescencia, otros interpretan la juventud como intensa, llena de secretos, manipuladora, instrumental, carente de límites o como un exceso en la revelación de información personal. Los adolescentes pueden mostrar conductas temerarias o autodestructivas que permanecen ocultas (dibujos, anotaciones en libretas), o pueden reunir la determinación para revelar sus experiencias cuando encuentran una pareja romántica que le brinda apoyo.

Estas expresiones reflejan elementos conflictivos fundamentales del maltrato: 1) violencia en el contexto de una relación de apego, 2) coocurrencia de exposición a la violencia y 3) la necesidad de conexión a lo largo del desarrollo. Además, el papel del modelamiento en el hogar donde hay maltrato es de desviación; la exposición a actividades delictivas o inclusión en ellas también se puede considerar maltrato emocional. El abuso infantil es una desviación; no obstante, la mayoría de las víctimas de maltrato no se convierten en agresores cuando llegan a la edad adulta. En los hogares donde hay maltrato crónico, el niño está expuesto de manera constante a la disfunción relacional y a los ataques a su autoagencia y a la creación de su sí mismo y a sus esquemas para relacionarse con los demás. Estos guiones sociales orientan (y comprometen) las relaciones con hermanos, pares, figuras de autoridad y parejas futuras.

Cuadro 1-2. Cambiar las relaciones familiares

Una joven pareja recién tuvo un bebé, cuyos cuidados se dividieron entre los dos. Su hijo de 8 años de edad no estaba preparado para la llegada del bebé. El niño reaccionó dando vueltas, quejándose y pegando con las manos. El papá llamó a esta conducta “brincotear” y respondió con agresiones físicas. Esto no disuadió al niño de repetir esta secuencia de episodios concentrados de atención sólo al bebé, y repitiendo los episodios de “brincoteo”.

El contexto y los recursos familiares merecen tomarse en cuenta al determinar la naturaleza del maltrato

El ambiente de maltrato con frecuencia posee recursos limitados (de comida, afecto, atención) y la competencia entre los hermanos puede desarrollarse como un estilo a costa de la colaboración y las interacciones pacíficas. Los padres pueden sacar conclusiones injustificadas, como creer que un hermano mayor por naturaleza o por decisión propia asume un papel parental. Convertir al niño en chivo expiatorio o en una figura parental, o un dar afectos diferentes a cada hijo (p. ej., puede haber un hijo “favorito” que no está sujeto al abuso ni a la negligencia) son características clave en los ambientes del hogar donde hay maltrato. Sin embargo, algunos niños pueden ubicar la violencia sólo en casa, y aceptar los distintos programas de reforzamiento brindados por los educadores y comportarse como un estudiante modelo, con éxito en las tareas y actividades escolares debido a que el maltrato no está presente en el contexto educativo. Las fracturas en esta armadura de protección se revelan más lentamente, cuando crecen las demandas al rendimiento y en las

relaciones íntimas. Los niños maltratados no logran ubicar sus sentimientos o sentirse orgullosos de sus logros, o no expresan de manera directa sus ideas y opiniones, simplemente porque no han tenido práctica en autoexpresión, autoafirmación y negociación de sentimientos.

Hacer preguntas directas acerca del maltrato es difícil debido a la posibilidad de desencadenar angustia en la víctima o ira en los padres, o de ser un mal profesional por albergar tales sospechas. La investigación con menores indica que, aunque puede haber cierta angustia, a ellos les resulta positiva la pregunta. Los instrumentos para explorar en poblaciones han resultado útiles para identificar el alcance del problema de maltrato infantil, pero menos útiles para fines clínicos. Una preocupación importante es usar los términos *abuso* y *negligencia*, lo cual requiere aplicar una etiqueta o autoetiquetarse. La investigación ha mostrado que los menores, aun cuando reconocen los indicadores conductuales de una categoría del abuso, no necesariamente aceptan el reactivo “Sufrió abuso físico” cuando crecen (Wekerle et al., 2001).

Las listas de verificación son otro medio para detectar maltrato. En Holanda, donde la exploración en las unidades de urgencias es obligatoria, y se implementa un programa de capacitación, una lista de verificación exploratoria aumentó la tasa de detección de abuso infantil y negligencia (Louwers *et al.*, 2012). Cualquier respuesta positiva en la lista de verificación era suficiente para hacer una evaluación más profunda. Los reactivos incluyen las siguientes preguntas: ¿Los resultados del examen físico confirman la historia que relató el cuidador acerca de la lesión? ¿Hubo un retraso en la búsqueda de atención médica? ¿El inicio de la lesión corresponde al nivel de desarrollo del niño? ¿Los resultados del examen físico de pies a cabeza son consistentes con la historia? Los casos en los que hay sospecha son informados al equipo especializado en abuso infantil y negligencia del hospital. Se espera una elevada tasa de falsos positivos con esta lista de verificación en las áreas de urgencias, sobre todo con niños pequeños (del nacimiento hasta los 7 años de edad), pero este problema desaparece cuando los expertos en abuso infantil realizan más evaluaciones. Por su nivel de desarrollo, los niños de 8 años de edad en adelante suelen brindar información confiable.

Dependiendo del escenario, informar puede ser una obligación legal específica a las profesiones (*denuncia obligatoria*) o general a todo el público (*denuncia permisiva*). El niño es el cliente primario. Las leyes de denuncia obligatoria se crearon en primera instancia para responder al problema que se presenta porque el maltrato infantil es un fenómeno, en gran medida, oculto, y es poco común que ocurra en lugares públicos. Estas leyes son parte de un modelo de salud pública que se ocupa principalmente del maltrato que ya ha ocurrido. Aunque se trata de una respuesta de prevención terciaria, también puede ser una respuesta potencial de resiliencia si existe una conexión inmediata con los servicios correspondientes y se enfoca en la intervención y

desarrollo temprano del niño (Wekerle, 2013). De acuerdo con estadísticas del bienestar del niño en EUA de 2014 (US Department of Health & Human Services, 2016), la mayoría de los denunciantes del maltrato infantil fueron profesionales (que trabajan en la aplicación de la ley, educación, servicios sociales y atención en salud), aunque no profesionales (p. ej., vecinos, familiares o amigos) y otros no clasificados presentaron dos quintas partes de las denuncias en los SPI.

La denuncia efectiva requiere capacitación y conocimiento del maltrato

Para hacer una denuncia efectiva se requiere una capacitación que incluya conocimiento de la investigación y la fenomenología del maltrato infantil, la capacidad de identificar el abuso infantil y la negligencia, y conocimiento de la literatura. El nivel de confianza y comodidad con la denuncia obligatoria reconoce que el enfoque multidisciplinario, colaborativo, es el que más ayuda al niño y a su familia. Hay muchos profesionales que pueden ayudar, incluso especialistas pediatras en abuso infantil, equipos de evaluación en hospitales y clínicas comunitarias, y servicios de bienestar infantil. Las consultas privadas siempre son una alternativa. En especial, los médicos tienen una larga lista de obligaciones, entre las que denunciar el abuso infantil y la negligencia es sólo una, y todos los estados de EUA cuentan con médicos identificados como denunciantes obligados legalmente.

En situaciones terapéuticas o profesionales es necesario hablar de los límites de la confidencialidad y los protocolos de denuncia, y se puede hacer en términos de crecimiento positivo y de apego a los sistemas de ayuda, a los códigos éticos profesionales y a la ley. No debe ser sorpresivo para un padre o un menor que los profesionales tengan el deber de trabajar en pro del bienestar del niño, apoyar su desarrollo y las conductas de protección de los cuidadores. El requisito de denuncia obligatoria se puede explicar en términos donde distintos profesionales son responsables de obtener diferentes tipos de información para evaluar lo que está sucediendo y garantizar que los servicios se ajusten lo mejor posible a las necesidades.

En la denuncia obligatoria de un posible abuso infantil y negligencia no se recomienda realizar una evaluación detallada del presunto suceso de abuso; basta con una sospecha razonable (es decir, lo que cualquier persona vería con preocupación). Archivar un informe obligatorio deja un registro aun cuando las familias cambien de residencia de manera frecuente. La sospecha, no la certeza, es suficiente para iniciar un proceso de denuncia, y el deber profesional está por encima de la confidencialidad, privacidad e información privilegiada. Si uno de los padres o cuidadores no está implicado en el maltrato, el caso puede pasar directamente a la policía en algunas jurisdicciones, sin intervención de los SPI. En el *Child Welfare Information Gateway* del US Department of Health & Human Services se puede encontrar orientación sobre cómo informar de un caso del que se sospecha maltrato

(<https://www.childwelfare.gov/topics/responding/reporting/how/>).

Las señales de abuso infantil y negligencia pueden estar ocultos o ser sutiles y ambiguos

Muchas organizaciones profesionales recomiendan estar alerta ante los signos y síntomas de victimización actual y pasada. Sin embargo, las señales del abuso infantil y la negligencia pueden estar ocultos o ser sutiles y ambiguos, sobre todo en casos en que se desconoce la historia del niño. A veces, los cuidadores no tienen una historia que explique cómo ocurrió la lesión, ofrecen versiones que entran en conflicto entre sí, o su historia no tiene sentido. Una cuestión clave es si hay una explicación plausible de cómo ocurrió la lesión que puede ser sutil, como un ligero sangrado de la boca. En los casos de abuso físico potencial, se debe tener presente que los niños con mucha frecuencia se hacen moretones cuando son inquietos, pero no niños pequeños que aún no tienen mucha movilidad. Puede ser una serie de moretones y un “patrón” en ellos, o en el área de la columna vertebral debido a que fueron empujados contra una superficie dura. Si se encuentra una lesión, el clínico puede aclarar, “Me doy cuenta de que... ¿Qué me puede decir acerca de lo qué sucedió?” Es importante tener una comprensión clara de los términos – por ejemplo, el niño puede decir que le “pegaron”, pero puede referirse a que el golpe fue con un objeto duro o un cinturón, y no con la mano.

Cuando hay un patrón de moretones, se puede determinar el objeto con el que se hicieron las lesiones, como la hebilla de un cinturón, un objeto para dar latigazos (el cable de una lámpara, un bastón) o manotazos, donde las áreas rojas hinchadas abarcan el área entre los dedos de la mano, en tanto que los dedos y la mano hacen presión. Hay motivos para preocuparse cuando los moretones aparecen en el torso, los oídos o el cuello en menores de 4 meses de edad. En términos conductuales, los niños de 6 años o menos pueden no mostrar signos manifiestos de angustia, pero sí signos encubiertos como conductas de preocupación (p. ej., escenas repetitivas, obsesivas y de tensión en juegos donde la victimización es un tema constante). Por ejemplo, en una sesión de juego libre, un niño eligió pistolas, una soga, un señalamiento de alto y muñecos para representar la escena de ser lastimado, sentirse indefenso y pedir ayuda. Una señal importante, dada la superposición y la alta prevalencia, es considerar o reconsiderar la negligencia al tratar con abuso físico o sexual.

Los menores y sus cuidadores deben ser capaces de articular conductas positivas para indicar crecimiento y desarrollo (p. ej., véanse los recursos materiales disponibles en el sitio web *Bright Futures de la American Academy of Pediatrics*; <https://brightfuture.aap.org/materials-and-tools/Pages/default.aspx>). Algunas sugerencias de conductas positivas que notar son comer alimentos saludables, estar activo físicamente, tener uno o

más adultos que ayuden y cuiden, participación en organizaciones sociales, un sentido de esperanza, sueños para el futuro o ser especialmente bueno en algo. Es importante preguntar de manera equilibrada acerca del contexto para obtener elementos de riesgo y resiliencia.

Si uno de los padres plantea el tema del maltrato se debe hacer una pausa para que el niño pueda salir de la conversación. Se debe librar al niño de las influencias de los padres, sus observaciones y percepciones.

Esto se debe a que podría llevar a una denuncia falsa, a la falsificación o exageración de los hechos por parte del niño debido a la influencia del padre en cuestión. Los niños pueden alterar su relato para hacerlo coincidir con el del padre que informa al clínico. No todos los padres hablan del niño en términos positivos, y también se le debe proteger en estos casos. Los padres pueden tener grandes problemas en el contexto de un divorcio, por ejemplo, lo cual puede ser válido o dramatizado debido al proceso conflictivo.

Sin embargo, el hallazgo predominante aquí es que la mayoría de los casos de maltrato no son detectados ni revelados. Por ejemplo, más de la mitad de las personas que vivieron ASI no lo revelan, sino hasta la edad adulta. La mayor parte de la violencia no tiene testigos, y si los hay, estos no se percatan de ella. Al hablar con el niño o menor se recomienda formular preguntas abiertas (p. ej., “¿hay alguien que te esté molestando?” o “dime qué sucedió”); es importante el registro textual, al igual que la evaluación de amenazas inmediatas a la integridad. Las características de los perpetradores pueden aumentar la preocupación por la integridad del niño (p. ej., una serología positiva para el VIH, usuario de drogas intravenosas, miembro de una banda o participación en pornografía o prostitución). Es adecuado preguntar directamente acerca de preocupaciones (p. ej., “¿qué dijo él acerca de hablar de este asunto?”) e identificar la posibilidad de que el padre sea el abusador o está protegiendo al abusador.

Cuadro 1-3. Temas de seguridad de gran importancia

Algunas preguntas clave son:

- Si el niño regresa a casa, ¿el presunto perpetrador tendría acceso al niño? ¿El niño se siente seguro regresando a casa?
- ¿Es probable que el niño sea castigado o lastimado por revelar el abuso?
- ¿Es posible que el niño sea coaccionado o intimidado para retractarse de lo que reveló?
- ¿El niño ha intentado suicidarse?
- ¿Hay riesgo de que el niño huya de casa?

La integridad del niño debe ser evaluada por profesionales

Revelar los hechos puede alterar de manera significativa el *status quo* acentuando la tensión y la desorganización. Mantener las rutinas esperadas por el niño que contribuyen a su sensación de estar sano y salvo es una medida importante en el manejo de la crisis que se desata cuando el maltrato se revela (cuadro 1-3). La intervención en el ámbito de la salud mental con adultos y niños se puede capitalizar de modo constructivo en este periodo de cambios

continuos. Es importante una respuesta empática, una que haga hincapié en que el maltrato no por culpa del niño, en tanto que los niños dan sentido a sus experiencias culpándose a sí mismos. La valoración cognitiva, las atribuciones de la culpa, los sentimientos de vergüenza y culpa y el afrontamiento evitativo son de los factores que más se pueden modificar.

Los denunciantes obligados por la ley tienen que permitir a los SPI investigar el posible maltrato sin prejuicios

Aunque las interrupciones a la alianza terapéutica constituyen un tema a considerar es importante permitir que los SPI realicen su investigación sin prejuicios. La meta es proveer una transición colaborativa y suave a otros servicios reconociendo que, en algunos casos de daño a los niños, la acción pronta profesional y respuesta adversa de los cuidadores son inevitables para asegurar la integridad y protección al niño. El denunciante tiene que fungir como defensor del niño o del menor cuando sospecha de abuso o negligencia. Por ejemplo, un adolescente que informa que su regreso a su hogar implicaría la continuación del abuso necesitaría ponerse en contacto con opciones para encontrar albergue o un refugio seguro de emergencia para preservar su integridad. Si el denunciante es el clínico que trabaja con el niño y la familia, es importante ofrecer una orientación anticipatoria para comprender el rango de las conductas adecuadas de acuerdo con el nivel de desarrollo, formas no físicas de disciplina y el uso consciente de un lenguaje que no lastime (todo esto puede ser diferente de la manera en que los padres fueron criados). El castigo corporal tiene una fuerte relación con malos resultados, se traslapa con el maltrato y en la actualidad está prohibido en muchos países. En tanto que la prevención de la violencia tiene que estar acompañada de la promoción de la salud, las evaluaciones deben identificar si un padre requiere entrenamiento en *guiones* para ofrecer elogios, reforzamiento positivo y hablar acerca de las emociones.

Si un adolescente hace la revelación es aconsejable hacer la denuncia en su presencia; se le puede dar el teléfono al menor para que responda las preguntas del trabajador de los SPI. En algunas jurisdicciones, quien recibe la información (p. ej., un estudiante de prácticas, un interno o un investigador que realiza observaciones en la casa) es quien debe iniciar la denuncia en los SPI. Los estados y distritos se apegan a la jurisdicción sobre estas cuestiones y en algunos lugares todos los ciudadanos se consideran denunciantes.

Por último, se recomienda evaluar los factores de desarrollo y diversidad que influyen en la revelación de los hechos. Es importante tomar en cuenta las creencias culturales y religiosas, así como los estándares locales establecidos en la ley. Por ejemplo, la medicina asiática incluye *ventosas*, una práctica en la que se coloca la boca de una taza caliente en el cuerpo para eliminar toxinas y queda una marca roja circular en la piel. Esto no es maltrato. Sin embargo, algunas culturas normalizan los golpes a los niños y otros procedimientos

lesivos, como la mutilación genital femenina, que van contra el niño y la ley familiar.

Las experiencias de las víctimas al revelar los sucesos a menudo son mixtos. Los profesionales que no están preparados para las revelaciones de la víctima pueden no dar una respuesta compasiva (“Gracias por confiar en mí para contarme lo que te sucedió”, “Lo que sucedió de ningún modo fue culpa tuya”, “No estás solo”). En un estudio con hombres adultos, la mayoría consideró sus respuestas ante la revelación como reacciones útiles e inútiles; experimentar una respuesta útil predijo de manera significativa menor tensión mental en adultos mayores (Easton, 2014). La revelación puede iniciar el proceso de rendir cuentas y sanar. La creencia y el apoyo del cuidador no agresor sigue siendo un predictor significativo de resultados positivos, resultado de experiencias emocionales, cognitivas y conductuales correctivas que se ponen en escena día a día. La idea sobre la existencia de buenas personas en el mundo que son genuinas y protectoras puede no sentirse tan real para el niño maltratado. Sea en la infancia, adolescencia o adultez, las víctimas esperan una respuesta empática, cálida y efectiva ante sus revelaciones, de una persona que sea honesta y no haga promesas que no podrá cumplir, y que reafirme su creencia en un mundo humano.

Capítulo 2

Teorías y modelos del maltrato infantil

Las teorías del maltrato consideran la transacción de los factores de riesgo y protección biológicos, individuales, familiares y comunitarios

El maltrato infantil se puede relacionar con un “experimento natural” en el que acomodo y adaptación siguen un curso con base en el significado que las víctimas atribuyen a sus experiencias. La visión actual del maltrato infantil trata de integrar los factores de riesgo y protección biológicos del niño, cuidador, familia y comunidad en un modelo transaccional en el que los ambientes, en periodos determinados o a lo largo del tiempo y momentos críticos del desarrollo, puedan mantenerse o alterarse de manera sustancial. La ciencia se ha esforzado más en comprender la victimización que la perpetración, con excepción de los delitos sexuales. Aún quedan por explorar y analizar valores e identificaciones étnicas, culturales y religiosas, así como las experiencias con los servicios de salud de inmigrantes y refugiados.

A pesar de la centralidad del trauma en la teoría de los daños relacionados con el maltrato, la mayoría de los niños afectados no padece trastorno por estrés postraumático. Un conjunto de sucesos traumáticos puede ser lo más relevante para comprender los efectos dañinos, como se observan en la polivictimización y subpoblaciones clínicas y de atención, lo cual se cataloga como trauma complejo. Las poblaciones de menores que se encuentran en casas hogar están expuestos a diversos sucesos traumáticos, por lo que muchos individuos experimentan trastorno por estrés postraumático. Trabajos recientes se han enfocado en la resiliencia de los menores maltratados y los que se encuentran en casas hogar haciendo hincapié en los sistemas de automantenimiento y autorreparación.

Un concepto teórico clave es considerar el maltrato infantil como un indicador de disfunción en las relaciones. El punto de partida para el aprendizaje del niño es, en gran medida, de naturaleza interaccional. Así, se puede esperar que el maltrato afecte el cumplimiento exitoso de las metas de desarrollo a lo largo del ciclo vital (p. ej., apego, comunicación, autonomía, intimidad, productividad, altruismo, ilustración). Siguiendo el precepto “vive como has aprendido”, los niños maltratados son vulnerables a repetir los esquemas o guiones aprendidos en el papel de víctimas: roles víctima-victimario-rescatador, y patrones de retraimiento y evitación en las relaciones, guiados por las reacciones de miedo y las necesidades de amor. Tomando en cuenta la alteración del rol típico del cuidador como referente social, el maltrato altera el modo en que el niño aprendería normalmente de los demás y ve su papel en relación con los demás. Esta alteración tiene implicaciones para el desarrollo prosocial, el autocuidado y los mecanismos autocorrectivos, así

como el equilibrio entre supervivencia básica y autorrealización. Así, la compleja variedad de efectos asociados con el maltrato refleja diversos procesos interconectados, como alteraciones en los procesos neurobiológicos, mecanismos de aprendizaje y procesamiento sesgado de la información.

Quienes padecen un trastorno relacionado con el trauma tienen una regulación alterada del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA), nuestro sistema central de respuesta al estrés. En pocas palabras, el hipotálamo libera factor liberador de corticotropina, que estimula la hipófisis para que libere hormona adrenocorticotropa en el torrente sanguíneo. Esto hace que la glándula adrenal libere hormonas del estrés (cortisol). La importancia del estrés es que permite que haya una acción rápida para salir sano y salvo de una amenaza, y aumenta la disponibilidad de las reservas del cuerpo (carbohidratos, grasa, glucosa). Así, la amenaza se evita y la persona puede regresar a su estado normal. Pero, después del maltrato, la persona podría detectar una amenaza, preguntarse si la amenaza es real o se trata de una falsa alarma, y su sistema pasaría de 0 a 100 tratando de evitar la amenaza. Este proceso crea un tipo especial de condicionamiento a los sonidos del ambiente, señales en las relaciones, reactividad y sensibilidad excesiva. Si los niveles de cortisol continúan demasiado elevados por mucho tiempo, se presenta una falla muscular, disminución de la respuesta inflamatoria y supresión del sistema (de defensa) inmunológico. Se puede encontrar una revisión del modo en que el cerebro se enfrenta al estrés acumulativo en Frodl y O'Keane (2013).

El estrés tóxico y el trauma explican las conexiones entre un ambiente abusivo y la vulnerabilidad del cerebro

La teoría del estrés tóxico y la traumatología del desarrollo han mejorado la comprensión de la vulnerabilidad del cerebro después de experiencias crónicas en ambientes no sanos en términos de relaciones. Este marco de eco-bio-desarrollo reconoce el impacto de las desigualdades en el área de la salud entre las poblaciones, y representa un cambio de paradigma del modo en que se entiende la convergencia en los hallazgos de biología molecular, trabajo social, psicología clínica y experimental, epidemiología, neurociencias e intervenciones en salud pública. El maltrato infantil (de 5 a 10 ASI) afecta la economía y el bienestar personal, y es de alta prioridad prevenirlo. A nivel normativo, el sistema de *ataque o fuga* (respuesta ante una amenaza) trabaja de manera coordinada con el sistema *cuida y sé amigable* (relacional) –por ejemplo, los procesos de apego ayudan al niño a cuantificar los niveles de amenaza y a adquirir confianza en su capacidad para sobrevivir. En pocas palabras, el niño aprende a reconocer que no todo en este ambiente temprano trata de causarle la muerte, ni es peligrosamente invasivo ni aversivo. Este aumento transitorio en la hormona del estrés protege al niño del daño que personas, lugares o cosas peligrosas podrían causarle. Sin embargo, niveles excesivamente altos de la hormona del estrés y la exposición prolongada al mismo alteran los sistemas corporales de regulación y producen un efecto de

desgaste en los órganos, incluyendo el cerebro.

Este conocimiento acumulado del curso de la vida nos vuelve a señalar el problema prevenible del maltrato infantil y los cuidados prenatales como punto de partida para prevenir el estrés crónico y las consiguientes alteraciones en la salud mental, física, financiera y comunitaria a lo largo del ciclo vital. Los sucesos traumáticos sensibilizan el cerebro sobre todo durante periodos de crecimiento y desarrollo crítico, que puede llevar a un crecimiento y conexiones atípicos (p. ej., el cuerpo calloso se hace más pequeño en niños maltratados). El contexto emocional fundamental de la gran intensidad, impredecibilidad y amenaza de lesiones es el miedo, y la sintomatología del estrés postraumático o el trastorno se desarrollan a partir de los circuitos del miedo no regulado. En el caso de un individuo, la interacción entre la genética y el ambiente infantil produce cambios en el neurodesarrollo del área motora, como las neuronas del crecimiento, migración, mielinización, cambios sinápticos y la regla general de “úsalo o piérdelo” lleva a vulnerabilidades o competencias individuales. Cuando ciertas vías se usan mucho, estas conexiones cerebrales se hacen más fuertes y rápidas para entrar en funcionamiento, lo cual conduce a un uso excesivo de procesos como hipervigilancia y disociación. Cuando las conexiones sinápticas no se usan lo suficiente, se pueden eliminar (es decir, poda selectiva o muerte neuronal) y dar paso a áreas de déficit relativos (p. ej., en el procesamiento exacto y la clasificación de ciertas emociones).

Los primeros años de vida son un periodo de especial sensibilidad en el que la amplitud y la cualidad de la experiencia sensorial –calidez emocional, sonidos de apaciguamiento, contacto positivo, alimentación adecuada e higiene física– brindan señales ambientales repetitivas que maximizan el potencial genético del individuo. Para desarrollarse, el niño necesita experimentar desafíos o estrés positivo ante el cual el cuidador pueda ofrecer orientación anticipatoria o de apoyo, andamiaje para su experiencia y guía hacia el éxito. Por ejemplo, el niño puede querer trepar en un mueble alto de juego. Con la presencia y orientación de los padres sobre cómo estar a salvo y qué opciones tiene para saber cuándo y cómo bajar, el niño supera un desafío que causa preocupación a los padres. El niño puede sentirse concentrado, eufórico, precavido; esto es estrés positivo (es decir, breve, leve o moderado). El padre que cuida y brinda seguridad ayuda al niño a modular su estrés con acciones efectivas y decisiones prudentes, lo cual hace que el sistema de respuestas al estrés regrese a su línea base. Desafortunadamente, en el hogar donde hay maltrato, hay muy poca exposición a estos elementos esenciales, lo que provoca bajos niveles de 1) práctica para autodesafíos seguros, automonitoreo objetivo y preciso (al mismo tiempo que se pone mucha atención en las emociones y actos de los demás para reducir el daño personal), 2) autoelogios (y falta de aprendizaje contingente de elogios por el desempeño, lo cual debilita el desarrollo motivacional), y 3) un sentido

integrado, coherente de sí mismo y de los límites interpersonales que se reflejan al niño (espejeo).

El maltrato interfiere con la regulación y el desarrollo de modos predecibles

Así, el maltrato interfiere con la regulación y el desarrollo de maneras predecibles: 1) vaciando y distorsionando el afrontamiento y los sistemas de protección naturales del cuerpo, 2) alterando el funcionamiento físico normal, incluyendo el sueño, 3) afectando la estabilidad emocional y la reactividad normal a los eventos externos, 4) sesgando el procesamiento de información para apoyar la sobrevivencia, 5) haciendo que las relaciones de apego seguro sean más difíciles de alcanzar y mantener, y 6) cuestionando un sentido sano, positivo de sí mismo y del futuro. Factores como edad de inicio del maltrato, gravedad y coocurrencia de ASI afectan el modo en que los eventos traumáticos modifican la biología de las víctimas. Sin embargo, los efectos del maltrato pueden ser bastante específicos al tipo de maltrato. Por ejemplo, el ASI se ha asociado directamente con un adelgazamiento cortical pronunciado en el área somatosensorial relacionada con los genitales, mientras que el abuso emocional se ha asociado con adelgazamiento en las regiones relacionadas con la autoconsciencia y autoevaluación. Este proceso de adaptación muestra que el cerebro ha reaccionado al abuso, escudándose y protegiéndose en las áreas afectadas, mientras que deja intactas otras áreas (Heim et al., 2013).

El hogar donde hay maltrato –con riesgo de polivictimización, perpetradores múltiples, omisiones en la protección, otros ASI, crisis y caos– promueve los afectos negativos activos (p. ej., sentimientos de incertidumbre, abandono, falta de cuidados y de amor, enojo, angustia, depresión, ansiedad y miedo). Este afecto negativo distorsiona las expectativas normativas de mayor o igual afecto positivo, e indica la presencia de estrés tóxico. La alteración de los procesos cognitivos de afecto negativo está bien establecida. Hay un estrechamiento de la atención, en la que se privilegia el procesamiento de información con valencia negativa. Prácticamente, esto significa que hay una tendencia a rumiar acerca de sucesos autobiográficos negativos, o un afrontamiento por evitación sin pensar en el sí mismo en absoluto, con lo cual el niño puede quedar vulnerable a la victimización por no responder de manera efectiva a las señales de peligro.

El sesgo atribucional hostil es un concepto clave para comprender la agresión hacia los niños

El maltrato provoca que la atención y vigilancia del niño se dirija a la hostilidad parental (sobre todo a la ira pendiente), lo cual, a su vez, lleva al niño a sesgos en la atribución de hostilidad a los demás; se ha encontrado que éste es uno de los efectos de experimentar abuso físico y disciplina severa. Dodge y colaboradores han descrito las distorsiones en la codificación, recuperación y recuerdo de información, así como la selección de respuestas, y propusieron que los niños agresivos presentan un *sesgo atribucional hostil*.

Los actos de los demás, sobre todo cuando su intención es ambigua, se interpretan con mayor frecuencia como competitivos o combativos (Dodge, 2003). Este sesgo atribucional parece ser lo más relevante en casos de agresión interpersonal reactiva más que en la agresión instrumental o planeada. Los menores que han experimentado maltrato desarrollan una tendencia a la hipervigilancia ante las señales percibidas de amenaza, la cual surge como respuesta adaptativa a amenazas reales del pasado. La capacidad de los niños para valorar y responder al peligro se relaciona con la maduración neurobiológica, y se ha observado que el maltrato cambia las estructuras cerebrales, las vías neurofisiológicas y los sistemas neuroendocrinos. El sistema de respuesta al estrés es biológico y psicológico impacta en el modo en que se percibe el peligro, se evalúa y se responde a él con mayor o menor grado de reactividad emocional negativa, desafío afectivo y acciones de protección. En pocas palabras, las alteraciones de estructura y funcionamiento cerebral, en respuesta a estrés tóxico, explican en parte los vínculos encontrados entre maltrato y problemas en habilidades lingüísticas, cognitivas, sociales y emocionales, además de los bajos niveles de uso del lenguaje por parte del cuidador, pensamiento en voz alta (positivo) y modelamiento de habilidades prosociales y emocionalidad temperada.

El estrés tóxico crónico se combina con sucesos traumáticos intensos, repetidos y una vida cotidiana crónicamente traumática (p. ej., el padre no se presenta para recoger al niño de la escuela, no le ponen almuerzo para llevarse a la escuela, lo llevan tarde a ella), y muchos traumas “pequeños” influyen y exacerban los traumas mayores que hemos descrito. Las diferencias de conectividad en el cerebro explican las variaciones en las respuestas al estrés, mientras que el desarrollo de la corteza prefrontal provee el control descendente de la conducta y posibilidad que aparezcan respuestas alternativas (p. ej., empleando la lógica) para superar o amortiguar la reactividad ante el estrés.

