

SALUD MENTAL de MENORES en ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

*Guía para la prevención e intervención
en hogares y centros de protección de la
Comunidad Autónoma de Extremadura*



JUNTA DE EXTREMADURA



Edita:

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Coordinador:

Leopoldo Elvira Peña

Autores/as:

Jorge F. del Valle
Ana María Sainero Rodríguez
Amaia Bravo Arteaga

I.S.B.N.:

978-84-96958-85-2

Dép. Legal:

CC-000909-2011

Diseño y Maquetación:

RC&Media - Badajoz

Impresión:

Indugrafic - Badajoz

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo que fueron aprobados en el CISNS como apoyo a la implementación de la estrategia en salud mental

SALUD MENTAL de MENORES en ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

*Guía para la prevención e intervención
en hogares y centros de protección de la
Comunidad Autónoma de Extremadura*

Autores:

Jorge F. del Valle

Ana María Sainero Rodríguez

Amaia Bravo Arteaga

Grupo de Investigación en Familia e Infancia

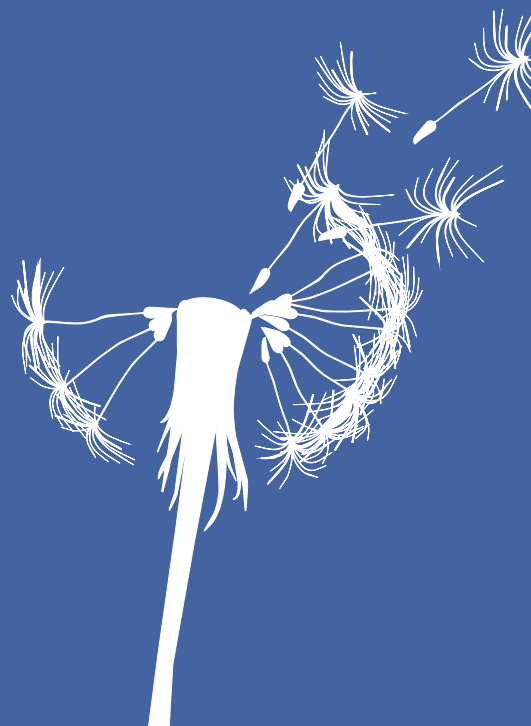
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Coordinador del Proyecto:

Leopoldo Elvira Peña

Subdirector de Salud Mental y Programas Asistenciales

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD







ÍNDICE

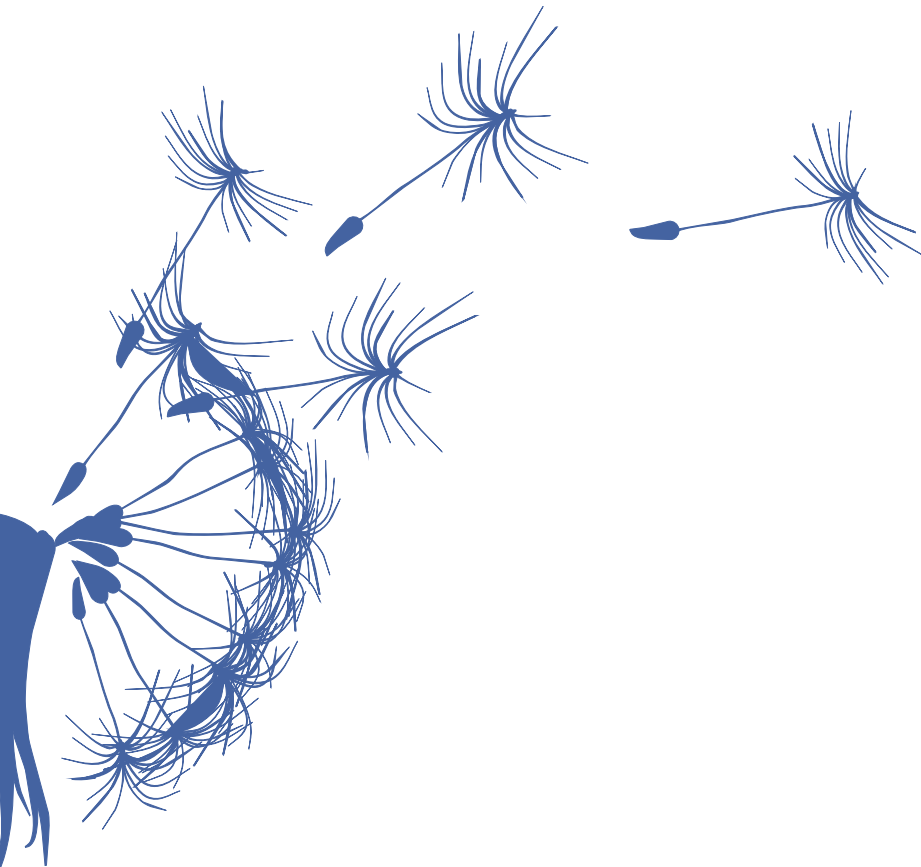
Capítulo 1. La evolución del acogimiento residencial	9
Historia reciente del acogimiento residencial	12
Nuevos perfiles en la población acogida: la necesidad de un modelo de atención personalizado	18
Síntesis del capítulo	25
Capítulo 2. Salud mental infanto-juvenil	29
Diagnosticar o etiquetar	32
Algunos conceptos	33
Salud mental infanto-juvenil	36
La psicopatología del desarrollo	40
Síntesis del capítulo	45
Capítulo 3. Estudio sobre la salud mental de menores en acogimiento residencial en Extremadura	49
Objetivos y metodología del estudio	52
Resultados del grupo de casos autóctonos	53
Resultados del grupo de menores extranjeros no acompañados	60
Evaluación clínica individual en profundidad	61
Conclusiones	71
Propuestas para la intervención	79
Síntesis del capítulo	87
Capítulo 4. La detección de trastornos mentales y el protocolo de evaluación	93
Clasificación de los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia	96
Retrasos del desarrollo	97
Trastornos generalizados del desarrollo	99
Trastornos externalizantes	101
Trastornos psicóticos	123
Trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria	127
Trastornos de la conducta alimentaria	129
Protocolo de detección, evaluación y derivación en acogimiento residencial	131
Protocolo de detección y diagnóstico	133
Síntesis del capítulo	138

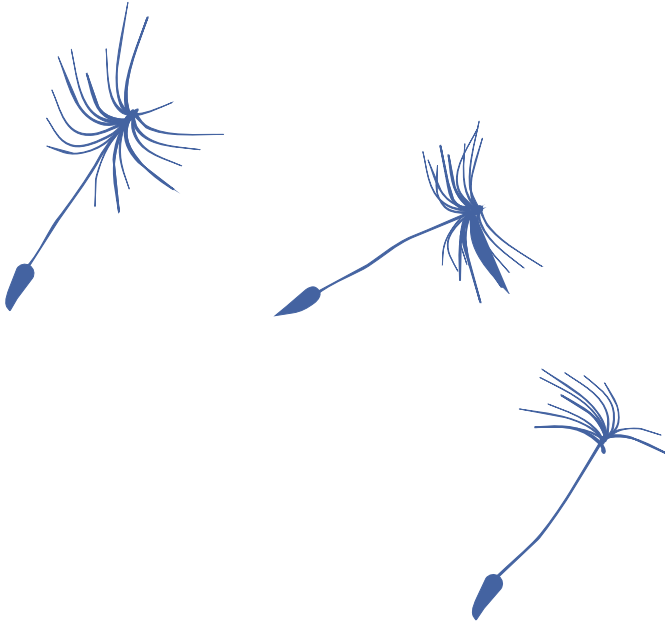
Capítulo 5. Trabajando las emociones desde la vinculación y la resiliencia	141
El acogimiento residencial como ambiente terapéutico	144
La teoría del vínculo de apego	146
Estilos de apego	147
La regulación de las emociones y la conducta	150
Elementos para crear un ambiente educativo que trabaje el vínculo y las emociones	150
Disponibilidad	151
Sensibilidad	154
Aceptación	157
Cooperación	159
La importancia de la teoría de apego	162
La resiliencia como marco teórico	163
Algunas claves para desarrollar la resiliencia	166
Síntesis del capítulo	172
Capítulo 6. Trabajando problemas de conducta y situaciones de conflicto	175
Las diferentes respuestas a los problemas de conducta	178
Aplicaciones de principios del parentizaje en el contexto educativo	184
Intervención en crisis	189
Síntesis del capítulo	209
Capítulo 7. Herramientas para el trabajo psicoeducativo en acogimiento residencial	211
Programa escolar de desarrollo emocional (P.E.D.E.)	214
Programa “bienestar”: el bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia	218
Programa “umbrella”: mirando al futuro con habilidades para la vida	222
Programa de educación sexual en acogimiento residencial	227
Programa PEHIS de habilidades sociales	231
Otros materiales y lecturas de interés sobre acogimiento residencial	233



CAP. 1

La evolución del acogimiento residencial





En este capítulo se introducirá el marco general del acogimiento residencial desde la perspectiva del cambio de función que ha tenido en las últimas décadas y, especialmente, de la evolución de los modelos de trabajo que se han ido sucediendo. Con esta exposición se pretende dejar claro que el gran reto del trabajo en este ámbito tiene que ver, cada vez más, con la atención a niños mayores y adolescentes con importantes problemas de comportamiento. Esta situación no sólo tiene que ver con el aumento de este tipo de perfiles en los últimos años, sino con la propia definición que se va haciendo del acogimiento residencial. Cada vez existe mayor consenso sobre la necesidad de que los niños más pequeños sean acogidos en familias, e incluso los que tienen más edad pero no plantean grandes problemas para integrarse en la convivencia de una familia.

El acogimiento familiar deberá extenderse en España como una medida prioritaria de hecho, y no solamente como unan declaración de intenciones. Si esto se cumple, el acogimiento residencial en nuestro país avanzará hacia una mayor especialización en el trabajo con aquellos casos especialmente difíciles de ubicar en acogimiento familiar, particularmente los que tienen serios problemas de comportamiento o de salud mental.

Historia reciente del acogimiento residencial

La historia del acogimiento residencial es muy extensa dado que ha estado presente en la asistencia a los niños y niñas abandonados y desprotegidos durante muchos siglos y con diversas denominaciones como Casa de Expósitos, de Misericordia, Casa Cuna, Hospicio, etc. De hecho, durante décadas, la historia de la atención a la infancia desprotegida se basaba en una respuesta única y universal: la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales en sustitución del ambiente familiar, ya fuera por carecer de él, o por ser deficitario.

El antecedente del acogimiento residencial es la institucionalización de menores que hasta los años 80 constituía prácticamente la única medida protectora.

Todavía a mediados de los años ochenta, la medida de la institucionalización en España era prácticamente la única existente. Los organismos implicados en la protección a la infancia en esta época, justamente anterior a la asunción de competencias por las comunidades autónomas y la creación de un sistema público de servicios sociales, se caracterizaban por sus grandes inversiones en instituciones. Hasta aquel momento, los organismos con competencias en la protección de menores se superponían con facilidad, siendo muy difícil establecer límites entre sus respectivas funciones (para más detalle véase Del Valle y Fuertes, 2000)¹.

Una vez puesto en marcha el sistema público de servicios sociales, y con él la competencia exclusiva para las comunidades autónomas, la situación cambió radicalmente. De hecho, puede afirmarse que la medida de acogimiento residencial ha llegado a experimentar al menos dos transiciones importantes desde aquella época.

Primera transición: años ochenta, del modelo institucional al modelo familiar

Hasta la transferencia de competencias hacia las comunidades autónomas, el modelo institucional estuvo vigente como única alternativa para la atención de menores que carecieran de un contexto familiar adecuado (por carencias económicas o situaciones de maltrato muy severas).

Las características de este modelo se podrían sintetizar así:

- ✘ Eran centros cerrados y de gran capacidad.
- ✘ Autosuficientes: dotadas de escuela, médico, cines, etc.
- ✘ Basados en cubrir necesidades muy elementales.
- ✘ Con personal no profesional.
- ✘ Con razones de ingreso enormemente variadas la mayoría

El criterio de normalización resultó un principio fundamental para liquidar el modelo institucionalizador: el niño debe vivir en un espacio y con unas rutinas lo más parecidas a un entorno familiar y con experiencias de socialización también similares al resto de los niños, utilizando los espacios y recursos comunitarios.

¹ Del Valle, J.F. y Fuertes, J. (2000). El Acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: Pirámide.

relacionadas con la pobreza y la exclusión.

- ✘ Larguísimas permanencias.

A partir de los años setenta los principios del modelo comunitario comenzaron a ganar fuerza, no sólo en el ámbito de la salud mental, sino también en el de la intervención social. De la mano de sus defensores comienza a reivindicarse la construcción de alternativas a las grandes instituciones centradas en la idea de que los niños que no pueden vivir con sus familias puedan vivir en hogares de tipo familiar y con referentes educativos cercanos y estables. El modelo se basaba en la creación de hogares de tipo familiar, a poder ser en pisos ubicados en contextos que facilitarían la integración comunitaria: con los niños asistiendo a las escuelas de la comunidad, así como utilizando los espacios propios de cualquier otro niño o niña del barrio (conceptos muy vinculados al principio de normalización).

A finales de los ochenta este modelo provoca el cambio de las grandes instituciones, las cuales se reducen en número y capacidad. Muchas de ellas se reestructuran creando en su interior espacios diferenciados, con hogares que suelen tener ocho o diez niños y sus propios educadores de referencia. Este modelo se ha denominado de unidades residenciales y es una alternativa todavía vigente.

En la actualidad, **el acogimiento residencial tiene básicamente estas dos posibles estructuras:**

- ✘ El hogar familiar, sea en pisos o en viviendas unifamiliares.
- ✘ Las residencias o centros de mayor tamaño.

Estas últimas, aunque sean de mayor tamaño, deben estar divididas en unidades u hogares de tipo más familiar, conformando apartamentos dentro de la residencia de modo que los niños y adolescentes estén inmersos en un contexto acogedor y confortable.

Este modelo familiar sentó las bases de un cambio muy necesario: los niños, para recibir una adecuada educación requieren espacios familiares, confortables y cálidos, con adultos de referencia y estables con quienes puedan establecer relaciones afectivas significativas. No obstante, el modelo familiar partía de un objetivo de la protección consistente en dar una crianza alternativa a niños sin familia o con familias que no cumplen sus obligaciones parentales. Se trataba de crear entornos sustitutos de las familias para educar en ellos a estos niños durante el tiempo que hiciera falta, en muchos casos desde la más temprana infancia hasta la mayoría de edad.

Este objetivo fue rápidamente revisado y desechado por el nuevo sistema de protección. Tanto la Ley 21/87 de Acogimiento Familiar y Adopción,

como la posterior Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, van a establecer que las medidas de intervención deben priorizar la crianza del niño en un entorno familiar. Por tanto, los niños y especialmente sus familias deben recibir apoyo para que en caso de separación puedan retornar al hogar lo antes posible (con la ayuda de programas de intervención familiar). Si no fuera posible el retorno, los niños deberán pasar a vivir con una nueva familia (utilizando los acogimientos familiares y las adopciones). En síntesis: el acogimiento residencial dejó de ser una medida para la crianza de niños sin hogar y pasó a ser una medida temporal de atención al servicio de la solución definitiva de integración familiar.

Esta idea de la solución definitiva de tipo familiar como meta de la protección marcó el diseño de las medidas de protección en Estados Unidos ya en los años ochenta, mediante la introducción del concepto de “permanency planning” y posteriormente se asumió en Europa. La finalidad de la intervención protectora debe ser la reintegración en un contexto de desarrollo familiar, ya sea en familia propia o en una nueva familia. Por consiguiente, la estancia en un hogar de acogida debe ser siempre temporal e instrumental (al servicio de una solución permanente o definitiva de tipo familiar).

Los niños y adolescentes deben ser acogidos en hogares o centros de protección siempre con un plan de caso que contemple una solución definitiva de tipo familiar:

- ❖ Plan de reunificación familiar, para los que se encuentran en acogimiento residencial en espera de poder regresar con sus familias, ya que estas pueden estar recibiendo intervenciones y apoyos para superar los problemas que dieron lugar a la separación de sus hijos.
- ❖ Plan de separación definitiva y nueva familia, para los que se encuentran en acogimiento residencial en espera de encontrar una nueva familia, dada la imposibilidad de retornar con la suya propia, y por tanto en espera de un acogimiento permanente o una adopción.
- ❖ Plan de independencia y transición a la vida adulta, para aquellos adolescentes mayores que tienen un pronóstico negativo de reunificación, pero que además por su edad, e incluso porque voluntariamente no lo deseen, tienen graves problemas para poder ser acogidos o adoptados. Se plantea un plan de acompañamiento a la vida independiente o de transición a la vida adulta. Se trataría, no de volver a integrarse en su familia o en otra familia diferente, sino de poder fundar su propia familia o su propia unidad convivencial, y al hacerse mayores encontrar un trabajo o continuar estudios.

A partir de los años 90 tuvo lugar un gran cambio en el tipo de menores acogidos que pasaron de ser niños de familias en exclusión social a casos con experiencias de graves malos tratos. Hoy día las necesidades que presentan son muy variadas y el factor común más preocupante son sus problemas de conducta y adaptación.

Los hogares de protección no son un hogar sustitutivo permanente para los niños que no tienen una familia apropiada. Son un lugar de paso o de transición para regresar a un ambiente familiar: el suyo de origen o uno nuevo.

Segunda transición: años 90, el modelo especializado

Durante los últimos quince años, el perfil de la población atendida en centros y hogares de protección y las necesidades de intervención desde este contexto han variado considerablemente (como se explicará en el próximo apartado). Hoy en día la tendencia es que no exista nada parecido a los centros de menores como servicio indiscriminado y general. Las diferentes comunidades autónomas intentan desarrollar una red de servicios de acogimiento residencial diversificada y especializada para la atención de diferentes necesidades.

Son varios los factores que han propiciado el desarrollo de este nuevo modelo de intervención especializado:

- ❑ La aparición de nuevas problemáticas, como la llegada de menores extranjeros no acompañados o el caso de los menores denunciados por sus padres por haberse convertido éstos en víctimas de su comportamiento violento, y que ha supuesto un reto al actual planteamiento de trabajo en los hogares y centros de protección.
- ❑ La necesidad de un enfoque más terapéutico para dar respuesta a las necesidades de jóvenes con problemas de salud mental. Si bien el principio de normalización supuso un gran avance a la hora de evitar la estigmatización y el trato segregado de estos menores, el modelo de atención familiar en los centros de acogida no ha demostrado tener los suficientes recursos para abordar problemáticas que requieren un contexto de trabajo más terapéutico.
- ❑ La evolución del sistema de protección y la asunción de un principio como el “permanency planning” ha supuesto que se adopten medidas de tipo familiar de forma prioritaria para todos los menores, pero muy especialmente para los más pequeños. Esto ha ocasionado que la población atendida en acogimiento residencial sea cada vez de mayor edad, convirtiéndose en un entorno de intervención dirigido fundamentalmente a adolescentes y a los niños y niñas que presentan características que dificultan su acogida en un entorno familiar. Actualmente en España los menores en acogimiento residencial que tienen más de 12 años suponen aproximadamente un 75% de los casos.
- ❑ Finalmente, el propio proceso de intervención en el sistema de protección ha ocasionado la demanda de una mayor especialización en la intervención desde los hogares. De este modo, y para cumplir las funciones vinculadas a los diferentes planes de caso (nombre con el que se conoce el plan individual de intervención protectora para un niño y su familia, que incluye objetivos, fin último, recursos a emplear, etc.), han aparecido hogares como los destinados a facilitar la vida independiente adulta de aquellos que cumplen 18

años y deben empezar a vivir por su cuenta.

En consecuencia, en lugar de hablar de centros y hogares de protección de manera indiscriminada, hoy día existen en las comunidades autónomas redes de servicios de acogimiento residencial que presentan distintas modalidades para poder cubrir tan distintas necesidades. En la tabla siguiente se comentan los más importantes.

TIPOLOGÍAS DENTRO DE LA RED DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Hogares de acogida 0-3 años

Es muy frecuente encontrar hogares que prestan atención a bebés y niños muy pequeños de forma específica. Las necesidades de este tipo de atención son claramente diferentes y es uno de los recursos especializados más característicos de las diferentes comunidades. Aunque en la actualidad tienden a disminuir, al priorizarse que los niños más pequeños estén siempre en familia de acogida. Hoy por hoy, no obstante, es una realidad anacrónica de nuestro sistema de protección a falta del impulso del acogimiento familiar. Sería deseable que en los próximos años se haga un gran esfuerzo para que los más pequeños sean acogidos solamente por familias.

Hogares de primera acogida y emergencia

Se trata de hogares de recepción de casos de urgencia, cuando se requiere la separación de la familia y/o la ubicación en lugar protegido de convivencia. Son hogares con una finalidad de primera cobertura de necesidades urgentes y de evaluación, con el fin de facilitar que a corto plazo se adopte una medida definitiva.

Hogares de convivencia familiar

Podríamos denominar así a los diferentes tipos de hogares que prestan una atención basada en la convivencia de niños y niñas de edades distintas, tratando fundamentalmente de crear un entorno familiar y protector de convivencia durante el tiempo que precisen estar en acogimiento residencial. Resulta muy frecuente que atiendan a grupos de hermanos, en ocasiones muy numerosos.

Hogares de preparación para la independencia adolescente

Se trata de hogares donde un grupo pequeño de adolescentes, habitualmente viviendo en un piso en la comunidad, se preparan para hacer la transición hacia su vida independiente. Son casos en los que no se puede o no se considera conveniente su retorno a la familia y, debido a la cercanía de la mayoría de edad, se opta por darles apoyo para que desarrollen las habilidades necesarias para pasar a vivir por su cuenta. Los adolescentes viven en el hogar asumiendo las responsabilidades de organización doméstica y de la convivencia, con un mínimo apoyo educativo. En ocasiones los adolescentes siguen en estos hogares al cumplir la mayoría de edad o incluso se dirigen a mayores de edad.

Hogares y centros para adolescentes con problemas emocionales o conductuales

Como respuesta al aumento de casos de adolescentes que, además de estar en situación de desprotección, presentan importantes problemas de convivencia, se han introducido hogares especializados para ellos. Están indicados para aquellos casos que representan un grave riesgo para sí mismos o los demás y que por tanto no se benefician de la vida en un hogar de convivencia.

Se trata habitualmente de hogares situados en entornos más abiertos, viviendas unifamiliares, algunas con granjas, talleres u otro tipo de recursos para actividades diversas, donde convive un reducido número de adolescentes con una dotación de educadores muy superior al resto y apoyo psicoterapéutico. Existen variados términos para denominarlos como hogares de socialización, de educación intensiva, de régimen especial, etc. En algunas comunidades existen también los llamados centros terapéuticos que trabajan específicamente con población con graves trastornos de salud mental.

Hogares para menores extranjeros no acompañados

Diseñados para atender a menores que proceden de otros países y se encuentran en territorio español sin familia, la mayoría procedentes del continente africano. Su presencia creciente ha provocado la creación de respuestas específicas, con personal que conoce el idioma y las pautas culturales de estos jóvenes.

Nuevos perfiles en la población acogida: la necesidad de un modelo de atención especializado

La caracterización y necesidades de la población que hoy en día se encuentra en hogares de protección es el principal fundamento de la apuesta por un modelo de acogimiento residencial especializado.

En síntesis, las características que presentan hoy en día un buen número de niños y adolescentes acogidos en hogares son:

- ✘ Adolescentes sin previsión de retorno al hogar familiar.
- ✘ Presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental.
- ✘ Adolescentes que presentan conductas violentas hacia su familia.
- ✘ Menores de 14 años infractores con medida protectora.
- ✘ Menores extranjeros no acompañados (MENAs).

El incremento de la edad en la población atendida en centros de protección, es uno de los cambios detectados a principios de los noventa en los sistemas de protección europeos, apreciándose la misma evolución en el caso de España. El trabajo con adolescentes con problemáticas familiares muy cronicadas, así como con una historia de fracaso en intervenciones previas de preservación familiar, provoca que la preparación para la independencia se presente como la orientación principal de la intervención individualizada. El aumento de la edad en la población atendida incrementa la dificultad de la tarea educativa, al presentarse conflictos de mayor intensidad e historias de aprendizaje inadecuadas más consolidadas y resistentes a la intervención.

Los nuevos perfiles de casos en acogimiento residencial se refieren a adolescentes con diversos tipos de problemas, lo que hace la tarea educativa mucho más complicada.

Problemas de conducta y salud mental

Respecto al mayor número de problemas de comportamiento, es habitual que los profesionales demanden nuevas estrategias de intervención para afrontar estas conductas. Durante la última década, los educadores han vivido un cambio en el perfil de los niños y jóvenes atendidos que ya hemos comentado, y que se puede resumir en la convivencia en un mismo hogar de problemáticas muy graves y muy distintas.

El más importante cambio ha sido el evidente agravamiento de los problemas de conducta y trastornos de salud mental que la población atendida en acogimiento residencial ha presentando en las últimas dos décadas. Este fenómeno, que ha sido constatado en muchos otros países anteriormente, ha sido uno de los que más dificultades ha planteado a los profesionales de la atención residencial en todas las

comunidades autónomas. La vida de muchos hogares de protección, que tradicionalmente venían acogiendo a niños y grupos de hermanos sin más problema que la falta de atención familiar y las graves carencias de sus hogares, ha entrado en fuerte crisis a medida que iban llegando no sólo cada vez más adolescentes, sino también presentando cada vez más problemas de conducta. Entre los motivos que explican esta situación se encuentra el hecho de que el sistema de protección cada vez es más restrictivo con el uso del acogimiento residencial, de modo que los casos más leves pueden permanecer en su domicilio con apoyos de intervención familiar, y que los niños que presentan menos problemas adaptativos en su comportamiento o son más pequeños son dirigidos prioritariamente a las medidas de acogimiento familiar. En consecuencia, los casos que llegan a acogimiento residencial son aquellos que presentan experiencias más traumáticas, que en muchos casos les han ocasionado importantes trastornos y problemas de conducta que ahora deben ser abordados por los profesionales de los centros de menores.

Los educadores necesitan actualizar sus conocimientos y habilidades para trabajar los importantes problemas de conducta y de adaptación de los adolescentes.