Los síntomas del trastorno por estrés postraumático son mediadores clave de los efectos negativos

En el modelo de traumatología del desarrollo, la sintomatología del trastorno por estrés postraumático –aunque no necesariamente el trastorno– se considera el mediador clave de los efectos negativos, porque estos síntomas pueden ser tan abrumadores que desestabilizan el control cognitivo, pueden ser subclínicos y persistir, o puede haber episodios de nuevos sucesos traumáticos que agobian a los menores que se encuentran en desventaja debido a sus mecanismos de respuesta ante el estrés, lo cual interfiere con su sensación de continuidad del sí mismo y la capacidad de afrontamiento; todo esto conduce a una inadaptación. Es común en casos de ASI, cuando el perpetrador fue hombre, que las víctimas utilicen adjetivos como *grande, rojo, enojado*; ellas describen sensaciones como asfixia, náuseas, respiración acelerada pesadez

del cuerpo; sienten terror, se sienten en problemas o atrapados, y recurren a conductas como decir no, llorar, implorar o de disociación. La memoria de trabajo se sobrecarga (cuesta mucho trabajo pensar), lo cual ayuda a explicar la predominancia de la cognición automática, y hace presa a las víctimas de pensamientos intrusivos o pesadillas. La memoria relacionada en la planeación motriz (p. ej., escapar, evitar la violencia) se aletarga, lo que hace a la persona maltratada vulnerable a más revictimizaciones en diversos contextos. Así, las imágenes y pensamientos relacionados con el trauma siguen invadiendo, ocupando y abrumando la mente, esto produce respuestas emocionales más intensas, pero el individuo está menos preparado para actuar adecuadamente y protegerse.

La imagería relacionada con el trauma ayuda a explicar por qué una persona sigue padeciendo dificultades a lo largo de toda su vida. En consecuencia, la atención informada del trauma se ha empleado en diversos escenarios, como las escuelas. Dicha atención prioriza el reconocimiento de que el niño vive una situación de inseguridad e incertidumbre *sentidas*.

Capítulo 3

Diagnóstico e indicaciones del tratamiento

El maltrato se combina con acoso escolar, acoso sexual en la escuela, violencia en el noviazgo durante la adolescencia y ASI

Los antecedentes de maltrato plantean un riesgo de reexperimentar la violencia y victimización, aumenta la angustia proximal y afecta el afrontamiento, lo cual puede provocar que el menor empeore cada vez más. En la actualidad, entendemos esto como producto de una polivictimización durante la infancia, posible presencia simultánea de varios tipos de maltrato, acoso escolar y acoso sexual en la escuela, violencia en el noviazgo durante la adolescencia y ataques sexuales (Wolfe, Scott, Wekerle y Pitman, 2001). De acuerdo con la encuesta *Youth Risk Behavior* [Conducta Juvenil de Riesgo] de 2015 en EUA, estos problemas se presentan en general entre los adolescentes (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). En la encuesta, 6.7% de los menores afirmó “nunca haber experimentado ataques sexuales” (significativamente menos que el 7.7% de 2013). Cerca de una quinta parte sufrieron acoso escolar; algunos de estos casos implicaron ciberacoso. La violencia en el noviazgo, que históricamente había sido equitativa entre hombres y mujeres, muestra tendencia hacia una mayor victimización de mujeres (en general, 9.6% informó violencia física en el noviazgo, y 10.6%, violencia sexual) y altos niveles de estado de ánimo triste (casi todos los días en las 2 semanas previas; 29.9%). Aunque el afrontamiento potencialmente riesgoso no está vinculado con las conductas de riesgo para la salud, en las preguntas de la encuesta se observó que una quinta parte de los varones había probado el alcohol (antes de los 13 años de edad), y una tercera parte de ellos había bebido en el último mes; 6.1% de los varones informó un episodio reciente de consumo de 10 o más bebidas consecutivas. Muchos menores (30%) tienen una vida sexual activa, de los cuales sólo la mitad dice utilizar preservativo. La variabilidad de los sucesos traumáticos, junto con riesgos para la salud, y los factores de protección hacen que las respuestas de las víctimas sean muy variables, desde ser asintomáticos hasta estar gravemente dañados y con ideación suicida crónica. Puede haber factores adicionales a nivel clínico, como inestabilidad en el ambiente en que se habita (p. ej., ingreso en los sistemas de servicios formales), con o sin al menos una relación estable, segura, protectora que haga sentir importante al niño, y recursos comunitarios para la resiliencia. En Kisiel, Conradi, Fehernbach, Torgersen y Briggs (2017), se puede consultar una descripción detallada de la evaluación diagnóstica y de los instrumentos diagnósticos adecuados.

En la siguiente sección se revisan los trastornos más comunes relacionados con el maltrato e investigaciones con poblaciones que han vivido maltrato o de los SPI. Aunque las poblaciones de los SPI reciben más atención en salud mental, se ha encontrado una tasa de 33% de menores que han sido objeto de una investigación que ha recibido servicios de salud mental (p. ej., Hoewitz, Hurlburt, Goldhaber-Fiebert, Heneghan, Zhang y Rolls-Reytz, 2012), lo cual confirma que los menores inmersos en los SPI son un subgrupo prioritario para la atención en salud mental.

El maltrato escolar está ligado causalmente con diversos trastornos mentales

Las afectaciones relacionadas con el maltrato infantil tienen un fuerte vínculo con los problemas de salud mental y se considera que son un factor causal (Norman et al., 2012). El maltrato es un factor modificable, y abordar de manera directa los sucesos traumáticos con niños y menores sintomáticos es parte de elaborar historias que ayuden al niño a dar sentido a los sucesos y experiencias recordados. Con frecuencia, los clínicos se quedan con preocupaciones por las conductas inusuales de niños y menores, así como por la manera de resolver problemas que ocultan conductas que se pueden denominar “de búsqueda de atención”. El enfoque informado del trauma, y el papel central que confiere al niño, prioriza los sentimientos de seguridad interna y externa, respeta la autonomía y agencia de los niños, y comprende que la reactividad relacionada con el trauma está conectada con las conductas problemáticas (p. ej., sexuales o agresivas). Justificar y permitir explícitamente hablar de sucesos incómodos, confusos o amenazantes cuando nuestro trabajo es cuidar de la salud y seguridad transmite los principios de respeto, interés y honestidad que se deben afirmar de manera consistente al estar con un niño.

Hay pocos vínculos consistentes entre maltrato y perfiles de problemas *específicos*, excepto por dos casos: 1) ASI y conductas sexuales y 2) abuso físico y conductas agresivas. Los niños que han sufrido abuso sexual practican conductas sexualizadas más allá de lo adecuado para su nivel de desarrollo. Estas conductas son juego erotizado con muñecos, insertarse objetos en los genitales, masturbación excesiva, conducta seductora y conocimiento sexual inapropiado para su edad. El ASI temprano es particularmente perjudicial debido a la experiencia diferente en términos cualitativos de la invasión corporal, control del cuerpo y el abuso emocional que lo acompaña (provocando vergüenza, dando una atención “especial” no deseada o haciendo comentarios acerca del cuerpo del niño).

Debido al pernicioso impacto de la violencia en las mujeres, quienes viven las tasas más altas de ASI e incesto, el maltrato infantil es un factor de riesgo en muchos de los problemas que aquejan a las mujeres, como la violencia de pareja, enfermedades (p. ej., enfermedades ginecológicas, dolor crónico, artritis, síndrome del intestino irritable), depresión, autolesiones (cortes en la

piel) y conductas suicidas, ansiedad, consumo de sustancias, trastornos de la alimentación y trastorno por estrés postraumático. En términos de las prácticas sexuales de riesgo, el maltrato infantil se asocia con diversos problemas, como inicio temprano de relaciones sexuales *deseadas*, y parejas notablemente mayores. En un estudio con menores que se encuentran en los sistemas de bienestar infantil, el ASI predijo las motivaciones específicas por género para buscar relaciones sexuales; hombres y mujeres dijeron que tenían encuentros sexuales para manejar los afectos negativos, pero los varones afirmaron en mayor medida que las mujeres que la aprobación de sus pares y su pareja fue una razón importante. La motivación de afrontamiento para tener relaciones sexuales funcionó como mediador entre el maltrato y las conductas de riesgo para la salud sexual (Wekerle, Goldstein, Tanaka y Tommyr, 2017).

El abuso sexual infantil no está ligado empíricamente con volverse un agresor sexual de adulto

En las investigaciones no se ha encontrado una relación entre experimentar abuso sexual en la infancia y convertirse en agresor sexual. En un estudio prospectivo longitudinal de cohorte, se encontró poca evidencia de que el ASI fuera un antecedente importante entre los agresores sexuales (sólo 4% de estos vivió ASI; Leach, Stewart y Smallbone, 2016). En un metaanálisis de delincuentes juveniles, los agresores sexuales difirieron de los no agresores sexuales principalmente en los intereses sexuales atípicos, así como en los antecedentes de ASI y criminales, asociaciones antisociales y consumo de sustancias (Seto y Lalumière, 2010). Este estudio sugiere que la conexión entre maltrato infantil y agresiones sexuales adultas se relaciona con más formas diferentes de victimización, así como a delincuencia no sexual y no violenta.

Aunque los estudios muestran una relación entre maltrato y problemas conductuales, los niños maltratados pueden mostrar conductas agresivas y de retraimiento, lo cual produce una menor eficacia social y mayor riesgo de delincuencia. El abuso físico enseña una falta de empatía (p. ej., insensibilidad al llanto de los demás) e ira, conductas impulsivas (conductas reactivas inmediatas). Los primeros estudios observacionales mostraron que se daba reforzamiento positivo intermitente a las conductas de desobediencia (risas, comentarios). Además, puede haber poca práctica durante el desarrollo en la interacción con diversos afectos. Los niños maltratados tienen dificultades para reconocer los afectos, lo cual ocasiona conflictos al interpretar expresiones faciales ambiguas como hostiles, o no poder verlas como positivas. Asimismo, en el hogar donde hay maltrato, a veces se suprimen el enojo y otras emociones. El enojo se expresa en ambientes percibidos como “seguros” y en contra de objetivos “seguros”, en forma de violencia de pareja o de acoso entre pares (Maneta et al., 2013). Todas las formas de maltrato predicen VP y detenciones penales, las cuales tienen una probabilidad de

ocurrir 2.5 veces mayor (Milaniak y Widom, 2015). Así, explorar, evaluar o tratar a delincuentes juveniles tiene que ser con base en la información sobre el trauma en todas las etapas del sistema (juicio, remisión, libertad condicional, reclusión). Éstas son oportunidades importantes para romper las conexiones entre trauma, disfunción cognitiva y agresión cuando no hay consciencia de que se trata de menores que han vivido numerosos problemas. El peso de las evidencias impulsa a contar con un protocolo estándar que sea sensible a la presencia de sucesos traumáticos y ayude a planear y ajustar mejor los servicios a las necesidades, sobre todo en el monitoreo y la comprensión de la rehabilitación y la reincidencia.

ENTREVISTA Y EVALUACIÓN CLÍNICA

La evaluación multimodal y de multinformante en todo motivo de consulta puede generar la hipótesis de que un niño o menor que no ha hecho ninguna revelación sufra de maltrato. Se debe considerar con seriedad toda preocupación del niño, miembro del equipo de trabajo, padre o colega en relación con un posible abuso o negligencia. Por ejemplo, los adolescentes pueden “tantear las aguas” en términos de hacer comentarios “inocentes”, decir que sólo bromeaban o escribir cosas en sus libretas. En una evaluación general es útil entender el modo en que los padres lidian con la conducta desobediente típica (p. ej., no querer cepillarse los dientes, no querer bañarse) y en que verifican la seguridad en la vida cotidiana (p. ej., temperatura del agua para la ducha, seguridad en los asientos para el niño en el auto, mantenimiento y seguridad del auto, capacidad para seguir las instrucciones de una receta, lugares seguros para guardar armas de fuego y sustancias químicas, quiénes son los amigos de los menores, qué ven en internet). Una visita al hogar puede brindar mucha información en términos de higiene, disponibilidad de materiales lúdicos seguros, disponibilidad de alimentos, trato a las mascotas, entre otras cosas. Además de las áreas de interés es importante evaluar las fortalezas y la resiliencia.

Los disparadores más comunes del abuso son el llanto del bebé, el entrenamiento de esfínteres, la alimentación y las disputas domésticas

La capacidad de evaluar y responder ante el maltrato infantil es una habilidad clínica esencial, pues puede salvar vidas. Los clínicos que tratan con niños pequeños deben tener en cuenta que el maltrato infantil puede ocasionar lesiones graves o la muerte en una minoría crítica de casos. En un estudio se encontró que entre los niños que habían perdido la vida, uno de cada seis tenía una enfermedad discapacitante, y en uno de cada tres se había documentado maltrato (Palusci y Covington, 2014). La mayoría de las muertes relacionadas con maltrato se deben a la negligencia; el cuidador no protege al niño del daño ni protege sus frágiles cuerpos. Las muertes por abuso físico constituyen 30% de los casos fatales relacionados con maltrato; el disparador parental más común es el llanto del niño (20%) (Palusci y Covington, 2014). Otros disparadores cruciales son los accidentes en el aprendizaje del control de esfínteres, problemas de alimentación y discusiones domésticas. Las madres tienen mayor probabilidad que los padres de matar a los recién nacidos, debido tal vez a que el embarazo no fue deseado o a problemas de salud mental. Cuando la muerte y lesiones graves se deben a otras motivaciones, el perpetrador suele ser un hombre. En general, los padres biológicos y las parejas de madres solteras constituyen la principal amenaza a la vida del niño.

Además, los padres de alto riesgo tienen un umbral bajo frente a los estímulos aversivos del niño, lo cual lleva a intentos de terminar pronto con la conducta normal del niño (p. ej., las conductas requeridas de acuerdo con el nivel de desarrollo como exploración y descubrimiento). Aunque los mecanismos de la desregulación parental son complejos, ver la interacción como una lucha de poder que hay que ganar es problemático para los cuidados compasivos (Bugental et al., 2010). Algunos padres, cuando se les pide identificar algo positivo del niño o del cuidado, no pueden dar una respuesta.

En una entrevista clínica por problemas relacionados con el niño se deben abordar las prácticas generales de crianza, como los métodos disciplinarios (p. ej., “¿Cómo te hacen saber tu mamá y tu papá cómo es tu comportamiento?”). También se incluyen preguntas sobre la manera en que percibe que sus padres le comunican que ha hecho algo bueno o malo, y si hay cosas que lo hagan sentir incómodo o que le gustaría que no se repitieran. Pedir al niño y a los padres que describan un día “típico” pone de relieve áreas en las que se debe indagar más. Esto puede descubrir, por ejemplo, si un adolescente hace todas las conductas parentales –por ejemplo, despertar a su hermano menor, llevarlo a la escuela, hacer tarea, bañarlo y llevarlo a la cama. Es igual de importante considerar los factores y los recursos de resiliencia. *Global Partnership to End Violence Against Children* identifica acciones de resiliencia, como las habilidades parentales positivas, habilidades para la vida de los menores, asistencia a la escuela, conexiones sociales protectoras y normas prosociales (véase la página web en inglés <http://www.end-violence.org/>). Los profesionales pueden activarlas para comprender el cuadro holístico de la vida cotidiana del niño, ser activo en la construcción de apoyo social y una red de seguridad, y buscar la colaboración de otros proveedores de recursos para impulsar el crecimiento después del trauma y la trayectoria de la resiliencia. Cuando los menores y los proveedores de atención priorizan en sus redes el bienestar, se puede reforzar un factor clave de protección en los distintos ambientes a lo largo del tiempo, de modo que el proceso de resiliencia con base en las relaciones se potencializa.

La información clínica se debe obtener sin hacer acusaciones ni juicios

En el encuentro clínico, se debe obtener información sin hacer acusaciones ni juicios para que fluya la máxima cantidad posible de información y para generar expectativas positivas al trabajar con los profesionales. Las siguientes directrices generales para reunir información crítica se adaptaron de Flaherty, Stirling y *The Committee on Child Abuse and Neglect* (2010):

1. En los antecedentes sociales se deben buscar accidentes y lesiones, áreas de preocupación de los padres, y fortalezas y resiliencia. A veces, un padre puede no darse cuenta de la conducta abusiva y negligente del otro. Es importante ser sensible a la presencia de VP. Al trabajar con un adolescente, el acrónimo en inglés HEADS refleja la necesidad de hacer

preguntas exploratorias acerca del hogar, la educación, las actividades, el consumo de drogas, y la sexualidad y el suicidio;

2. Es importante entender el desarrollo infantil y las tareas parentales. Ésta es una oportunidad de reconocer que todos para todos los padres su papel puede ser muy difícil. Los padres que se encuentran en riesgo pueden devaluar al niño o describirlo como si fuera “demasiado fuerte”. La mayoría de los padres comprenden intuitivamente el concepto de deseabilidad social, y algunos creen que las conductas abusivas son aceptables para corregir la desobediencia dolosa;
3. Es necesario indagar cualquier apoyo social existente, pues puede haber aislamiento social o falta de contacto con los recursos de la comunidad. Se debe proporcionar la información adecuada sobre cuidados sustitutos para que alguien más cuide del niño mientras los padres u otros miembros de la familia se toman un descanso.

Existe consenso entre los expertos en maltrato infantil respecto con que, por lo general, a) los niños no hablan del abuso si nadie les pregunta y b) los padres no están dispuestos a reconocer el maltrato. Ofreciendo puntos de referencia temporales en las preguntas se puede facilitar la revisión de accidentes y sucesos traumáticos (p. ej., “cuando eras pequeño”, “antes de que fueras a la escuela”, “cuando estabas en la primaria”, “...en la preparatoria”). Si se les pide que creen una jerarquía de los sucesos, los adolescentes sitúan el trauma proximal (p. ej., con pares) como más impactante que el trauma distal del maltrato infantil, y se pueden enfocar en dar testimonio o tomar consciencia de la violencia contra un amigo más que en sus propias experiencias.

Las revelaciones pueden ser intencionales (p. ej., el niño o el menor se acerca a un maestro) o no intencionales (p. ej., el niño le dice a un par, el par le dice a sus padres, el padre llama a la escuela). La revelación depende de factores como tratar activamente de olvidar el abuso, no conceptualizar la experiencia como no normativa, miedo a las represalias, atribución de la culpa y la percepción de apoyo para sus revelaciones. Es más probable que los adolescentes mayores cuenten sus experiencias acerca del ASI a sus pares, mientras que los niños menores lo hacen con los adultos. Los niños pequeños perciben que sus acciones tienen mucho que ver con la integridad de la familia, y no revelar y postergar por mucho tiempo es más probable cuando el perpetrador es un miembro de la familia o un amigo de la familia muy valorado. La investigación ha confirmado que son muy raras las falsas acusaciones. Es más probable que el niño hable si se siente seguro con un adulto, o si el nivel de maltrato ha creado un estado de alarma en el niño. Por ejemplo, una niña de 9 años de edad reveló el ASI en su contra y contra sus tres hermanos después de atestiguar que su hermano menor, de unos meses de edad, era atacado sexualmente, asfixiado y se ponía azul. Si el niño revela espontáneamente el abuso es importante decirle que está bien hablar de sucesos difíciles, incómodos o atemorizantes, y también que es trabajo del

clínico escuchar a los niños y cuidar su salud, lo cual alivia los temores del niño que lo perturban, impactan y de los cuales no se sienten libres de hablar con un médico u otro profesional.

Cuadro 3-1. Atención temprana a conductas de riesgo en el maltrato infantil

Los maestros de una escuela privada notaron la conducta inusual de una nueva estudiante de 7 años de edad. Se sentaba en la hilera de los zapatos de los estudiantes y movía su cuerpo hacia atrás y hacia adelante. Cuando se le preguntó a la madre, ella dijo que la niña tenía una infección del tracto urinario y sentía comezón, y había visto a un médico. Al mantenerse esta conducta, los maestros observaron que la niña se excitaba, y estaban seguros de que la niña se estimulaba con esa conducta. Después, notaron otras conductas raras como bajarle el pantalón a sus compañeros varones y sentarse en otros niños. Su hermana mayor, de 10 años de edad, lamía la mano de una compañera cuando iban en el autobús. El director llamó a los padres para manifestarles su preocupación y mencionó la posibilidad de que hubiera ocurrido algún tipo de maltrato; preguntó sobre los adultos que tenían acceso a las niñas. El padre se sentó incómodo cerca del maestro, mientras que la esposa parecía desinteresada. Mientras el equipo de la escuela planeaba convocar una reunión para hablar de los siguientes pasos a seguir, los padres retiraron a la niña de la escuela y se la llevaron a otra área.

Como lo muestra el cuadro 3-1, a veces, conductas no normales o francamente extrañas provocan una indagación más profunda (cuadro 3-2). Los niños necesitan poder hablar abiertamente y terminar su revelación sin la carga de la impresión de un adulto, su consternación o su incredulidad. El clínico tiene que hablar sólo con el niño o el menor. No es poco frecuente que los niños escuchen en la primera reacción del padre que no es el agresor cosas como “no te creo”, “estás mintiendo”, “lo que pasa es que no quieres a X” y “eso no es posible, X es tan bueno”, entre otras. La falta de reconocimiento o de disposición de los padres para abordar estas conductas constituye una señal de alarma.

Cuadro 3-2. Señales de alarma de un posible caso de maltrato infantil

- Sospecha de lesiones físicas (moretones en partes del cuerpo que no se mueven, moretones en áreas suaves como mejillas, abdomen o glúteos; fractura de costillas en un niño pequeño);
- Una explicación sin sentido de cómo se hizo la lesión el niño (cambios en la historia, historia inverosímil, no hay historia);
- Cualquier expresión pública de violencia por parte de los padres (acusaciones contra el niño, amenazas verbales de daños específicos, “disciplina” agresiva en público);
- Cambios repentinos o regresiones en la conducta del niño;
- Afirmaciones o acciones inusuales (“Tengo el diablo adentro”);
- El niño se niega a ir a casa o muestra una angustia inusual ante ciertos sucesos o personas;
- Se lastima a sí mismo, y realiza conductas imprudentes, agresivas o autolesivas;
- Conductas sexualizadas, actividad sexual temprana, conocimiento sexual inusual o jerga sexual empleada en edades tempranas;
- Consumo de sustancias antes de la pubertad;
- Señales de lesiones o sangrado después de encontrarse con ciertas personas en particular.

Cualquier suposición de un posible maltrato debe denunciarse de inmediato a los SPI para que realicen una investigación

Cuando los estatutos abordan la preocupación de que un niño se encuentre en riesgo, no hay razón para no denunciar de inmediato y consultar con los SPI. Como lo ilustra el caso anterior, debido a la preocupación por la seguridad del niño, a veces es mejor que no se consulte primero con los padres. En la

actualidad, en algunas localidades, informar al padre y facilitar llamar al mismo tiempo a los SPI es una estrategia que se recomienda en situaciones en que hay pocas oportunidades de dar seguimiento al caso (p. ej., en salas de emergencias en hospitales). Los SPI o la policía (o ambos) asumen las tareas de investigar y acreditar las pruebas (es decir, adquirir evidencias suficientes). Un suceso no acreditado no significa que el maltrato no haya ocurrido. Si un niño es la base de una denuncia, todos los niños se deben considerar. No hay un solo síntoma que confirme el maltrato (excepto por el embarazo cuando la prueba de ADN demuestra que el padre, el tío u otro hombre es el padre).

Para obtener información acerca de lo que sucede cuando se denuncia un caso de abuso o negligencia, se puede consultar *How the Child Welfare System Works* [Cómo funciona el sistema de bienestar infantil] del *Child Welfare Information Gateway* de EUA (<https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/cpswork.pdf>). En EUA hay una línea de ayuda llamada *Child Help National Child Abuse Hotline* [Línea nacional de ayuda a niños víctimas de abuso sexual] (800.4.A.CHILD). En el caso de EUA las cifras estatales de las líneas donde se denuncia el abuso y la negligencia infantiles están disponibles en red (https://www.childwelfare.gov/organizations/?CWIGFunctionsaction=rols:main.dspList&rolType=Customs&RS_ID=5).

Child Helpline International [Línea Internacional de Ayuda a los Niños] ofrece ayuda a nivel global, y es un recurso importante para los menores, sobre todo para conseguir apoyo; está disponible en Asia, África, Europa y el Medio Este, América y el Caribe (<http://www.childhelplineinternational.org/>). Este sitio ofrece intervención en crisis, información, recursos y derivaciones a servicios de apoyo, y proporciona atención en 170 idiomas.

EVALUACIÓN FORENSE DE LA SALUD MENTAL

En algunos estados y provincias, la ley exige a los SPI grabar en audio o video las entrevistas de la investigación realizadas con niños; los protocolos varían cuando los niños tienen 12 años de edad o más. Lo ideal es que la entrevista se lleve a cabo en un ambiente neutral donde el niño se sienta cómodo. Los protocolos de mejores prácticas solían guiar las fases de la entrevista, desde las reglas introductorias y las expectativas hasta el establecimiento del *rapport* (p. ej., el niño describe un suceso neutral) y a la fase sustancial de preguntas abiertas, seguidas de preguntas focalizadas para aclarar o profundizar en algún aspecto. Entrevistar al padre y al niño por separado reduce la probabilidad de que se reserven información importante por miedo a la desaprobación, angustia o incredulidad parental.

Una EFSM se lleva a cabo como parte del proceso de toma de decisiones legales

Una evaluación forense en salud mental (EFSM) es la que se lleva a cabo como parte del proceso de toma de decisiones legales. La EFSM tiene el fin específico de producir evidencias que se emplearán en el juicio. Estas evaluaciones son guiadas por una pregunta legal específica formulada por quien tomará decisiones. En los informes forenses, por lo general, existe la expectativa de que los resultados se presentarán dentro de un grado razonable de certeza psicológica. El propósito de una entrevista forense es determinar si la acusación de abuso tiene fundamento en hechos (como la hacen la policía o los SPI).

Las evaluaciones forenses consideran el funcionamiento del niño en ámbitos clave (escuela, guardería), la salud mental y la salud física (cómo se maneja el asma; exposición del niño al humo del cigarro en casa, exposición al consumo de sustancias). Las entrevistas clínicas y las mediciones específicas de autoinforme, adecuadas a la edad de la víctima, ayudan a determinar el nivel de angustia y síntomas específicos (p. ej., riesgo alterado y percepción de la seguridad, miedos específicos relacionados con el suceso traumático, imagen corporal, problemas en la cognición y la atención). El examinador forense determina el tipo de datos necesarios para responder la pregunta legal e implementa un procedimiento de evaluación diseñado para obtener esta información. En dicha evaluación, el examinador debe lealtad principalmente al proceso legal y a quienes toman las decisiones, no a la persona evaluada. Un menor que presuntamente ha sufrido maltrato se debe someter a una EFSM (véase un resumen en Bromberg, 2014).

Es importante que el clínico centre sus preguntas en información relevante

para la intervención terapéutica, y emplee estrategias para reducir los síntomas. La base de datos de *National Child Traumatic Stress Network* [Red Nacional de Estrés Traumático Infantil] (NCTSN; <http://www.nctsnet.org/resources/online-research/measures-review>) contiene una lista exhaustiva y revisión de los instrumentos relevantes para medir el maltrato. Bromberg (2014) señala que “por razones prácticas, afirmar que las conclusiones se han hecho ‘dentro de un grado razonable de certeza psicológica’ significa que el psicólogo empleó los métodos de evaluación que, por lo general, se aceptan, tiene confianza en sus hallazgos y no sólo ha adivinado” (p. 125). Existe un consenso profesional en relación con la organización general de los informes forenses, como un tipo de informe de evaluación clínica. Los informes deben empezar con una sección introductoria que contenga el motivo de evaluación, las fuentes de datos en que se basó el evaluador, y la manera en que se informó a la persona evaluada de los límites de la confidencialidad. La segunda sección contiene datos relevantes para la pregunta que motivó la evaluación. La tercera sección debe presentar las interpretaciones del evaluador acerca de los datos relevantes para abordar la pregunta inicial. Este bosquejo general acepta variaciones considerables en los subtítulos dentro de cada sección. Los subtítulos varían con base en las demandas de la jurisdicción, diferentes tipos de preguntas forenses y, o clínicas, y las preferencias del evaluador para organizar el contenido de cada caso particular.

La APA ofrece principios útiles que orientan respecto con los roles y la conducta ética

Algunos principios que orientan en relación con los roles y la conducta ética de la *American Psychological Association* son:

1. El papel del psicólogo que lleva a cabo la evaluación para proteger a un niño es el de un experto profesional que busca realizar una evaluación sin sesgos, imparcial.
2. El psicólogo trata de estar consciente de sesgos personales y prejuicios sociales, y de realizar una práctica sin discriminación. Por lo general, quienes ofrecen servicios de evaluación y tratamiento se hacen cargo de los conflictos éticos de su papel.
3. Cuando la pregunta que motiva la evaluación aborda preocupaciones acerca de la relación entre uno de los padres o cuidadores y el niño, el psicólogo está consciente de sus capacidades parentales, incluyendo circunstancias o factores relevantes para el maltrato del niño, su bienestar y sus necesidades psicológicas, y el grado en que se ajusta la diada.

Las siguientes directrices forenses están adaptadas de Bromberg (2014):

1. El evaluador incluye sólo lo que es necesario. El criterio para determinar qué es necesario y qué no es la pregunta psicolegal o que motivó la evaluación; se debe justificar la inclusión o exclusión de información con

base en su relevancia.

2. La información se debe ordenar y describir de modo que tenga sentido para el lector. El orden debe ser fácil de seguir. Se usa un lenguaje que la audiencia pueda entender.
3. Se separan los hechos de las inferencias y las opiniones. Los hechos se pueden verificar. Las inferencias y opiniones es lo que los hechos sugieren. Se incluyen citas textuales que fueron anotadas en tiempo real.
4. Las explicaciones implican mostrar por qué el evaluador piensa lo que piensa por medio de referencias clave.
5. Se detalla cualquier procedimiento de evaluación no estandarizado que se haya empleado y el potencial impacto de dicho procedimiento en los resultados. Se informan los resultados de todas las pruebas, no sólo de las que apoyan las hipótesis del evaluador. Una cuestión que se tiene que abordar es que los resultados de la evaluación deben ser una fiel representación del cliente, es decir, que no hubo circunstancias extrañas que distorsionen los hallazgos. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando se evalúa a un niño pre-adolescente en dos ocasiones separadas en las cuales va acompañado o no por el presunto perpetrador del maltrato. La frecuencia con que el niño responde y la tasa de respuestas estereotipadas (uso repetido de frases clave no notadas en la evaluación previa) puede diferir en estos dos contextos.
6. Se explica el rechazo de otras posibles opiniones y conclusiones. El evaluador demuestra que estuvo atento a hipótesis alternativas y que las consideró activamente. Explica por qué los datos apoyan sus conclusiones. Explicar las ideas rechazadas debe ser parte importante del proceso de llegar a las opiniones. Al igual que con otros tipos de evaluación, puede haber discusiones para incluir o descartar además de las hipótesis alternativas o rivales.
7. No se presentan opiniones en relación con la cuestión legal última (es decir, si el abuso o la negligencia ocurrieron). Las cuestiones legales últimas corresponden a los jueces decidir las. En la mayoría de las jurisdicciones, el juez en casos de maltrato infantil será del juzgado de lo familiar más que un jurado.