Los profesionales no se habían formado para trabajar en escenarios donde la violencia y el conflicto fueran muy habituales. Muchos educadores han tenido problemas de sobrecarga, estrés, e incluso han sufrido agresiones. Han tenido que cerrarse hogares por imposibilidad de controlar la convivencia y para poder proteger adecuadamente a los niños, especialmente los más pequeños. Este preocupante incremento de casos de niños, especialmente adolescentes, que presentan importantes problemas de conducta y una variada gama de trastornos de salud mental, ha tenido como consecuencia el desarrollo de programas específicos que acabamos de comentar, creándose centros de menores que atienden en particular a este tipo de casos. Curiosamente, esta preocupación no se ha visto reflejada en un estudio que pudiera servir para evaluar las necesidades concretas que presentan estos niños y jóvenes, ni tan siquiera para averiguar de cuántos casos se trata. Sabemos que existen muchos niños y adolescentes con graves problemas, pero no sabemos ni cuántos son ni en qué consisten esos problemas. Como expondremos en un capítulo posterior, ha sido el estudio realizado en Extremadura el primero de este tipo llevado a cabo en España.

Hasta ahora solamente sabíamos de la existencia de un gran aumento de los problemas de conflictividad en los hogares y centros de acogida. Este incremento está relacionado con la llegada de nuevas casuísticas, prácticamente inexistentes anteriormente, y que precisamente tienen como característica muy marcada la presencia de conductas opositoras, desafiantes o violentas. Los servicios de menores vienen observando cómo la población que ingresa en acogimiento residencial cada vez presenta mayores necesidades de tratamientos en el ámbito de la salud mental, al tiempo que sus hogares precisan de nuevas formas de intervención más profesionalizadas y con mayor formación para hacer frente a todo tipo de crisis y conflictos (el simple hecho de que la mayoría de los casos sean adolescentes ya explica una buena parte de

esta situación).

Una de las consecuencias de este cambio en el perfil de la población atendida en acogimiento residencial ha sido la creación de hogares o centros específicamente destinados a menores con graves problemas de conducta o de salud mental. Ya sea con el nombre de centros de socialización, especial intensidad educativa, de régimen especial o de menores en conflicto social, desde finales de la década de los noventa se fueron creando este tipo de centros dirigidos fundamentalmente a aquellos adolescentes que presentaban una conducta tan conflictiva que hacía imposible la convivencia con otros menores en los hogares genéricos. No se trataba de atender a adolescentes con trastornos diagnosticados de salud mental, sino más bien de problemas de comportamiento que, sin tener un diagnóstico específico, planteaban graves dificultades de convivencia con otros menores y sobre todo de relaciones educativas con los profesionales que atendían estos hogares.

En los últimos diez años se avanzó un paso más en las necesidades de especialización de los hogares y centros de protección. Ante el creciente número de menores que presentaban severos trastornos de salud mental se comenzaron a abrir algunos centros llamados “terapéuticos” que, si bien en algunos aspectos equiparaban sus funciones con los anteriores hogares que acabamos de describir (llamados de socialización), presentaban la peculiaridad de tratar de constituirse en un entorno de tratamiento intensivo terapéutico. En este sentido podríamos decir que se trataba de crear entornos residenciales similares a clínicas de salud mental infanto-juvenil, pero situadas en el contexto de la intervención socioeducativa propia del acogimiento residencial. No han sido muchas las comunidades que han abierto este tipo de centros u hogares más específicos y recientemente han ocasionado algunos de los debates más críticos (a partir de un informe del Defensor del Pueblo²) que se han presenciado en este ámbito en los últimos años, ya que la dispersión de prácticas a que ha dado lugar, aparentemente con poco control de las administraciones, ha recordado algunas prácticas de los antiguos hospitales psiquiátricos (la crítica era extendida también a los de socialización).

Más allá del debate de si deben existir o no este tipo de centros terapéuticos destinados a adolescentes con trastornos severos de salud mental y del complicado asunto de a quién debe ser adscrita la competencia de su diseño y mantenimiento (seguramente el trabajo coordinado de salud mental y servicios de protección de menores sea la única respuesta razonable), lo cierto es que la población de menores atendidos en el sistema de protección que presentan importantes problemas de conducta y trastornos de salud mental ha crecido enormemente y es uno de los retos más importantes de las intervenciones en bienestar infantil.

Los hogares de tipo terapéutico han sido una de las respuestas para hacer frente a los graves problemas de salud mental. Sin embargo, no existe un modelo claro de funcionamiento y ha generado muchas críticas.

2 Defensor del Pueblo (2010). Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.

De hecho, el acogimiento residencial en los países anglosajones, y en buena parte de los europeos con sistemas de bienestar más consolidados que el nuestro, es una opción minoritaria comparada con el acogimiento familiar y se dedica de manera casi exclusiva a los adolescentes con graves problemas de conducta y trastornos de salud mental. El futuro de los hogares y centros de protección parece que va a pasar necesariamente por el abordaje de estos perfiles y sus complejas necesidades.

Esta Guía nace con el objetivo de servir de conexión entre los programas de acogimiento residencial y las marcadas necesidades de atención a problemas de conducta y trastornos de salud mental que los niños y adolescentes acogidos presentan.

El caso de los adolescentes fuera de control parental, incluso violentos con sus padres, es un nuevo y creciente fenómeno. La prevención comunitaria mediante formación en habilidades parentales debería ser la respuesta principal.

Menores fuera de control parental

Un tipo muy específico de casos de gran incremento en los hogares de acogida en los últimos años es el que se refiere a los casos de violencia ejercida por los hijos e hijas hacia sus padres. Aunque pudiéramos pensar que ésta no es una problemática susceptible de ser abordada por los servicios de protección infantil (porque aparentemente aquí la protección la necesitarían los padres), lo cierto es que cada vez son más los casos de menores que, presentando este tipo de comportamientos, son denunciados por sus padres y acaban siendo atendidos por el sistema de protección. Las líneas de intervención ante este tipo de violencia son diversas y las diferencias se hacen más patentes si se analizan las respuestas desarrolladas en cada comunidad autónoma.

Sin entrar en estas distinciones, **la llegada de un adolescente fuera de control de sus padres y a veces con conducta agresiva hacia ellos puede responder a:**

- ✘ Una demanda de los padres en el sistema de protección, alegando su imposibilidad para controlar la conducta de su hijo. Agotados los recursos de apoyo a la familia y preservación familiar, la Administración puede llegar a asumir temporalmente la guarda del menor en un centro de acogida. Tras una precisa evaluación de la situación familiar y del adolescente, el recurso de acogida al que se derive deberá tener un proyecto educativo adecuado a sus necesidades.
- ✘ La denuncia de los padres ante el sistema de justicia por un delito tipificado en el código penal como “violencia familiar”, que puede ocasionar (en función de la gravedad del delito) que el joven sea ingresado en un centro de internamiento (dependiente del sistema judicial de menores) o bien se dicte una orden de alejamiento del menor de su familia, a la cual se añada la medida de convivencia con grupo educativo. Esta medida de convivencia en algunas comunidades se aplica en centros gestionados por el

propio sistema de justicia, mientras que en otras regiones supone la derivación a un centro u hogar de protección.

Menores de 14 años infractores

Otro tipo de nueva problemática que debe ser atendida en acogimiento residencial es la que se deriva de la aplicación de la Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal Juvenil, la cual contempla la posibilidad de que menores que supuestamente se hayan visto involucrados en hechos delictivos, sean derivados a las entidades públicas a los efectos previstos en la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor. Este hecho, sumado a la directa derivación de todos aquellos casos en que el niño sea menor de 14 años, supone un aumento en el número de expedientes abiertos en los servicios de protección infantil. En algunos casos implicará la atención en hogares de acogida, por demostrarse la existencia de una situación de desamparo a raíz de la investigación sobre los hechos cometidos y su contexto familiar. La atención a estos niños, niñas y jóvenes que han iniciado conductas de riesgo de exclusión social, requiere el desarrollo de programas específicos que pueden ser muy efectivos como actuación preventiva, evitando posteriores ingresos en centros de cumplimiento de medidas de privación de libertad.

Menores extranjeros no acompañados

Sin embargo, el fenómeno que ha causado mayor convulsión y revolución en los servicios de acogimiento residencial a largo de todo el Estado ha sido la llegada de los menores extranjeros no acompañados. Siendo muy desigual el proceso, número y momento de llegada a cada territorio, las respuestas ofrecidas por parte de las diferentes administraciones autonómicas y provinciales difieren notablemente³.

Este hecho ha provocado en la mayoría de las regiones la necesidad de aumentar considerablemente el número de recursos y plazas para atender a esta población. La saturación de recursos es una dificultad, pero no la única y, en ocasiones, no la más preocupante. Afortunadamente, el año 2010 sí que ha presentado un descenso muy significativo en la llegada de estos menores al territorio español.

Un aspecto que incide en la generación de conflictos (en algunas regiones) es que las medidas no respondan adecuadamente a las necesidades de los menores. Hasta el momento se han utilizado los recursos del sistema de protección diseñados para dar cobertura a las necesidades de protección de niños en desamparo, pero las diferencias en la intervención requerida son suficientemente importantes como para replantear el ajuste de estos programas a las necesidades de esta nueva población.

Los menores extranjeros no acompañados han supuesto el reto más importante de los últimos años. En algunas comunidades autónomas han llegado a ser más de la mitad de los adolescentes en acogimiento residencial.

3 Véase: Bravo, A., Santos, I. y Del Valle, J. F. (2011): Revisión de actuaciones llevadas a cabo con menores extranjeros no acompañados en el Estado Español. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Gobierno del Principado de Asturias.

Pese a todas las dificultades presentadas, el punto de partida en el que debemos situarnos es que los adolescentes extranjeros son menores de edad, y como tales, son objeto de derechos y deben ser protegidos. El factor común a toda la normativa relativa a los menores de edad es el interés superior de éstos en las actuaciones que se lleven a cabo. Aún así, en ocasiones han existido dudas con respecto a la conjugación de este interés y la condición de extranjeros que presentan.

Tratar de describir a los menores extranjeros no acompañados como un solo grupo con características y necesidades comunes es un error, por otro lado muy generalizado. Siendo su origen, cultura, idioma y situación familiar distintas, a lo que se deben sumar sus diferencias individuales, hablar de este grupo como algo homogéneo nos lleva a la extendida práctica de desarrollar intervenciones no individualizadas, recayendo en un modo de proceder que debería estar superado en el actual sistema de protección infantil.

Hay cierta condición común en todos estos menores extranjeros no acompañados:

- ✘ El desarraigo inicial.
- ✘ La experiencia de abandono del hogar y la separación de la familia.
- ✘ La vivencia del viaje, que puede llegar a ser muy traumático.
- ✘ La llegada a una cultura ajena a veces en conflicto con la propia.
- ✘ Las expectativas de futuro como una inserción laboral.

Todo ello, junto a la ausencia de planificación por parte de las administraciones ante su llegada, ha provocado la creación de intervenciones colectivistas centradas en la cobertura de necesidades básicas, regulación de papeles y preparación laboral. Sería preciso desarrollar una buena evaluación inicial de los casos con el fin de establecer planes de intervención individualizados, evitando así generalizar la preparación para la emancipación como proyecto educativo único para ellos.

En los casos de niños y niñas más pequeños, de 8-12 años (de momento escasos), se deberían buscar soluciones familiares, bien sea facilitando la reagrupación familiar (cuando el informe social en origen avale la adecuación de los cuidados que recibirá el niño) o desarrollando la opción del acogimiento familiar en la región de acogida. Hasta ahora, el acogimiento en familia extensa no ha sido factible en estos casos, no tanto por no existir familiares en el territorio de acogida, como por no tener aún consolidado su propio proceso de integración sociolaboral.

Manteniendo la estructura de una primera recepción en centros de primera acogida, hoy día existe un gran consenso sobre la necesidad de que se realice en centros específicos para inmigrantes, donde existan mediadores culturales que pudieran facilitar la intervención con estos

menores y una formación específica en los equipos educativos y técnicos sobre interculturalidad. Asimismo, este es el contexto donde los menores deben ser evaluados con el fin de ofrecer itinerarios diferenciados: en caso de valorar que un joven presenta un objetivo claro de integración, agilizar los trámites y apoyarle en su proceso; en aquellos en que el objetivo no está claro, siguen pautas dirigidas por otros, buscan una aventura, o aparecen otros problemas asociados, ofrecer otras direcciones de intervención. En algunos de estos casos será requerida su derivación a programas especializados (terapéuticos y socialización) y en otros la cobertura a sus necesidades deberá complementarse desde la red comunitaria (educadores de calle, programas de inserción social, cobertura de necesidades básicas fuera de la red de protección, etc.).

Para aquellos jóvenes extranjeros cuyo plan de caso sea la preparación para la independencia, tendría que facilitarse su recepción en centros donde convivan con otros jóvenes de la región de acogida en su misma situación. Se trataría por tanto de evitar la especialización de los hogares de preparación en función de su condición de extranjeros no acompañados. Los programas mixtos podrían favorecer el proceso de integración y adaptación que ha de formar parte del Proyecto Educativo Individual del joven.

Síntesis

Los años ochenta permitieron liquidar el viejo modelo macroinstitucional y sustituirlo por una atención de en hogares de tipo más familiar y con personal cualificado.

En los años noventa se planteó la siguiente reforma, consistente en crear una red de recursos de acogimiento residencial variada, capaz de dar respuesta a necesidades muy diferentes que iban presentado los nuevos niños y adolescentes acogidos.