TRASTORNOS ASOCIADOS CON EL MALTRATO INFANTIL

En las siguientes secciones se presentan áreas clave de trastornos psiquiátricos que se relacionan con la desregulación emocional y el modo en que impacta en las conductas de riesgo para la salud. La *American Academy of Pediatrics* ha asumido el liderazgo para ofrecer estrategias prácticas y herramientas para apoyar a los niños (<https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Committees-Councils-Sections/Council-onChild-Abuse-Neglect/Pages/Child-Abuse-Neglect.aspx>), como los modelos de la atención a la salud y el bienestar integrados. Para abarcar una amplia variedad de aspectos y la resiliencia, todo médico debe atender a la salud física (crecimiento, inmunización, audición, visión, salud dental, funcionamiento escolar y relaciones), seguridad (monitoreando si existe abuso infantil o negligencia) y actos de resiliencia (actividades normalizantes, servicios de salud mental, plan educativo individualizado/educación especial) en cada visita al consultorio. Es crucial entender cualquier tipo de violencia en curso, porque el progreso es limitado por el estrés ambiental tóxico cotidiano, y la prevención del deterioro de la salud mental se entrelaza con la prevención de la violencia. La oportunidad clave es apoyar al niño o menor maltratado en el consultorio médico (p. ej., explicándole que puede hacer preguntas y hacer sugerencias). Un menor que estuvo en una casa hogar y que tuvo varios problemas de salud identificó algunos comentarios útiles:

Mi psiquiatra me dijo cuán divertido e inteligente, creativo y tenaz puedo ser. Eso me hizo sentir valioso... Mi pediatra, que ha estado conmigo en muchas cosas, me dijo un día que yo era un niño impresionante, tenaz, y que estaba feliz de ser mi doctora. Me hizo sentir que yo contaba. (Mia; American Academy of Pediatrics, s.f., p. 3)

◇ Trastornos del estado de ánimo, autolesiones y tendencia suicida

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor del DSM-5 hace hincapié en la persistencia del estado de ánimo más que en la gravedad

Los criterios del *trastorno depresivo mayor* son similares para menores y adultos. El DSM-5 hace hincapié en la persistencia de las alteraciones del estado de ánimo más que en la gravedad de los síntomas (es decir, sentirse vacío/anhedónico sugiere un funcionamiento afectado de las recompensas, o estado de ánimo triste/irritable). Estos síntomas incluyen manifestaciones físicas (reducción/aumento del apetito), insomnio o hipersomnia, conducta

agitada o lenta, y fatiga. Las manifestaciones cognitivas incluyen rumia acerca de sucesos negativos o fallas (percibidas) del carácter, como carecer de valía, y pensamientos sobre el suicidio y la muerte.

De hecho, se ha observado que la rumia es relevante en quienes tienen antecedentes de maltrato. Es probable que se tenga fundamento en la lucha por entender las razones que hay detrás del abuso. En todos los casos, el maltrato no es culpa del niño ni algo que él provoque, sino que se trata de un abuso de poder por parte del adulto. Este tipo de rumia es perjudicial para el adolescente víctima de maltrato, en tanto que hace que internalice sentimientos de vergüenza y culpa en relación con el maltrato; de este modo, se produce una carga tóxica de estrés. El modelo de amplificación del estrés plantea que el maltrato y otros ASI amplifican la reactividad al estrés en sucesos recientes. Esto contribuye a que los umbrales para el estrés cotidiano sean más bajos; por lo tanto, los sucesos que normalmente serían levemente estresantes pueden producir una respuesta depresiva (sensibilización al estrés).

El DSM-5 también hace referencia a los patrones de los síntomas no explicados por la presencia de otros trastornos, que se suelen observar en menores de 6 a 9 años de edad. Uno de esos patrones se caracteriza por estallidos de mal humor y altos niveles de irritabilidad general, y se denomina *desregulación disruptiva del estado de ánimo*.

Los síntomas depresivos se suelen asociar con todas las formas de maltrato en la infancia. Los individuos con antecedentes de abuso y negligencia informan una probabilidad mayor de distimia y trastorno depresivo mayor durante la adolescencia y la adultez temprana, como conductas relacionadas con el suicidio. Las víctimas de ASI muestran un retraimiento social significativamente mayor y síntomas internalizados como estado de ánimo deprimido, anhedonia (es decir, falta de placer en actividades que antes eran reforzantes, como actividades recreativas o sexuales), y la sensación de no valer nada. Los efectos emocionales comunes son culpa (sentirse responsable del abuso), indefensión y desesperanza, perturbaciones del sueño y del apetito, y baja autoestima. La depresión es el principal factor que contribuye a la muerte por suicidio, y el maltrato infantil aumenta la probabilidad de que aparezcan trastornos depresivos de 1.5 a 3 veces más (Norman et al., 2012). Las conductas se repiten si se refuerzan, así las lesiones autoinfligidas se relacionan con la visión que la persona tiene de sí misma como alguien que merece castigo.

Los adolescentes y los adultos jóvenes constituyen un grupo de riesgo para cometer suicidio, y antes el maltrato infantil tiene un papel importante. Los antecedentes de maltrato y la relación con los SPI son factores significativos de riesgo para morir por suicidio, llegar al área de urgencias en un hospital por lesiones autoinfligidas y regresar varias veces a esta área. Se recomienda que los clínicos que trabajan con niños y menores maltratados evalúen con regularidad la conducta autolesiva y el riesgo potencial de suicidio, y que,

cuando las autolesiones se manejan a nivel clínico, se tomen en cuenta los problemas de maltrato. Los individuos con antecedentes de abuso sexual que presentan ideación suicida tienden a ser mayores en el momento del abuso y no se han salido de sus casas. Ningún dato indica que preguntar acerca del suicidio fomente la conducta, o que el pensamiento suicida se relaciona con sucesos específicos (p.ej., declarar en un juicio) o tensión emocional. No hay pruebas específicas para identificar a una persona suicida. Una pregunta genérica para abordar el tema es qué le ocurre al menor partiendo de la idea de que los menores se encuentran bajo mucho estrés que puede resultar agobiante. Cuando se habla de problemas de salud mental, se pueden hacer una o dos preguntas directas acerca de la depresión: “¿alguna vez te has lastimado a ti mismo?” “¿Alguna vez has tenido pensamientos perturbadores?” “¿Alguna vez has pensado en quitarte la vida o has deseado estar muerto?”

Debe registrarse la naturaleza de pensamientos y conductas pasadas y presentes, los marcos temporales, deseos de morir y planes elaborados o búsqueda de personas que lo ayuden, directamente o a través de líneas de ayuda. El acceso (o la restricción) a los recursos es un hecho importante, y el clínico debe indagar acerca de la presencia de armas de fuego, municiones y medicamentos, como los analgésicos comunes.

◇ Trastornos de ansiedad

Las víctimas de maltrato infantil tienen mayor probabilidad de cumplir con los criterios de distintos trastornos de ansiedad

En niños víctimas de maltrato se encuentran con frecuencia síntomas generales de ansiedad –tensión subjetiva, conductas obsesivo-compulsivas, fobias, pesadillas, fobias específicas al maltrato, conductas empalagosas–, y estos niños tienen mayor probabilidad de cumplir con los criterios de diversos trastornos de ansiedad. El *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva o pensamientos ansiosos que el niño tiene dificultad para controlar. Es relevante para el estado de elevada incertidumbre cuando el abuso ocurre con una frecuencia impredecible, con señales ambiguas de inicio y en circunstancias situacionales que varían. Además de los elementos cognitivos del TAG, hay algunos síntomas conductuales (fatiga, sueño perturbado), síntomas somáticos (tensión muscular y síntomas afectivos (irritabilidad). Los niños que han sido traumatizados por el maltrato temen la separación como resultado de su necesidad de sentirse a salvo, minimizan y manejan las amenazas, y su miedo es a lo desconocido. El ASI es un factor general en los trastornos de ansiedad independientemente de la gravedad del abuso y del género de la víctima. Debido a la diversidad de los

síntomas de ansiedad y los trastornos asociados con el maltrato infantil se recomienda a los clínicos evaluar todos los trastornos de ansiedad al trabajar con una víctima de maltrato.

◇ Trastorno de estrés postraumático y disociación

Las víctimas pueden sufrir síntomas del trastorno de estrés postraumático o de disociación

La respuesta inicial a traumas de un solo suceso es la hiperactivación – notablemente, hiperactividad, desorganización y alteración de las rutinas. En la medida en que el trauma es repetido, la respuesta de adaptación se complica por la disociación, perturbación afectiva y vacíos prolongados en la memoria. Con un trauma de un solo suceso el énfasis recae en el miedo patológico y las asociaciones erróneas (de personas u objetos) con el peligro. En casos de maltrato crónico, el TEPT puede existir de manera episódica cuando se presentan experiencias de maltrato de alto impacto. Sin embargo, es importante considerar los niveles de los síntomas subclínicos, pues ellos se han relacionado con afectaciones funcionales importantes entre menores. Cuando se publicó el DSM-5 el TEPT se retiró de la categoría de los *trastornos de ansiedad* y se integró a una nueva categoría: *trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Las respuestas emocionales a los eventos traumáticos se eliminaron (es decir, miedo intenso, terror), porque no predecían el inicio del TEPT, y los menores traumatizados tienen diversas respuestas emocionales cuando están fuera del contexto del trauma que no se relacionan con una respuesta en el momento del mismo. El DSM-5 emplea cuatro grupos de síntomas para diagnosticar el TEPT: 1) *reexperimentar* (recuerdos espontáneos de los sucesos traumáticos, sueños recurrentes), 2) *evitación* (respuesta de fuga o escape de los sentimientos del trauma, evitación de estímulos externos que recuerden el trauma), 3) *cogniciones y estado de ánimo negativos* (culparse a sí mismo, incapacidad para recordar aspectos clave del suceso) y 4) *activación* (respuesta de pelea, conducta agresiva, imprudente, autodestructiva, problemas de sueño, hipervigilancia). Entre los adolescentes, ser mujer es un factor de riesgo para desarrollar el TEPT, cuyos síntomas contribuyen o median efectos como la violencia en el noviazgo y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

La *disociación* se considera una estrategia de evitación psicológica, o un intento inconsciente de anesthesiarse a nivel emocional alterando los niveles de autoconsciencia. Para llegar a un estado de desconexión emocional, las emociones, pensamientos y conductas se separan entre sí. En niños y adolescentes, la disociación puede tomar la forma de un estado de trance

(distracción repentina, cambio súbito en la orientación de la cabeza a mitad de una conversación), o se manifiesta en un cambio repentino de conducta (p. ej., colaborador en un momento y negativista o agresivo al siguiente instante). Por lo general, las actividades durante el episodio disociativo no se recuerdan durante los estados no disociativos. La disociación se manifiesta como amnesia funcional en relación con uno o varios grupos de conductas, una sensación de despersonalización o desrealización (p. ej., problemas con el seguimiento de las propias actividades en tiempo real, sentimiento de desapego respecto con los demás, sensación de estar fuera de uno mismo, supresión de sensaciones de dolor en partes del cuerpo), o experiencias de alteraciones de la identidad (p. ej., sí mismo verdadero vs. sí mismo público, protegido; personalidad camaleónica al interactuar con distintas personas, fingir que se es alguien diferente). La experiencia disociativa se puede observar en patrones de comunicación que se interrumpen y reinician, en el discurso que carece de coherencia en el contenido y temporal, sueños diurnos, y reacciones afectivas o conductuales extremas frente a sucesos aversivos menores.

La disociación es el factor clave que contribuye en el niño maltratado a tener una sensación fragmentada de sí mismo

Se piensa que la disociación es un factor clave que contribuye a que el niño maltratado tenga una sensación fragmentada de sí mismo. Este proceso hace que la víctima se sienta separada de su cuerpo o su sí mismo, como si lo que ocurriera no le estuviera ocurriendo a ella. Desde los años preescolares, los niños que sufren abuso físico y sexual muestran signos de disociación, aunque esto no es evidente en los niños que viven negligencia. Hay evidencias de las relaciones diferenciales entre disociación y abuso físico y ASI. Aunque los niños que han sufrido abuso sexual presentan niveles significativamente mayores de disociación que los individuos que no lo han sufrido, eso no ocurre con los que han sufrido abuso físico. Sin embargo, los informes de los padres sobre los síntomas disociativos del niño indican una asociación significativa con los antecedentes tanto de abuso físico como de ASI. La disociación entre sobrevivientes de ASI es más probable cuando implica violencia física y perpetradores múltiples y si persiste en la adolescencia (Trickett, Kim y Prindle, 2011).

La disociación en menores se puede medir con escalas de autoinforme. Con niños pequeños la disociación se observa en sueños diurnos excesivos o “perderse” a mitad de las conversaciones o juegos. En una observación clínica del juego, una niña de 8 años de edad puso en escena una experiencia grave de ASI con pistolas de juguete que disparaban contra los genitales de una muñeca y, al hacerlo, dejó de jugar y orientó la cabeza en otra dirección. Cuando retomó el juego, quería moverse por encima en una alfombra mágica. Esto ilustra el modo en que los profesionales pueden observar la disociación en

escenas de juego libre. Con niños mayores, la información se puede conocer por fuentes indirectas o descritas. Por ejemplo, un menor de 12 años de edad que fue víctima de abuso físico y que había presenciado violencia doméstica en casa habló acerca de un interruptor imaginario en la parte trasera de su cuello que, si lo movía, podía dejar de sentir o volver a sentir.

◇ **Trastornos por consumo de sustancias**

El consumo de sustancias y el abuso son resultado común del maltrato

El abuso físico o el ASI se relacionan con mayor probabilidad de consumo temprano de cigarro, alcohol, marihuana, drogas ilícitas, drogas intravenosas y fármacos sin prescripción médica, en comparación con los menores no maltratados. El consumo de alcohol y drogas, como una característica de la automedicación contra los afectos negativos y para aumentar los afectos positivos, funciona como mecanismo de afrontamiento para el elevado estrés que es ocasionado por el abuso infantil. Esto se observa en la mayor probabilidad de iniciar el consumo de alcohol a una edad menor (p. ej., 12 años o menos), lo cual a su vez, predice problemas posteriores con el consumo de alcohol. El alcohol y otras drogas ilegales reduce los síntomas de hiperactivación y las emociones displacenteras, produce entumecimiento emocional y euforia y puede ser valioso para los menores maltratados que buscan un alivio de corto plazo.

Diversas variables relacionadas complican la asociación entre consumo de alcohol y maltrato infantil. Por ejemplo, los adolescentes que han vivido abuso sexual y consumen con frecuencia drogas y alcohol pueden tener padres que consumen drogas, es difícil separar los efectos de la genética, el modelamiento y la experiencia de abuso. Además, se ha sugerido que el consumo de sustancias y el maltrato infantil son factores de riesgo uno para el otro. Por ejemplo, la intoxicación puede aumentar el riesgo de sufrir abuso físico o sexual, mientras que experimentar abuso puede llevar a un elevado consumo de drogas. Para la evaluación, se recomienda que abarque todas las posibilidades de consumo de sustancias, la secuencia con que se han consumido en relación con otros problemas psiquiátricos (p. ej., depresión) y su impacto en el funcionamiento académico y psicosocial.

◇ **Trastornos de la conducta alimentaria**

La mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria son transdiagnósticos, es decir, se pueden mover entre las categorías diagnósticas. Se consideran

como desregulación y conducta alimentaria desordenada: irregularidad en la ingesta, atracones, purgas, restricción y ejercicio excesivo y compulsivo. En un caso, a una niña sus compañeros de escuela le pedían que les diera de su almuerzo, porque ellos lo habían olvidado y ella siempre cedía. Sin embargo, el almuerzo era la única comida que sus padres adoptivos le daban; cuando fue puesta al cuidado como preescolar mostró conductas de acumulamiento de alimentos después de llegar de una situación de negligencia extrema. Se ha notado un elevado riesgo a padecer trastornos de la alimentación o problemas de peso entre los adolescentes que vivieron ASI o negligencia física, aparte de la psicopatología parental, trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y temperamentos difíciles. Un metaanálisis reciente que abarcó 14 169 individuos encontró asociación entre todo tipo de maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria (Caslini et al., 2016). Los adolescentes víctimas de abuso sexual también presentan niveles significativamente mayores de angustia en relación con su peso y eligen figuras más delgadas como la forma ideal de la silueta corporal con una frecuencia significativamente mayor que los adolescentes que no han sufrido abuso.

Se ha encontrado asociación significativa entre maltrato infantil y trastornos de la alimentación

También existe apoyo empírico a la asociación entre abuso físico y trastornos de la conducta alimentaria (Caslini et al., 2016). Clínicamente, las víctimas de ASI pueden presentar preocupación abierta por el peso y el atractivo físico; por otro lado, puede surgir un perfil inverso en el que un peso excesivo constituye un “escudo” para alejar toda atención sexual masculina indeseable. Esto contribuye en la adolescencia, junto con una elevada autoconsciencia, a la falta de cuidado de sí mismo o a una sensibilidad excesiva frente al sí mismo presentacional; ésta última se agudiza en la cultura juvenil de las “selfies”.

◇ Víctimas asintomáticas

Es importante señalar que no todos los niños padecen consecuencias psicológicas relacionadas con el abuso temprano. Se pueden esperar diversos efectos en el desarrollo dado el impacto en la personalidad en construcción. Los profesionales de la salud mental no tratan el maltrato infantil en sí mismo, sino los problemas conductuales, emocionales y de otro tipo que los niños desarrollan en respuesta a dichas experiencias (denominadas *respuestas al trauma*). Los servicios de salud mental están indicados para niños que desarrollan respuestas al trauma después del maltrato infantil. Sin embargo, algunos son resilientes y, a pesar de haber experimentado maltrato, no desarrollan esas respuestas; tal vez estos niños no requieren de intervenciones

de salud mental. Un tercer grupo de niños maltratados tienen problemas mentales importantes que, en gran medida, no están relacionados con las experiencias de maltrato infantil; estos niños necesitan servicios de salud mental distintos de los tratamientos que se enfocan en el trauma. Además, la sintomatología se puede desarrollar tiempo después del abuso real. Este efecto latente se manifiesta en momentos sensibles del desarrollo –por ejemplo, en las relaciones románticas adolescentes, cuando las señales de amenaza de maltrato son intensas (p. ej., proximidad física, contacto físico, afectos efímeros y experiencias sexuales) (cuadro 3-3). Los síntomas pueden aparecer cuando el momento de la amenaza de abuso, tal como la percibe el niño, ha pasado por completo, y se siente a salvo para manifestar respuestas desadaptativas.

Algunas víctimas de maltrato no manifiestan un trastorno o deterioro clínico

Algunas formas de maltrato tienen menor probabilidad de provocar síntomas graves. Un ejemplo fue una situación en que un menor varón fue tocado sexualmente, una vez, por su niñera. Él reveló los hechos de inmediato y la respuesta de los padres fue efectiva. Los padres llamaron a la policía; presentaron cargos contra la niñera y quedó convicta. Los padres y los profesionales ayudaron al menor a comprender el suceso como algo que se debió a problemas personales de la niñera. El menor no había experimentado antes violencia y sintió el apoyo y la protección de sus padres y del sistema. El clínico puede enfocarse en prevenir la revictimización, apoyar la imagen de sí mismo y la resiliencia del niño, así como reforzar el apoyo y los recursos parentales. En el caso de niños con otros factores de riesgo, sin embargo, se sugiere una reevaluación periódica para detectar signos de deterioro o de síntomas que aparezcan después. En resumen, hay una amplia variedad de características y contextos en los que se presenta el maltrato, de modo que su impacto adopta una miríada de formas diferentes. Esto sugiere que no hay un solo síndrome asociado con el maltrato infantil.

Cuadro 3-3. Disparadores del trauma por ASI

Una niña de 9 años de edad estaba nadando en una alberca del vecindario con otras niñas. Un vecino, quien tenía reglas peculiares como no permitir la entrada de niños varones a la alberca y sesiones frecuentes de natación los sábados, mientras su esposa salía de casa, se acercó a esta niña ofreciéndole “enseñarle a nadar” y trató de tomarla de las caderas. La niña se soltó agresivamente del hombre y dijo: “¡Yo ya sé nadar!” Desafortunadamente, el pedófilo se fue con otra niña más pequeña y la atacó en la alberca. La otra niña se aterrorizó y todos los niños salieron llorando de la alberca. Desafortunadamente, el ASI continuó todo el verano con dos de las niñas. En la adolescencia, la niña que se soltó del pedófilo reaccionó de manera violenta con su novio cuando éste intentó un acercamiento apasionado mientras nadaban, sin darse cuenta le había fracturado una costilla de una patada.

Capítulo 4

Tratamiento

Incluso dentro de categorías diferentes, las experiencias de trauma varían ampliamente. Algunos eventos traumáticos están más restringidos, mientras que otros tienen mucho mayor impacto. La ecología social puede exacerbar el maltrato existente, como ocurre en desastres naturales y la migración, lo que añade más pérdidas y muerte. Otras experiencias traumáticas, por su misma naturaleza (p. ej., incesto), requieren condiciones de vivienda compartimentadas y distintos repertorios de respuesta durante la noche o en el desayuno por las mañanas. El estrés traumático impacta en todas las edades; sin embargo, no hay consenso respecto con los síntomas postraumáticos en niños muy pequeños, aunque conductas como aversión a la mirada son respuestas a la invasión parental.

Como se señaló, los profesionales de la salud mental no tratan el maltrato infantil en sí mismo, sino los problemas conductuales, emocionales y de otro tipo que los niños desarrollan en respuesta al trauma. Los servicios de salud mental están indicados para niños que desarrollan respuestas al trauma después de vivir maltrato infantil. Sin embargo, son demasiado comunes en la práctica clínica diversas intervenciones con apoyo empírico inadecuado, como la terapia de juego no directiva, la terapia de arte y la terapia de arenero. Infundir el enfoque terapéutico más directivo en los estudiantes durante cursos de capacitación (en contraste con enseñar enfoques no directivos) es importante para promover las intervenciones con base en evidencias. En un metaanálisis del impacto del tratamiento en efectos comunes del ASI, el tratamiento cognitivo conductual fue efectivo para tratar los síntomas de TEPT, así como problemas externalizados e internalizados, con tamaños del efecto medio (Trask, Walsh y DiLillo, 2011).

El tratamiento debe enfocarse en problemas conductuales, emocionales y de otro tipo que los niños presenten a partir de un trauma

Así, brindar a clínicos y estudiantes experiencias en el uso efectivo de las intervenciones con base en evidencias tiende a cambiar sus creencias acerca del proceso clínico. Con base en diversos factores, los esfuerzos se han enfocado en educar a los profesionales en capacitación acerca de los beneficios de utilizar intervenciones con base en evidencias (en contraste con estrategias no directivas o tratamientos comunes), y en garantizar que los estudiantes tengan múltiples experiencias de implementación exitosa de tales tratamientos a lo largo de su capacitación.

El *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [Administración de Servicios en Abuso de Sustancias y Salud Mental] (SAMHSA) de EUA cuenta con una iniciativa estratégica relacionada con el

trauma y la justicia para impulsar el uso de prácticas informadas sobre trauma (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Esta iniciativa busca prevenir la retraumatización cambiando el modo en que instituciones y sistemas de servicios manejan la conducta problemática de los menores de modo coercitivo (p. ej., restricciones, aislamiento y castigo físico), y se dirige a quienes no reconocen las vulnerabilidades debidas a la polivictimización. Esta iniciativa tiene fundamento en 1) darse cuenta de que el trauma está muy generalizado, 2) reconocer los signos y síntomas, 3) responder con conocimiento sobre el trauma y 4) proteger frente la retraumatización. Los esfuerzos de los sistemas de servicios van desde el establecimiento de una misión, en la que manifiestan su intención de promover la recuperación frente a un trauma, hasta las intervenciones con base en el trauma, como TCC-FT (terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma), la principal intervención actual con menores traumatizados (descrita más adelante) (cuadro 4-1).

Cuadro 4-1. Seis principios de la práctica informada sobre el trauma

1. Priorizar los protocolos de seguridad e integridad sentidas: apoyar la seguridad física y emocional, calmar y protocolos para contrarrestar las escaladas;
2. Confiabilidad y transparencia, expectativas claras acerca de los roles;
3. Apoyo de los pares y trabajar para preservar y fortalecer las redes sociales;
4. Colaboración y reciprocidad: orientación en relación con los vínculos;
5. Empoderamiento, voz y elección: cultivar habilidades de autoprotección, valorar las experiencias vividas y promover la resiliencia;
6. Sensibilidad frente a cuestiones de género, culturales e históricas: acceso a apoyos culturales y de género.

Para determinar qué servicios de salud mental son adecuados para cada niño, el clínico debe empezar con una evaluación diagnóstica completa. En ésta, debe abordar las posibles dificultades o alteraciones en múltiples ámbitos del funcionamiento de la salud mental, y recolectar información directamente del niño, el cuidador primario actual y otras fuentes, según corresponda (p. ej., trabajador de la protección infantil, funcionario relacionado con la libertad condicional juvenil, expedientes escolares y médicos, evaluaciones forenses).

Como se describió antes, muchos niños desarrollan síntomas de TEPT en algún momento posterior al maltrato. Estos síntomas pueden ser pesadillas o pensamientos perturbadores acerca de las experiencias de maltrato, no querer hablar o pensar en dichas experiencias, creencias negativas acerca de sí mismos, culparse por el maltrato, estados emocionales negativos (enojo, tristeza), irritabilidad, explosiones de mal humor y problemas para dormir, poner atención o concentrarse, o conducta imprudente o autodestructiva.

Las versiones sucesivas del DSM han intentado hacer un diagnóstico del TEPT más adecuado en casos de niños menores de 7 años de edad. El evaluador debe identificar los posibles estímulos que recuerdan el trauma ambiental y entender de qué modo afectan los síntomas del niño. Sin embargo, no se requiere el diagnóstico de TEPT para recibir una intervención informada

sobre el trauma. El maltrato infantil afecta múltiples ámbitos del funcionamiento, como afectos, biología, conducta, condición, escuela y, o relaciones sociales y de apego. Algunos menores desarrollan respuestas complejas al trauma en las que se observa una desregulación grave de diversos ámbitos del funcionamiento.

Por otro lado, los niños pueden desarrollar respuestas depresivas, ansiosas o conductuales frente al maltrato, con o sin síntomas del TEPT. Cualquiera de estas respuestas al trauma son indicadores adecuados para implementar el tratamiento informado sobre el trauma, como la TCC-FT. Al igual que con otras evaluaciones diagnósticas, las metas de la evaluación son desarrollar una formulación completa del caso, hacer un diagnóstico y planear el tratamiento. Durante la evaluación, el profesional prioriza las necesidades del niño respecto con la salud mental y hace un plan para tratar los problemas de máxima prioridad. Durante la formulación del caso, el profesional adopta un enfoque biopsicosocial para comprender los problemas del niño. El diagnóstico presenta los mismos datos desde la perspectiva del DSM. El plan de tratamiento propone una respuesta ante estos problemas.

El papel del profesional es explicar la conexión entre los síntomas del niño y las experiencias de maltrato

Planear el tratamiento es parte importante para hacer partícipes a las familias. Si el niño presenta respuestas importantes al trauma (p. ej. TEPT, síntomas depresivos, de ansiedad, conductuales, cognitivos, relacionales u otros importantes asociados con las experiencias de maltrato), el profesional debe enviar al niño a un tratamiento focalizado en el trauma. Sin embargo, es de importancia crítica que no sólo el profesional, sino también *los padres y el niño* entiendan los síntomas como respuestas al trauma, y estén de acuerdo en acudir al tratamiento focalizado en el trauma como el mejor para abordar estas respuestas. El profesional debe explicar con claridad *la conexión entre los problemas del niño (síntomas) y las experiencias de maltrato*. Además, debe explicar que el tratamiento se enfocará en *las experiencias de maltrato, durante todas las sesiones del tratamiento* con el fin de abordar todos los síntomas. Mientras mayor aceptación haya por parte de la familia, es menos probable que el tratamiento se interrumpa por crisis conductuales (a menudo denominadas *crisis de la semana* [CS]), sobre todo si el niño presenta problemas de conducta externalizada.

La TCC-FT es el protocolo de tratamiento con más apoyo de las evidencias en casos de sobrevivientes de maltrato

La TCC-FT, que se describe de manera extensa en la siguiente sección, es el protocolo de tratamiento que más apoyo tiene de las evidencias en casos de niños, menores y adultos sobrevivientes de maltrato, incluyendo abuso infantil, negligencia, violencia doméstica y duelo traumático (y respuestas complejas de trauma ante estas experiencias). La TCC-FT cuenta con una

capacitación y un modelo de apoyo excelentes, como un curso en línea: *TFCBTWeb* [por sus siglas en inglés] (<https://tfbc2.musc.edu/>). La capacitación en línea ofrece educación continua gratuita después de concluirla, brinda ejemplos en video de cómo implementar el tratamiento y tiene guiones descargables y otros recursos. La capacitación en línea se requiere antes de la capacitación de dos días, presencial con un instructor experto en TCC-FT, seguidos de al menos 6 meses de llamadas de consulta, 2 veces al mes, en las cuales el profesional recibe orientación para implementar la TCC-FT en sus propios casos con fidelidad. Los profesionales con licencia y un grado de maestría o doctorado pueden certificarse como terapeutas de la TCC-FT. Se puede obtener más información sobre cómo ingresar a la capacitación, consultoría sobre *TF-CBT National Therapist Certification* en su sitio de internet. En Cohen, Mannarino y Deblinger (2006) y en el curso gratuito en línea, *TF-CBTWeb* (disponible en <http://www.musc.edu.ctg/>), se puede encontrar información más detallada sobre el módulo de duelo traumático de la TCC-FT.

Las indicaciones para recibir la TCC-FT son 1) una edad entre 3 y 19 años (la TCC-FT se puede emplear con personas o menores, pero las evidencias abarcan sólo este rango), 2) el niño ha tenido al menos una experiencia traumática que recuerde (recordar la experiencia es necesario para muchos componentes de la TCC-FT), 3) el niño tiene síntomas relacionados con el trauma significativos (TEPT o síntomas depresivos, de ansiedad, cognitivos, conductuales, interpersonales u otros relacionados con el trauma), 4) el niño y el padre (o el tutor legal) aceptan la TCC-FT (en algunas jurisdicciones los menores de 14 o más años de edad pueden aceptar el tratamiento sin que sea necesario el consentimiento parental) y 5) aunque no es necesario, se pide encarecidamente al padre que no es el agresor o el cuidador primario que participe en la TCC-FT (cuadro 4-2).

Cuadro 4-2. Indicaciones de la TCC-FT

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 3-19 años de edad • Experiencia de un suceso traumático • Síntomas significativos relacionados con el trauma • El niño/menor y el padre (o tutor legal) aceptan la TCC-FT • Se invita a participar a los cuidadores que no son agresores |
|--|

MÉTODOS DE TRATAMIENTO

Existen muchos tratamientos para abordar el impacto del trauma. *National Child Traumatic Stress Network* presenta un panorama general de los tratamientos con sustento empírico y ficha técnica sobre distintos métodos (<http://www.ncatsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices/>). De ellos, la TCC-FT cuenta con las evidencias más sólidas para mejorar los diversos efectos del maltrato infantil. Como se describe en la sección más adelante, la TCC-FT se ha estudiado en 15 pruebas controladas aleatorizadas con niños de 3 a 18 años de edad que han experimentado distintos tipos de maltrato, como ASI, violencia doméstica, duelo traumático y, o traumas complejos y múltiples, también se ha probado en distintos escenarios y formatos (pacientes externos, casas hogar, instalaciones de tratamiento residencial, contextos de posguerra, individual y grupal), así como en diferentes escenarios nacionales e internacionales. Los resultados positivos han sido consistentes en diversas poblaciones, escenarios y las modalidades han contribuido más a la diseminación de este tratamiento para niños maltratados, traumatizados.