La gama de problemas y necesidades cambiantes de los niños y adolescentes acogidos ha hecho que los retos que afronta en la actualidad el sistema de acogimiento residencial y los profesionales que en él desarrollan su trabajo sean enormes y requieran reforzar su formación y sus recursos.

Estos servicios de acogida se han ido especializando en la atención a adolescentes con unas necesidades muy variadas y muy cambiantes:

- La integración social de inmigrantes extranjeros no acompañados.
- El acompañamiento en la transición a la vida adulta de adolescentes mayores.
- Medidas que tienen que ver con el sistema de responsabilidad penal de menores.
- Educación de menores con problemas de conducta y trastornos mentales.
- Problemas de rebeldía y violencia contra los propios padres.

Este proceso de especialización hacia los problemas de los adolescentes en situaciones de grave riesgo de exclusión social es el que ha acontecido hace ya años en otros países, especialmente en los anglosajones.

La decisión irrevocable de que los niños que deben ser separados de sus familias deben pasar a vivir con otras familias en régimen de acogida, ha llevado a estos países a atender a la gran mayoría de los menores protegidos bajo la cobertura de los programas de acogimiento familiar.

El acogimiento residencial ha quedado como una opción para aquellos casos de gran dificultad para los que es muy difícil encontrar familias de acogida, coincidiendo con los patrones que acabamos de mencionar y que presentan problemas de conducta en general.

Incluso para estos casos más difíciles se sigue haciendo un esfuerzo por tratar de que sean incorporados en programas de acogimiento familiar más especializado, como es el caso del acogimiento terapéutico que en muchos países europeos se está implantando.

España debe recuperar el retraso en el cumplimiento de este principio fundamental recogido en los derechos del niño que es el de ser criado en un contexto familiar. En

la actualidad, nuestro país presenta unas cifras de acogimiento residencial para niños pequeños que refleja la poca importancia que se le ha dado a las necesidades de estos menores desprotegidos y que tiene mucho que ver con la falta de impulso del acogimiento familiar en la mayoría de las comunidades autónomas (nos referimos al acogimiento en familia ajena, ya que en familia extensa los números son muy elevados).

En esta Guía, con independencia de que tratemos de alcanzar el objetivo de la mejor atención posible a todos los niños y adolescentes acogidos en hogares y centros de protección, deseamos apostar firmemente por la desaparición de la medida de acogimiento residencial especialmente para los menores de 3 años y a ser posible, aunque sea de manera paulatina, para los menores de 8 años.

Los recursos de acogimiento residencial y los profesionales tendrán que actualizar sus métodos, actividades y estrategias para poder dar respuestas más adecuadas a los nuevos perfiles anteriormente comentados. Especialmente en lo que concierne a los profesionales, deberán contar con una formación muy diferente de la que vienen recibiendo hasta ahora y que precisamente tendrá que ver con esas nuevas necesidades.

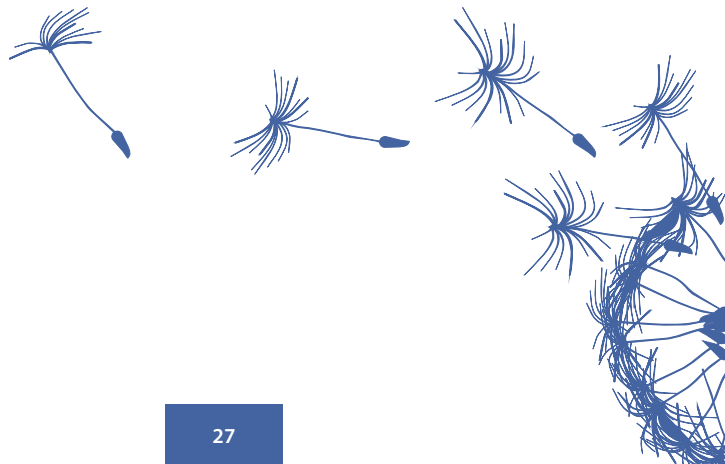
Entre ellas, saber manejar situaciones donde la conflictividad es muy elevada y a pesar de ello se debe mantener un ambiente de convivencia tranquilo y reparador.

Aunque hemos mencionado repetidamente los problemas que tienen que ver con las conductas de tipo más agresivo y desafiante, veremos en las conclusiones del estudio realizado en Extremadura que muchos de los niños y adolescentes presentan serios trastornos emocionales y conductuales que tienen que ver más con problemas internalizantes, como la ansiedad o la depresión. Aunque estas conductas no ponen en riesgo la convivencia de los hogares y por tanto no suelen ser percibidas con la misma presión que los problemas externalizantes, relacionados con conductas disruptivas y agresivas, deben recibir toda la atención que por su importancia merecen.

Los problemas de conducta y salud mental aparecen ya hace años como la principal preocupación de los educadores y los servicios de menores, por la dificultad de ser trabajados adecuadamente en acogimiento residencial.

El estudio realizado en Extremadura que ha dado pie a esta Guía parte de la constatación de que prácticamente no existe ningún estudio previo que permita describir la prevalencia de los trastornos de salud mental en menores acogidos en hogares y centros de protección. Aunque parezca totalmente contradictorio, se puede afirmar que los últimos veinte años una de las preocupaciones mayores del acogimiento residencial es la llegada cada vez más numerosa de menores con problemas de salud mental y, al mismo tiempo, se puede constatar que no existen estudios que hayan tratado de evaluar cuáles son este tipo de trastornos. La iniciativa de la Subdirección General de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud es pionera y merecedora de reconocimiento y cabe esperar que sea un modelo a seguir en otros territorios y administraciones.

Los hogares de acogida deben contar con un diseño que permita crear un ambiente terapéutico, un lugar donde se presta especial atención a todo tipo de problemas psicológicos que los niños y adolescentes presentan. En el que los educadores tengan formación para entender estos problemas, sean capaces de detectarlos con prontitud y puedan cooperar en los procesos de tratamiento. A todo ello tratará de contribuir esta Guía.

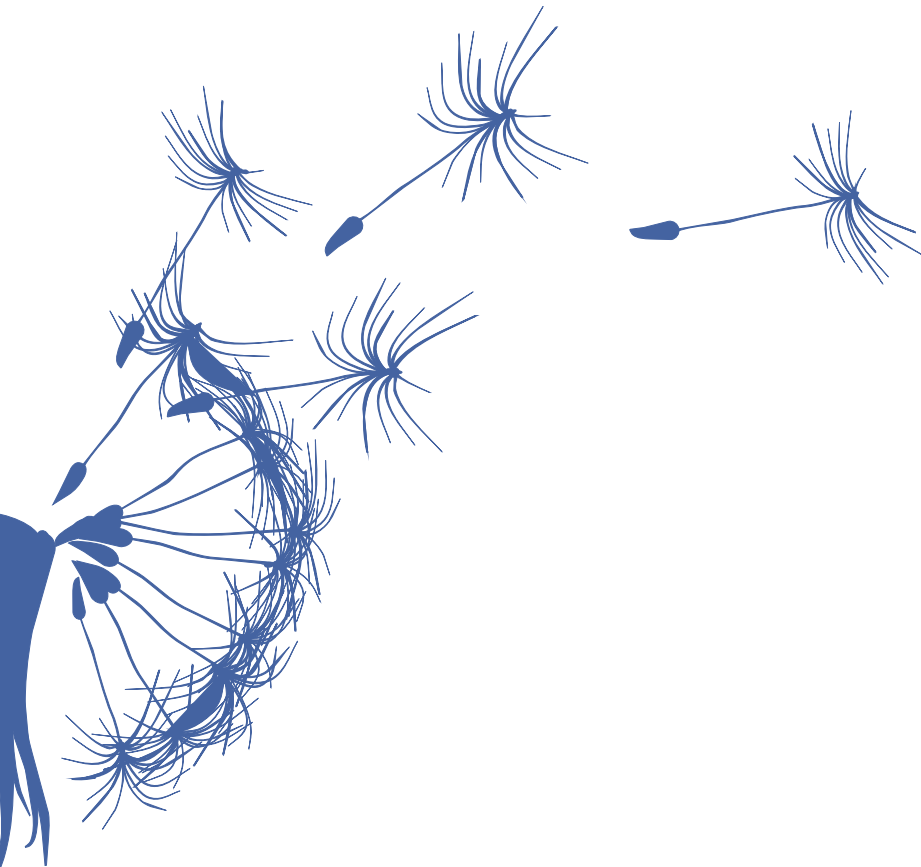


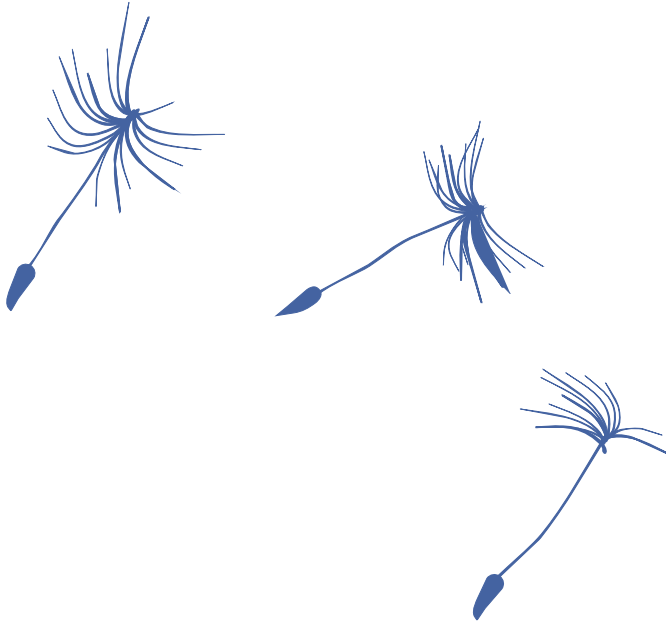




CAP. 2

Salud mental infanto-juvenil





En este breve capítulo se definirán algunos conceptos básicos sobre la salud mental y los problemas psicológicos con el fin de que se pueda enmarcar el contenido general de la Guía. Se hará especial énfasis en la presentación del modelo de la Psicopatología del Desarrollo, ya que específicamente aborda el problema de la salud mental desde el punto de vista evolutivo a lo largo de la infancia y adolescencia.

Una gran parte de la investigación de este enfoque se ha dedicado a comprender como afecta el haber recibido diferentes tipos de maltrato en la infancia a la aparición de trastornos psicológicos. También es muy importante su interés en el estudio de la evolución de los niños que, aún criándose en estos ambientes, no desarrollan problemas, profundizando en el estudio del concepto de resiliencia.

Algunos conceptos básicos de este modelo y su perspectiva general sobre la aparición de los trastornos en la infancia son de gran utilidad para el trabajo en los hogares y centros de protección y esa es la parte que se tratará de resaltar en este capítulo.

Diagnosticar o etiquetar

Es importante, antes de comenzar, advertir sobre algunas actitudes que con mayor o menor frecuencia aparecen al hablar de salud mental. Algunos profesionales de los hogares y centros de menores manifiestan sus reticencias y sus temores a que un énfasis en los trastornos mentales de los niños o jóvenes y la búsqueda de diagnósticos lleven a una estigmatización o etiquetaje que tenga consecuencias negativas para ellos. Incluso en ocasiones se argumenta que hay que evitar esta especie de “psicologización” de los problemas de los niños acogidos en protección, defendiendo que se trata de un problema fundamentalmente social.

Con respecto al problema del etiquetaje y la estigmatización es evidente que existen riesgos. Un diagnóstico de retraso mental en un niño le puede limitar el acceso a una serie de oportunidades, algunas inevitables, como puede ser el seguir una escolaridad en la que vaya superando los cursos con éxito y obtener una cualificación elevada y otras relacionadas con ciertas actitudes sociales. Sin embargo, **un diagnóstico hecho de manera temprana puede evitar fracasos reiterados y la puesta en marcha de una serie de recursos y oportunidades de apoyo que pueden mejorar enormemente el desarrollo y la calidad de vida de estos niños.**

En el trabajo en acogimiento residencial, saber cuáles son las necesidades de cada niño en concreto es un eje fundamental de la intervención y se deben detectar con la mayor rigurosidad para poder desarrollar su Proyecto Educativo Individual (PEI). Ignorar que un niño tiene una discapacidad intelectual, o no saber el alcance y el grado de afectación que sufre, limita extraordinariamente la atención y los apoyos que se le van a dispensar, al igual que ocurre en una depresión o un trastorno de ansiedad, por ejemplo.

No estar interesados en evaluar estos problemas en aras de evitar un supuesto etiquetado es tremendamente desproporcionado y priva a muchos niños de recibir las intervenciones adecuadas con los consiguientes riesgos, que pueden llegar a ser extremadamente graves (como en casos de depresión). Estos riesgos del etiquetado tienen mucho que ver con la utilidad que se les dé a los diagnósticos, como ocurría hace años cuando se pasaban baterías de tests a los niños y se les adjudicaba una etiqueta diagnóstica sin que luego se pusieran en marcha las intervenciones oportunas. También es posible que algunos profesionales, al averiguar que un niño tiene un determinado trastorno, adopten una actitud de desánimo o de compasión en vez de desarrollar una intervención intensiva (para algún educador saber que un niño tiene un trastorno disocial puede servirle de explicación para el fracaso educativo y generar expectativas de que no hay mucho que hacer). **Evidentemente, estos problemas no tienen que ver con la necesidad de detectar problemas y evaluarlos, sino con el uso que se les da a los diagnósticos.**

Las actitudes de rechazo a las evaluaciones de detección y diagnóstico de trastornos psicológicos son claramente incompatibles con la obligación de realizar una rigurosa evaluación de necesidades, que es la que permite diseñar una verdadera intervención individual para cada niño o joven.