La TCC-FT consta de tres fases

La TCC-FT es un modelo de tratamiento dividido en fases y componentes. Se divide en tres fases de tratamiento: una fase inicial de habilidades de estabilización, una fase intermedia de narrativa del trauma, y una fase final de integración y consolidación. Estas fases tienen una extensión proporcional en casos de traumas típicos. Sin embargo, los niños con traumas complejos suelen presentar desregulación conductual y emocional más grave, por lo cual se dedica mayor tiempo a la fase inicial de habilidades de estabilización. En estos casos, la proporción de las fases se ajusta para que casi la mitad de las sesiones estén dedicadas a la fase inicial; un cuarto de las sesiones se dedican las otras dos fases restantes. Hay otras posibilidades de duración dependiendo del caso, la evaluación y el plan de tratamiento.

Los nueve componentes de la TCC-FT corresponden a las tres fases, y en inglés se resumen en el acrónimo PRACTICE (cuadro 4-3). En el caso de menores con trauma complejo, el orden se puede modificar para que el componente de seguridad se brinde al inicio y luego otra vez al final del tratamiento. Además, se puede agregar un módulo de duelo traumático para estos menores después de concluir los componentes PRACTICE, porque muchos de ellos también han experimentado separaciones o muertes traumáticas de sus cuidadores primarios, además del maltrato infantil. Cohen, Mannarino, Kliethermes y Murray (2012) ofrecen más detalles de la

aplicación de la TCC-FT en menores con trauma complejo. Debido a que muchos niños que han experimentado maltrato desarrollan respuestas al trauma, el terapeuta debe conocerlas, así como el modo de aplicar la TCC-FT en estos casos.

Cuadro 4-3. Fases y componentes del modelo <i>PRACTICE</i> de la TCC-FT	
Trauma común (12-15 sesiones)	Trauma complejo (16-24 sesiones)
Fase de estabilización (1/3 del tiempo: 4-5 sesiones) P: Psicoeducación P: Habilidades de prácticas de crianza R: Habilidades de relajación A: Habilidades de modulación afectiva C: Habilidades de procesamiento cognitivo	Fase de estabilización (1/2 del tiempo: 8-12 sesiones) E: Reforzar la seguridad P: Psicoeducación P: Habilidades de prácticas de crianza R: Habilidades de relajación A: Habilidades de modulación afectiva C: Habilidades de procesamiento cognitivo
Fase de narrativa del trauma (1/3 del tiempo: 4-5 sesiones) T: Narrativa del trauma	Fase de narrativa del trauma (1/4 del tiempo: 4-6 sesiones) T: Narrativa del trauma
Fase de integración/consolidación (1/3 del tiempo: 4-5 sesiones) I: Dominio en vivo C: Sesiones conjuntas padre-niño E: Reforzar la seguridad T: Módulo de duelo traumático (si está indicado)	Fase de integración/consolidación (1/4 del tiempo: 4-6 sesiones) I: Dominio en vivo C: Sesiones conjuntas padre-niño E: Reforzar la seguridad T: Módulo de duelo traumático (si está indicado)
Nota: TCC-FT = terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma.	

El padre o cuidador primario que no es el agresor se suele incluir en la TCC-FT

Los otros dos principios básicos son centrales para implementar la TCC-FT. Primero, siempre que es posible, el terapeuta debe incluir al padre o cuidador primario que no es agresor (de aquí en adelante sólo se usará el término padre para referirse a cualquiera de los dos). Después del maltrato, muchos niños viven con familiares o padres adoptivos; a quienes se les invita a participar en el tratamiento, sea en lugar de o además del padre biológico que no es agresor. El padre perpetrador no se incluye en la TCC-FT (se puede hacer una excepción en la rara situación en que el padre perpetrador ha reconocido por completo la responsabilidad del maltrato, no hay cargos legales pendientes, y se considera que su participación ayudaría en la recuperación del niño). En la TCC-FT, (idealmente) el terapeuta pasa tanto tiempo con los padres como con el niño. En la mayoría de las sesiones, el terapeuta se reúne de manera individual con los padres casi la mitad de las sesiones y con el niño la otra mitad, de modo que comparte información paralela a cada uno. Los padres aprenden y practican las mismas estrategias que el niño, con el fin de ayudarlo a implementarlas en situaciones de la vida real en casa. Además, los padres aprenden estrategias parentales efectivas para manejar los problemas de desregulación conductual, abordan sus reacciones personales ante las experiencias de maltrato y las respuestas al trauma del niño. En algunos casos,

los padres tienen historias personales sobre lo ocurrido, el terapeuta aborda esto en las sesiones individuales con ellos. Después de que el niño ha desarrollado la narrativa del trauma, y el padre la ha escuchado de manera individual con el terapeuta, el niño la comparte directamente con el padre en sesiones conjuntas padre-hijo. Mediante este proceso, los padres entienden mejor las necesidades del niño y lo apoyan más.

La EG se incluye en cada componente y sesión del tratamiento

El segundo principio básico es que la exposición gradual (EG) se incluye en cada componente y sesión del tratamiento, para ayudar a niños y cuidadores (en adelante denominados padres) a dominar la evitación por trauma. El terapeuta ofrece EG aumentando gradualmente la intensidad, frecuencia y duración de la exposición directa a estímulos que recuerdan las experiencias de maltrato o la discusión directa sobre ellas. En la fase inicial (habilidades de estabilización), la EG consiste en usar términos directos para nombrar las experiencias de maltrato infantil y los estímulos que las recuerdan, en vez de emplear eufemismo (p. ej., “abuso sexual”, “pene” y “tu padre”, en vez de “la cosa mala que sucedió”, “ahí abajo” y “el hombre del que no te gusta hablar”), así como ayudar al niño y a los padres a emplear habilidades de afrontamiento cuando se presenten estos estímulos en la vida cotidiana.

En la fase de narrativa del trauma, el terapeuta utiliza la EG para alentar al niño a dar más detalles acerca de sus experiencias de maltrato. Por último, en la fase de integración y consolidación, el terapeuta emplea la EG para ayudar al niño a compartir las narrativas del trauma directamente con sus padres, y a desarrollar planes efectivos y realistas para el futuro.

En la siguiente sección, se presenta información acerca de cómo aplicar la TCC-FT con niños que han tenido experiencias de maltrato (sexual, físico, emocional o negligencia, violencia doméstica, separación traumática o muerte de uno de los padres u otra figura cercana de apego, o experiencias múltiples y complejas de maltrato) y sus padres. Cada componente PRACTICE contiene una breve descripción sobre el modo en que el terapeuta puede implementarlo con el niño y sus padres, y en que la EG se incluye en el componente. Se pueden encontrar más detalles al respecto en <http://www.musc.edu/tfcbt> y en Cohen, Mannarino y Deblinger, 2012.

La flexibilidad se equilibra con fidelidad para garantizar resultados positivos en el niño

La TCC-FT es un modelo estructurado, de corta duración que consta de fases y componentes que se presentan a lo largo del proceso, en el cual el terapeuta trabaja de manera colaborativa con el niño y los padres para tratar y resolver distintas respuestas emocionales y conductuales específicas al trauma. Para asegurar que se adquieren, practican y dominan conceptos y habilidades importantes en el curso del tratamiento, y que se mantienen después, la TCC-FT es un tratamiento directivo y flexible en el que el terapeuta es creativo en

el modo de implementar los componentes, con el fin de hacer participar a los niños y sus familias en el proceso. Sin embargo, la flexibilidad se equilibra con la *fidelidad del terapeuta* para garantizar resultados positivos en el niño. La investigación ha documentado que una mayor fidelidad por parte del terapeuta produce mejoras significativamente mayores en el niño. La fidelidad al modelo de la TCC-FT requiere lo siguiente: 1) se deben brindar todos los componentes (con excepción del dominio en vivo, que sólo se ofrece cuando es necesario), 2) cada sesión se debe enfocar en un solo componente (es decir, no desviarse por crisis no relacionadas con el tratamiento para el trauma), 3) los componentes y las fases deben presentarse en el momento y la proporción adecuados, como se describe en el cuadro 4-3, 4) la EG se debe incluir en todos los componentes y 5) si los padres participan, se debe trabajar con ellos con regularidad en sesiones de al menos 20 minutos. Se puede encontrar más información acerca de la fidelidad al TCC-FT en Cohen, Mannarino y Deblinger (2012).

◇ Estabilización y desarrollo de habilidades

La primera fase de la TCC-FT implica estabilización y desarrollo de habilidades

La primera fase de la TCC-FT promueve habilidades para niños y padres que tienen múltiples propósitos. Con ellas, se estabilizan y revierten efectos negativos del trauma en distintos ámbitos (p. ej., afectivo, biológico, conductual, cognitivo, social, de apego y de aprendizaje), y también fomenta habilidades de resiliencia para niños y familias a fin de que el desarrollo siga un curso sano. Se describe la EG por cada componente en los siguientes párrafos.

Psicoeducación

La TCC-FT suele comenzar con *psicoeducación*. El terapeuta explora las ideas del niño acerca de sus experiencias de maltrato y ofrece información adecuada en relación con su nivel de desarrollo. Por ejemplo, si el niño ha experimentado abuso sexual, el terapeuta ofrece psicoeducación acerca de lo que implica el abuso sexual, cuántos niños lo han vivido, cómo se sienten, cómo actúan después y cómo interpretar las respuestas de otros (p. ej., familiares, compañeros de escuela y el perpetrador) ante la revelación del niño acerca del abuso sexual. Cada vez hay más juegos terapéuticos, folletos y otros recursos disponibles para ayudar al terapeuta en este aspecto, como en el *CARES Institute* (<http://www.caresinstitute.org/>) y *The National Child Traumatic Stress Network* (<http://www.nctsn.org/trauma-types/web>).

Además, el terapeuta ofrece información acerca de los estímulos que recuerdan el trauma (cualquier señal que haga al niño recordar el trauma original) y las diversas respuestas que el niño puede presentar frente a dichos estímulos. Por ejemplo, en el caso de un niño que ha vivido violencia doméstica, visitar al perpetrador, estar en la habitación donde el niño presenció violencia doméstica en el pasado u oír hablar a adultos o pares con volumen alto, aun cuando no se trate de una escena de violencia, son estímulos que pueden despertar los recuerdos del trauma en el niño. En la psicoeducación, terapeuta y niño (y terapeuta y padre) empiezan a identificar estos estímulos en el caso de un niño, así como sus respuestas al trauma al mismo tiempo que comprenden que se trata de un proceso común que aparece a lo largo de toda la TCC-FT. El terapeuta también proporciona información acerca del tratamiento, por ejemplo, que el niño se sentirá mejor a medida que aprenda y practique nuevas habilidades para afrontar las experiencias de maltrato.

Es importante que el clínico aborde la culpa o ambivalencia del padre que no es agresor

Muchos padres que no son agresores sienten culpa y, o vergüenza en relación con el abuso infantil o la violencia doméstica que el niño presencia. Otros pueden ser ambivalentes en cuanto a creer al niño o al perpetrador respecto a las revelaciones del niño (y pueden seguir siendo dependientes del perpetrador a nivel económico o emocional), y enojarse con el niño por hablar con otros miembros de la familia y apoyar al niño y, o hablar con el “sistema” (p. ej., denuncias obligatorias, SPI, jueces, investigadores) por investigar la denuncia. Muchos padres no conocen los detalles de las experiencias de maltrato del niño, y se enfocan más en los problemas de conducta actuales (con frecuencia, esto es lo que ocurre con padres que no tuvieron la custodia del niño cuando ocurrió el maltrato). El terapeuta debe estar consciente de estos posibles escenarios cuando comienza el trabajo con los padres en TCC-FT, e individualizar la psicoeducación en consecuencia. El terapeuta brinda información acerca del maltrato del niño y las respuestas comunes de los padres que no son agresores adaptándola en cada situación.

Por ejemplo, una madre cuyos hijos habían vivido violencia doméstica grave repetida estaba enojada porque los SPI la habían amenazado con quitarle al niño si ella no dejaba a su pareja violenta. Ella se había separado de su pareja, pero estaba enojada con los SPI por “destruir la familia”. En este escenario, no sería útil que el terapeuta se enfocara en las respuestas parentales de culpa; en su lugar, el terapeuta se enfocó en el enojo con respuesta al trauma. Esto era útil para la madre, porque el niño también tenía problemas con explosiones de ira, y éste fue un problema en el que ella y el terapeuta acordaron enfocarse en la terapia.

La EG se incluye en la psicoeducación empleando los nombres apropiados

de las experiencias de maltrato (p. ej., “abuso sexual” y “muerte”) y no eufemismos. Bajar o rehuir la mirada, posturas corporales cerradas y, o bajo volumen de voz o tono, mientras se bordan las experiencias puede transmitir de manera involuntaria sentimientos de culpa y, o evitación hacia los hijos o los padres. En contraste, como parte de la EG, el terapeuta debe mantener el contacto visual, postura corporal abierta y tono o volumen normal de voz al hablar acerca del maltrato.

Habilidades de crianza

El terapeuta ofrece a los padres habilidades efectivas de crianza

Los padres participan en todos los componentes de la TCC-FT, y el terapeuta dedica casi la mitad de cada sesión a ellos. Además de recibir los otros componentes, hay uno especial de habilidades de crianza, en el que el terapeuta enseña *habilidades de crianza eficaz*. Además, muchos niños desarrollan problemas de conducta externalizada importantes después de sufrir maltrato. Por ejemplo, los niños que han experimentado abuso sexual pueden presentar conductas sexuales inapropiadas; los que han vivido abuso físico o presenciado violencia doméstica, agresión física o acoso escolar; y los que han sufrido maltrato múltiple o complejo, una desregulación conductual significativa como conductas de riesgo y, o autolesivas. El componente de habilidades de crianza es principalmente para los padres, pero, en casos de niños que presentan problemas de conducta externalizada importantes, el terapeuta también puede incluir algunas reuniones conjuntas padre-hijo breves, por ejemplo, para hacer que el niño participe en el desarrollo y modificación de programas de reforzamiento. Hay más información acerca de la TCC-FT con niños que presentan estos problemas en Cohen, Berliner y Mannarino (2010).

En este componente, el terapeuta ofrece a los padres educación, práctica y *role playing* para que aprendan estrategias de crianza eficaces. Es importante que el terapeuta no sólo describa sino también haga demostraciones, prácticas y *role playing* de las habilidades de crianza con los padres para garantizar que los padres saben exactamente qué hacer y decir, y para que el terapeuta pueda orientar y corregir las habilidades cuando surjan problemas al implementarlas en situaciones reales. Las habilidades de crianza positivas son, entre otras: 1) *elogio positivo* (elogiar conductas específicas de manera consistente inmediatamente después de que tienen lugar, sin agregar afirmaciones que la califiquen ni comentarios negativos acerca de otras conductas), 2) *atención selectiva* (dar atención positiva a las conductas que se desean fomentar, al mismo tiempo que no se refuerzan las conductas negativas), 3) *tiempo con* (interacciones positivas con los niños) y *tiempo fuera* (dar al niño cierto tiempo específico de calma sin atención que lo refuerce ni actividades que lo distraigan para que adquiera autorregulación) y 4) *programas de*

reforzamiento (gráficas de premios y otros programas conductuales que refuerzan una conducta o su ausencia en un calendario).

La EG en el componente de habilidades de crianza consiste en ayudar a los padres seguir haciendo relaciones entre las respuestas conductuales y emocionales del niño ante el trauma y las experiencias de maltrato. En vez de ver al niño como “un niño malo con problemas de conducta”, el terapeuta ayuda al padre a verlo como alguien a quien “le sucedieron cosas malas”, por lo que sus problemas emocionales y, o conductuales son resultado de las experiencias de maltrato. En casos en que el terapeuta cree que el niño presenta respuestas al trauma y un trastorno conductual o emocional, debe brindar psicoeducación para que el padre comprenda que el maltrato suele contribuir a la gravedad de dichos trastornos y que, con un tratamiento del trauma y prácticas de crianza positivas, estos problemas se resuelven. Si se desarrolla un plan conductual, se pide al padre que observe la conducta del niño a diario junto con las respuestas de éste al plan (estrellas, recompensas u otras contingencias que son parte del programa conductual) y que pegue el registro en un lugar visible en casa para que él y el niño lo vean de manera continua y vigilen los avances. Se pide al padre que lleve el registro a todas las sesiones para que el terapeuta revise de manera minuciosa el progreso y haga ajustes al plan de ser necesario para abordar con eficacia las habilidades de crianza y los problemas de conducta.

Habilidades de relajación

La TCC-FT incluye habilidades de relajación

La TCC-FT incluye *habilidades de relajación* para contrarrestar la hiperactivación biológica y otros efectos físicos del trauma. El terapeuta introduce este componente explorando las partes del cuerpo en que el niño siente estrés físico, lo cual lo ayuda a diferenciar las sensaciones de estrés y relajación. Esto se puede hacer de distintas maneras dependiendo del nivel de desarrollo y los intereses del niño (p. ej., los niños pequeños usan colores para representar el estrés en su cuerpo; los niños mayores y los adolescentes emplean escalas objetivas de valoración). Luego, el terapeuta presenta estrategias de relajación para distintas situaciones y escenarios. Con frecuencia, es útil empezar preguntando al niño qué actividades lo divierten o relajan (p. ej., Lego para un niño pequeño, deportes o escuchar música para un adolescente) y partir de esa información para formar un conjunto de estrategias de relajación para el niño.

Por ejemplo, un terapeuta empezó a desarrollar un conjunto de estas herramientas para un menor de 13 años de edad con trauma complejo que se sentía “enganchado”, preguntándole qué lo relajaba. El joven dijo que le gustaba jugar básquetbol, y el terapeuta dijo “estar con tus amigos después de la escuela es una buena manera para sentirse menos cansado. ¿Qué puedes

hacer para desengancharte cuando estás en la escuela o preparándote para dormir?” El menor respondió que escuchar música, lo cual podía aplicarse en un escenario (prepararse para dormir), pero no en el otro (la escuela). Entonces, el terapeuta lo elogió por identificar otra estrategia positiva de relajación y siguió pidiéndole que generara otras respuestas. Cuando no pudo identificar una estrategia de relajación para un escenario importante en el que solía experimentar las respuestas biológicas al trauma (la escuela), el terapeuta le sugirió aprender y practicar una estrategia (decir palabras siguiendo el ritmo de una de sus canciones de rap favoritas).

Otras posibles habilidades de relajación son concentrarse en la respiración, relajación muscular progresiva, visualización, imaginación positiva y relajación táctil (llevar un objeto, como un pedazo de terciopelo o seda que sea relajante al tocarlo), u otras estrategias acordadas entre ellos. El terapeuta pide al niño practicarlas todas las noches durante 20 minutos y escribir en una libreta qué tanto se reduce su respuesta de estrés físico por medio de una escala del 1 al 10. El terapeuta indica al niño hacer esto todas las tardes aunque no sienta ningún estrés físico.

Las habilidades de relajación se emplean cada vez que el niño recuerda el trauma fuera de la terapia

El terapeuta informa al padre las estrategias de relajación que el niño identificó y le pide que lo impulse a practicarlas todos los días (20 minutos en la noche, con ayuda del padre si es pequeño, o solos cuando se trata de niños mayores o adolescentes), aunque el niño no presente las respuestas biológicas al trauma. Muchos padres utilizan para sí mismos las estrategias de relajación, pues las encuentran útiles. En el componente de relajación, el terapeuta alienta al niño y al padre a usar estas habilidades cada vez que el niño perciba un estímulo que le recuerda el trauma. Esto ocurre con la mayor frecuencia fuera de la terapia. El terapeuta pide al niño escribir en la libreta qué estímulo fue (p. ej., “vi a un hombre que me recordó a mi padre”), qué estrategia empleó (p. ej., “probé con la respiración profunda”) y qué tan bien funcionó (p. ej., “mi dolor de estómago bajó de 10 a 8, mi estrés general pasó de 8 a 5”). El terapeuta pide al padre que impulse al niño para que utilice las habilidades de relajación cuando se presente un estímulo de esta naturaleza, y que le recuerde al niño registrar estos sucesos en su libreta todas las noches. El terapeuta revisa la libreta en cada sesión y cuando sea necesario, ajusta las estrategias de relajación para que el niño pueda emplearlas con mayor eficacia en respuesta a los estímulos de la vida diaria que le recuerdan el trauma.

Habilidades de modulación afectiva

En el componente de *habilidades de modulación afectiva*, el terapeuta ayuda al niño a identificar sus sentimientos, positivos y negativos. Esto se lleva a cabo por medio de juegos, herramientas y recursos de identificación de

sentimientos. El terapeuta pide al niño describir las posibles respuestas emocionales a diversos escenarios positivos y negativos, y lo impulsa a desarrollar una serie amplia de estrategias de afrontamiento para modular estados afectivos perturbadores. Éstas pueden ser desacelerarse, tomarse tiempo para calmarse, distraerse, detención del pensamiento y “cambiar de canal” para reducir los sentimientos perturbadores, buscar apoyo en los padres u otros adultos, el uso del humor, y otras. El terapeuta muestra, practica y hace *role playing* con el niño por cada estrategia.

Luego el niño practica y pone a prueba la estrategia, anota qué tan bien funciona para reducir los estados emocionales negativos y les da seguimiento en su libreta todas las noches. Por ejemplo, al tratar a una adolescente con trauma complejo por negligencia, ASI por múltiples perpetradores y muerte materna relacionada con las drogas, la terapeuta validó que “asustar a las personas” había sido el mejor esfuerzo para lidiar con sus sentimientos (traición, tristeza, ira) en el pasado, pero le preguntó si esta estrategia de afrontamiento funcionaba bien ahora que vivía en una casa adoptiva más segura y estable. La adolescente reconoció que ahora sus explosiones de enojo la aislaban de posibles amigos o la metían en problemas con su madre adoptiva en vez de ponerla a salvo, agregó “no conozco ninguna otra manera de ser”. La terapeuta validó el hecho de que le había llevado mucho tiempo ser buena usando esas estrategias antiguas, y que necesitaba tiempo y práctica para sentirse cómoda empleando las nuevas. La adolescente aceptó tratar algunas nuevas habilidades y practicarlas en casa. La terapeuta reconoció que ella no esperaba que la adolescente renunciara a su antigua estrategia de “enojo” hasta que “fuera suficientemente buena” usando algunas de las nuevas. Ambas acordaron hablar con la madre adoptiva para explicarle que la adolescente trabajaría para aprender habilidades de afrontamiento nuevas, pero que eso llevaría tiempo. La terapeuta y la madre adoptiva elogiaron a la adolescente por hablar acerca de esto y querer cambiarlo.

Al igual que con las habilidades de relajación, el terapeuta alienta al niño a practicar la modulación afectiva todas las noches durante 20 minutos, registrar cuál de ellas usa y evaluar en una escala del 1 al 10 el grado en que la habilidad redujo la respuesta negativa al trauma (p. ej., afecto negativo, respuestas biológicas, conductuales o cognitivas).

Se enseña a los padres cómo ayudar al niño a regular afectos negativos

El terapeuta ofrece información al padre acerca de las estrategias de modulación afectiva que el niño usa y lo alienta para ayudar al niño a utilizarlas con regularidad y cuando encuentre estímulos que le recuerdan el trauma, como se describe más adelante. Dependiendo de las circunstancias individuales, es útil que el terapeuta ayude al padre a aceptar las expresiones verbales de sentimientos negativos -por ejemplo, “te odio”- en vez de reprender al niño por ser “irrespetuoso” (sobre todo si el niño antes mostró

estos sentimientos negativos mediante conductas agresivas como pegar a sus hermanos o destruir objetos). En esos casos, el terapeuta puede orientar al padre para que elogie al niño por expresar sus sentimientos con palabras en vez de conductas negativas (p. ej., “eso me ayuda a entender qué tan frustrado estás cuando usas palabras para decirme cómo te sientes”). El terapeuta guía a los padres para que comprendan y se sintonicen con los estados afectivos del niño. En la medida que esto ocurre, los padres anticipan con frecuencia las necesidades emocionales del niño y sugiere el uso de habilidades de afrontamiento afectivo antes de que el niño se muestre desregulado en exceso.

El terapeuta incluye la EG alentando al niño a que implemente las habilidades de modulación afectiva cada vez que encuentre estímulos que le recuerden el trauma, y pidiendo al padre que ayude al niño en el uso de las habilidades en esos momentos. Al igual que con los componentes anteriores, el terapeuta pide al niño que registre su uso en una libreta, incluyendo la naturaleza del estímulo, qué estrategia de modulación afectiva usó y qué tanto redujo su tensión. El terapeuta revisa la libreta en cada sesión y, cuando es necesario, terapeuta y niño corrigen estas habilidades para que el niño las emplee con mayor eficacia para responder a los estímulos que le recuerdan el trauma.

Procesamiento cognitivo

Se enseña a los niños la interconexión entre pensamientos, sentimientos y conductas

En el componente de procesamiento cognitivo, el terapeuta ayuda al niño a entender las interconexiones entre pensamientos, sentimientos y conductas. Le presenta ejemplos de pensamientos desadaptativos (es decir, inútiles o inexactos) relacionados con situaciones de la vida cotidiana y cómo cambiándolos por otros más útiles o exactos el niño actúa y siente de un modo más adaptativos. El terapeuta alienta al niño a practicar estas habilidades en situaciones cotidianas en las que experimenta sentimientos o conductas perturbadoras; en dichas situaciones, se instruye al niño a observarse para determinar qué pensamientos los llevaron a esos sentimientos o conductas, y a “pensar en su pensamiento” para determinar si esos pensamientos fueron exactos y, o útiles; y si no, a llegar a un pensamiento mejor que los lleve a tener sentimientos y, o conductas positivas. Por ejemplo, una niña que vivió violencia doméstica y ASI por parte de su padre pensaba “a nadie le importo”. Cuando fue a la cafetería y nadie la saludó (situación), se enojó (sentimiento) y se fue a la esquina a sentarse sola (conducta). Cuando se le pidió que identificara sus pensamientos en esa situación, dijo “a nadie le agrado, nadie quiere ser mi amigo”. En este caso, el terapeuta hizo el diagrama que se muestra en la figura 4-1.

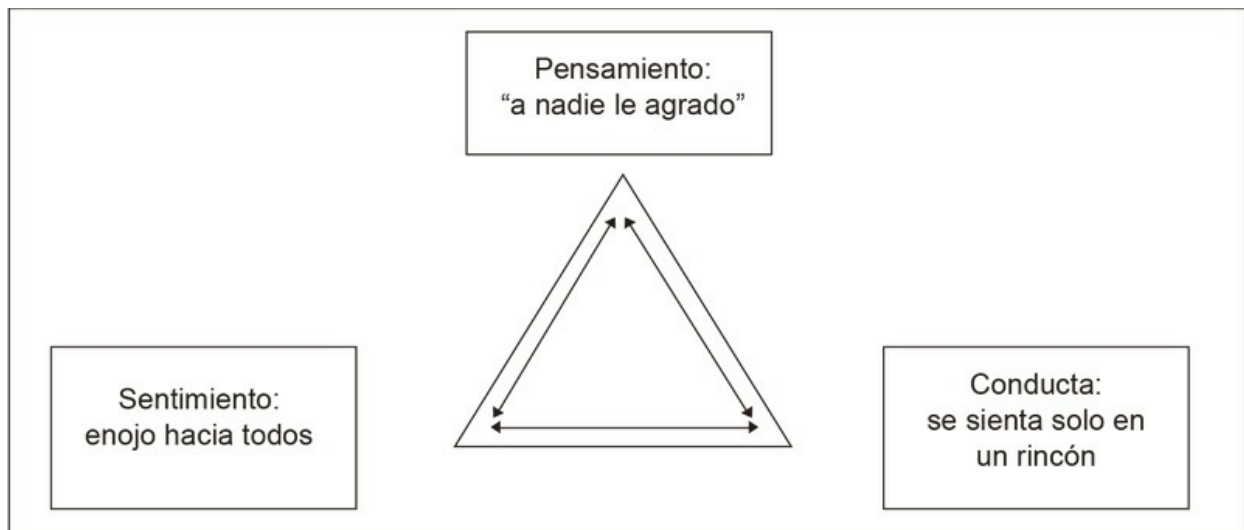


Figura 4-1.

Ejemplo del triángulo de pensamientos, sentimientos y conductas en un niño que experimentó abuso sexual. Diagrama hecho por el terapeuta para representar las interconexiones.

El terapeuta preguntó a la niña si podía pensar de otro modo acerca de la situación, uno que la hiciera sentir distinto, por ejemplo, si tratara de ayudar a otra niña a sentirse mejor en esa situación. La niña dijo, “bueno, tal vez nadie le habla porque no la conocen bien”. El terapeuta dijo, “ese es un pensamiento inteligente. Si sugieres que esa fue la razón de que nadie le hablara a la niña cuando entró, ¿cómo crees que ella se sentiría?” La niña dijo, “ella se sentiría un poco mejor. Pero si ellos quisieran ser su amigos, de todos modos la saludarían”. Entonces, el terapeuta exploró la idea de que muchos niños no se sienten cómodos al iniciar una nueva amistad, que la niña lo había experimentado por sí misma y que estaba esperando que los demás niños iniciaran la conversación con ella. Ella interpretó que esto significaba que ella no le agradaba a los demás niños, cuando en realidad podría significar muchas otras cosas más (p. ej., no la vieron, no la conocen bien, estaban preocupados por otra cosa, entre otras). El diagrama original de la figura 4-1 podría rediseñarse para incluir pensamientos y conductas alternativos, más positivos y con más autoagencia. Probar distintas cosas no da más información para tomar decisiones.

El terapeuta ayuda al niño a llegar a pensamientos alternativos para modificar sentimientos y conductas

En algunos casos, el terapeuta sugiere pensamientos alternos cuando el niño no los puede generar por sí mismo.

El terapeuta hace un *role playing* con el niño, por ejemplo, tomando el papel del niño, mientras que el niño intenta ayudarlo para sentirse mejor generando pensamientos alternativos al del “niño” (es decir, el terapeuta) que lo hagan sentir mejor. Con el tiempo y la práctica, la mayoría de los niños se vuelven más eficientes con ayuda del triángulo cognitivo para encontrar

pensamientos alternativos (dependiendo de su nivel de desarrollo y capacidad cognitiva) y emplear habilidades de procesamiento cognitivo para modificar sentimientos y conductas en situaciones de la vida real. Cohen, Mannarino y Deblinger (2012) describen estrategias alternativas para implementar el componente de afrontamiento cognitivo con niños pequeños y con los que tienen problemas de desarrollo.

Al igual que con las habilidades de afrontamiento anteriores, el terapeuta alienta al niño a usar el triángulo cognitivo durante la semana. Esto implica practicar el triángulo para cambiar pensamientos durante 20 minutos todas las noches y evaluar qué tan bien cambian los pensamientos negativos y perturbadores en una escala del 1 al 10. El terapeuta instruye al niño a dar seguimiento de las estrategias en su libreta y a llevarla en cada sesión para que el terapeuta la revise y corrija las estrategias cuando sea necesario para que el niño sea más eficaz en este ámbito.

El terapeuta presenta el afrontamiento cognitivo al padre de un modo similar, y lo ayuda a identificar pensamientos negativos y a generar otros más útiles y, o exactos. El terapeuta hace un *role playing* con el padre acerca del triángulo cognitivo y le indica que anime al niño a practicar esta habilidad en las noches y cuando se presenten sentimientos perturbadores en respuesta a situaciones cotidianas. La EG se incorpora en el componente *habilidad de procesamiento cognitivo* de una manera única. El terapeuta alienta al padre a explorar sus cogniciones negativas en relación con las experiencias de maltrato del niño y a emplear las habilidades de procesamiento cognitivo para cambiar dichas cogniciones.

En contraste con las habilidades anteriores, el terapeuta no alienta al niño a procesar las cogniciones relacionadas con el trauma en este componente. En su lugar, el niño aplica el procesamiento cognitivo a situaciones generales; en la siguiente fase y componente (narrativa del trauma), el niño aplica el procesamiento cognitivo a dichas experiencias.

En este componente, el niño aplica el procesamiento cognitivo a situaciones generales

Si el niño manifiesta espontáneamente cogniciones desadaptativas relacionadas con el trauma, con frecuencia el terapeuta se siente obligado a procesar la cognición, pero esto suele ser contraproducente antes del proceso de narrativa del trauma. Por ejemplo, en este componente, una niña dijo “fue mi culpa que el novio de mi mamá abusara de mí”. Si el terapeuta hubiera procesado esta cognición inmediatamente (p. ej., sugiriendo cogniciones alternativas como que el abuso nunca es culpa del niño), habría sido sin entender todo el contexto de la experiencia de ASI de la niña y, tal vez lo más importante, sin entender si la niña había tenido más cogniciones desadaptativas detrás de la que había expresado. Hacer esto, a menudo tiene la consecuencia no deseada de acabar con la disposición del niño o con su capacidad para expresar sus cogniciones más dolorosas y perturbadoras (p. ej.,

“me gustaba cuando el novio de mi mamá me elegía a mí y no a ella, porque a ningún niño le gusto, y él era el hombre más guapo que había visto. Pensé que de verdad me amaba”). En vez de procesar prematuramente la cognición en esta etapa, el modelo de la TCC-FT lo pospone hasta que el niño ha descrito por completo sus experiencias del trauma y cogniciones desadaptativas, lo cual permite que el procesamiento y la resolución sean más completos. En vez de procesar de inmediato estas cogniciones en este momento, el terapeuta podría decir “me alegra que me hayas dicho esto. Es importante para mí entender más qué quieres decir con esto, así que lo voy a anotar (anota la cognición) y hablaremos mejor al respecto en las próximas semanas”. Los niños que introducen el tema espontáneamente de las cogniciones relacionadas con el trauma en este componente están listos para pasar a la fase de narrativa del trauma.

◇ Fase de narrativa y procesamiento del trauma

En la *fase de narrativa y procesamiento del trauma*, los niños hacen una descripción detallada de sus experiencias de maltrato y las procesan a nivel cognitivo. Hay dos metas en esta fase: 1) “decir lo indecible” y 2) dar sentido a las experiencias. En el caso de niños cuyo padre participa en la TCC-FT, la narrativa se suele compartir y procesar con el padre en las sesiones individuales con él. Esto los prepara para el componente de sesiones conjuntas padre-hijo de la fase de integración y consolidación, en la que el niño comparte su narrativa directamente con el padre. El terapeuta suele comenzar la primera sesión de narrativa elogiando al niño por lo bien que ha estado empleando las habilidades de afrontamiento en respuesta a los estímulos que le recuerdan el trauma. (Si el terapeuta ha usado la EG de manera correcta, ha revisado con regularidad la libreta del niño en las sesiones.) El terapeuta introduce entonces la idea de crear una historia acerca de la vida del niño. No debe llamar a la historia *narrativa del trauma*, sino usar términos que le gusten al niño “contando la historia acerca de ti y tu familia” o cualquier otra cosa que el terapeuta crea que entusiasmará al niño.

Un problema común al empezar este componente es la preocupación y anticipación del propio terapeuta de que el niño evitará participar en el proceso; esto ocasiona que el terapeuta evite introducir la narrativa del trauma o que esté tan ansioso que el niño sienta la ansiedad y la refleje. De este modo, el terapeuta concluye que el niño tiene mucha ansiedad frente a la narración del trauma, cuando él mismo fue quien modeló la ansiedad. Por ello, antes de empezar una narrativa del trauma con su primer paciente, el terapeuta debe hacer *role playing* y practicar hasta que lo pueda hacer con entusiasmo y confianza. Casi todos los niños están dispuestos a participar en este proceso.

En casos de trauma complejo, esta fase se centra en el “tema” de trauma del niño, por ejemplo “las personas que debían protegerme fueron las que me hicieron daño”. En este tema, se identifican varias experiencias de maltrato y se incluye en la narrativa. Cohen, Mannarino, Kliethermes *et al.* (2013) presentan más información sobre cómo aplicar el componente de narrativa y procesamiento del trauma en casos de trauma complejo.

El cuadro 4-4 ofrece un ejemplo de cómo el terapeuta puede comenzar con la narrativa del trauma al trabajar con un niño (en este caso un varón de 12 años que había experimentado abuso físico y sexual y presenciado violencia doméstica perpetrados por su padre biológico):

Cuadro 4-4. Ejemplo de un terapeuta que inicia la narrativa del trauma con un niño

Terapeuta: Has hecho un gran trabajo en terapia. Tu mamá (a quien el terapeuta vio antes de reunirse con el menor) dice que lo estás haciendo muy bien en la escuela y en casa. ¿Tú cómo crees que te va?

Menor: Bastante bien, creo.

Terapeuta: ¿Puedes darme un ejemplo de una habilidad que hayas usado esta semana?

Menor: (Da ejemplos de usar los deportes y las distracciones de manera exitosa en respuesta a compañeros que le gritaban, en vez de pelear con ellos).

Terapeuta: Eso es magnífico. Cuando empezamos a trabajar juntos te peleabas mucho, y no te han detenido desde hace más de un mes. Estoy muy orgulloso de ti. ¡Has hecho un gran trabajo usando estas habilidades! Creo que estás listo para pasar a la siguiente fase de la terapia. ¿Recuerdas que cuando empezamos dijimos que la terapia podía durar sólo 4 o 5 meses? Quiero que superes esto para que tengas más tiempo de ocuparte de las cosas que te gustan, como los deportes y estar con tus amigos. Ya has recorrido la mitad del camino, porque has hecho un gran trabajo usando tus habilidades. ¿Estás listo para avanzar?

Menor: Claro.

Terapeuta: ¡Excelente! Yo sé que adoras las películas y los videojuegos, así que esto es como hacer un video o una película en la que tú eres la estrella. Vamos a contar la historia de tu vida.

Menor: ¿Quiere decir que vamos a hacer realmente un video sobre mí?

Terapeuta: Mmm... Podríamos pensar en eso, pero antes de hacer videos o películas, se necesita un guion, que es donde se escribe la historia del video. Eso es lo primero que necesitamos.

Menor: ¿Como una historia de mi vida?

Terapeuta: Exacto.

Menor: Eso es aburrido. ¿Por qué no hacemos el video?

Terapeuta: Te diré algo, cuando terminemos el guion completo, si trabajas tanto como lo has hecho para usar tus habilidades, haremos un video corto con mi teléfono celular, ¿de acuerdo?

Menor: ¿Sobre jugar a la pelota y videojuegos?

Terapeuta: Claro, acerca de todas las cosas importantes de tu vida. Así que incluirá las cosas que más te gustan como jugar a la pelota y los videos, y también sobre las personas que quieres, tu familia y las cosas importantes que te han sucedido en la vida.

Menor: ¿Qué quiere decir con cosas importantes? Yo no quiero hablar sobre las cosas malas que han pasado.

Terapeuta: ¿Te refieres a la violencia doméstica y al abuso sexual y físico?

Menor: Sí. No me gusta hablar de esas cosas. Se terminaron. Ya no pienso en ellas. ¿Por qué tiene que hablar de eso?

Terapeuta: ¿Recuerdas cuando hablamos de la evitación y de jugar fútbol americano?

Menor: Creo que sí.

Terapeuta: ¿Qué dijiste al respecto?

Menor: Mmm... como proteger a alguien, ¿si te empujan con fuerza, tu empujas con más fuerza? ¿Eso?

Terapeuta: ¡Exacto! ¡Qué buena memoria tienes! La evitación es justo así, mientras empujas con más fuerza los recuerdos de los traumas o de los estímulos que te lo recuerdan, ellos regresan con más fuerza y te causan más problemas. Aún te causan problemas; es por eso que estos estímulos te molestan tanto y tienes que seguir usando tus habilidades para manejarlos.

Menor: Creo que sí.

Terapeuta: La razón por la que tenemos que hablar de toda la historia de lo que ocurrió en estos traumas es que puedes tener poder sobre los recuerdos en vez de que ellos tengan poder sobre ti. Ellos no podrán volver a molestarte. Se necesita mucho valor para hacer eso, pero tú ya empezaste a hacerlo al emplear tus habilidades con los recuerdos, y sé que estás listo para dar el siguiente paso.

Menor: ¿Cómo lo sabes?

Terapeuta: ¡Eres uno de los niños más valientes con que he trabajado! Ya has enfrentado estos recuerdos cuando usas tus

habilidades para manejar los estímulos que te lo recuerdan. No digo que será divertido... Recordar estas experiencias difíciles exige muchas agallas. Pero una vez que lo haces, se vuelve cada vez más fácil, hasta que esos recuerdos son sólo palabras, sólo recuerdos, y tendrás poder sobre ellos. Así que imaginemos cuánto durará el video. Creo que mi teléfono puede grabar 3 minutos, ¿qué te parece?

Menor: Es muy poco, ¿qué tal 10?

Terapeuta: Mmm... Te diré algo, si trabajas duro en tu historia todas las semanas, haremos uno de 5 minutos, ¿está bien?

Menor: Creo que sí.

Terapeuta: ¡Muy bien, genial! Pensemos en qué te gustaría incluir en tu historia. Podríamos empezar con el título y con los distintos capítulos que va a contener. ¿Cómo quieres empezar? (El terapeuta hace participar al menor en el desarrollo del título y, o los capítulos de la narrativa).

Libros infantiles y otros materiales de lectura pueden ayudar al niño a desarrollar su narrativa

En algunos casos, es útil leer un libro infantil que ilustre estas narrativas, por ejemplo, *A place for Starr*, sobre violencia doméstica; *Please Tell*, sobre abuso sexual, *Helping Families to Heal*, sobre abuso físico; *Kids Helping Kids Break the Silence of Sexual Abuse*, para adolescentes; o *A Terrible Thing Happened*, para niños pequeños (todos disponibles en librerías). En otros casos, es mejor simplemente hablar de los “capítulos” de la vida del niño que le gustaría incluir en su historia o libro. (Este enfoque se describe en el siguiente párrafo.)

Por lo general, es más útil que los niños empiecen con un capítulo sobre sí mismos, uno que no se relacione con el maltrato, por ejemplo, decir su edad, dónde viven y a qué escuela van, cuáles son sus materias favoritas, quiénes son sus amigos, qué les gusta hacer, comer y jugar, entre otras cosas. Con frecuencia esto es todo lo que el niño puede hacer en la primera sesión de esta fase. Comúnmente, ésta es una experiencia positiva para el niño, y hace que espere con gusto la siguiente sesión.

Al planear el bosquejo o los capítulos del libro, el terapeuta debe tener presente cuántas sesiones se dedicarán a la fase de narrativa y procesamiento del trauma. En un caso típico de maltrato, la estabilización, la narrativa del trauma y la integración/consolidación requieren 4 o 5 sesiones. En un caso de trauma complejo, la fase de estabilización requiere entre 8 y 12 sesiones, y a la narrativa del trauma, de 4 a 6 o una cuarta parte del tratamiento. El terapeuta debe conocer las distintas experiencias de maltrato del niño aún antes de esta fase para que planee y dedique el tiempo necesario para incluir las experiencias representativas en la narrativa.

El terapeuta debe verse a sí mismo como el “copiloto” en el proceso narrativo más que como un observador pasivo. Participa activamente en la estructuración de la narrativa para ayudar al niño a dominar la evitación del trauma y así asegurarse de que las experiencias importantes de maltrato reciben el tiempo y atención adecuados. Por ejemplo, el menor descrito antes (el que vivió abuso físico y sexual y violencia doméstica graves y repetidos) sugirió el siguiente orden para su historia: a) Acerca de mí, 2) Mi familia, 3) La abuela murió, 4) Papá me pegaba y 5) Papá se fue de casa. Este menor

omitió por completo sus experiencias de abuso sexual y violencia doméstica en su narrativa y minimizó las de abuso físico. También trató de desviar la narrativa hacia la muerte de la abuela que apenas conoció (y que murió de vejez en una ciudad lejana). El terapeuta explicó que, tomando en cuenta que los estímulos más notables que le recordaban el trauma estaban relacionados con la violencia doméstica, y el abuso físico y sexual, y que seguía teniendo síntomas relacionados con estos estímulos, era importante incluirlos en su historia. Juntos revisaron el orden de los capítulos, que quedaron así: 1) Acerca de mí, 2) Mi familia, 3) Papá me golpeaba, 4) Violencia doméstica, 5) Abuso sexual, 6) Papá se fue: qué ha cambiado desde entonces.

La narrativa del trauma constituye un proceso interactivo que ocurre entre el niño y el terapeuta

Es importante que el terapeuta entienda que *desarrollar la narrativa del trauma constituye un proceso interactivo que ocurre entre el niño y el terapeuta*, y no la narrativa escrita como resultado de este proceso. Por lo general, el proceso empezó cuando el terapeuta pregunta al niño acerca del tema del capítulo (en el caso de una experiencia específica, el terapeuta pide al niño que trate de recordar un episodio en particular de ella) y le pide que lo describa de principio a fin con la mayor cantidad posible de detalles. Después de que lo ha hecho, el terapeuta lo impulsa a dar más detalles por medio de preguntas abiertas –por ejemplo, recordar más información de lo que sentía o pensaba, o de las sensaciones corporales durante estas experiencias. En el momento adecuado (cuando el proceso interactivo no interfiera sustancialmente), el terapeuta pregunta cómo le gustaría escribir esta información (en algunos casos, el niño prefiere que el terapeuta actúe como “secretario”, y escriba en lugar de él). En momentos apropiados (determinados por el juicio clínico), el terapeuta lee lo que el niño ha escrito y le pregunta si está satisfecho o quiere revisar o agregar algo a la narrativa. En las sesiones siguientes, el terapeuta revisa lo que el niño ha descrito, a veces leyéndolo todo o algunas partes, y le pregunta si le gustaría añadir algo a su descripción. Mediante este proceso, el niño se desensibiliza poco a poco para describir, escuchar y volver a escuchar cada vez más detalles acerca de sus experiencias de maltrato.

Por ejemplo, el menor cuya fase de tratamiento se describió al principio de esta sección, primero se refirió a sus experiencias de abuso sexual del siguiente modo: “Tenía como 6 años. Mi mamá estaba en su trabajo. Mi padre me metía en la cama. Cuando estaba ahí, tocaba mis partes íntimas. Eso es lo que pasó”.

Después de una serie de preguntas (“yo no estaba ahí, así que ayúdame a entender más cómo fue eso” “¿Cómo era cuando tu madre estaba en su trabajo?” “¿Qué sentías en esos momentos?” y “¿Qué pasó después?”), la descripción se hizo más detallada:

Yo tenía como 6 años. Mi mamá estaba en el trabajo. Siempre tenía miedo cuando estaba solo con mi padre. Le decía que no quería una historia, pero él entraba a mi habitación de todos modos para meterme en la cama. Yo fingía que estaba dormido, porque tenía miedo. Él me quitaba la pijama y ponía su pito en mi trasero. Me dolía mucho. Gritaba porque me dolía mucho, pero él me tapaba la boca con la mano, y me apretaba la nariz y no podía respirar. Me daba miedo morir. Cuando terminaba, se iba. Yo lloraba toda la noche y pensaba “¿qué hice mal?” “¿Por qué nunca puedo ser suficientemente bueno para él?” Pensaba que lo hacía, porque estaba enojado conmigo por ser malo. No decía nada, porque no quería meterme en problemas. (Niño, 12 años de edad).

El terapeuta ayuda al niño a identificar pensamientos inútiles

En el proceso de desarrollo de la narrativa, el terapeuta ayuda al niño a identificar y verbalizar cogniciones desadaptativas relacionadas con las experiencias de maltrato (como las afirmaciones de “¿Qué hice mal? ¿Por qué no puedo ser suficientemente bueno para él?”). Con frecuencia, esto incluye cogniciones que el niño no había compartido antes con nadie. Esto puede deberse a que se siente incómodo o avergonzado de hacerlo, o a que tiene miedo de que estas creencias molesten a otros o que él se meta en problemas. Por ejemplo, el menor del ejemplo anterior se había sentido demasiado avergonzado para decir que su padre “abusó de mí, porque yo nunca era suficientemente bueno”. Otra razón es que el niño no está consciente de estas cogniciones antes de comenzar el proceso de narrativa del trauma. Al describir detalles en su narrativa de experiencias de ASI infligidas por múltiples hombres de su familia, una adolescente dijo espontáneamente “Yo fui hecha para el sexo”. La niña quedó impresionada al decir esto, y el terapeuta le preguntó qué quería decir. Por unos minutos en que casi no pudo hablar, la niña dijo “Yo... yo siempre he creído eso. Ellos lo decían, y yo... simplemente lo creí”. Minutos más tarde, pudo describir que los abusadores le decían que “estaba hecha para el sexo” mientras abusaban de ella, pero “nunca pensó en eso”, sino en el momento que lo dijo en terapia. Entonces, ella y el terapeuta lograron procesar esta cognición desadaptativa por medio de técnicas de procesamiento cognitivo que antes había aprendido en la TCC-FT.

Las técnicas de procesamiento cognitivo ayudan a reformular los pensamientos inútiles

El terapeuta también puede usar otras técnicas de procesamiento cognitivo como el cuestionamiento lógico progresivo, *role playing* del mejor amigo, y el pastel de la responsabilidad para ayudar al niño a desarrollar cogniciones más útiles y exactas relacionadas con sus experiencias de maltrato. En el cuestionamiento lógico progresivo, el terapeuta hace una serie de preguntas que permiten al niño (o al padre) llegar a conclusiones más exactas o útiles. (Se recomienda a los terapeutas que desean saber más acerca del procesamiento cognitivo consultar el sitio relacionado de *CPTWeb* en <http://www.musc.edu/cpt/>).

En el cuadro 4-5 se presenta un ejemplo de cómo el terapeuta emplea el *cuestionamiento lógico progresivo* en el caso del niño descrito antes que se preguntaba “¿qué he hecho mal?” en respuesta al abuso sexual perpetrado por su padre.

Cuadro 4-5. Ejemplo de cuestionamiento lógico progresivo

Terapeuta: Ayúdame a entender qué quieres decir con “¿qué he hecho mal?” ¿Por qué piensas que hiciste algo mal?
Menor: Bueno, él me lastimó mucho. ¿Por qué haría eso si no era para castigarme?
Terapeuta: De verdad me alegra que me dijeras esto. ¿Lo que tú pensabas es que si tu padre te lastimaba, debía ser como un castigo que tú merecías?
Menor: Sí, los padres no lastiman a sus hijos sin motivo.
Terapeuta: Tienes razón, se supone que los padres no deben lastimar a sus hijos. Así que cuando los niños hacen algo malo, ¿qué castigos se supone que los padres usan para ayudarlos a aprender conductas apropiadas?
Menor: Mmm... no sé.
Terapeuta: Estoy seguro que sabes. ¿Qué clase de castigos te aplica tu mamá, o qué castigos reciben tus amigos cuando no siguen las reglas?
Menor: Mmm... ¿no nos dejan ver TV ni usar el teléfono, o nos dan tiempo fuera? Uno de mis amigos tuvo que copiar su tarea 10 veces. A uno le pegaban, pero ya no.
Terapeuta: Exacto; hay muchas formas diferentes en que los padres disciplinan a sus hijos cuando no siguen las reglas. Y cuando los niños no son disciplinados, ¿los padres no les dicen qué regla han roto para que entiendan que deben comportarse de un modo diferente?
Menor: Mi mamá seguro que lo hace (se ríe un poco).
Terapeuta: Pareces muy seguro de ello. ¿Puedes darme un ejemplo?
Menor: Cuando me peleé en la escuela, ella me quitó mi teléfono, me dijo como 20 millones de veces que lo hacía porque me había peleado y que eso iba contra las reglas de la escuela y de nuestra casa. Al final le dije “¡Ya entendí!”, y me castigó por replicarle.
Terapeuta: Así que hay ciertas cosas que los padres emplean, como quitar privilegios y tiempo fuera, por ejemplo, y les dicen a sus hijos qué tienen que cambiar. Dime, ¿cuál es la palabra que se usa cuando un adulto pone su pene u otro objeto en el trasero de un niño?
Menor: Mmm... abuso sexual.
Terapeuta: Buen trabajo, es correcto, abuso sexual. ¿Sabes de alguno de tus amigos al que sus padres le hayan dicho “muy bien, como no lavaste los trastes o no sacaste la basura, en vez de quitarte tus privilegios, voy a poner mi pene en tu trasero?”
Menor: No, eso es de mal gusto.
Terapeuta: Tienes razón, el abuso sexual no es una manera de disciplinar a los niños ni de enseñarles a comportarse. ¿Qué es el abuso sexual?
Menor: ¿Una forma de tocar que no es correcta?
Terapeuta: ¡Exacto! Es una forma de tocar que no es correcta, o una forma de abuso cuando un adulto o adolescente mayor toca las partes privadas de un niño. Los adultos que abusan sexualmente de niños no lo hacen por nada que el niño haya hecho, sino por problemas que ellos mismos tienen. Es decir, no lo hacen por algo que tenga que ver con el niño. ¿Cómo te sientes ahora al pensarlo de esta manera?
Menor: Creo que me siento mejor.
Terapeuta: ¿Cómo te ayuda a sentirte mejor?
Menor: Yo pensaba que mi papá debía estar muy enojado conmigo, como si yo hubiera hecho algo muy malo. Pero nunca supe qué había hecho para hacerlo enojado tanto. Yo no hacía nada. Tampoco mi mamá ni mi hermana. Todo era por él. Él me lastimó mucho haciéndome eso del abuso y esas cosas. Y se siente feo saber que todo era por él, pero también se siente bien saber que no era yo el que estaba mal. Creo que estoy enojado con él por hacerme eso todas esas veces y por hacerme sentir que era por mi culpa. Creo que me alegra que se haya ido.
Terapeuta: Parece que éstas son cosas buenas para agregar en tu historia (el terapeuta alienta al menor a incluir sus nuevas cogniciones en lugar del anterior “¿qué he hecho mal?”).

En el *role playing*, el terapeuta asume el papel del mejor amigo del niño

En el *role playing del mejor amigo*, el terapeuta asume el papel del mejor amigo del niño, quien está luchando con una cognición desadaptativa parecida (pero no idéntica) a la del niño. El terapeuta pide al niño que ayude a su “mejor amigo” a sentirse bien sugiriendo formas distintas en que puede pensar

acerca de una situación. El terapeuta calibra con cuidado sus respuestas para que el niño adopte cogniciones alternativas por sí mismo. (En <http://www.musc.edu.tfcbt/>, se pueden encontrar demostraciones).

El terapeuta usa el *pastel de la responsabilidad* pidiendo al niño (o al padre) que haga una lista de todos los que tuvieron alguna responsabilidad en el maltrato del niño. Luego, el terapeuta dibuja un círculo (el “pastel”) y pide al niño que divida la responsabilidad entre todas las personas de la lista dibujando la cantidad proporcional que le corresponde a cada una. Cuando se usa esta técnica visual junto con las estrategias de procesamiento cognitivo anteriores, el niño (o el padre) puede reasignar las responsabilidades con más precisión y, o utilidad.

Es útil resumir el procesamiento cognitivo de la narrativa del trauma en un capítulo final que aborde lo que el niño ha aprendido, cómo ha cambiado, qué le gustaría comunicar a otros niños o de qué otro modo han dado sentido a sus experiencias de maltrato en el proceso narrativo. Con frecuencia, es útil hacer preguntas al niño al crear este capítulo, por ejemplo: “si conocieras a un niño que aún no ha empezado a crear su propia historia de las experiencias de maltrato, ¿qué recomendación podrías hacerle?” El niño suele hacer comentarios como “fue difícil, pero realmente valió la pena, porque aprendí que hay personas que en verdad se preocupan por mí y me protegerán” o “me ayudó a entender por qué me pasaron estas cosas a mí y que no fue porque yo fuera malo como siempre había pensado”.

En cada sesión de esta fase, a medida que el niño desarrolla su narrativa con el terapeuta, éste también se reúne en sesiones paralelas con el padre para compartir la narrativa del niño. Es posible que el padre ignore los detalles de las experiencias de maltrato, y esto le permite conocerlos y procesarlos con el terapeuta antes de compartirlos directamente con el niño (como ocurre en las sesiones conjuntas padre-hijo). En casos de violencia doméstica, o en algunos de abuso infantil, el padre que no es el agresor pudo haber estado presente, pero sus percepciones son distintas a las del niño; en esos casos, es importante que el padre escuche y apoye la percepción del niño de estas experiencias.

A menudo, el padre tiene cogniciones desadaptativas (inexactas y, o inútiles) en relación con las experiencias del niño (p. ej., “yo debía saber que mi novio estaba abusando sexualmente de mi hija”, “fue mi culpa que mi esposo abusara de mí”) que debe procesar en estas sesiones individuales para que pueda dar un apoyo óptimo al niño en las sesiones conjuntas. Puede haber casos en que las cogniciones del padre planteen dificultades para el terapeuta, por ejemplo, cuando el padre que no es el agresor es ambivalente respecto de creer al niño o a su amado en relación con las acusaciones de abuso (el padre puede tener la cognición de que el niño “miente mucho y nunca ha querido a su novio; lo acusa porque quiere deshacerse de él”). En esta situación, el terapeuta se enfoca en lograr que el padre no agresor se interesa por la TCC-FT validando sus preocupaciones y abordando los modos en que el padre

puede apoyar a su hijo a pesar de estas diferencias. Esto se discute con más detalle en otros trabajos (p. ej., Deblinger *et al.*, 2015).

El terapeuta tiene que abordar las cogniciones desadaptativas del padre en relación con el maltrato

En el componente de narrativa del trauma, el terapeuta emplea la EG para que el niño incluya de manera gradual más detalles acerca de sus experiencias de maltrato, como se describió antes, así como para incluir más información sobre sus pensamientos, sentimientos y respuestas corporales y para procesar a nivel cognitivo el significado de estas experiencias.

◇ Fase de integración y consolidación

La fase final de la TCC-FT promueve la integración y consolidación

Esta fase ofrece la oportunidad al niño y al padre de integrar y consolidar las habilidades y dominio adquiridas en las dos fases anteriores a medida que la TCC-FT se acerca a su final. El centro de atención es cómo mantener las adquisiciones, al mismo tiempo que el niño, con mayor capacidad de introspección, comprensión y apoyo por parte del padre que ha participado con regularidad en el tratamiento, se dirige una trayectoria futura de desarrollo más sana.

Dominio en vivo

Dominio en vivo es el único componente de PRACTICE que es opcional en la TCC-FT. Este componente está indicado sólo para niños que presentan evitación sobregeneralizada de estímulos inocuos que recuerdan el trauma, la cual interfiere de manera significativa en su funcionamiento adaptativo. Ejemplos de situaciones en que podríamos aplicar este componente (no los únicos) son:

1. Una niña que sufrió abuso sexual en su dormitorio se niega a dormir ahí a pesar de que el abusador ya no vive en casa y el dormitorio ahora es un lugar seguro.
2. Una niña vio cómo su madre fue golpeada por su pareja en el estacionamiento de su escuela, y ahora se niega a asistir a la escuela e insiste en quedarse en casa con su madre, aun cuando el agresor está en prisión y su madre no tiene una nueva relación.
3. Un adolescente que sufrió abuso físico en el baño se niega a bañarse a pesar de que el perpetrador ya no vive en casa, y no ha habido abuso durante varios meses.

En cada uno de estos ejemplos, el niño ha desarrollado una evitación

sobregeneralizada de situaciones o lugares (dormitorio, escuela, baño) que son inofensivos por sí mismos, pero que el niño asocia con el maltrato. Lo importante en estas situaciones, es que la evitación interfiere de manera significativa con aspectos importantes del funcionamiento adaptativo del niño. En contraste con la narrativa del trauma, que implica una exposición interna (recordando detalles de las experiencias de trauma y verbalizándolas en terapia), en dominio en vivo requiere que los niños regresen “en la vida real” a la escena en la que su respuesta de miedo fue condicionada con el fin de adquirir un nuevo aprendizaje (que este lugar o situación no son peligrosos en sí mismos). En este componente, la niña del primer ejemplo volvería a dormir en su dormitorio para aprender que su cama y su dormitorio ahora son seguros; la niña del segundo ejemplo volvería a la escuela para aprender que su madre está a salvo mientras ella está en la escuela, y el adolescente del tercer ejemplo volvería a entrar al baño (para bañarse y realizar las conductas normales de higiene) para aprender que el baño no es peligroso.

El dominio en vivo de habilidades se enseña en situaciones de la vida real

Además de la evitación sobregeneralizada de estímulos inofensivos que recuerdan el trauma, y su interferencia en el funcionamiento adaptativo, el padre debe entender qué implica esto y estar de acuerdo en implementar este componente. Debido a que el plan incluye la EG del niño a los estímulos temidos, si el padre interrumpe el plan a la mitad, el miedo y la evitación del niño se reforzarán; en otras palabras, el niño tal vez termine con mayor evitación de la que tenía antes. Por ejemplo, si la madre de la niña del primer ejemplo le permitiera a la niña dormir en su cama a mitad del programa de dominio en vivo, en vez de que la niña aprenda que su dormitorio es seguro, podría interpretar que esto significa que su dormitorio *no* es seguro, con lo cual se reforzaría su miedo inicial. Así, si el padre no está plenamente comprometido a seguir las indicaciones del programa, el terapeuta no debe empezar, sino ofrecer psicoeducación sobre la evitación y ayudar al padre a entender que el niño aprenderá que la situación es segura a través de la exposición (es decir, dominio en vivo), y que sin esto la evitación del niño puede reforzarse (al igual que los hábitos) con el tiempo.

Si el padre está de acuerdo, terapeuta, padre y niño en conjunto desarrollan una jerarquía, o una escala, de situaciones o circunstancias temidas, que el niño asocia con la situación inofensiva. Éstas se valúan del 1 (*no muy temida*) al 10 (*la más temida*) en la escala del temor. Por ejemplo, la niña del primer ejemplo dijo que pasar rápido frente a su dormitorio era 1) entrar a su dormitorio con su mamá, 2) entrar a su dormitorio sola, 3) sentarse sola en su cama, 4) ponerse la pijama, 5) acostarse en su cama, 6) apagar la luz mientras se encuentra acostada en pijama, 7) acostarse en su cama con la luz apagada por 5 minutos, 8) quedarse en cama sola durante una hora, 9) y dormir sola en su cama toda la noche.

En cada paso, la niña, la madre y el terapeuta trabajaron: 1) estrategias de afrontamiento (p. ej., qué estrategias de relajación, modulación afectiva y, o afrontamiento cognitivo funcionan mejor para la niña y/la madre si la niña experimenta ansiedad al intentar con cada paso en las noches), 2) las recompensas adecuadas que la niña recibe por dominar con éxito cada paso, 3) un plan para que la madre sepa cómo responder ante la tensión de su hija, y 4) un plan para apoyar a la niña a que supere cada paso. También tienen que elaborar un calendario para el programa; por ejemplo, cuántos días dedicarán a cada paso antes de pasar al siguiente, y cómo abordarán los problemas para avanzar. El terapeuta tendría que ofrecer psicoeducación acerca de los beneficios, así como elogiar a la familia durante todo el proceso para que persevere.