La detección y el diagnóstico de los problemas psicológicos de estos niños no buscan etiquetar y clasificar. El objetivo es averiguar el alcance del daño sufrido por las experiencias de privación sufridas y movilizar los recursos necesarios para su tratamiento lo antes posible.

Finalmente, pretender que los niños con medidas de protección tienen problemas sociales y no psicológicos es conceptualmente absurdo y completamente contrario a la evidencia científica, ya que el desarrollo psicológico se modula por el ambiente social en el que se produce y es evidente que aunque el alcoholismo es un problema en gran parte social, ser criado con padres alcohólicos tiene unos fuertes efectos sobre la psicología del niño. La argumentación, por otra parte, es totalmente contraria a la experiencia cotidiana de los educadores, ya que la principal queja y el mayor problema de hogares y centros en las últimas dos décadas es la atención de niños y adolescentes que presentan cada vez más dificultades de comportamiento.

Ciertamente, el hecho de que estos niños y adolescentes hayan sufrido diversos tipos de privaciones y malos tratos hace que sea muy probable que desarrollen diferentes trastornos. En este sentido, cabe decir que es "normal" que desarrollen problemas psicológicos de todo tipo. Como veremos a continuación, la Psicopatología del Desarrollo no trata de etiquetar y distinguir patologías, sino de entender como las reacciones "normales" a determinados ambientes adversos causan procesos evolutivos anómalos. Así pues, no vemos los trastornos de estos niños y adolescentes como entidades aisladas o enfermedades descontextualizadas de su ambiente familiar y su desarrollo. Por el contrario, **precisamente porque es "normal" que desarrollen sintomatologías diversas por el hecho de sufrir experiencias adversas, debemos esforzarnos por detectar y evaluar el alcance de esos problemas y poder intervenir lo antes y lo mejor posible.**

Algunos conceptos

Son muchos los términos que se suelen utilizar para hacer referencia a los problemas que nos preocupan con respecto al desarrollo infantil, los aprendizajes y comportamientos de los niños y jóvenes. Casi siempre que los profesionales que trabajan en acogimiento residencial expresan estas preocupaciones se refieren a los graves problemas de conducta que presentan, reclamando más formación y más recursos para el ejercicio de su trabajo. Si hubiera que decidir cuál ha sido el problema más importante o el reto más difícil para los educadores de los centros de menores en los últimos años, es casi seguro que habría que referirse a estos graves problemas de conducta (aunque en los últimos años el tema de los menores extranjeros no acompañados ha tenido un gran protagonismo). Como se ha expuesto en el capítulo anterior, el cambio en los perfiles de la población atendida en acogimiento residencial tiene como características más sobresalientes la de centrarse en la etapa de la adolescencia y el presentar un alto nivel de conflictividad en los comportamientos y las relaciones.

Esta Guía tiene como objetivo introducir a los profesionales que trabajan en hogares y centros de protección, especialmente los educadores, en una

serie de conocimientos básicos relacionados con la salud mental infanto-juvenil. Para ello, es necesario abordar algunas cuestiones conceptuales, ya que son muchos los términos que se pueden emplear para hacer referencia a la variada gama de problemas psíquicos que presentan los niños y jóvenes acogidos.

Un primer concepto a tener en cuenta es precisamente el de la disciplina que se ocupa del estudio de los trastornos y enfermedades mentales: **la psicopatología**. Su objetivo principal es la definición y diferenciación de los diversos trastornos y el comportamiento anómalo, tratando de descubrir para cada uno de ellos también aspectos etiológicos (sus causas y sus orígenes) y explicar los procesos implicados en su desarrollo y mantenimiento.

Conceptualmente, este es un terreno de grandes debates, ya que el uso del término **“enfermedad mental”**, por ejemplo, supone claramente achacar el problema a un mal funcionamiento del organismo y, por tanto, darle una connotación fundamentalmente biológica. Desde este punto de vista está claro que no todos los problemas psíquicos que presentan los niños y jóvenes son enfermedades mentales y es más habitual emplear el término mucho menos restrictivo de **“trastorno mental”**. El concepto de trastorno sencillamente hace referencia a una condición que se sale de lo normal en algún sentido, sin presuponer ninguna causa.

Otra discusión mucho más compleja es precisamente el uso del término **“mental”** para referirse a este tipo de problemas o trastornos. La separación entre lo mental y lo físico es un enorme debate filosófico que parte de Descartes y que, en la materia que aquí nos ocupa, es muy difícil de sostener. Como han afirmado muchos autores recientemente, la investigación sigue demostrándonos que existe mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos. En muchos trastornos mentales, como la anorexia por poner un ejemplo extremo, la manifestación de problemas psíquicos y físicos va tan íntimamente asociada que ambas son parte fundamental e inseparable del problema. De igual modo, la investigación nos ha mostrado que el problema de hipertensión, en principio físico, tiene unos importantes correlatos psicológicos en cuanto a patrones de personalidad, estrategias de afrontamiento o estilos de vida. De hecho, el abordaje terapéutico de muchos problemas tanto físicos como mentales implica trabajar estrategias terapéuticas en ambos frentes.

El problema de desestimar el concepto de trastorno mental es que sus alternativas acaban siendo igualmente discutibles. En ocasiones se habla de **trastornos psiquiátricos o psicológicos** que, si bien son más neutrales desde el punto de vista del tipo de etiología o manifestación de los síntomas, pueden con mucha facilidad provocar un enfrentamiento entre grupos profesionales, ya que según se use uno u otro término parece indicarse que es asunto y competencia bien de psicólogos o

bien de psiquiatras. En este sentido, aun reconociendo lo discutible del término, se ha seguido utilizando el término de trastorno mental. En algunas ocasiones también se ha utilizado el término trastorno psíquico, que podría evitar las discusiones anteriores, pero su uso es mucho menos frecuente.

Finalmente, en las últimas décadas ha habido una clara tendencia hacia el uso de un lenguaje más positivo, haciendo referencia, no ya a la enfermedad o el trastorno, sino a **la salud o el bienestar**. Desde que en 1946 la OMS afirmara que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad” los objetivos de la intervención sanitaria han ido situándose cada vez más en la promoción de ese bienestar y no solamente en la atención de las enfermedades y los trastornos.

En la década de 1960 en el campo de la salud mental se produce una verdadera revolución con la aparición del modelo comunitario. La propuesta de la **salud mental comunitaria** consistirá en analizar los factores sociales que están relacionados con la aparición de ciertos trastornos, reclamando un mayor esfuerzo por la prevención, mediante estrategias que permitan desarrollar comunidades saludables. Igualmente, se propuso un modelo de atención en salud mental que no estuviera basado en las grandes instituciones psiquiátricas, sino en servicios muy cercanos a los ciudadanos, ubicados en el contexto de su propia comunidad.

El concepto de **salud mental** hoy día se utiliza para subrayar la necesidad de intervenir de manera constante e intensa sobre el conjunto de la comunidad para promover el desarrollo y el bienestar de todos los ciudadanos. Con él se trata de superar una visión limitada a los aspectos negativos como la enfermedad y el trastorno que en el pasado llevaba a una política sanitaria centrada en atender a las personas enfermas o con trastornos que acudían a los servicios, descuidando la prevención y la promoción general de la salud.

Esta Guía se elabora desde esta perspectiva positiva, tratando de que los profesionales que realizan en los centros y hogares de protección establezcan como un objetivo fundamental la promoción de la salud y el bienestar de los niños y jóvenes que atienden. La preocupación, por otra parte muy legítima, de reivindicar mayores esfuerzos para hacer frente a los problemas de conducta que se presentan en estos hogares, debe enmarcarse en un problema mucho más amplio de atención a la salud mental de estos niños y jóvenes.

La investigación sobre los efectos que tienen sobre el desarrollo infantil los diferentes tipos de situaciones de desprotección como la negligencia, maltrato físico, abusos sexuales, etc., ha avanzado extraordinariamente en los últimos años. Las consecuencias de estas experiencias infantiles son muy variadas y dependen de muchísimos factores, como más tarde

analizaremos, pero existe un gran consenso en concluir que este tipo de experiencias ponen en serio riesgo, no sólo el desarrollo infantil, sino el futuro desarrollo psicológico como adulto. Trabajamos, por tanto, con una población que, por definición, ha tenido que vivir experiencias muy traumáticas y lo más probable es que existan importantes secuelas, cuando no evidentes trastornos.

A diferencia de lo que ocurría con las instituciones de menores treinta años atrás, en las que la mayoría de los casos eran internados por la falta de recursos familiares y solamente una minoría habían recibido malos tratos severos, en la actualidad el sistema de protección a la infancia solamente utiliza el acogimiento residencial (la separación de la familia) en los casos más graves, en los que la permanencia del niño en su hogar se considera especialmente peligrosa. **No es de extrañar, por tanto, que el perfil de los niños y jóvenes atendidos hoy día presente mucho más sufrimiento, más daño psicológico y una amplia gama de problemas emocionales y conductuales que son todo un reto para los educadores.**

En consecuencia, los profesionales de los hogares y centros de protección no pueden desarrollar su trabajo sin tener en consideración estas especiales necesidades que van a presentar la mayoría de los casos que deben atender. Esto supone, entre otras cosas:

- ✘ Conocer las consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo de los niños y jóvenes.
- ✘ Manejar al menos los conceptos más básicos y los tipos de trastornos más habituales.
- ✘ Saber detectar indicadores de esos posibles problemas.
- ✘ introducir en los PEI (Proyectos Educativos Individuales) objetivos que tengan que ver con la prevención y la promoción de la salud mental.
- ✘ Tener unos conocimientos básicos sobre la forma de intervenir en la vida diaria con los niños y jóvenes que presentan diversos tipos de trastorno (bajo la correspondiente orientación del psicólogo o psiquiatra).
- ✘ Saber crear un ambiente en el hogar que por la forma de mantener relaciones y estimular actividades positivas sea terapéutico en sí mismo.

Las experiencias traumáticas sufridas por los niños acogidos en su contexto familiar pueden desencadenar la aparición de diferentes trastornos que constituyen un importante reto para los profesionales de la protección infantil.

Salud mental infanto-juvenil

El interés por el estudio de los trastornos de salud mental infanto-juvenil es relativamente reciente. Esto no tiene nada de extraño si consideramos que el propio concepto de infancia como etapa de la vida claramente diferenciada, con sus particulares necesidades y un rol social vinculado a ser objeto de especiales cuidados, educación y protección (y más recientemente como poseedor de sus propios derechos), cuenta con menos de un siglo de historia. En las primeras décadas del siglo XX los

niños todavía forman parte de la masa de trabajadores de las minas y de las fábricas y, por ejemplo en España, los Tribunales Tutelares de Menores, que van a permitir diferenciar el trato de los delincuentes adultos del de los menores de edad, no se van a desarrollar de manera generalizada hasta 1930.

Curiosamente, ya entre los estudiosos de la patología adulta se había ido concediendo enorme importancia al desarrollo infantil y destacando la relevancia de los primeros años de vida. Desde el psicoanálisis, Freud planteó que era en la infancia donde se asentaban las bases de los trastornos que los adultos padecían. De manera que la infancia tenía mucho más interés como etapa en la que se formaban los trastornos adultos que como portadora de trastornos propios de ese momento evolutivo.

En 1976 un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud revisó los conocimientos previos sobre salud mental en la infancia y concluyó que hasta entonces se había prestado escasa atención a los trastornos psíquicos de niños y adolescentes, a pesar de su prevalencia y severidad.

Un ejemplo de la poca relevancia que los trastornos infantiles tenían lo podemos observar en la publicación de los sucesivos manuales de la Asociación Americana de Psiquiatría que clasifican los principales trastornos mentales y que son una referencia en todo el mundo para realizar estos diagnósticos. Estos manuales, conocidos por sus siglas DSM (en inglés, **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**), se encuentran actualmente en su cuarta edición revisada, denominándose DSM-IV-TR. Se comenzaron a publicar en 1952 en su primera edición (DSM-I) y en la actualidad se está preparando lo que será la quinta versión (DSM-V), cuya publicación se espera para el año 2013. A pesar de esta larga trayectoria, los trastornos infantiles sólo aparecen con cierto rigor a partir de la versión DSM-III de 1980, en la que se incluyen 55 posibles diagnósticos para la infancia, frente a los 8 que contenía la anterior versión DSM-II de 1968.

En el vigente DSM-IV-TR la patología específicamente infantil queda clasificada en un grupo llamado **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**. Los posibles trastornos son los siguientes:

DSM-IV-TR. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

1. Retraso mental.
2. Trastornos del aprendizaje (de la lectura, del cálculo,...)
3. Trastornos de las habilidades motoras (trastornos de la coordinación).
4. Trastornos de la comunicación (trastornos del lenguaje expresivo, fonológico, tartamudeo,...)
5. Trastornos generalizados del desarrollo (trastorno autista, Asperger,...)
6. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (déficit de atención, hiperactividad, disocial, negativista desafiante,...)
7. Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia a la niñez (pica, rumiación,...)
8. Trastornos de de tics (trastorno de La Tourette, tics motores o vocales,...)
9. Trastornos de la eliminación (encopresis, enuresis,...)
10. Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia (trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo,...)

Aunque este apartado está indicado especialmente para los niños y adolescentes, el resto de categorías del manual son aplicables tanto a adultos como a menores de edad. Por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo, o los trastornos de ansiedad, se definen en el manual con carácter general para cualquier edad. Lo específico del grupo anteriormente expuesto es que, como indica su denominación, se refiere a trastornos que se inician en la infancia y la adolescencia.

Existe otro sistema de clasificación de trastornos denominado **CIE-10 (Clasificación internacional de Enfermedades)** y que está elaborado por la Organización Mundial de la Salud. En realidad, este sistema clasifica todas las enfermedades de todo tipo, de modo que puedan recogerse datos estadísticos sobre enfermedades y mortalidad en diferentes países y puedan compararse. El sistema incluye en su capítulo quinto un grupo denominado **Trastornos mentales y del comportamiento** que tiene muchas similitudes con el DSM-IV-TR.

Los dos sistemas a los que acabamos de hacer referencia representan **clasificaciones categoriales**, es decir, sistemas que se basan en categorías elaboradas por consenso de expertos con gran experiencia clínica. A medida que pasan los años se van elaborando nuevas versiones sobre la base de nuevas investigaciones y nuevos conocimientos en la práctica clínica. La finalidad está clara: compartir internacionalmente un sistema de clasificación de los trastornos mentales permite adoptar un lenguaje común y un consenso sobre la utilización de los diferentes diagnósticos, evitando que un mismo trastorno se defina de modo muy diferente en distintos países. Por otra parte, permite la recogida estadística con fines epidemiológicos a nivel internacional y, lo que no es menos importante, poner en común investigaciones y avances en el diagnóstico y el tratamiento de estos trastornos.

De manera muy general, y teniendo en cuenta los distintos sistemas clasificatorios existentes, podría decirse que los principales trastornos infantiles y juveniles se podrían ubicar en cinco grandes tipos de problemas:

- ✘ **Retrasos del desarrollo:** retraso mental, autismo,...
- ✘ **Psicosis:** esquizofrenia...
- ✘ **Trastornos internalizantes:** ansiedad, depresión...
- ✘ **Trastornos externalizantes:** déficit de atención, hiperactividad, oposición, disocial...
- ✘ **Trastornos psicofísicos:** algunos autores denominan así este apartado para incluir trastornos psicológicos con gran repercusión en el organismo. Incluyen trastornos de la alimentación como la anorexia y trastornos de la eliminación como la enuresis.

La investigación internacional sobre psicopatología de la infancia y la adolescencia avala la necesidad de realizar un diagnóstico e intervención tempranos en aras de una mayor eficacia y eficiencia terapéutica.

Esta será la agrupación, que por su sencillez y claridad, utilizaremos en el capítulo siguiente para describir los principales trastornos.

El desarrollo del interés por los diagnósticos en la infancia y la adolescencia en las últimas décadas tiene que ver con los resultados de numerosas investigaciones demostrando que, aunque los problemas infantiles son serios y en general duraderos, su abordaje es mucho más fácil y eficaz cuanto más tempranamente se realice. Incluso en términos de eficiencia, el coste de tratar un problema de conducta durante la infancia y en el propio domicilio no admite comparación con lo que supone un abordaje en la adolescencia en el que se tenga que utilizar un centro de tratamiento.

La demanda creciente de centros de protección de menores especializados en el trabajo con adolescentes con graves problemas de conducta es probablemente un indicador de que no se está interviniendo de manera adecuada en etapas más tempranas. Si tenemos en cuenta que el coste de una plaza residencial de este tipo puede alcanzar fácilmente los 6.000 € al mes, se entenderá la importancia de empezar a desarrollar un trabajo más riguroso de detección e intervención temprana. A la cuestión

citada de eficiencia (relación entre coste y resultado), cabe añadir la de la propia efectividad, ya que existe una gran diferencia, en cuanto a alcanzar objetivos terapéuticos, en edades tardías y con los problemas consolidados, frente a intervenciones con niños más pequeños.

La psicopatología del desarrollo

Aunque acabamos de ver que los sistemas de clasificación de los trastornos mentales solamente han empezado a interesarse por los problemas específicos de la infancia y adolescencia en las últimas décadas, otras líneas de trabajo han realizado aportaciones muy considerables. En concreto, recientemente se ha consolidado un modelo teórico conocido como **Psicopatología del Desarrollo** que resulta de especial interés para los profesionales de la protección a la infancia.

La Psicopatología del Desarrollo estudia los procesos que subyacen al desarrollo infantil en todos los ámbitos de funcionamiento, tratando de descubrir cómo se integran los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada. Por consiguiente, se trata de un modelo que estudia el desarrollo evolutivo infantil tratando de descubrir los factores que influyen tanto en la adquisición de comportamientos adaptativos y exitosos como en la aparición de problemas emocionales y conductuales.

Para los investigadores de la Psicopatología del Desarrollo el maltrato infantil ha sido un campo de exploración fundamental, ya que representa un caso extremo de desarrollo evolutivo en condiciones adversas. Desde este enfoque se han estudiado minuciosamente los efectos que cada uno de los tipos de maltrato tiene sobre el desarrollo infantil y, en particular, sobre la aparición de trastornos mentales.

Estos investigadores se han volcado en tratar de averiguar qué es lo que explica que, mientras algunos niños que han sufrido maltrato en el ámbito familiar acaban sufriendo graves trastornos, otros, en condiciones muy parecidas, son capaces de mantener un buen desarrollo. Las aportaciones de la Psicopatología del Desarrollo a la comprensión de estos fenómenos han sido decisivas, ya que ha permitido ahondar en la complejidad de los procesos que operan durante el desarrollo infantil.

Un ejemplo es la introducción del concepto de **multifinalidad**, que se refiere al hecho de que dos personas que han vivido situaciones de riesgo muy parecidas pueden desarrollar trastornos muy diferentes. Por otra parte, el concepto de **equifinalidad** establece que dos personas pueden llegar a tener el mismo trastorno a pesar de haber tenido un ambiente y unas experiencias muy diferentes.

En definitiva, los trastornos psicológicos tienen una formación muy compleja en la que no cabe hablar de que un determinado tipo de

El interés por el estudio del desarrollo de los niños que viven en ambientes familiares donde se dan condiciones de negligencia o abuso hace que la Psicopatología del Desarrollo sea de enorme interés para los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección infantil.

experiencia en la infancia dé lugar a un determinado tipo de trastorno. Abundan en la investigación referencias al papel que juegan experiencias específicas, como la pérdida de seres queridos, o la deprivación afectiva durante la infancia, en el origen de estados de depresión; o la crianza en familias desestructuradas e inconsistentes en la aplicación de normas, en el origen de la personalidad antisocial. Sin embargo, este tipo de asociaciones no siempre se cumple.

Estos hallazgos son extraordinariamente importantes para los educadores sociales y otros profesionales que trabajan con niños que han sufrido situaciones de maltrato infantil, ya que les advierten de lo inadecuado de generar explicaciones sencillas para los problemas que están observando en estos niños y jóvenes y, sobre todo, porque deben servir para evitar actitudes excesivamente pesimistas o de bajas expectativas con respecto a la evolución de estos niños. **La Psicopatología del Desarrollo muestra que, a pesar de las vivencias tan negativas que han experimentado, su desarrollo depende de muchos otros factores. Entre ellos, uno muy importante es la experiencia y las relaciones que puedan tener en situaciones como el acogimiento residencial o familiar.**

Los factores de riesgo y de vulnerabilidad hacen referencia a aquellos aspectos que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales.

Para entender esta complejidad la Psicopatología del Desarrollo habla de **factores de riesgo** para referirse a las variables ambientales que se relacionan con la alta probabilidad de experimentar un trastorno. Por ejemplo, vivir en un ambiente familiar de falta de cuidados o haber recibido malos tratos aumenta la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno. A estos factores de riesgo se añaden los **factores de vulnerabilidad**, que se refieren a características que presenta el propio niño, con una base fundamentalmente genética y biológica, y que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno. Un temperamento difícil o una discapacidad intelectual, por ejemplo, hacen a estos niños más vulnerables frente a cualquier experiencia adversa en su entorno.

La Psicopatología del Desarrollo explica la aparición de trastornos infantiles en función de la interacción entre esos factores de riesgo, que se dan en el ambiente, y los factores de vulnerabilidad, presentes en el propio niño. Es fácil imaginar que los factores de riesgo serán mucho más nocivos para niños que ya presentan características de vulnerabilidad que para los que no las poseen. Por lo tanto, una conclusión fundamental es que el efecto de los factores de riesgo, en nuestro caso las situaciones de maltrato que el niño vive en una familia, dependen en gran parte de lo vulnerable que el niño sea. Esto ayuda a explicar el hecho de que viviendo situaciones de maltrato muy parecidas, haya niños que desarrollan importantes secuelas mientras que otros se pueden ver mucho menos afectados.

Si los factores de riesgo y de vulnerabilidad se refieren a aspectos que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales, existen otro tipo de factores que influirían en un desarrollo saludable y positivo. Se habla de **factores de compensación** para referirse a aspectos del ambiente

que contribuyen a un buen desarrollo infantil, como es el caso de poder establecer fuertes vínculos afectivos con adultos, formar un apego seguro o recibir una educación familiar que fomente la autonomía. Por otra parte, se habla de **factores de protección** en referencia a características individuales del niño, como la salud, el temperamento y la inteligencia o, a medida que el desarrollo avanza, otras que van apareciendo como las habilidades sociales, capacidad de solucionar problemas o la autoestima.

Los factores de compensación y de protección se refieren a variables que influyen positivamente en el desarrollo saludable del niño.

En resumen, el enfoque de la Psicopatología del Desarrollo aporta conocimientos fundamentales para trabajar con niños y jóvenes que han sufrido malos tratos y, sobre todo, nos ayuda a comprender la génesis de los problemas de conducta que manifiestan, la forma en que se mantienen o se superan y los mecanismos que debemos tener en cuenta para abordarlos. En concreto, para los educadores y los profesionales de la protección infantil, especialmente en acogimiento residencial, la Psicopatología del Desarrollo ha aportado una serie de conocimientos fundamentales:

- ✘ **Los niños que presentan problemas conductuales y emocionales no forman una categoría de niños diferentes, sino que manifiestan el efecto particular que ha tenido sobre ellos el vivir en condiciones adversas y el hecho de presentar características vulnerables.** Los problemas psíquicos son el resultado de complejos mecanismos de interacción entre las características del ambiente y las características de la persona en desarrollo, de las cuales depende, tanto la aparición de trastornos, como una buena evolución.
- ✘ **Los trastornos infantiles tienen un origen, un desarrollo y un mantenimiento que puede seguir cursos muy diferentes,** sin que exista una unívoca relación entre determinados tipos de experiencia de maltrato y el desarrollo de un trastorno concreto (equifinalidad y multifinalidad).
- ✘ **Para explicar el desarrollo, tanto de los trastornos como de una evolución positiva, son muy importantes los factores ambientales, pero el resultado depende también en gran parte de las características individuales de la persona en desarrollo.** El efecto de las experiencias de malos tratos depende en gran parte de los factores de vulnerabilidad o de protección que presente el niño.
- ✘ **Es muy importante que los profesionales de la protección sepan detectar de la manera más temprana posible las características de vulnerabilidad que han podido desarrollar los niños para intervenir apoyando la adquisición de mecanismos protectores.** Como se ha indicado antes, la falta de habilidades sociales o la baja autoestima tienden a incrementar la probabilidad de que

aparezcan posteriores problemas o trastornos. Las investigaciones de la Psicopatología del Desarrollo han venido a reforzar de manera contundente la importancia ya conocida de las intervenciones tempranas. La intervención educativa y terapéutica en la infancia tiene mucha mayor probabilidad de conseguir resultados positivos que la que se realiza en la adolescencia. Introducir factores de compensación en las experiencias de los niños y trabajar sus características vulnerables tratando de desarrollar rasgos protectores puede, especialmente en edades tempranas, cambiar de una manera muy significativa el curso de su desarrollo evolutivo. De este modo, las intervenciones destinadas a los niños en edades más tempranas son más eficaces (lograr sus objetivos con mayor facilidad) y más eficientes (conseguir objetivos tiene un menor coste).