Ejemplo de un plan del dominio en vivo

Un plan sencillo de dominio en vivo para este niño podría ser el siguiente:

1. Estar en el dormitorio con mamá 2 minutos;
2. Entrar al dormitorio sola y quedarse adentro 5 minutos mientras mamá espera afuera;
3. Sentarse sola en la cama (mamá espera afuera);
4. Sentarse en la cama y ponerse la pijama con ayuda de mamá;
5. Sentarse en la cama y ponerse la pijama, mientras mamá espera afuera;
6. Ponerse la pijama y meterse bajo las sábanas, mientras mamá espera afuera;
7. Estar en la cama con la luz principal apagada por 10 minutos (mamá espera afuera);
8. Estar en la cama con la luz principal apagada por 30 minutos (mamá espera afuera);
9. Estar en la cama con la luz principal apagada por 1 hora (mamá entra a verla cada 15 minutos cuando la niña está tranquila);
10. Estar en el dormitorio toda la noche (mamá entra a verla periódicamente cuando la niña está tranquila);
11. Estar en cama toda la noche.

El terapeuta también trabaja de cerca con el padre para asegurar que éste puede tolerar la angustia esperada en el niño durante este proceso (puede ser útil para el terapeuta predecir que el niño experimentará cierto nivel de angustia). A veces, el terapeuta tiene que tranquilizar al padre para abordar su propia ansiedad o angustia, que puede ser considerable (y en algunos casos, incluso mayor que la del niño). El procesamiento cognitivo de las preocupaciones del padre es útil en este sentido (p. ej., si la madre está preocupada de estar “retraumatizando” a su hija con este proceso, el terapeuta puede explicarle que, en realidad, la está ayudando a recobrar sus capacidades de desarrollo y de que la niña se sentirá orgullosa una vez que haya alcanzado este nuevo dominio). La EG se incorpora en el dominio en vivo aumentando poco a poco la exposición a los estímulos temidos en cada paso del proceso.

En otros trabajos se pueden encontrar más detalles sobre cómo diseñar e implementar programas de dominio en vivo en casos específicos de evitación generalizada (p. ej., <http://www.musc.edu/tfcbt/>; Cohen et al., 2006).

Sesiones conjuntas niño-padre

Las sesiones conjuntas niño-padre constituyen el único componente de la TCC-FT en que el niño y el padre se reúnen en la mayoría de las sesiones. Como se mencionó, todos los demás componentes se implementan de manera individual en sesiones paralelas con el niño y el padre. El terapeuta a veces tiene *breves* encuentros con el niño y el padre en los componentes previos. Por ejemplo, el terapeuta pudo haber hecho esto en el componente de habilidades de crianza (para desarrollar o hablar de los registros de la conducta del niño), en el componente de habilidades de relajación o de regulación afectiva (para que el niño le muestre al padre sus nuevas habilidades), o en el componente de dominio en vivo (para desarrollar el programa). Sin embargo, en estos componentes, la mayor parte del tiempo está dedicado a las sesiones individuales paralelas con niño y padre por separado. En cambio, a medida que el tratamiento se acerca a su fin, el terapeuta organiza 2 o 3 sesiones en las que el centro de atención es la relación niño-padre (suponiendo que un padre ha participado con regularidad a lo largo del tratamiento). Las metas de este componente son: 1) el niño comparte directamente con el padre la narrativa del trauma, 2) mejorar la comunicación niño-padre relacionada con las experiencias del trauma y 3) desarrollar un plan de seguridad familiar.

Las metas de las sesiones niño-padre son compartir directamente entre ellos, mejorar la comunicación y elaborar un plan de seguridad familiar

El terapeuta prepara al niño para compartir la narrativa revisándola de modo breve con el niño (por lo general, esto implica reunirse sólo con el niño en los primeros 10 minutos de la sesión para releer la narrativa escrita y revisar el procesamiento cognitivo importante que ocurrió). Luego, el terapeuta se reúne unos minutos con el padre para revisar la narrativa del niño y determinar cómo quiere responder cuando el niño la comparte con él. El terapeuta guía al padre en este aspecto para que elogie y apoye los logros del niño al hacer este trabajo. Si es necesario, el terapeuta modela y hace un *role playing* para que el padre sepa cómo actuar (p. ej., le da frases específicas que el niño perciba como apoyo). Es de tremenda importancia que el terapeuta haya revisado y procesado la narrativa con el padre antes de la sesión; si esto no ocurre, y el padre escucha la narrativa del niño por primera vez en la sesión, se debe posponer la sesión conjunta o enfocarse en otra actividad para que el padre tenga tiempo de prepararse. Es importante que el terapeuta entienda que ésta es una experiencia sumamente emocional para la mayoría de los padres y que la preparación es importante—incluso para los padres adoptivos y para quienes no tenían relación con el niño en el tiempo en que ocurrió el maltrato. El padre

necesita tiempo suficiente para procesar las experiencias de maltrato de su hijo y pensar en cómo quieren responder antes de estar en la situación.

En algunos casos puede no ser adecuado compartir la narrativa con el cuidador

En casos fuera de lo común, el terapeuta pudo haber determinado mediante una exposición previa que no es adecuado compartir la narrativa con el padre, porque éste no toleraría conocer los detalles de las experiencias de su hijo (p. ej., si el padre se muestra repetidamente afligido y llora sin control en el proceso, no sería útil ni productivo que el niño comparta la narrativa directamente con él). En algunas ocasiones, el padre no brinda apoyo ni cree lo que dice el niño en relación con sus experiencias de maltrato, a pesar de escuchar su narrativa. En cualquiera de estos escenarios, el terapeuta debe realizar una actividad alternativa en lugar de que el niño comparta la narrativa con el padre (p. ej., desarrollar un plan de seguridad familiar como se describe más adelante; jugar *What do you know?* [¿Tú qué sabes?] u otro juego de conocimiento que permita al niño demostrar lo que ha aprendido acerca del maltrato en general sin hablar de sus propias experiencias). Si el padre no brinda ningún apoyo o acusa en exceso al niño, el terapeuta debe considerar inútil llevar a cabo sesiones conjuntas (p. ej., cuando el terapeuta cree que el padre utilizará las sesiones como oportunidad para descargar su enojo con el niño, sin ninguna interacción positiva). En una situación así, el terapeuta debe considerar seriamente la posibilidad de un abuso emocional y denunciarlo a los SPI.

También es importante hacer hincapié en que *la sesión conjunta en que el niño comparte la narrativa del trauma, sólo incluye al padre que ha estado participando en el tratamiento*. En casos fuera de lo común, el terapeuta puede tomar la decisión de que es adecuado en términos clínicos incluir a otro cuidador primario –por ejemplo, si uno de los padres no ha asistido debido a sus horarios de trabajo, pero se ha comunicado con regularidad con el que sí ha participado para saber del tratamiento y ha oído los detalles de la narrativa por parte del otro padre. En ese caso, el terapeuta se reuniría en persona con el otro padre antes de la sesión conjunta para leer la narrativa del niño y asegurarse de que este padre está preparado para participar y brindar apoyo adecuado al niño cuando comparta su narrativa.

Es común que los niños se sientan muy orgullosos de su narrativa y quieran compartirla con toda la familia. El terapeuta debe estar preparado para hablar con el niño y el padre las razones por las cuales esta información debe mantenerse privada. Después de preparar al niño y al padre, el terapeuta los lleva a una sesión conjunta. Dependiendo del nivel de desarrollo, la edad y la facilidad para leer, el propio niño puede leer la narrativa, o decidir que la lea el padre o el terapeuta. Cualquiera de estas opciones es adecuada. Durante la lectura, el terapeuta observa al niño y al padre en busca de señales de tensión u

otras respuestas negativas, y brinda atención positiva no verbal (lenguaje corporal atento, asentimiento y expresiones faciales). En el momento de conclusión, el terapeuta pide al padre que responda, y por lo general su respuesta es muy positiva. Entonces, el terapeuta pide al niño que indique cómo se siente, y por lo que, en general, se siente orgulloso y complacido por las palabras de elogio que le dirige el padre.

Una meta de las sesiones conjuntas es fortalecer la comunicación niño-padre en relación con el maltrato

Otra meta de las sesiones conjuntas es fortalecer la comunicación niño-padre en relación con las experiencias de maltrato infantil. El terapeuta puede implementarla de distintas maneras. Una estrategia favorecida es reunirse unos minutos de manera individual con el niño y con el padre por separado, y pedirles que elaboren algunas preguntas que a cada uno le gustaría plantear al otro a partir de la sesión previa de compartir la narrativa del trauma.

Las preguntas que el niño suele hacer se relacionan con cómo se sentía el padre en los momentos en que el niño experimentaba el maltrato, cuando el niño reveló esta situación, y cuando se llevó a cabo la investigación pericial y, o mientras el niño leía la narrativa en la sesión previa.

El niño también puede desear preguntar sobre cómo se siente el padre en relación con el perpetrador, cómo los hermanos ven al niño y otras preguntas que son bastante difíciles de responder para el padre. Por ello, es útil que el terapeuta se reúna primero con el niño para generar sus preguntas, y luego con el padre, de modo que éste tenga la oportunidad de conocerlas de antemano y pensar (con ayuda del terapeuta) cuál es la mejor manera de responder.

Con frecuencia, el padre hace preguntas como si el niño estuviera enojado con él por no protegerlo y cómo puede ayudar de la mejor manera ahora. Mientras niño y padre expresan este tipo de inquietudes, el terapeuta los ayuda abordando temas difíciles, pero importantes que, de otro modo, no serían tratados. Mediante este proceso, el niño y el padre aprenden que pueden hablar sobre cosas difíciles, y la confianza entre ellos crece.

Para muchas familias, este tipo de preguntas conducen de manera natural a preguntas acerca de la seguridad y cómo mejorarla. Debido a que el maltrato infantil ocurre en el contexto familiar, mejorar la seguridad del niño maltratado requiere un plan de seguridad no sólo del niño, sino de toda la familia. Este plan suele abordar las caricias adecuadas, sexualidad sana y reglas de seguridad para la familia, entre otras cosas; niño y padre desarrollan reglas que se aplican a todos los integrantes de la familia. En el caso de un niño pequeño que ha experimentado abuso sexual, las reglas de seguridad familiar deben incluir una regla que prohíba hacer caricias inapropiadas, y padre e hijo deben revisar definiciones y ejemplos de caricias inapropiadas, así como desarrollar (o revisar) contingencias para cualquier integrante de la familia que haga caricias inapropiadas (p. ej., los niños reciben tiempo fuera y

pierden privilegios; a los adultos no se les permite vivir en casa). En el caso de un adolescente que ha vivido violencia doméstica, las reglas podrían incluir que nadie puede pegarle a los demás en casa, ni tener armas en casa, y las consecuencias dependerán de la edad (p. ej., los adolescentes serían ubicados en atención residencial).

Fortalecer las habilidades de seguridad

El componente final de la TCC-FT aborda el fortalecimiento de la seguridad y el desarrollo futuro del niño

En el componente final, el terapeuta se enfoca en fortalecer la seguridad y trayectoria futura del desarrollo del niño, por naturaleza, el maltrato infantil altera su sentido de seguridad. El tratamiento exitoso debe renovar la confianza del niño en que el mundo está libre de amenazas actuales. En casos de trauma típico, este componente no se aborda, sino después de que el niño ha terminado y compartido la narrativa del trauma para que no desarrolle creencias desadaptativas acerca de las habilidades de seguridad (p. ej., creyendo que si hubieran tenido habilidades específicas de seguridad, el maltrato no habría ocurrido). El componente de fortalecer la seguridad se implementa a lo largo de todo el tratamiento en casos de menores que presentan un trauma complejo. En otros trabajos se describe el componente de seguridad con más detalles (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2012). El terapeuta trabaja con el niño y el padre para determinar las necesidades del menor, en relación con la seguridad, y desarrolla un plan para abordarlas. Los niños que han vivido maltrato, por lo general, se benefician de aprender o revisar las habilidades de seguridad corporal, de asertividad, sociales y de solución de problemas con el fin de optimizar la seguridad en el presente y el futuro. El terapeuta elige las habilidades de seguridad de acuerdo al nivel de desarrollo de cada niño, sus capacidades, experiencias de abandono y circunstancias de vivienda. Así, el juicio clínico es crítico para determinar cómo implementar este componente en cada niño y familia, como se ilustra en las siguientes descripciones.

Ejemplo de un plan de seguridad

Al desarrollar un plan de seguridad para una niña de 6 años de edad que sufrió abuso sexual por parte de su padre y que tenía visitas supervisadas por la abuela paterna, el terapeuta supo que la niña se sentía insegura cuando la abuela la dejaba sola con su padre en estas visitas (a pesar de que se le exigía supervisar la visita). El padre y la abuela negaron que la niña se quedara sola con el padre. El terapeuta pregunta a la niña si tenía idea de qué la haría sentirse segura en estas visitas, y la niña respondió que le gustaría tener un teléfono celular en esos momentos; si la abuela la dejaba sola con su padre, ella podría oprimir un botón y llamar a su madre, quien pediría hablar con la

abuela y, si ella no estaba ahí, la madre podría llamar a la policía e ir por ella. El terapeuta habló con la madre y la asistente social al respecto. La asistente social apoyó la idea de la niña, pero antes se debía discutir el asunto con el padre. Así, ella habló con el padre y le dijo que le daría un teléfono celular a la niña para que llamara a su madre o a ella misma, la asistente social, y que llamaría en cualquier momento durante las visitas programadas. Si la niña no contestaba o si la abuela no estaba disponible al instante, las visitas terminarían y el padre sería llevado otra vez a juicio. La niña informó que, después de que fue acordado esto, su abuela se quedaba en la habitación con ella durante todas las visitas, y se sintió segura de visitar a su padre.

En otro ejemplo de la TCC-FT, una niña de 13 años de edad que presentaba trauma complejo en respuesta a experiencias de abuso sexual y explotación sexual por parte de su padre y su tío, una terapeuta introdujo el tema de la seguridad desde el inicio del tratamiento. La terapeuta se enteró por la madre (con quien la niña vivía en ese momento) que la menor había huido varias veces, y que en una ocasión la policía la encontró con su tío (quien fue encarcelado). La niña reconoció que ella no quería ser explotada sexualmente, pero dijo que su madre era “demasiado estricta y mala, me grita mucho”. También se quejó de que su madre no le compraba cosas como su papá y su tío antes. La terapeuta brindó psicoeducación que ayudó a la niña a entender sus conductas y sentimientos como repuesta al trauma que son comunes por haber sido abusada y explotada sexualmente.

La terapeuta dijo,

De lo que hemos estado hablando, es fácil entender lo que has estado haciendo, como enojarte con tu mamá y escaparte de casa para regresar con las personas que te lastiman como tu tío, es lo mejor que has podido hacer para lidiar con todo lo que has vivido. Como en el pasado tratar de complacer a tu padre y a tu tío era la mejor manera de mantenerte a salvo de su ira y violencia, y de obtener lo que necesitabas en el sentido de protección y las cosas agradables que hacían por ti. Pero ahora estás en una situación diferente, y eres capaz de estar a salvo sin tener que complacerlos y hacer otras cosas a las que te obligan para mantenerlos contentos, como ser abusada o explotada. Así que ahora, las maneras que tenías de enfrentar los problemas en el pasado, como hacer cualquier cosa que los complaciera, en realidad te pone en peligro. Así que tenemos que pensar en otras maneras de que las enfrentes ahora que tu situación es diferente. Tu mamá también tiene que aprender modos diferentes de resolver problemas, y por eso voy a pasar tiempo con ella y contigo, porque ella también tiene que hacer cambios importantes para que las dos puedan vivir juntas y felices. ¿Qué opinas de esto?

(Terapeuta brindando psicoeducación a una menor de 13 años de edad)

La niña pensó en esto y respondió que estaba dispuesta a hablar acerca de las cosas que su mamá tenía que cambiar. El terapeuta estuvo de acuerdo en comenzar con cosas que la madre hacía y que hacían enojar a la niña; la menor dijo “gritarme”. El terapeuta aprovechó esto para brindar psicoeducación sobre los estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., los intentos de la madre para disciplinarla empleando una voz fuerte le recordaban el trauma, pues su padre y otros hombres le gritaban, por lo que se activaba su respuesta al

trauma de huir), y elaboró un plan con distintas estrategias de crianza que la madre podía usar para tratar con sus problemas de conducta en casa (en la sesión con la madre, el terapeuta también la ayudó a entender muchas de estas respuestas al trauma, en vez de pensar que la niña era “mala”).

Ejemplo de un terapeuta elaborando un plan de seguridad

El terapeuta entonces abordó la conducta de huir de la niña como una cuestión de seguridad. La niña minimizó esto al principio, pero luego aceptó que huir podía llevarla a su padre o a las calles; en ambos casos, podía ser víctima de explotación sexual (ya sea por parte de su padre o “ligando clientes” para conseguir dinero para comer). El terapeuta le indicó que ella, en realidad, no quería ser explotada sexualmente, que huir no era una conducta segura y que tenían que desarrollar estrategias de afrontamiento para las ocasiones en que tuviera ganas de huir (o cuando ya hubiera empezado su huida). Desarrollaron varias estrategias (cada una de las cuales requería intervención y apoyo de la madre; la madre estuvo muy dedicada a esto, pues estaba sumamente preocupada por los riesgos relacionados con las huidas de su hija). Las estrategias consistieron en que la niña avisara a su mamá que estaba sintiendo que “estallaba” y que tenían que tomarse un “tiempo fuera” de cualquier cosa que estuvieran hablando hasta que la niña “se enfriara”; que la niña usara estrategias de relajación que el terapeuta le mostró en esa sesión, y que pudiera llamar a su mamá en cualquier momento, aun cuando huyera, y su mamá iría a buscarla sin hacer preguntas. El último punto fue alentar a la niña a avisar lo más pronto posible de su proceso de huir; ella afirmó “una vez que huyo, bien puedo ir con mi papá, porque mi mamá de todos modos ya no quiere saber nada de mí”. La madre afirmó que se enojaba mucho con su hija cada vez que huía, y tal vez esto llevaba a la niña a pensar que no podía llamarla una vez que se iba de casa. La madre le dijo que quería que le hablara en cuanto pudiera, y que lo único que le importaba era mantener a su hija a salvo. Cuando la niña huyó una vez y llamó a su madre unas horas más tarde, la madre siguió el plan y la aceptó de vuelta sin hacer recriminaciones; sólo le dijo que la amaba y que sentía alivio de saber que está bien. Este proceso fue de enorme utilidad, para ayudar a la niña a desarrollar mejores estrategias de seguridad y para empezar a mejorar la relación y la confianza entre madre e hija.

◇ Componentes de duelo traumático (opcional)

Además de los componentes PRACTICE, la TCC-FT puede incluir componentes de duelo traumático en casos de niños que han experimentado la muerte o pérdida traumática de una figura importante de apego. El *módulo de duelo traumático* es opcional, y se ofrece a estos niños después de que los

componentes enfocados en el trauma se han concluido.

Los componentes del duelo traumático están disponibles para niños que han experimentado una muerte o pérdida traumática

Debido a que la muerte y morir no es un tema del que se hable abiertamente, muchos niños tienen preguntas y confusión al respecto, pero pueden no sentirse cómodos de preguntar a sus padres o a otros adultos, sobre todo después de que alguien importante ha muerto. En este componente, el terapeuta ofrece psicoeducación sobre rituales relacionados con la muerte y el duelo. Hay muchos juegos y libros disponibles para que el terapeuta aborde estos aspectos con niños en diferentes etapas de desarrollo, y para distintos tipos de muertes traumáticas (p. ej., suicidio, homicidio, accidente). Se puede encontrar información en el sitio en línea del NCTSN (<http://www.nctsn.org/trauma-types/traumatic-grief/>). Cada familia tiene sus propias costumbres y rituales relacionados con la muerte, así que el terapeuta debe explorarlos con el padre. También es útil determinar si hay diferencias entre las ideas del padre y las de otros integrantes de la familia extensa y, o la comunidad a la que pertenecen que puedan originar conflictos.

Duelo por la pérdida: resolución de sentimientos ambivalentes

En este componente, el terapeuta ayuda al niño a hablar de lo que echan de menos y lo que no de una persona que ha muerto. El niño empieza el proceso de duelo por lo que ha perdido con la muerte de la relación de apego, tanto en el presente (p. ej., recordar y reconocer todas las cosas que la persona fallecida hacía con y por él, y que ya no son posibles), sí como en el futuro (es decir, cosas que el niño no podrá hacer ni compartir con la persona fallecida en el futuro, como la graduación escolar, el matrimonio y otras ocasiones importantes especiales y de la vida cotidiana). En casos de niños en que uno de los padres ha muerto, una parte dolorosa pero importante de este proceso es reconocer las funciones y actividades que el niño echa de menos de la persona; esto es hacer real o concreto el hecho de que la persona está muerta. Un modo en que se puede hacer es escribiendo el nombre del fallecido verticalmente en una página, y hacer que el niño escriba algo acerca de la persona por cada letra, como se ilustra a continuación:

A: Ángel de mi guarda – siempre estaba pendiente de mí cuando me iba a la escuela

L: Libros y revistas, siempre le gustaba leer

M: Madre a todas horas, sin descanso

A: Antes la quería tanto como ahora

Es común que los integrantes de la familia y la comunidad se enfoquen en aspectos positivos de la persona fallecida, pero los niños que han perdido a un padre u otra persona importante, la relación no siempre fue positiva. En algunos casos, el padre era un abusador, y debe reconocerse en este

componente. Un modo de abordarlo es que el niño escriba una carta imaginaria para el fallecido (si el niño es capaz de entender que la carta no se puede enviar a la persona). En ella, el niño expresa sus sentimientos ambivalentes hacia el fallecido –por ejemplo, su enojo por el abuso y su tristeza porque nunca más verá a su padre otra vez ni resolverán sus diferencias. Luego, el niño escribe una respuesta imaginaria por parte del fallecido a él mismo, en la que imagina lo que al fallecido le gustaría decirle en respuesta a su carta. Esto suele ser muy eficaz en el proceso de curación de los niños.

El terapeuta se reúne con el padre para compartir lo que el niño hace en este componente y también para abordar sus propios sentimientos al respecto. Con frecuencia, el padre sobreviviente tiene una perspectiva distinta a la del niño. Por ejemplo, el padre pudo haberse divorciado del fallecido y no extrañarlo en absoluto, sino sólo tiene resentimiento hacia él por abusar del niño; o el sobreviviente puede no creer que el abuso ocurrió y tener una aflicción profunda (o incluso culpa al niño de su muerte) por la muerte del otro padre. En cualquiera de estas situaciones, el terapeuta debe estar preparado para abordar estas diferencias con el padre y ayudarlo a dar el mejor apoyo a su hijo a pesar de las diferencias en sus perspectivas. En otros trabajos, se pueden consultar más detalles al respecto (Cohen *et al.*, 2006; <http://www.musc.edu/ctg/>).

Preservar los recuerdos positivos

Reconocer abiertamente los aspectos dolorosos de perder a una persona, en el componente previo, suele hacer más fácil para el niño preservar los recuerdos positivos de su relación con la persona fallecida. Para la mayoría de los niños es importante recordar los momentos felices y buenos que pasó con una figura amada de apego. El terapeuta alienta al niño a preservar los recuerdos positivos del fallecido mediante distintas actividades divertidas, como un *collage*, libro de recuerdos, edredón, video y otra obra con la cual el niño pueda describir sus recuerdos e interacciones positivas con el fallecido y preservarlas de una manera duradera.

El terapeuta hace participar al padre en este componente, ayudándolo a entender la importancia de que el niño tenga recuerdos positivos del fallecido. Si es factible, el padre puede participar activamente en este componente ayudando al niño a reunir fotografías, prendas de vestir y otros objetos que el niño quiera incluir en el proyecto. En algunos casos, el niño “entrevista” al padre acerca de la vida temprana de la persona fallecida (p. ej., si el otro padre ha muerto, el niño puede querer saber de la vida del padre antes de que él naciera). Esto puede ser conmovedor, doloroso o ambas cosas, para el padre sobreviviente.

Por ejemplo, la madre de un niño fue asesinada por su pareja. El niño se quedó con su abuela materna, y quería saber más de su mamá cuando era

joven. Esto fue sumamente doloroso para la abuela, quien sufría una gran aflicción por su hija. Con apoyo del terapeuta, también fue un proceso curativo para la abuela hablar de su hija de pequeña y ver cuánto significaba esto para su nieto.

Redefinir la relación con el fallecido: compromiso en las relaciones actuales

En este componente, el terapeuta ayuda al niño a transitar de una relación interactiva a una en la memoria. Esto no implica que el niño deje de comunicarse con la persona en su mente o imaginación (o cualquiera que sea el medio en que el niño piensa que tiene lugar la comunicación); sino que el niño debe interactuar con otras personas que viven, crecen y cambian. Así, es importante que el niño entienda la diferencia entre este tipo de relaciones y las que lo ayudan a crecer con las personas que lo rodean. El terapeuta facilita esta comprensión mediante un ejercicio en que el niño dibuja dos globos: uno está lleno de helio y se eleva en el aire, y representa cosas que el niño debe dejar ir; el otro está lleno de aire y representa las cosas que él puede conservar. El terapeuta indica al niño llenar el globo de helio con las cosas que hacía o compartía con el fallecido (p. ej., caminar juntos, llamarse por teléfono, conocer lugares). Luego, el niño llena el globo de aire con las cosas que aún tiene de la persona fallecida (p. ej., recuerdos, cosas que le enseñó, el amor que le dejó).

Mediante este proceso, el niño ve de un modo concreto que hay cosas que siempre puede conservar de su relación con el fallecido, pero en otros aspectos la relación ha cambiado irremediamente a una que perdura en el recuerdo. Entonces, el terapeuta ayuda al niño a explorar si hay otras personas con las que podría hacer cosas del globo de helio. Muchos niños dicen cosas como “nunca más quiero hacer eso con nadie si no lo puedo hacer con mi papá”. El terapeuta puede explorar con tacto junto con el niño si la persona fallecida habría querido que el niño dejará de hacer una actividad amada, y en la mayoría de los casos el niño acepta que esto no es lo que el fallecido habría deseado para él. El terapeuta valida lo difícil que es pensar en realizar esta actividad, que el niño asocia con el fallecido, con alguien más, pero tal vez podría encontrar a alguien más que entendiera esto e incluso a alguien (como su tío favorito o un amigo de su padre) que también quería a la persona fallecida. El terapeuta impulsa al niño a hacer “audiciones” para seleccionar personas que hagan el trabajo que el fallecido hacía, y poco a poco dejar que estas personas asuman estos papeles.

El terapeuta incluye al padre en este componente compartiendo el ejercicio de los globos y explicando la dificultad de hacer la transición de una relación de interacción a una en el recuerdo. El padre con frecuencia tiene dificultades con esta tarea, y es común que el niño y el padre no la realicen al mismo tiempo. Por ejemplo, la madre puede estar lista para tener citas antes de que el

niño acepte la muerte su padre, o el niño puede haber alcanzado esta aceptación cuando la madre aún se encuentra en las primeras etapas del duelo y se horroriza ante la idea del niño de que conozca a otras personas o le “busque otro padre”. En cualquier caso, estos desfases pueden acentuar la tensión y exigen que el terapeuta los valide y normalice, así como que brinde psicoeducación al padre y lo impulse a apoyar el progreso del niño, aunque sea a un ritmo distinto al suyo en este aspecto. En otros trabajos, se puede encontrar más información al respecto (Cohen *et al.*, 2006).

◇ Término de la TCC-FT

El cierre del tratamiento debe ser planeado de manera cuidadosa y sistemática

A medida que el TCC-FT concluye, el terapeuta ayuda al niño y al padre a darse cuenta de que el cierre del tratamiento puede recordarles el trauma y, o la pérdida. Muchos niños maltratados, sobre todo los que presentan trauma complejo, nunca han tenido la experiencia de una *despedida planeada*. Por ello, es importante que el cierre del tratamiento sea planeado y que el niño participe en esa planeación. En el caso de niños con duelo traumático, el terapeuta brinda información acerca de que en los próximos años ciertos estímulos le recuerden el trauma o la pérdida, como en vacaciones (día de las madres, día del padre, natalicio del fallecido o día de la defunción, Navidad) o en fechas significativas específicas (día de la secretaria si la madre fue una, día de la marina; estos días pueden ser muy difíciles para algunos niños, pero a otros les puede entusiasmar). El terapeuta habla de cómo se preparará la familia para los estímulos que en el futuro les recuerden el trauma o la pérdida, y lo que pueden hacer para sacar el máximo beneficio de esos momentos. El niño y el padre también se dan permiso mutuo para reaccionar de distintos modos aceptando que cada uno lleva su duelo y responde a su propia manera.

Al final del tratamiento, el terapeuta aplica el instrumento de evaluación que empleó al inicio. Confirmar por medio de instrumentos estandarizados que el niño experimentó mejoras significativas es útil tanto para el terapeuta como para el niño y el padre. Graduarse de la TCC-FT es un evento especial, y se hace una ceremonia de graduación (p. ej., un pastel o galletas, el terapeuta pronuncia un “discurso” de felicitación para el niño y el padre por concluir la terapia, certificado de graduación para el niño como reconocimiento por haber logrado las metas de tratamiento). Por último, el terapeuta predice resultados favorables para el niño al tiempo que invita a la familia a regresar si es necesario, y les aclara que regresar a terapia no es un fracaso, sino una señal de éxito -es decir, de saber lo que necesitas y buscarlo.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA TCC-FT

Los mecanismos hipotetizados de acción del modelo de la TCC-FT son *aprendizaje inhibitorio* como condicionamiento inverso del miedo, y con el que se trabaja el impacto de los factores parentales (p. ej., mejorar el apoyo parental y las prácticas de crianza, reducir la tensión parental relacionada con las experiencias de trauma del niño) (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2012). Se ha encontrado que varios de estos factores son mediadores significativos de la TCC-FT, pero falta documentar con evaluaciones empíricas cuáles son los mecanismos definitivos y cómo se relacionan con los componentes de la TCC-FT.

La TCC-FT se enfoca en brindar oportunidades para el aprendizaje inhibitorio

El aprendizaje inhibitorio es de especial interés. Durante el maltrato infantil – estímulo incondicionado (EI)– los niños sienten miedo y otras emociones relacionadas de manera instintiva (tristeza, enojo) –respuestas incondicionadas (RI). Mediante el condicionamiento de temor, los niños presentan estas emociones –respuestas condicionadas (RC)– frente a estímulos inofensivos que estuvieron presentes durante el maltrato; por ejemplo, su dormitorio si el abuso sexual ocurrió ahí -otro estímulo condicionado (EC). Por el condicionamiento del temor, el niño asocia en exceso las emociones negativas con los estímulos que le recuerdan el trauma. En gran medida, la TCC-FT ofrece oportunidades para el aprendizaje inhibitorio. Esto permite que el niño (y en este caso, el padre) aprenda de manera activa nuevas respuestas ante esos estímulos. El aprendizaje inhibitorio, con base en la investigación en neurociencias, reconoce que estas nuevas respuestas no extinguen ni eliminan los EC previamente aprendidos; en cambio, las nuevas respuestas compiten con las viejas de temor a través de un *mecanismo de compuertas* en el que sólo la primera respuesta evocada obtiene acceso a través de una compuerta neurobiológica. Por lo tanto, el terapeuta alienta al niño y al padre a practicar constantemente las respuestas que aprende en la TCC-FT para que ganen el acceso por la compuerta antes que las respuestas de temor. Es útil dar esta explicación al niño y al padre para que entiendan la importancia de practicar las habilidades.