- ✘ **Algunas medidas de protección infantil como el acogimiento residencial o el acogimiento familiar deben suponer en el desarrollo del niño una experiencia de “compensación”.** Pasar de una situación de privaciones familiares a un acogimiento familiar o residencial debe suponer el cambio de un contexto caracterizado por factores de riesgo a un contexto que proporciona factores de compensación. Como ya sabemos, empezando por el más importante que supone la posibilidad de vincularse afectivamente con adultos capaces de proporcionar buenos cuidados continuados, pero existen muchos otros: emplear unas pautas educativas basadas en el desarrollo de la autonomía y la competencia, buscar recursos escolares adecuados y apoyar el rendimiento en este contexto, ofrecer recursos de ocio y tiempo libre para el desarrollo de los intereses las habilidades, supervisar las relaciones con el grupo de iguales y favorecer relaciones con influencias positivas, etc. **Gran parte del trabajo que desarrollan los educadores sociales en los hogares y centros de protección tiene que ver con saber crear estas condiciones de compensación frente a las vivencias carenciales o lesivas de todo tipo que han experimentado los niños en su entorno familiar.** En esta Guía se plantearán cuestiones prácticas sobre el tipo de relación que se debe establecer entre educadores y niños acogidos para convertirse en experiencias realmente compensadoras.
- ✘ **Sin trabajar los problemas que han ido adquiriendo los niños en el curso de su desarrollo, puede resultar muy difícil obtener resultados positivos.** La Psicopatología del Desarrollo establece claramente que el desarrollo infantil no depende solamente de los factores de riesgo y compensación presentes en el ambiente de crianza de los niños. Por el contrario, las propias características del niño, en términos de vulnerabilidad o protección, determinarán el grado de daño que sufrirán o la capacidad de resistencia a ese ambiente nocivo. Dicho de otra manera, intervenir solamente

creando factores ambientales de compensación como suele ocurrir en el acogimiento residencial, sin intervenir sobre las características de vulnerabilidad que los niños han ido desarrollando puede hacer que los resultados de la intervención sean muy limitados. Tratar de ofrecer un buen recurso escolar a un niño con graves problemas de autoestima, o con un grave déficit de atención, no servirá de mucho si no se le ayuda a superar esas características de vulnerabilidad. Igualmente, muchos educadores se ven enormemente frustrados al ofrecerse para establecer una relación de vinculación afectiva con los niños que es rechazada por estos porque han desarrollado una enorme desconfianza hacia los adultos, o porque tienen problemas de apego que les dificultan el establecer este tipo de relaciones.

- ✘ **Este enfoque permite a los profesionales tener una actitud de optimismo fundado cuando tratan de ayudar a los niños y jóvenes que provienen de ambientes donde han sufrido maltrato infantil.** Pasar de un ambiente de riesgo familiar a un ambiente de compensación en el contexto de los acogimientos y tratar de ayudarles a adquirir características de protección frente a las de vulnerabilidad, puede cambiar significativamente el curso del desarrollo evolutivo. Sin embargo, si los educadores y los profesionales no tienen una formación, aunque sea básica, en los procesos que conducen a los problemas emocionales y conductuales, va a resultar muy difícil que puedan servir de ayuda eficaz. Esta es la principal justificación para elaborar una Guía como esta.
- ✘ Como concluye uno de nuestros mayores especialistas en psicopatología¹ resulta muy difícil hacer predicciones sobre los posibles trastornos que pueden llegar a aparecer en la adolescencia y en la vida adulta a partir de las características de la infancia, ya que **...“algunos niños con perfiles de riesgo tienen la suerte de encontrar más tarde ambientes que les proporcionan apoyo (es decir, factores de compensación), o porque aquellos que viven en circunstancias adversas poseen un temperamento que les permite desarrollar estilos de afrontamiento eficaces (es decir, mecanismos de protección)”**. Resulta extremadamente importante que los educadores y profesionales de la protección a la infancia asuman las implicaciones de este mensaje.

1 Lemos, S. (2003) La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. Papeles del psicólogo, 85, 19-28.

Síntesis

El diagnóstico temprano de los trastornos que manifiestan los niños en acogimiento residencial puede mejorar enormemente su desarrollo y calidad de vida. En este contexto es crucial realizar evaluaciones individuales de las necesidades de cada niño, lo que permite desarrollar un PEI adaptado a cada caso.

Uno de los retos más importantes del trabajo en los centros de menores son los graves problemas de conducta que éstos presentan y cuyo manejo requiere mayor preparación por parte de los profesionales.

Las experiencias traumáticas sufridas por los niños en situación de desprotección tienen consecuencias sobre su desarrollo, aumentando la probabilidad de presentar trastornos durante su etapa infantil, así como en la edad adulta.

Las nuevas necesidades de los niños en acogimiento residencial implican diversas tareas para los profesionales de la protección infantil:

- Formación sobre las consecuencias de los malos tratos en el desarrollo infantil y adolescente.
- Conocimiento sobre los trastornos más habituales y su detección.
- Trabajo desde el PEI para la promoción de salud mental.
- Nociones básicas sobre la intervención con niños y adolescentes que presentan trastornos de salud mental.
- Capacidad para desarrollar un ambiente terapéutico.

En la actualidad, el concepto de salud mental comunitaria se emplea para acentuar la necesidad de intervenir de manera constante e intensa sobre el conjunto de la comunidad para promover el desarrollo y el bienestar de todos los ciudadanos, haciendo especial énfasis en la prevención.

Los sistemas de clasificaciones (DSM y CIE) permiten compartir un mismo lenguaje a la hora de diagnosticar los distintos trastornos mentales y posibilitan la recogida de información estadística y la investigación.

Siguiendo estos sistemas clasificatorios podríamos identificar cinco tipos principales de trastornos infantiles y juveniles:

- Retrasos en el desarrollo.
- Psicosis.
- Trastornos internalizantes.
- Trastornos externalizantes.
- Trastornos psicofísicos.

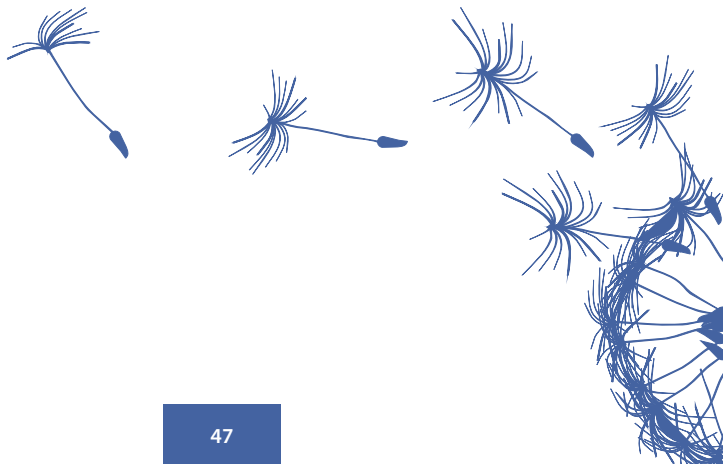
La Psicopatología del Desarrollo estudia los procesos que subyacen al desarrollo

infantil tratando de descubrir los factores que influyen tanto en la adquisición de comportamientos adaptativos y exitosos como en la aparición de problemas emocionales y conductuales. Este modelo se ha interesado por el estudio del maltrato infantil y sus efectos sobre el desarrollo, especialmente sobre la aparición de trastornos mentales.

La Psicopatología del Desarrollo ha demostrado que, a pesar de las experiencias traumáticas sufridas, el desarrollo del niño depende de muy diversos factores como las relaciones que pueda establecer durante el acogimiento residencial o familiar. Factores de riesgo y de vulnerabilidad hacen referencia a aquellos aspectos ambientales o personales que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales. Por otra parte, los factores de compensación y de protección se refieren a variables que tienen un impacto positivo en el desarrollo del niño.

La Psicopatología del Desarrollo ha aportado una serie de ideas indispensables para los educadores y los profesionales de la protección infantil, especialmente del acogimiento residencial, que se sintetizan a continuación:

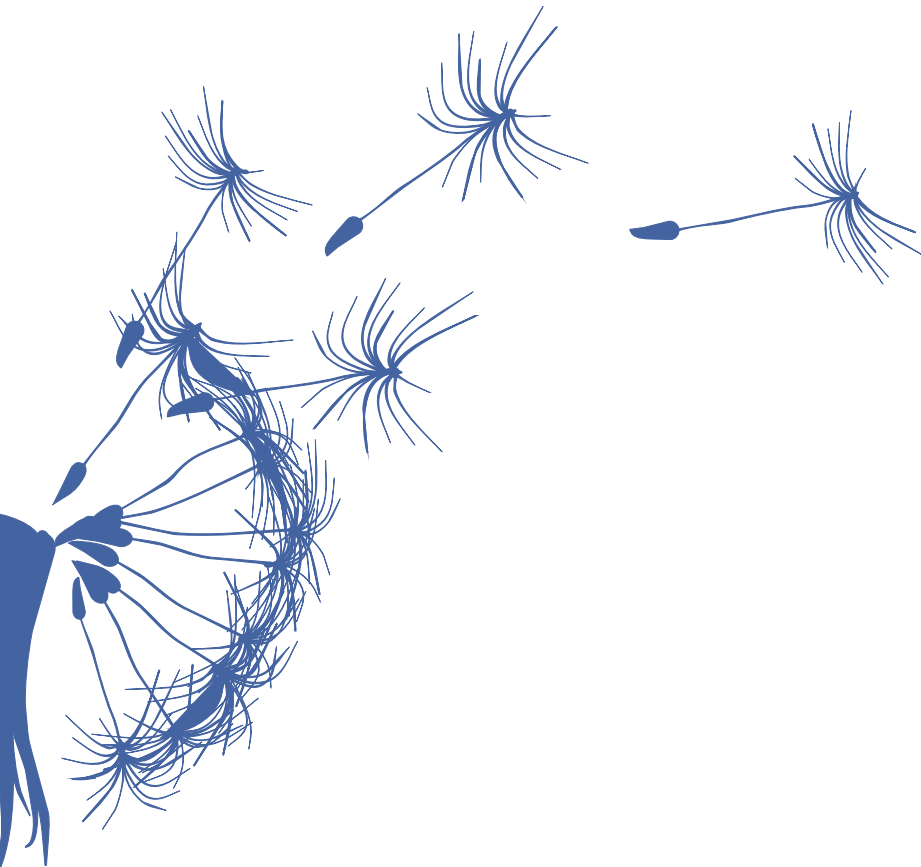
- La aparición de trastornos mentales en niños y adolescentes depende de la interacción entre las características del ambiente y las características de la persona en desarrollo.
- No existe una relación directa entre determinados tipos de experiencia de maltrato y el desarrollo de un trastorno concreto.
- El impacto de las experiencias de malos tratos depende de los factores de vulnerabilidad o de protección del niño.
- Es crucial que los profesionales aprendan a detectar de forma temprana estos factores, ya que las intervenciones destinadas a los niños en edades más tempranas son más eficaces y eficientes.
- El trabajo de los profesionales de hogares y centros de protección ha de encaminarse a desarrollar contextos de compensación frente a las vivencias traumáticas que han experimentado los niños en su entorno familiar.
- Además de la intervención ambiental es necesario intervenir sobre las características de vulnerabilidad que los niños han ido desarrollando.
- Para intervenir adecuadamente los profesionales de la protección necesitan recibir formación sobre los procesos que conducen a los problemas emocionales y conductuales de estos niños.

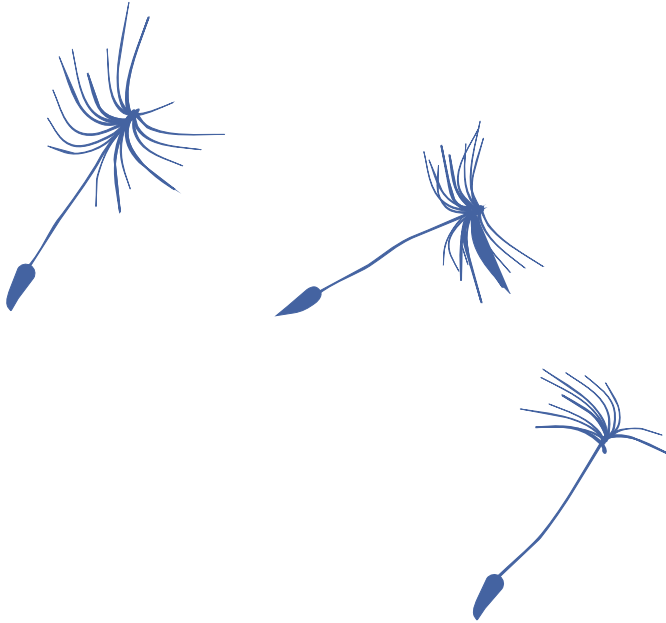




CAP. 3

Estudio sobre la salud mental de menores en acogimiento residencial en Extremadura





En el Capítulo 1 se comentó que los problemas de comportamiento y salud mental de los niños y adolescentes en acogimiento residencial han supuesto un enorme reto para el mantenimiento de estos recursos. A pesar de la evidencia de que cada vez son más los casos con trastornos graves, hasta ahora no se ha realizado ningún estudio evaluativo en España para saber el grado de prevalencia de estos problemas.

A continuación se presenta un resumen de los resultados y conclusiones del estudio llevado a cabo por la Subdirección General de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud sobre menores acogidos por la Junta de Extremadura.

Objetivos y metodología del estudio

El estudio tenía el objetivo de realizar una evaluación de las necesidades relacionadas con la salud mental de los menores de edad (a partir de seis años) con medida de acogimiento residencial en Extremadura, con el fin de poner en marcha programas de atención específica y prevención indicada. Se diseñó poniendo la máxima atención en problemas de depresión y suicidio, como un aspecto especialmente preocupante y que suele pasar más desapercibido.