EFICACIA Y PRONÓSTICO

Entre los tratamientos del trauma infantil, la TCC-FT se ha evaluado ampliamente en ensayos controlados aleatorizados (ECA) (véase la revisión de De Arellano *et al.*, 2014). A la fecha, se han llevado a cabo 21 ECA de la TCC-FT, de los cuales 11 fueron con niños maltratados. También se han hecho varios estudios sin aleatorización, entre los cuales 2 fueron con niños que presentaban duelo traumático (Cohen, Mannarino y Knudson, 2004; Cohen, Mannarino y Staron, 2006; Cohen, Mannarino y Knudson, 2005). Por cuestiones de espacio, en esta exposición sólo se abordan nueve ECA en que niños maltratados se aleatorizaron para participar en una TCC-FT o en una condición distinta de tratamiento, y en los que se incluyeron todos los componentes PRACTICE. No se abordan los estudios de la TCC-FT que evalúan tratamientos médicos, cuidadores sustitutos y el valor específico de cada fase (estudios de desmontaje).

En muchos estudios, la TCC-FT se comparó con otro tratamiento activo (tratamiento comunitario, terapia de apoyo, terapia de apoyo no directiva) (p. ej., Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004; Cohen y Mannarino, 1996; Cohen, Mannarino e Iyengar, 2001; Deblinger, Lippmann y Steer, 1996; Deblinger, Stauffer y Steer, 2001; King *et al.*, 2010; Jensen *et al.*, 2013; Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson y Guthrie, 2011). En estos estudios, el tratamiento fue de la misma duración en cada condición; el tiempo varió en los estudios desde ocho sesiones (p. ej., en un centro comunitario de atención a la violencia doméstica) hasta 20 sesiones (en un estudio australiano). En todos ellos, la TCC-FT fue significativamente superior a los otros tratamientos para mejorar los síntomas y, o el diagnóstico de TEPT; los tamaños del efecto en promedio en el caso de los síntomas de TEPT fueron medianos o grandes (d de Cohen = 0.3 a 0.8) en los distintos estudios, como se esperaba al comparar dos tratamientos activos. Estos estudios también documentaron que la TCC-FT produce mejoras significativamente mayores que los tratamientos de comparación en problemas infantiles de depresión, ansiedad, conductuales, cognitivos y de crianza (p. ej., Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004). En la República Democrática del Congo se llevó a cabo un estudio con niñas y niños expuestos a la guerra, explotados sexualmente, experimentaron múltiples traumas y desarrollaron respuestas de trauma complejo.

La TCC-FT reduce con eficacia los síntomas del TEPT

En ese estudio, se aplicó la TCC-FT en modalidad grupal y sus resultados se compararon con un grupo control de lista de espera (O'Callaghan, McMullen,

Shannon, Rafferty y Black, 2013). Los tamaños del efecto que se encontraron fueron grandes (d de Cohen = 0.9 a 2.4) en cuanto a las mejoras en el TEPT, depresión, ansiedad, problemas de conducta y conductas prosociales, como se esperaría al comparar un tratamiento activo con una condición de lista de espera. Otro ensayo clínico internacional se llevó a cabo en Zambia con menores huérfanos y vulnerables, en el que se comparó la TCC-FT y un tratamiento usual (Murray *et al.*, 2015). Este estudio mostró un tamaño del efecto de 2.41 en el caso de los síntomas relacionados con el trauma; la TCC-FT fue implementada por paraprofesionales. La TCC-FT también es uno de los pocos modelos de tratamiento que tiene datos longitudinales sólidos, lo que demuestra que el impacto positivo se mantiene en el tiempo (Cohen, Mannarino y Knudson, 2005; Deblinger, Loippman y Steer, 1996; Mannarino, Cohem, Deblinger, Runyon y Steer, 2012). Hay evidencias claras que apoyan la eficacia y la aceptabilidad de la TCC-FT en casos de niños maltratados y sus padres.

VARIACIONES Y COMBINACIONES DE MÉTODOS

Muchos niños que han experimentado maltrato reciben intervenciones farmacológicas. En años recientes, el tema de la polifarmacia ha sido objeto cada vez de mayor escrutinio en casos de niños en cuidados sustitutos, de los cuales prácticamente todos han vivido alguna forma de maltrato. Esto es problemático dado que, en ECA no se ha mostrado la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos, los fármacos antiadrenérgicos o antipsicóticos para mejorar el TEPT en niños o adolescentes (Wilkinson y Carrion, 2012). En un ECA que evaluó directamente la eficacia relativa de la TCC-FT sola en comparación con la combinación de TCC-FT y sertralina, no se encontraron diferencias significativas en los síntomas de TEPT y depresivos (Cohen, Mannarino, Perel y Staron, 2007). Dado el impacto positivo significativo de la TCC-FT sola, éste tal vez no tuvo el poder suficiente para detectar diferencias entre las dos condiciones.

La TCC-FT debe ser la primera intervención, antes que los medicamentos

A la luz de las sólidas y consistentes evidencias de que tratamientos psicosociales como la TCC-FT y otras son eficaces en casos de TEPT y otros problemas relacionados con el maltrato, incluso cuando se implementa en escenarios comunitarios (p. ej., Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau y Deblinger, 2014), los profesionales deben hacer todos los esfuerzos posibles para emplear una psicoterapia con base en evidencias para niños maltratados que presentan síntomas relacionados al trauma antes de iniciar intervenciones farmacológicas. Las indicaciones para considerar un tratamiento combinado (psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico) son: 1) diagnóstico de un padecimiento para el que existe un tratamiento farmacológico con base en evidencias o 2) el niño tiene problemas tan graves, que no puede empezar una psicoterapia, y, o la farmacoterapia se justifica para tratar síntomas específicos (p. ej., problemas de sueño) y resolver un problema particular. En Cohen, Buskin *et al.* (2010) se pueden consultar directrices más específicas.

DIFICULTADES PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO

Diversas crisis pueden desviar el tratamiento

Puede haber distintos problemas al implementar la TCC-FT. Entre ellos, son comunes las crisis que familias e individuos presentan de una semana a otra. Algunos ejemplos de estas *crisis de la semana* (CS) son un rompimiento reciente, la muerte de un familiar, suspensiones en la escuela, ser expulsado de casa, reprobar una clase, experiencias legales y en los juicios, una visita difícil o mala a uno de los cuidadores que comparten la custodia, o ver al perpetrador. Situaciones como éstas pueden desviar el trabajo del terapeuta si se enfoca sólo en estos problemas cotidianos a expensas de avanzar en la TCC-FT. En cambio, se recomienda que las CS se integran en el componente de la TCC-FT que esté en curso. Por ejemplo, si un adolescente y el cuidador llegan alterados debido a una suspensión en la escuela, y el terapeuta planeaba trabajar con habilidades de modulación afectiva, el terapeuta debe motivar las emociones que el adolescente y el cuidador experimentaron a lo largo de la historia de la suspensión. El terapeuta podría hablar acerca de la intensidad de distintas emociones en distintos momentos, y en qué parte del cuerpo el adolescente o el cuidador experimentan estas emociones. Después de cierto tiempo, el terapeuta abordaría otros sentimientos en situaciones diferentes, tal vez afirmando que regresarán a la suspensión al final de la sesión. Con esta técnica, el cliente aún siente que ha sido escuchado y puede procesar la crisis, y el terapeuta aprovecha la situación para enseñar una habilidad y avanzar en la TCC-FT.

Otro ejemplo es el de la muerte de un abuelo unos días antes de la sesión, cuando el terapeuta empieza la fase de narrativa del trauma acerca de las experiencias de abuso sexual. Si el niño llega afectado y quiere hablar de la muerte reciente, el terapeuta puede usar este evento para dejar que vea cómo sería el proceso de escritura dentro del componente narrativa del trauma utilizando las mismas técnicas para evocar la historia. Entonces, empieza la narrativa del trauma (en vez de posponerla) y el niño habla de un suceso significativo, lo cual con frecuencia hace sentir más cómodo al niño en la narrativa del trauma. Este modo de integrar las CS en los componentes de la TCC-FT tiene fundamento en la idea de que esto es mejor que tratar de resolver cada CS de manera individual cuando surge, y el terapeuta busca enseñar a la familia las habilidades que necesitan para, eventualmente, manejar las CS por sí mismos.

El terapeuta tiene que aprender a sentirse cómodo al hablar de sucesos traumáticos

Otro problema común en la TCC-FT es la *evitación del terapeuta*, que suele presentarse al abordar los sucesos traumáticos en detalle. Es verdad que una parte de la desensibilización gradual (es decir, EG) es la incomodidad por parte del niño o adolescente y el cuidador. Muchos terapeutas están capacitados y acostumbrados a sacar a las familias de su incomodidad, en vez de acompañarlos en él. La evitación puede ser un problema de los terapeutas que sólo trabajan las habilidades de psicoeducación, prácticas de crianza, relajación, modulación afectiva y procesamiento cognitivo, pero nunca llegan a la narrativa del trauma, o dicen “no estoy listo”.

Es importante que los supervisores reconozcan tales signos y hablen abiertamente de las razones por las que el terapeuta evita la narrativa del trauma y, o la exposición gradual en las habilidades de psicoeducación, prácticas de crianza, relajación, modulación afectiva y procesamiento cognitivo. Hay varios modos de abordar con eficacia la evitación del terapeuta dependiendo de su naturaleza. Por ejemplo, es posible que un terapeuta haya tenido experiencias traumáticas similares que no ha elaborado aún, y debe asistir a terapia antes de continuar trabajando con problemas relacionados con traumas. Algunos terapeutas no están familiarizados con el proceso de EG, y necesitan ayuda y apoyo adicionales para entender cómo implementar esta parte del tratamiento de una manera segura. Es útil información adicional sobre el grado en que se usa la EG en otros problemas de salud mental (p. ej., fobias) y en investigaciones relevantes (p. ej., con veteranos de Vietnam). En algunos casos, puede ser un método muy ajeno al terapeuta (p. ej., los que practican terapias de apoyo no directivas). Estos terapeutas necesitan que los impulsen a trabajar un caso, apegándose fielmente al modelo, bajo supervisión cercana y observando los logros y la desaparición de síntomas para darse cuenta de que es más eficaz que dañino.

Problemas operativos pueden impedir el éxito al implementar la TCC-FT

Problemas operativos también pueden impedir que se lleve a cabo la TCC-FT. Esto puede ocurrir cuando hay falta de apoyo por parte de los altos niveles de la administración, falta de supervisión o una supervisión que no promueve la adherencia al modelo; los sistemas de triaje no empatan las habilidades del terapeuta con las necesidades del cliente; o incluso la falta de espacio para que el niño sea supervisado mientras el terapeuta se reúne con el cuidador. Es importante abordar las dificultades en este ámbito. Pueden ser estrategias eficaces presentar información sobre la TCC-FT y las evidencias que la respaldan ante la administración para pedir apoyo. La supervisión es crítica para mantener la fidelidad al modelo, y se debe hacer hincapié en este punto en las reuniones con los administradores. Hay investigaciones que sugieren que abordar un trauma mediante un tratamiento como la TCC-FT resulta

positivo en términos de costo-eficacia (Gospodarevskaya y Segal, 2012).

CUESTIONES TRANSCULTURALES

El tema de los tratamientos competentes a nivel cultural se ha vuelto central en investigación, de las minorías étnicas encontradas en EUA hasta los refugiados, e incluso en otros contextos globales. La TCC-FT tiene sustento en la sensibilidad a los valores culturales, y acepta la flexibilidad necesaria para incorporarlos. En todas las poblaciones, es importante hablar abiertamente de las creencias y valores culturales con cada familia y no dar por hecho que comparten ciertos valores. Preguntar en la primera sesión sobre las creencias importantes de la familia también resulta un buen modo de hacer participar a la familia. Estas creencias se deben tomar en cuenta e incluir en el modelo. Por ejemplo, a menudo hay creencias férreas acerca de hablar de temas sexuales, nombrar las partes del cuerpo, la virginidad; sin embargo son temas críticos que se deben explorar en los casos de abuso sexual.

La TCC-FT ha mostrado eficacia en distintas culturas

Hay una investigación en curso sobre la implementación de la TCC-FT en distintas culturas. Por ejemplo, la TCC-FT se ha modificado para implementarse con familias latinas con base en la importancia de la espiritualidad y la religión, los roles de género tradicionales, participación de la familia extensa, creencias conservadoras sobre la sexualidad, y prácticas tradicionales de crianza (de Arellano, Danielson y Felton, 2012). La TCC-FT también se ha empleado en contextos de pobreza, donde surgió el tema de incorporar las creencias de la brujería en el tratamiento (Murray y Skavenski, 2012).

Por ejemplo, una niña puede creer que su padre abusa de ella porque está poseída y el abuso es una manera de expulsar a los demonios.

Otras cuestiones en contextos de bajos ingresos a nivel mundial son la necesidad de tener menos sesiones por periodos más extensos debido a las distancias que deben recorrer las personas, la inclusión de la “familia” extensa (p. ej., vecinos que fungen como cuidadores), disponibilidad limitada del cuidador, cuestiones de seguridad (p. ej., situaciones en las que el abusador está en las cercanías). La TCC-FT también se ha modificado para adaptarse a la cultura de poblaciones nativas de EUA y Alaska, e incluir el marco de las enseñanzas indígenas (Bigfoot y Schmidt, 2012). Las modificaciones culturales incluyen descripciones relacionadas con un círculo (símbolo sagrado), atención a cuestiones de confianza y seguridad, y analogías que se relacionan con las historias indígenas (p. ej., el búfalo que recorre las Grandes Llanuras).

Otra cuestión al trabajar con otras culturas es la inclusión de traductores en

las sesiones de TCC-FT. Lo ideal es que los traductores estén informados de la TCC-FT y sus componentes, sobre todo el de narrativa del trauma y la EG que tiene lugar a lo largo de todo el tratamiento. Es importante que los traductores entiendan que queremos emplear palabras específicas para referirnos al trauma (p. ej., *abuso sexual*), y no vaguedades (p. ej., *la cosa mala que te sucedió*). Es útil que los traductores estén desensibilizados a ciertos detalles que pueden surgir en un caso. En general, deben ser asesorados para usar las palabras exactas del terapeuta y el cliente. Al recurrir a la traducción, lo ideal es que el traductor sea el mismo durante todo el tratamiento, pues el cliente comparte información delicada. Se entiende que no siempre es posible esto, y ha habido casos en que el traductor cambia, pero esto no es para nada lo ideal. El terapeuta puede recordar al cliente y la familia que todo lo que digan es confidencial, y que el traductor es un profesional que se rige por los mismos preceptos de confidencialidad.

Capítulo 5

Caso de estudio

PANORAMA GENERAL

Un niño de 9 años de edad y su hermana, de 10, vivieron años de maltrato por parte de sus padres biológicos: los dejaban solos, tenían poca comida en casa, presencia constante de extraños en la casa, fiestas donde se consumían drogas, presenciaron violencia doméstica y abuso físico por parte de ambos padres. Los padres biológicos se separaron; el padre entró a prisión y la madre siguió consumiendo drogas. Los niños entraron al sistema de cuidados sustitutos, donde ambos presentaron problemas conductuales significativos. Estos problemas hicieron que fueran ubicados en otros lugares por periodos breves. Cuando empezaron la TCC-FT, algunos de sus síntomas eran: mentir, berrinches en los que golpeaban y aventaban objetos, problemas de atención en la escuela (perdieron varios años de escuela), conducta retadora y gritos frecuentes a los cuidadores sustitutos y a otros niños. Las sesiones transcurrieron del siguiente modo.

◇ Primera sesión

La psicoeducación incluyó hacer partícipe a la familia adoptiva y hablar de su disposición para comprometerse por 12 semanas en el programa de TCC-FT. Los cuidadores adoptivos expresaron su preocupación por los niños y dijeron que 12 sesiones eran muchas para comprometerse. La terapeuta explicó que la TCC-FT es como un antibiótico, en tanto que era muy importante tener compromiso por las 12 semanas, y también que con frecuencia se observan cambios después de las primeras sesiones. La familia aceptó comprometerse a llevar a los niños (sin mala intención) al menos 6 semanas de manera constante. El plan era hablar de otro “contrato” para llevar a los niños las otras 5 semanas. Se explicó el programa de la TCC-FT a los niños, junto con su duración, 12 semanas. La terapeuta decidió reunirse con los niños por separado.

◇ Segunda sesión

La terapeuta enseñó dos actividades de relajación a los niños: relajación muscular progresiva por medio de *juego de los fideos cocidos y crudos*, así como la respiración profunda. Después de entender más cómo sentían su cuerpo, la terapeuta preguntó por otras maneras de relajarse en casa, y ellos

hicieron una lista. De tarea, cada niño practicó una técnica de las que aprendieron en sesión y una de su lista. La terapeuta se aseguró de que también dijeran cuándo, dónde y por cuánto tiempo harían la tarea. En ésta y las siguientes sesiones, la terapeuta trabajó en la exposición gradual nombrando las distintas experiencias traumáticas. Por ejemplo, el niño describió un ritmo cardíaco acelerado como señal de que no estaba relajado, y la terapeuta normalizó esta respuesta añadiendo que es algo que pudo haber sentido cuando observaba pelear a sus padres en casa, o cuando su papá le pegaba.

◇ Tercera sesión

En el caso de la modulación afectiva, la terapeuta les pidió que hicieran el *dibujo de una persona* y que hablaran de los distintos sentimientos (positivos y negativos), las situaciones en que los sintieron, en qué parte de su cuerpo los sentían y qué tan fuertes eran esos sentimientos durante la sesión. La niña logró nombrar casi 10 sentimientos distintos, y luego la terapeuta la hizo ver un breve corto de dibujos animados, después ella identificó otros seis sentimientos que vio en el video. La terapeuta terminó con una escala visual de círculos (cada uno más grande que el otro) que representaba la intensidad de los sentimientos, e identificó situaciones que se asociaban con ellos. La exposición gradual se llevó a cabo cuando la terapeuta mencionaba los distintos sucesos traumáticos a lo largo de la sesión. Al hablar del temor, cuando la terapeuta preguntó qué situación podría ser la del “el círculo más grande”, la niña agachó un poco la cabeza y dijo, “cuando mi papá golpeaba la puerta de mi dormitorio antes de entrar a pegarme”.

◇ Cuarta sesión

Se introdujo el triángulo cognitivo, y los dos niños entendieron con claridad la diferencia entre pensamientos, sentimientos y conductas. La terapeuta elaboró algunas situaciones cotidianas primero, como un lápiz que se rompe mientras escribimos. Los niños lograron cambiar pensamientos inútiles como “ahora no podré terminar mi prueba y me van a regañar”, por otro más útil, como “bien, será mejor que le saque punta otra vez”. Luego, la terapeuta habló de situaciones más difíciles por las que atravesaban. Los dos niños hablaron de las peleas con sus hermanos adoptivos.

◇ De la quinta a la novena sesión

La terapeuta recordó a los niños que ese día empezarían su historia, y empleó la analogía de limpiar una herida para evitar una infección para explicarles el propósito (fue la misma explicación que la terapeuta había empleado en la psicoeducación). Ella trazó una línea del tiempo con los dos niños para que pudieran situar sus experiencias traumáticas. Los dos coincidieron en que el consumo de drogas ocurrió todo el tiempo que vivieron con sus padres biológicos. Cada niño identificó el “peor” momento del abuso físico con su padre biológico. El niño también habló del “peor momento”, cuando su padre golpeaba a su madre de un modo terrible. La niña habló de presenciar violencia doméstica sin referirse a una ocasión en particular, pero dijo que el “peor día” fue cuando encontró a su mamá desmayada y no le respondía, por lo que tuvo que llamar al 911. La terapeuta eligió los dos “peores sucesos” de cada uno, y le dedicó dos sesiones a cada uno para evocar los detalles de las historias. En cada sesión, a medida que la terapeuta se acercaba al punto álgido del abuso, los niños indicaron que estaban en “los círculos más grandes (es decir, “moderadamente angustiados”). La terapeuta normalizó esto, y los impulsó a elaborar la historia. Al final de cada sesión, después de repetir las historias muchas veces, los niños se iban “en los círculos pequeños”.

Una vez que llegaba a los detalles, los pensamientos y sentimientos se agregaban a lo largo de la historia, tanto en relación con ese momento y como el ahora. La terapeuta trabajó en reprocesar los pensamientos inútiles que aparecían. En el caso del niño, un pensamiento importante era “yo debía proteger a mi mamá” y “¿Por qué les gustaban tanto las drogas?” La niña tenía dificultades con “odio a mi mamá” y “yo seré exactamente igual que ellos”. Los dos niños dijeron que un pensamiento actual era que ellos estaban solos y “no tenían a nadie”. Mediante el reprocesamiento cognitivo, estos pensamientos cambiaron a otros más útiles. Por ejemplo, algunos de estos fueron “por fin estamos a salvo ahora y tenemos comida” y “tenemos esperanzas de encontrar un hogar algún día”.

◇ De la décima a la undécima sesión

La terapeuta preparó a cada niño y a los padres adoptivos para las sesiones conjuntas. Se reunió por separado con cada niño y relejó su historia. Los niños hicieron preguntas a los padres adoptivos, como “¿se van a quedar con nosotros?” “¿Me aman?” “¿Creen que soy una mala persona?” y “¿por qué mis papás hacen esto?” Debido a que los padres no pudieron asistir todas las semanas, la terapeuta tuvo dos sesiones colaterales sólo con ellos para revisar lo que los niños habían escrito en sus narrativas del trauma. La terapeuta

indagó en sus pensamientos y trabajó en el reprocesamiento de los que eran inútiles. También los ayudó a formular respuestas adecuadas a las preguntas de los niños. Lograron responder con honestidad: “en verdad hemos disfrutado tenerlos en nuestra casa y queremos seguir hablando con ustedes de que se queden con nosotros”.

◇ **De la duodécima a la decimocuarta sesión**

Se llevó a cabo una sesión conjunta con cada niño y los padres adoptivos. Se leyeron las narrativas del trauma, y se plantearon y respondieron preguntas. Los niños se presentaron orgullosos en las sesiones y compartieron muy bien sus historias. Los padres adoptivos les brindaron apoyo y elogiaron a ambos niños. La terapeuta alentó a los padres para seguir trabajando en los pensamientos inútiles con los niños, y hablando de sus preguntas abiertamente. Para fortalecer la seguridad, la terapeuta trabajó con los niños sobre el posible escenario de cambiar de hogar sustituto, y también de qué hacer si alguien en casa era violento. Finalmente, los niños trabajaron juntos con la terapeuta para crear estos escenarios.

Capítulo 6

Lecturas recomendadas

The *journal Child Abuse & Neglect* has special issues on topics described herein: Child sexual abuse (2017, January). Guest Editors: Delphine Collin-Vezina & Edward Garrido. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01452134/63?sdc=1>

Spanking (2017, September). Guest Editors: Tracie Afifi & Elisa Romano. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01452134/71?sdc=1>

Evidence-based practice in child welfare (2016, March). Guest Editors: John Lutzker & Katherine Casillas. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01452134/53?sdc=1>

Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Provides an overview of theory, research, treatment and prevention of physical abuse from a child development perspective.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, NY: Guilford Press.

An up-to-date, complete description of the methods and theory of trauma-focused cognitive behavior therapy.

Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children-past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 402-422.

A scholarly discussion of the evidence to date concerning maltreated children who appear to show resilient functioning despite hardship and trauma.

Capítulo 7

Referencias

- Affifi, T. O., Macmillan, H. L., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Tommy, L., & Hovdestad, W. (2015). Relationship between child abuse exposure and reported contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey. *Child Abuse & Neglect*, 46, 198-206.
- American Academy of Pediatrics. (n.d.). *Healthy foster care America: A message from a child formerly in foster care*. Retrieved from <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/healthy-foster-care-america/Documents/MIA.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bentley, H., O'Hagan, O., Raff, A., & Bhatti, I. (2016). *How safe are our children? The most comprehensive overview of child protection in the UK 2016*. London, UK: NSPCC.
- Bigfoot, D. S., & Schmidt, S. R. (2012). American Indian and Alaska Native children: Honoring children-mending the circle. In J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents* (pp. 280-300). New York, NY: Guilford Press.
- Bromberg, D. S. (2014). Writing dispositional evaluations of juveniles adjudicated for sexual offenses and juveniles with sexual behavioral problems. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue (Eds.), *Toolkit for working with juvenile sex offenders* (pp.121-171). San Diego, CA: Elsevier. <http://doi.org/10.1016/B978-0-12-405948-1.00005-0>
- Bugental, D. B., Ellerson, P. C., Lin, E. K., Rainey, B., Kokotovich, A., & O'Hara, N. (2010). A cognitive approach to child abuse prevention. *Psychology of Violence*, 1(S), 84-106. <http://doi.org/10.1037/2152-0828.1.S.84>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrá, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90. <http://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Youth risk behavior surveillance-United States, 2015. Morbidity and Mortality Weekly Report-Surveillance Summaries*, 65(6), 1-180.
- Centers for Medicare and Medicaid Services, and National Center for Health Statistics (2016). *ICD-10-CM official guidelines for coding and reporting*. Washington, DC: Author. Retrieved from <https://cms.bov/Medicare/Coding/ICD10/Downloads/2016-ICD-10-CM-Guidelines.pdf>
- Child Helpline International. (2013). *The voices of children and young people: Giving a voice to children and young people worldwide*. Retrieved from <https://www.childhelplineinternational.org/data-overview/data/voices-children-young-people-2003-2013-global-data/>
- Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. P. (2010). Trauma-focused CBT for children with co-occurring trauma and behavioral problems. *Child Abuse & Neglect*, 34, 215-224. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003>
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., ... AACAP Working Group on Quality Issues. (2010). Practice parameters for the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.
- Cohen, J. a., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 43, 393-403. <http://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschooler children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-

50. <http://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Iyengar, S. (2011). Community treatment of PTSD for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21. <http://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L.K. (2012). Trauma-focused CBT for youth who experience complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36, 528-541. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-233. <http://doi.org/10.1097/01.chi.0000135620.15522.38>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A pilot study of combined trauma-focused cognitive behavioral therapy and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 46, 811-819. <http://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180547105>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioraltherapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473. <http://doi.org/10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c>
- Currie, J., & Widom, (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111-120. <http://doi.org/10.1177/1077559509355316>
- De Arellano, M. A., Danielson, C. K., & Felton, J. W. (2012). Children of Latino descent: Culturally modified TF-CBT. In J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents* (pp.253-270). New York, NY: Guilford Press.
- De Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- DeBellis. M. D., Woolley, D. P., & Hooper, S. R., (2013). Neuropsychological findings in pediatric maltreatment: Relationship of PTSD, dissociative symptoms, and abuse/neglect indices to neurocognitive outcomes. *Child Maltreatment*, 18, 171-183. <http://doi.org/10.1177/1077559513497420>
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321. <http://doi.org/10.1177/1077559596001004003>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M., & Heflin, A. H. (2015). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive behavioral approach* (2nd ed.). New York, NY: Oxford Press. <http://doi.org/10.1093/med:psych/9780199358748.001.0001>
- Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive-behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their non-offending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343. <http://doi.org/10.1177/1077559501006004006>
- Dodge. D. A. (2003). Do social information-processing patterns mediate aggressive behavior? In B. B. Lahey (Ed.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 254-274). New York, NY: Guilford Press.

- Doidge, J. C., Higgins, D. J., Delfabbro, P., & Segal, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 64, 47-60. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.002>
- Dubowitz, H. (2014). *World perspectives on child abuse*. Aurora, CO: International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Easton, S. (2014). Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 243-251. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.020>
- Edinburgh, L. D., Harpin, S., Garcia, C., & Saewyc, E. M. (2013). Differences in abuse and related risk and protective factors by runaway status for adolescents seen at a U.S. child advocacy center. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 1(1), 3-14. Retrieved from http://in-car.ca/ijcar/issues/voll/spring2013/Edinburgh_et_al_pp_4-16_revsd.pdf
- English, D. J., Thompson, R., & White, C. R. (2015). Predicting risk of entry into Foster care from early childhood experiences: A survival analysis using LONGSCAN data. *Child Abuse & Neglect*, 45, 57-67. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.04.017>
- Enlow, M.B., Egeland, B., Blood, E.A., Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: A longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 1005-1010. <http://doi.org/10.1136/jech-2011-200727>
- Fang, X., Brown, D.S., Florence, C. S., & Mercy, J.A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 36, 156-165. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- Fay- Stambach, T., Hawes, D.J., & Meredith, P. (2017). Child maltreatment and emotion socialization: Associations with executive function in the preschool years. *Child Abuse & Neglect*, 64, 1-12. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.004>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746-754. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2011). *Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. National Survey of Children's Exposure to Violence*. Rockville, MD: Office of Juvenile Justice and Delinquency Programs.
- Flaherty, E. G., Stirling, J., & The Committee on Child Abuse and Neglect. (2010). The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*, 126(4), 833-841. <http://doi.org/10.1542/peds.2010-2087>
- Frodl, T., & O'Keane, V. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24-37. <http://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.03.012>
- Gospodarevskaya, E., & Segal, L. (2012). Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(6), 15-15. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-15>
- Heim, C. M., Mayberg, H. S., Mletzko, T., Nemeroff, C. B., & Pruessner, J. C. (2013). Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 170(6), 616-623. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070950>
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3), e20154079. <http://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Horwitz, S. M., Hurlburt, M. S., Goldhaber-Fiebert, J. D., Heneghan, A. M., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., ... Stein, R. E. (2012). Mental health services use by children investigated by child welfare agencies. *Pediatrics*, 130(5), 861-869. <http://doi.org/10.1542/peds.2012-1330>
- Hughes, K, Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017).

- The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- International Watch Foundation. (2016). *Annual report 2016*. Retrieved from <http://www.iwf.org.uk/report/2016-annual-report>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoass, L. C., ... Wentzel-Larsen, T. (2013). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. <http://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jewel. (2015). *Never broken. Songs are only half the story*, New York, NY: Penguin Random House.
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., ...Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., ...Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355. <http://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00008>
- Kisiel, C., Conradi, L., Fehernbach, T., Torgersen, E., & Briggs, E. C. (2014). Assessing the effects of trauma in children and adolescent in practice settings. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 223-242. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.007>
- Leach, C., Stewart, A., & Smallbone, S. (2016). Testing the sexually abused-sexual abuser hypothesis: A prospective longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 51, 144-153. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.024>
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Schweewe, D. J. H., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A., ... de Koning, H. J. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130(3), 457-464. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-3527>
- Macmillan, H. L., Tanaka, M., Duku, E., Vaillancourt, T., & Boyle, M. H. (2013). Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 14-21. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.06.005>
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive –behavioral therapy for children: Sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. <http://doi.org/10.1177/1077559512451787>
- Maneta, E., Cohen, S., Schulz, M., & Waldinger, R. J. (2012). Links between childhood physical abuse and intimate partner aggression: The mediating role of anger expression. *Violence and Victims Violence*, 27(3), 315-328. <http://doi.org/10.1891/0886-6708.27.3.315>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Xuan, Z., & Conron, K. J. (2012). Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 645-655. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.004>
- Milaniak, I., & Widom, C. S. (2015). Does child abuse and neglect increase risk for perpetration of violence inside and outside the home? *Psychology of Violence*, 5(3), 246-255.
- Murray, L. K., & Skavenski, S. (2012). International setting. In J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents* (pp. 225-252). New York, NY: Guilford Press.
- Murray, L. K., & Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A., ...Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 69(8), 761-769. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0580>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect. A systematic review and meta-

- analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), 1-31. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war affected Congolese girls. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 52, 359-369. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>
- Palusci, V. J., & Covington, T. M. (2014). Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 25-36.
- Prinz, R. J. (2017). Assessing child maltreatment prevention via administrative data systems: A case example of reproducibility. *Child Abuse & Neglect*, 64, 13-18. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.005>
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six-year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>
- Schofield, T. J., Lee, R. D., & Merrick, M. T. (2013). Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 532-538. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.05.004>
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575. <http://doi.org/10.1037/a0019700>
- Simon, V. A., Smith, E., Fava, N., & Feiring, C. (2015). Positive and negative posttraumatic change following childhood sexual abuse are associated with youths' adjustment. *Child Maltreatment*, 20(4), 278-290. <http://doi.org/10.1177/1077559515590872>
- Stoltenborgh, M., Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <http://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. (SMA) 14-4884). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sylvestre, A., Bussi eres, E., & Bouchard, C. (2016). Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 21(1), 47-58. <http://doi.org/10.1177/1077559515616703>
- Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 6-19. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2010.10.001>
- Trickett, P. K., Kim, K., & Prindle, J. (2011). Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child Abuse & Neglect* 35, 876-886. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.001>
- Turner, A. (2016). *Insights on Canadian Society: Living arrangements of Aboriginal children aged 14 and under*. (Statistics Canada Catalogue no. 75-006-X). Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-006-x/2016001/article/14547-eng.htm>
- UNICEF. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. Retrieved from https://www.unicef.org/publications/index_74865.html
- United Nations. (2017). *The sustainable development goals report 2017*. Retrieved from <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017.pdf>
- United Nations General Assembly. (1989). *Convention on the rights of the child* (Treaty Series, vol. 1577, p.3). Retrieved from <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

- United Nations General Assembly. (2007). *United Nations declaration on the rights of indigenous peoples* (A/RES/61/295). Adopted October 2, 2007. Retrieved from www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf
- US Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2016). *Child maltreatment 2014*. Retrieved from <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- US Department of Justice, Federal Bureau of Investigation. (2016). *Uniform crime reports, 2016*. Retrieved from <https://ucr.fbi.gov/crime-in-the-u.s/2016/crime-in-the-u.s.-2016>
- Webb, C., Hayes, A. M., Grasso, D., Laurenceau, J. P., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 6, 555-562. <http://doi.org/10.1037/a0037364>
- Wekerle, C. (2013). Resilience in the context of child maltreatment: Connections to the practice of mandatory reporting. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 93-101. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.005>
- Wekerle, C., Goldstein, A. L., Tanaka, M., & Tonmyr, L. (2017). Childhood sexual abuse, sexual motives, and adolescent sexual risk-taking among males and females receiving child welfare services. *Child Abuse & Neglect*, 66, 101-111. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.013>
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, D. L., Pittman, A. L., Glickman, A., & Loyal, B. E. (2001). The value and contribution of youth self-reported maltreatment history to adolescent dating violence: Testing a trauma mediational model. *Development and Psychopathology*, 13, 847-871.
- Wilkinson, J., & Carrion, V. (2012). Pharmacotherapy in pediatric PTSD: A developmentally focused review of the evidence. *Current Psychopharmacology*, 1(3), 252-270. <http://doi.org/10.2174/2211556011201030252>
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 282-289. <http://doi.org/10.1097/00004583-200103000-00007>
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2016). *Child maltreatment* (fact sheet). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

Capítulo 8

Apéndice herramientas y recursos*

Apéndice 1: Bienestar infantil y ejemplo del flujo de trabajo de los SPI

Apéndice 2: Recursos para los clínicos que trabajan en casos de maltrato infantil

Apéndice

1

Bienestar infantil y ejemplo del flujo de trabajo de los SPI

En EUA, cada uno de los 50 estados implementa y monitorea la estructura de sus propios servicios de protección infantil (SPI). Los SPI son la agencia gubernamental estatal responsable de la protección infantil (niño se suele definir en la ley como un menor de 16 o 18 años de edad; en algunas jurisdicciones, la definición depende del nivel de desarrollo para crear una inclusividad más amplia de jóvenes con retrasos del desarrollo o discapacidad). Una responsabilidad clave es dar respuesta a las denuncias de abuso infantil y negligencia, pero otras funciones se definen de acuerdo con las necesidades del bienestar infantil. Otros términos de los SPI son *servicios de salud y humanos* o *servicios al niño y su familia*. Esto ilustra el interés en quién es el cliente (el niño, el padre o la familia) y cómo se operacionaliza el “interés superior del niño”. Inglaterra fue el primer país en hacer al estado legalmente responsable de los niños en el siglo XVII.

En EUA, el caso de Mary Ellen fue el primero en ser procesado judicialmente por atentar contra el bienestar de una niña, después de sufrir graves abusos físicos y emocionales y negligencia por parte de sus padres adoptivos -situación que surgió de la muerte del padre y la pobreza de la madre. En 1912, la Agencia Federal de la Infancia de EUA se estableció para brindar servicios en casos de maltrato infantil, y en 1974, EUA aprobó una legislación federal, la Ley de Abuso Infantil y Prevención y Tratamiento, en la que se hizo hincapié en la necesidad de prevenir el maltrato infantil; en 1978, la Ley de Bienestar Infantil Indio avanzó en el reconocimiento de los problemas entre los pueblos indígenas y originarios, en la que la educación y el sistema de cuidados sustitutos creó problemas generalizados de trauma comunitario. La ley de Adopción y Familias Seguras de 1997 llamó la atención hacia la necesidad de permanencia de los niños maltratados. A nivel mundial, muchos países no tienen obligación de denunciar, mientras que los colegios de profesionales tienen pocas, algunos países estipulan la denuncia obligatoria para los profesionales que tratan con niños cuando se sabe o se tienen motivos fundados para sospechar que un niño ha sufrido abuso y, o negligencia, o que existe el riesgo, dependiendo de los estatutos locales.

A nivel mundial, las prácticas históricas que no reconocen los derechos de los niños -golpes, matrimonio, mutilación de genitales femeninos, trabajos pesados- socavan las políticas de bienestar infantil y el financiamiento adecuado de los sistemas legales, mecanismos para hacer cumplir las leyes y oportunidades para prevenir el maltrato infantil. UNICEF empleaba una herramienta de mensajería llamada U-repport que se utilizaba en el teléfono

celular para enviar mensajes de voz. Con ella, se emitieron 190 000 respuestas de 22 países en que dos terceras partes del mundo refirieron experiencias de algún tipo de violencia, e identificaron a los probables perpetradores como uno de los padres o cuidadores (una tercera parte), policías u oficiales encargados de aplicar la ley (una tercera parte) y pares (una tercera parte) (<https://www.topbots.com/project/unicef-ureport/>). UNICEF trabaja con colaboradores de 190 países (https://www.unicef.org/esaro/5440_2016_beckham-film.html).

Algunos países se han enfocado en reducir el número de menores sin hogar y en cubrir las necesidades de huérfanos, lo cual ha provocado cambios políticos y ambientales radicales y ha creado nuevas exigencias de una base de evidencias de la protección infantil (p. ej., en Rusia, hay entre 1 y 5 millones de menores sin hogar, de los cuales un gran número no tiene casa por primera vez a causa de “padres ebrios”, falta de uno o ambos padres, y, o abuso físico; una minoría tiene padres con derechos cancelados; Rudnicki, 2010). En otros países (p. ej., China), los niños sufren debido a nuevas tendencias sociales - por ejemplo, que los padres migran del trabajo en granjas a las urbes debido a la degradación del suelo, y dejan a sus hijos al cuidado de hermanos o abuelos, o solos.

El ejemplo de EUA que presentamos aquí corresponde a la *Division of Child Protection and Permanency* (DC&P), de la agencia estatal de New Jersey de SPI. El estado obliga a denunciar casos de maltrato. Algunas de las partes más importantes del estatuto de denuncia obligatoria son las siguientes:

Cualquier persona con motivos fundados para creer que un niño sufre abuso lo debe denunciar de inmediato la *Child Protection and Permanency* (CP&P) del DCF por teléfono o algún otro medio (9:6-8.10)... Cualquiera que deliberadamente viole las disposiciones de esta ley, o que no denuncia un acto de abuso infantil a pesar de tener motivos fundados para creer que se ha cometido un acto de abuso infantil es una persona trastornada (9:6-8.14)... Cualquiera que actúe conforme a esta ley haciendo una denuncia al amparo de la misma tendrá inmunidad frente a cualquier responsabilidad, civil o judicial, que de otro modo podría haber incurrido en ella o se le habría impuesto. Tal persona tendrá la misma inmunidad respecto del testimonio dado en cualquier proceso judicial que resulte de su denuncia (9:6-8.13). (State of New Jersey, Department of Children and Families, 2016)

En resumen, “cualquier persona” que tenga “un motivo fundado” para creer que ha ocurrido abuso infantil y, o negligencia debe hacer una denuncia ante el DCP&P. Así, la denuncia obligatoria se extiende más allá de los profesionales de la medicina, salud mental y aplicación de la ley. Un “motivo fundado” no está definido y, por lo tanto, queda a la discreción de la persona que hace la denuncia. En el periodo del 1 de enero al 31 de julio de 2016, el DCP&P recibió un promedio de 14 810 avisos al mes (Blake, 2016).

FLUJO DE TRABAJO DE LOS AVISOS DE ABUSO INFANTIL Y NEGLIGENCIA

Prácticamente todos los avisos de abuso infantil y negligencia llegan a través de un número telefónico (1-877-NJ-ABUSE). Las llamadas pasan por un registro central estatal (RCE) que sirve como filtro que las envía a la oficina local (OL) correspondiente para investigación, manejo y resolución. El CDP&P tiene muchas oficinas en el Estado de New Jersey. Algunos condados con poca población sólo tienen una OL, mientras que los más poblados cuentan con dos o tres LO. Las regiones urbanas densamente pobladas tienen más OL. Por ejemplo, Newark, New Jersey tiene tres OL, y el resto del condado en el que se ubica New Jersey tiene otras.

Si un caso se queda abierto para monitorear y, u ofrecer servicios, se pasa a un supervisor de asistencia social en una unidad de permanencia. En New Jersey, hay especialistas en servicios familiares (asistentes sociales), que supervisan a especialistas en servicios a la familia II (unidades de supervisores que vigilan a los asistentes sociales), que supervisan a los especialistas en servicios a la familia I (supervisores de asistentes sociales), quienes observan a un grupo de supervisores de unidad, y un administrador de la OL, a quien todos los supervisores de asistentes sociales (y personal de apoyo) informan.

Las pláticas acerca de la posibilidad de ser padres adoptivos empiezan poco después de que el niño es ubicado en un hogar sustituto, el cual se suele denominar *hogar de recurso*. Aunque el plan inicial del caso debe ser reunificar al niño con el o los padres, se genera un plan actual en caso de que la necesidad de retirar al niño sea inevitable. (Agradecemos a Keneth Lowry, Administrador de la oficina local de Bergen South, Hackensack, New Jersey, por su retroalimentación en relación con el sistema de SPI en el Estado de New Jersey).

Las unidades de permanencia evalúan la seguridad de los menores en su hogar y en lugares externos, realiza visitas mensuales a la familia, se asegura de que se brinden los servicios necesarios y que los integrantes de la familia cumplan su parte, y documenta todo este trabajo. Si se cumplen las metas de establecer un ambiente seguro y estable, el caso se cierra eventualmente. Si las metas de caso no se cumplen en los en los periodos especificados por la ley, el caso se transfiere a una unidad de adopción. Es común que el juez de un juzgado de lo familiar apruebe un cambio en el plan del caso de estabilización o reunificación (si uno o más menores han estado en un lugar externo al hogar) a cancelación de los derechos parentales, en el momento en que un caso se transfiere a una unidad de adopción. Es importante señalar que un cambio en el plan del caso para cancelar los derechos parentales no significa

que los derechos parentales necesariamente sean cancelados.

El encargado de adopciones sigue trabajando con el niño y su familia para que reciban los servicios necesarios para evitar que la División deba proceder a petición del Juzgado para cancelar los derechos de los padres (lo cual pondría en libertad legal al niño o niños para ser adoptados). Un caso puede estar en la unidad de adopción un año o más, dependiendo de las circunstancias. Si el padre o padres rectificaron los problemas identificados, la División solicita al Juzgado que cambie el plan del caso para buscar la reunificación, y el caso se transfiere otra vez a la unidad de permanencia. Si los problemas no se han rectificado, el caso continúa con un juicio. El encargado de la unidad de adopción, junto con uno o más trabajadores de la unidad de recursos, intenta entonces encontrar un hogar adecuado y definitivo para el menor, de modo que pueda ocurrir la adopción. A menudo, el encargado de la unidad de adopción sigue monitoreando al menor en su hogar adoptivo por un breve periodo antes de cerrar el caso. (Una vez que el niño o niños tienen padres nuevos, ya no hay asuntos que competan a los SPI.) El flujo de trabajo se resume en el esquema de la figura A1.

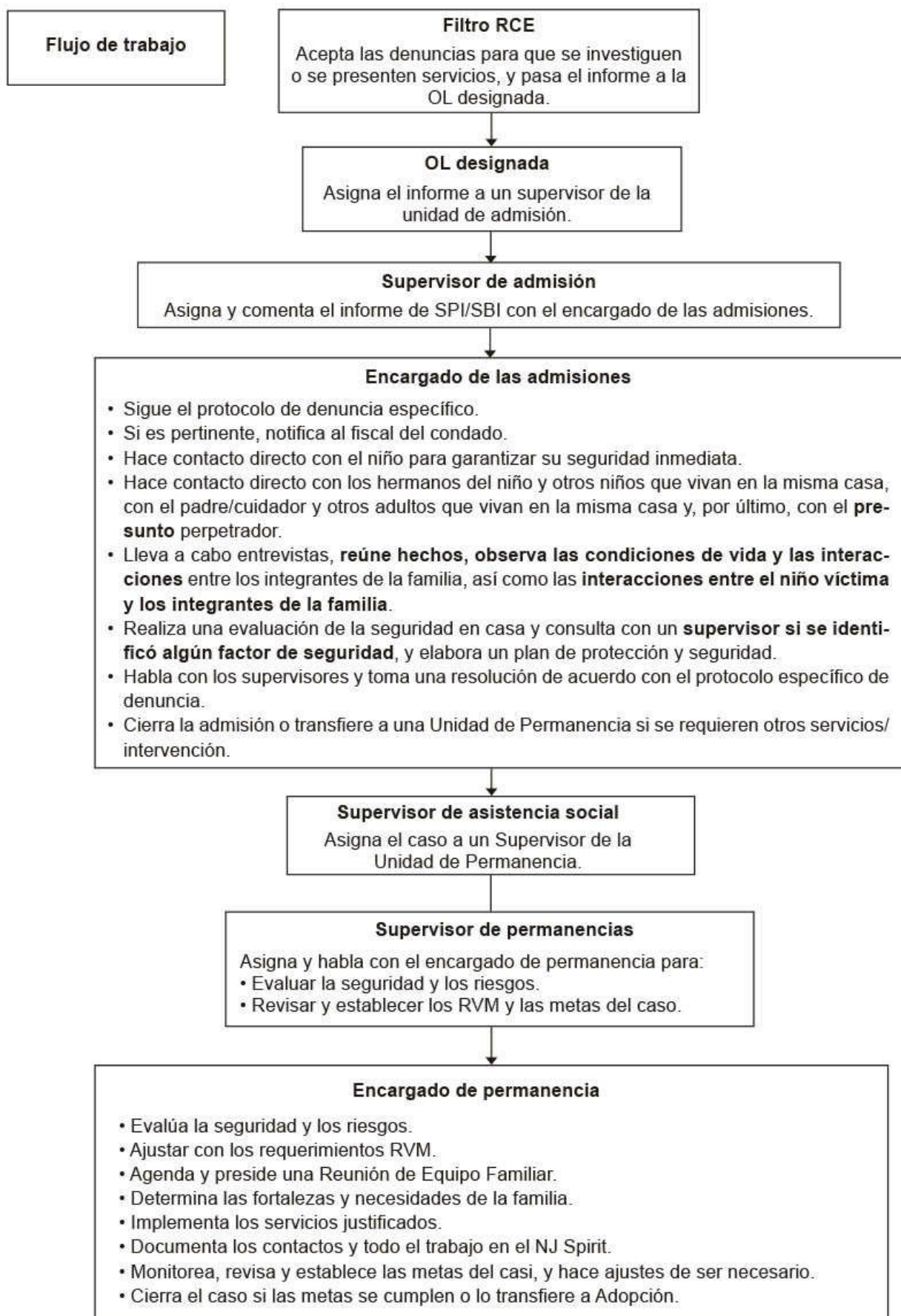


Figura A1. Flujo del trabajo en casos de abuso infantil y negligencia.

NJ Spirit = sistema de cómputo para la documentación oficial; SPI = servicios de protección a la infancia; SBI = servicios

de bienestar infantil; OL = oficina local; RVM = requisitos de la visita mensual; RCE = registro central estatal. Reproducida de *Baccalaureate Child Welfare Education Program (BCWEP) manual for students and field instructors* (manuscrito no publicado) del Estado de New Jersey, Department of Children and Families, 2015. Copyright 2015 Department of Children and Families. Reproducido con autorización.

Referencias

- Blake, A. (2016, September). *Commissioner's monthly report: September 2016*. Retrieved from State of New Jersey, Department of Children and Families www.nj.gov/dcf/childdata/continuous/Commissioners.Monthly.Report_9.16.pdf
- Rudnicki, A. A. (2010). The development of Russia's child protection and welfare system. *Demokratizatsiya: Journal of Post-Soviet Democratization*, 20, 29-46. Retrieved from https://www2.gwu.edu/~ieresgwu/assets/docs/demokratizatsiya%20archive/GWASHU_DEMO_20_1/0M6
- State of New Jersey, Department of Children and Families. (2015). *Baccalaureate child welfare education program (BCWEP) manual for students and field instructors* (Unpublished manuscript).
- State of New Jersey, Department of Children and Families. (2016). *Reporting child abuse and neglect: New Jersey law*. Retrieved from State of New Jersey, Department of Children and Families <http://www.state.nj.us/dcf/reporting/links/>

Apéndice 2

Recursos para los clínicos que trabajan en casos de maltrato infantil

Instrumentos de evaluación

Varias agencias han compilado recursos relevantes de evaluación:

Child Welfare Information Gateway

https://www.childwelfare.gov/topics/responding/trauma_screening/

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)

<http://www.nctsn.org/resources/online-research/measures-review>

Substance Abuser Mental Health Services Administration

<http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/trauma>

Guía para detectar el maltrato infantil

La guía de acceso libre del American Academy of Pediatrics para evaluar el abuso físico infantil ofrece puntos útiles generalizables a los profesionales no médicos (<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2015/04/21/peds.2015-0356.full.pdf>). Hay guías parecidas en otros sitios para profesionales. La American Psychological Association tiene un reciente conjunto de recursos sobre la sexualización de niñas (<http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/index.aspx>).

Webinarios

Algunos grupos de profesionales ofrecen webinarios de libre acceso en YouTube. La siguiente selección ayudará a conocer más de diversos temas en maltrato infantil.

American Academy of Pediatrics

Christian, C.W. *Child abuse for the primary care physician*. American Academy of Pediatrics. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=hSzYYhksl.8s> [55 min]

Vachani, J. G., & Mascharenhas, M. R. *Evaluating failure to thrive: A growing body of evidence*. American Academy of Pediatrics. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=yNaL27LAIt0> [36 min]

Canadian Association of Paediatric Health Centre

Carnivale, F. A. *Listening to the voice of the child: An inclusive approach to ethical problems in pediatrics*.

- Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=QtQ6iphtWlw> [75 min]
- Daneman, D., Ford Jones, E. L., Bennett, S., & Clinton, J. *The paediatrician as child advocate and child protection*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from <http://www.youtube.com/watch?v=MA710uQXrQ4> [87 min]
- Daneman, D., Siddiqi, A., & Mehtar, M. *An introduction to social pediatrics and the role of education in the health of children and youth*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from <http://www.youtube.com/watch?v=fhJ068gl.Cxo> [88 min]
- Fairholm, J., Wekerle, C., Este, D., & Lachance, L. *Protecting youth mental health: Practical Strategies for Violence Prevention*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=HvyoLqkURda> [85 min]
- Reid, G., Hall, W., & Corkum, P. *Childrens' sleep, problems, importance, and solutions: Introducing better nights, better days*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=H19clJZajTs> [95 min]
- Wekerle, C., Goldstein, A., & Mushquash, C. *Caregiving & resilience: Supporting youth in adversity, in transition, and in community*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=qPz_IWARMWs [93 min]
- Wekerle, C., & Shimba, M. *Picturing wellness: Art innovation in knowledge exchange for the CIHR Team grant on sexual victimization and boys' and men's health*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from http://www.youtube.com/watch?v=WN5CW_Caj0vw [60 min]
- Wekerle, C., Stewart, S., & Milne, L. *Serving youth receiving child welfare services. The MAP Research Study*. Canadian Association of Paediatric Health Centres. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=eO0D1XOGyEE> [93 min]

Recursos para poblaciones y contextos particulares

- National Child Traumatic Stress Network. *Safe places, safe spaces. Creating welcoming & inclusive environments for traumatized LGBTQ youth*. (NCTSN LGBTQ video resource guide) Retrieved from <http://nctsn.org/products/safe-places-safe-spaces-creating-welcoming-inclusive-environments-traumatized-lgbyq-youth-nc>
- National Child Traumatic Stress Network. *Unaccompanied migrant children*. Retrieved from <http://www.nctsn.org/products/unaccompanied-minors>
- National Child Traumatic Stress Network. *Child maltreatment in military families*. Retrieved from <http://www.nctsn.org/products/child-maltreatment-military-families-fact-sheet-providers>
- National Child Traumatic Stress Network. *Testifying in court about trauma. The court hearing*. Retrieved from <http://www.nctsn.org/products/testifying-court-about-trauma-court-hearing>

Módulos de educación continua en maltrato infantil

Se puede consultar un panorama general de los hallazgos de la investigación en trayectorias del maltrato en adolescentes en <https://www.youtube.com/watch?v=OftzALSA5yQ>.

Los módulos de las conferencias TED son de libre acceso y presentan discusiones profesionales sobre bienestar infantil, capacitación y otros temas. Fueron creados por el Dr. C. Wekerle y Alison Boven con fines educativos y contaron con el apoyo del *Canadian of Institutes of health Research Team* (para consultar investigaciones, véase <https://www.researchgate.net/project/Understanding-health-risks-and-promoting-resilience-in-male-youth-with-sexual-violence-experience-CIHR-Team-Grant-TE3-13830>; se requiere registrarse antes de poder acceder), Los materiales también se pueden encontrar en <http://in-car.ca/media.htm>

Conferencias TED

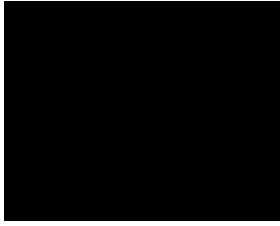
Boven, A. *Risk and resilience in youth suicidality*. Retrieved from <http://ed.ted.com/on/6nReRcN0>

Boven, A. *Nadine Burke Harris: How childhood trauma affects health across a lifetime*. Retrieved from <http://ed.ted.com/on/iOyQVfhf>

Boven, A. *Child maltreatment and the resilience journey*. Retrieved from <http://ed.ted.com/on/uNQrmOkB>

Notas

* Los apéndices se encuentran como material descargable en <http://www.manualmoderno.com/wekerle>
Wekerle, C., Wolfe, D., Cohen, J., Bromberg, D., & Murray, L., (2019). *Maltrato infantil* (2 ed.). México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. con la autorización de Hogrefe Publishing.



Sobre los autores

Christine Wekerle, PhD, es Profesora Asociada de Pediatría en la Universidad McMaster. La Dra. Wekerle ha realizado investigaciones en los últimos 25 años sobre maltrato infantil y temas relacionados, sobre todo en prevención de la violencia en el noviazgo entre adolescentes. Dirige el equipo de investigación del Instituto Canadiense de Investigación en Salud, Instituto de Género y Salud acerca de victimización de violencia sexual entre menores varones (#CIHRTeamSV en Twitter). La Dra. Wekerle ha desarrollado un curso de preservicios basados en arte en casos de maltrato infantil y denuncia obligatoria. Fue cocuradora de la exposición “Retratos de bienestar: de la adversidad a la resiliencia”, en el Museo McMaster de Arte. Es editora fundadora de la revista científica de libre acceso *International Journal of Child and Adolescent Resilience* (<http://www.in-car.ca/>), y actualmente es Editora en Jefe de *Child Abuse & Neglect*. La Asociación Canadiense de Psicología la nombró Psicóloga del año en Estrés Traumático 2016 en reconocimiento a su trabajo sobre Trayectorias del Maltrato en la Adolescencia de menores que reciben servicios del sistema de protección infantil. La Dra. Wekerle invita a que la contacten vía Twitter (@DrWekerle) y correo electrónico (wekerc@mcmaster.ca).

David A. Wolfe PhD, ABPP, es Profesor Adjunto en el Centro de Salud Mental Escolar, e Investigador del Centro de Investigación en Educación y Violencia contra Mujeres y Niños, Facultad de Educación, Universidad Western de London, Canadá. También es director emérito del Centro de Adicción y Salud Mental (CAMH, por su siglas en inglés), del Centro de Ciencias de la Prevención, y fue Profesor de Psiquiatría y Psicología en la Universidad de Toronto (2002-2016). Tuvo la cátedra inaugural EBC en Salud Mental Infantil de 2002 a 2012, y se desempeñó como Editor en Jefe de *Child Abuse & Neglect* de 2007 a 2012. El Dr. Wolfe ha estado activo en el desarrollo y evaluación de iniciativas relacionadas con la violencia entre niños y menores. Su investigación es amplia, así como sus intereses clínicos en psicopatología de niños y adolescentes, con especial atención al abuso infantil, violencia doméstica y psicopatología del desarrollo. Su actividad principal como investigador en la actualidad se relaciona con Fourth R, programa escolar para promover las relaciones sanas, no violentas entre menores (<http://www.youthrelationships.org/>).

Judith A. Cohen, MD, es Directora Médico del Centro de Estrés Traumático en Niños y Adolescentes en el Hospital General Allegheny en Pittsburgh, y Profesora de Psiquiatría en el Colegio de Medicina de la Universidad Drexel en Philadelphia. Es psiquiatra de niños y adolescentes certificada. Desde 1983, la Dra. Cohen recibe financiamiento para realizar investigaciones relacionadas con el tratamiento de niños traumatizados. Con sus colaboradores, Anthony Mannarino, PhD, y Esther Deblinger, PhD, desarrolló y probó la terapia cognitivo conductual focalizada en el

trauma (TCC-FT), tratamiento basado en evidencias para niños que han sufrido abuso sexual y los padres no agresores. La Dra. Cohen ha sido parte de la junta de directores de la Sociedad Americana Profesional en Abuso Infantil, y recibió su premio como profesional destacada en 2000. También fue la primera autora de las directrices de la Sociedad Internacional de Estudios sobre Estrés Traumático en casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT). La Dra. Cohen es la autora principal de los parámetros de la práctica de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente para evaluar y tratar el TEPT. En 2004, ACCAP le concedió el Premio Rieger por Méritos Científicos. Entre sus libros, se encuentran *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (2006) y *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications* (2012). Además de su investigación y actividad docente, la Dra. Cohen se dedica a la práctica clínica.

Daniel S. Bromberg, PhD, ABPP, es Director de Servicios Psicológicos Especiales, LLC, Bloomfield, New Jersey. Cuenta con licencia para laborar en New Jersey y en New York. Está certificado en psicología conductual y cognitiva por el Consejo Americano de Psicología Profesional. Ella trabaja con niños que presentan problemas de la conducta sexual y adolescentes y adultos que ha cometido delitos sexuales. Su experiencia clínica incluye un centro regional de diagnóstico y tratamiento en casos de abuso infantil y negligencia, y como psicólogo escolar de niños y adolescentes que presentan problemas graves de conducta.

Laura Murray PhD, es Científica Asociada en Salud Mental de la Escuela John Hopkins Bloomberg de Salud Pública. Sus intereses incluyen adaptaciones basadas en evidencias en contextos de escasos recursos, sobre todo para tratar trauma y duelo. La Dra. Murray trabaja actualmente en un proyecto en Zambia con organizaciones no gubernamentales y ministerios de gobierno, el cual busca integrar la evaluación y el tratamiento de salud mental en la infraestructura existente para tratar VIH, así como evaluar su eficacia. También está trabajando en Cambodia para implementar un tratamiento basado en evidencias con menores que han sido víctimas de trata de personas.

Índice

Dedicatoria	7
Agradecimientos	9
Capítulo 1. Descripción	15
Terminología	17
Estrés y discapacidad parental afectan las prácticas de crianza de muchas maneras	17
Violencia y pobreza contribuyen de manera importante al maltrato	18
Perspectiva informada del trauma	20
Definiciones	22
Negligencia	23
Abuso físico	24
Abuso sexual	25
Abuso psicológico o emocional	25
Consideraciones diagnósticas	26
Epidemiología	28
Curso, pronóstico y contexto	32
Identificar, denunciar, revelar el maltrato	35
Capítulo 2. Teorías y modelos del maltrato infantil	43
Capítulo 3. Diagnóstico e indicaciones del tratamiento	50
Entrevista y evaluación clínica	55
Evaluación forense de la salud mental	60
Trastornos asociados con el maltrato infantil	63
Trastornos del estado de ánimo, autolesiones y tendencia suicida	63
Trastornos de ansiedad	65
Trastorno de estrés postraumático y disociación	66
Trastornos por consumo de sustancias	68
Trastornos de la conducta alimentaria	68
Víctimas asintomáticas	69
Capítulo 4. Tratamiento	71
Métodos de tratamiento	76
Estabilización y desarrollo de habilidades	79
Fase de narrativa y procesamiento del trauma	88
Fase de integración y consolidación	95
Componentes de duelo traumático (opcional)	103
Término de la TCC-FT	107

Mecanismos de acción de la TCC-FT	108
Eficacia y pronóstico	109
Variaciones y combinaciones de métodos	111
Dificultades para llevar a cabo el tratamiento	112
Cuestiones transculturales	115
Capítulo 5. Caso de estudio	117
Panorama general	119
Primera sesión	119
Segunda sesión	119
Tercera sesión	120
Cuarta sesión	120
De la quinta a la novena sesión	121
De la décima a la undécima sesión	121
De la duodécima a la decimocuarta sesión	122
Capítulo 6. Lecturas recomendadas	123
Capítulo 7. Referencias	125
Capítulo 8. Apéndice herramientas y recursos*	132
Apéndice 1. Bienestar infantil y ejemplo del flujo de trabajo de los SPI	134
Flujo de trabajo de los avisos de abuso infantil y negligencia	137
Apéndice 2. Recursos para los clínicos que trabajan en casos de maltrato infantil	141
Sobre los autores	145