La evaluación de las necesidades relativas a la salud mental se llevó a cabo mediante tres estrategias diferentes:

- ✘ En primer lugar se recogió información a través de los técnicos de protección, los educadores y profesionales de los centros, sobre la existencia de tratamientos o diagnósticos relacionados con este ámbito, así como variables relevantes del perfil de los niños y jóvenes, sus familias y el proceso de intervención protectora.
- ✘ En segundo lugar, se aplicaron pruebas de screening sobre trastornos de salud mental, concretamente el CBC-L de Achenbach, que completaban los educadores tutores, y la versión de autoinforme YSR de este mismo autor, que contestaban los propios niños y jóvenes (a partir de 11 años).
- ✘ En tercer lugar, se llevó a cabo una evaluación clínica individual en profundidad de una muestra de casos, seleccionando los más graves tanto de los detectados en la recogida de información como en la técnica de screening.

El estudio combinó la información que ya era conocida por los profesionales, especialmente los educadores, sobre tratamientos y diagnósticos ya existentes, con una técnica de screening o cribado que permitiera detectar nuevos casos.

En cuanto a la muestra, en la fecha de inicio de este estudio (febrero 2009) existían en Extremadura 38 dispositivos de acogimiento residencial de protección de menores (8 centros de titularidad pública y 30 pisos), con una ocupación total de 503 niños y jóvenes. En este total se incluyeron algunos casos (14) acogidos en centros de otras comunidades autónomas, todos ellos de atención terapéutica muy específica. De estos 503, un total de 356 menores acogidos cumplían el criterio de tener más de 6 años.

Se recogió información acerca de 345 niños y adolescentes (mayores de 6 años). Dentro de este grupo se encontraban 54 menores extranjeros no acompañados.

Una vez enviados los cuestionarios de recogida de información sobre el perfil personal y socio familiar, así como los tratamientos que ya estuvieran recibiendo los niños y jóvenes, se obtuvo información de una muestra total de 345 menores acogidos (incluidos 10 de los 14 que estaban fuera de la comunidad, en centros específicos).

A su vez, esta muestra de 345 casos se divide en 54 jóvenes menores extranjeros no acompañados y 291 residentes en la comunidad (no podemos denominarlos autóctonos, ya que algunos pertenecen a familias inmigrantes, aunque emplearemos ese término en ocasiones

para simplificar). Todos los análisis se realizarán por separado, dadas las enormes diferencias entre ambos grupos en todos los aspectos, tanto en características personales y familiares como en motivo de desprotección y finalidad de la intervención.

En la segunda fase, basada en las técnicas de screening, se obtuvieron cuestionarios deCBC-L, completados por los educadores, en todos los casos (345). En cambio, del cuestionario de autoinforme YSR se obtuvieron 186 (149 de menores de la comunidad y 37 de menores extranjeros no acompañados), ya que se aplicaba sólo a partir de los 11 años y además requería un buen nivel de lectura y comprensión verbal.

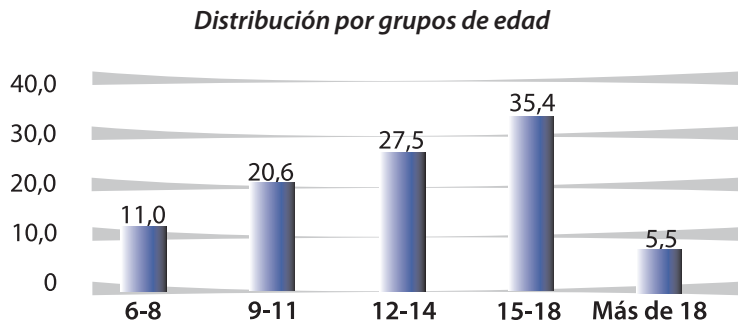
Resultados del grupo de casos autóctonos

En este grupo analizaremos los 291 casos con medida de acogimiento residencial que son de nacionalidad española o bien de otros países pero que se encontraban conviviendo en la comunidad extremeña con su familia cuando se tomó la medida de protección. En otro apartado se analizará la muestra de los 54 menores extranjeros no acompañados.

Características de los niños y adolescentes

Con respecto al **sexo** hay una distribución prácticamente equitativa ya que el 51% son varones. La distribución de **edades** se presenta en el gráfico siguiente.

Los problemas de rendimiento de los estudios afectan a gran parte de la muestra, con un 54% que ha repetido curso, un 36% que precisa adaptación curricular y un 11% que acude a centros de educación especial.

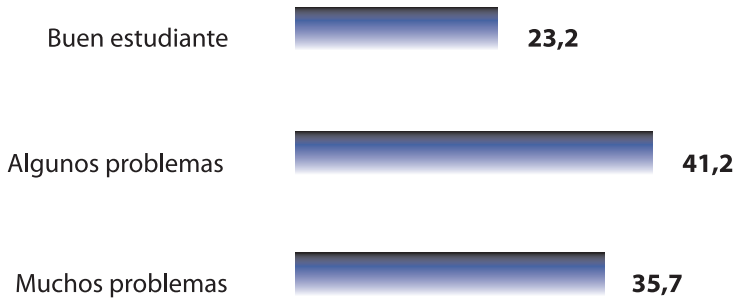


Grupos de edad

Un 14% pertenece a una **familia inmigrante**, de ellos un tercio procedente de Marruecos y el resto se distribuyen entre 11 países más. Solamente nueve casos (3%) pertenecen a la **etnia gitana**.

Como es de esperar por la edad, el 95% está **estudiando** y solamente un 2% trabaja. Entre los que estudian únicamente un caso está en la universidad. Solamente un 23% es valorado con un buen **rendimiento**

escolar por sus educadores.



El entorno familiar

Aunque la muestra se compone de 291 casos, estos pertenecen a 197 familias ya que existen muchos hermanos. **Los análisis se hacen en base a este tamaño de 197 familias.**

Un 13% de los niños y jóvenes son **huérfanos**, la mayoría solamente de padre (9,6%), y algunos solamente de madre (2,4%) o de ambos (1,7%).

Los padres presentan numerosos y frecuentes problemas psicosociales.

En el caso del padre destaca la incidencia del alcoholismo (35%), otra drogodependencia (29,4%), violencia de género (24,5%), prisión (17,5%) y problemas de salud mental (7%). En el caso de las madres la frecuencia más importante recae en los problemas de salud mental (37%), alcoholismo (18%), otra drogodependencia (22%), discapacidad intelectual (14%) y conductas relacionadas con el suicidio (10,8%).

En cuanto al **estado civil**, los padres de los niños y jóvenes de esta muestra están casados o viviendo como pareja estable en el momento del estudio en un 26,1% de los casos. Algo más de la mitad (51,6%) se han separado o divorciado y algo más del 20% son mujeres viudas o solteras.

La media de **hijos por familia** es de 3,2, alcanzando el caso extremo de 14 y existiendo casi un 20% de familias con más de cinco hijos. No es de extrañar, por tanto, que el 84% de los niños y adolescentes de la muestra tenga al menos un hermano y que el 61% lo tenga también con medida de protección.

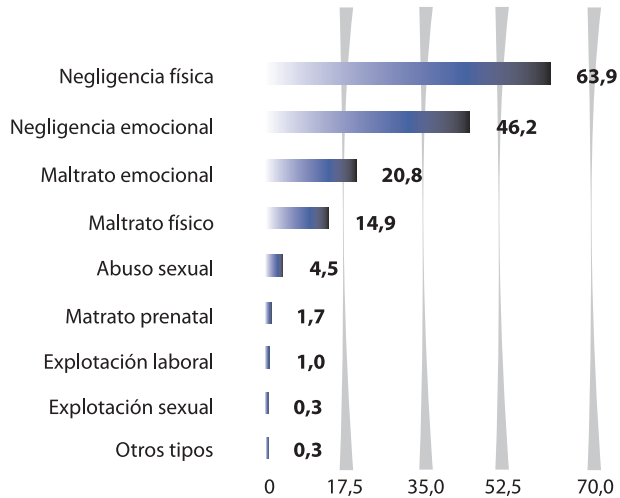
Los motivos y características de la intervención protectora

Si el motivo de intervención se clasifica conforme a las **categorías comúnmente aceptadas de maltrato infantil**, aparece en primer lugar la negligencia física y la negligencia emocional, seguidas del maltrato

Lo más destacable es que más de un tercio tienen entre 15-17 años. Y si consideramos como adolescentes a todos los mayores de 12 años, estos supondrían el 70% de la muestra. Solamente un 11% está entre 6 y 8 años.

emocional y maltrato físico. Los casos de abuso sexual suponen un 4,5%.

Gráfico 15. Tipología del maltrato



En cuanto a la medida protectora, un 72% de los casos se encuentra bajo la **tutela** de la Administración y un 23% solamente con la medida de **guarda** (un 5% se encontraba en otras situaciones distintas).

El **promedio de estancia** en acogimiento residencial (sumándolos todos si hubiera más de un centro) es de 32 meses, abarcando desde solamente un mes hasta 162 (13 años y medio).

El 90% de los niños y jóvenes tiene algún tipo de **contacto con sus familias**. En la mayoría de los casos se trata de salidas con su familia de fin de semana o vacaciones y para otros el contacto consiste en visitas en el propio hogar de acogida. Un 24% realizan las visitas de sus familiares bajo supervisión de los profesionales.

Salud y bienestar de los niños y jóvenes

La **discapacidad intelectual** es una de las características más destacables de esta muestra ya que afecta a casi uno de cada cinco menores acogidos (52 casos; 18%). Otros tipos de discapacidad como la física o la sensorial afectan a poco más del 2% cada una de ellas.

Cuando se recogió información sobre **tratamientos relacionados con aspectos del desarrollo**, se encontró que un 16% estaba recibiendo este tipo de ayuda: un 8,2% de **logopedia**, un 4,1% de **psicomotricidad** y un 3,4% de **estimulación temprana**.

El Plan de Caso o finalidad prevista para estos menores era de reunificación familiar para cerca de la mitad (40%) y de ayuda para la independencia adulta en un 29%. Sólo un 5% esperaba una adopción.

En cuanto a los problemas relacionados con la **salud mental** un 22% (64 casos) estaba recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. **Los diagnósticos** (un niño puede tener más de uno) dentro de este grupo, de acuerdo al sistema **DSM-IV-TR** son los siguientes:

Diagnóstico	n
EJE I	
Trastorno generalizado del desarrollo	4
Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador	37
TDAH	15
Trastorno disocial	5
Trastorno negativista desafiante	6
Otros diagnósticos encuadrables dentro de este grupo	11
Trastorno del estado de ánimo	5
Depresión infantil	2
Trastorno bipolar tipo II	1
Trastorno del estado de ánimo no especificado	2
Trastorno de ansiedad	1
Trastorno de alimentación	2
En valoración o estudio	4
Otros diagnósticos no clasificables	6
EJE II	
Retraso mental	52

Casi dos terceras partes (63%) de los niños y jóvenes recibían **tratamiento en los equipos de salud mental** (un 6,5% de ellos se complementaba con un profesional privado). Un 12,9% recibía atención psicológica del profesional de su centro de acogida y un 17,8% acudía a profesionales privados (aquí se incluye el 6,5% anterior).

La frecuencia de las sesiones de tratamiento son semanales (25%), quincenales (12,5%), mensuales (20,3%), bimensuales (14,1%), trimestrales (15,6%) y semestrales (4,7%). Así pues, un tercio de los menores en tratamiento tiene una frecuencia, al menos semanal o quincenal. A juicio de los educadores la **evolución de estos tratamientos** es positiva en un 68% de los casos (la mitad de ellos ha mejorado mucho y la otra mitad un

poco). De los casos restantes se afirma que siguen igual (27%) o que han empeorado un poco (5%).

El tratamiento incluye **psicofármacos** en 46 niños y adolescentes, lo que supone un 16% del total de la muestra y un 71,8% de los que están en tratamiento.

Dado que uno de los objetivos específicos de esta investigación es el estudio de las **conductas que estén relacionadas con el suicidio**, se recogió información sobre cualquiera de sus manifestaciones. Los resultados indicaron que un 8,3% de la muestra había verbalizado en alguna ocasión pensamientos suicidas, un 5,2% había amenazado con suicidarse y un 3,4% lo había intentado (la forma más frecuente había sido cortarse las venas, en cinco casos). Por otra parte, ocho de los diez casos con intento de suicidio fueron **llevados a cabo por mujeres**.

Respecto al consumo de sustancias adictivas, aparte del tabaco (35,2% lo consumen), un 10% consume cannabis y menos del 3% otras drogas. Se debe tener en cuenta que toda esta información está recogida mediante el cuestionario que completaron los educadores y probablemente existan más casos que no tengan detectados.

Detección de casos clínicos a partir de información de educadores y técnicos

El objetivo fundamental de este estudio era localizar todos los casos que pudieran considerarse de interés clínico a partir de la información ya disponible y transmitida por los profesionales. Una vez recogida toda la información, fue definido como **grupo clínico** aquél que estaba integrado por niños y jóvenes que cumplían alguno de los requisitos siguientes:

- ✘ Estar acudiendo o haber acudido a tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- ✘ Tener un diagnóstico psicopatológico, incluyendo retraso mental.
- ✘ Manifestar cualquier conducta relacionada con suicidio.
- ✘ Problemas graves de consumo de sustancias adictivas ilegales.

Atendiendo a estos criterios de inclusión, un 37,5% (109) de la muestra de 291 casos podía considerarse clínica:

- ✘ 64 en tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- ✘ 30 diagnosticados de retraso mental y sin tratamiento.
- ✘ 13 con conductas de suicidio.

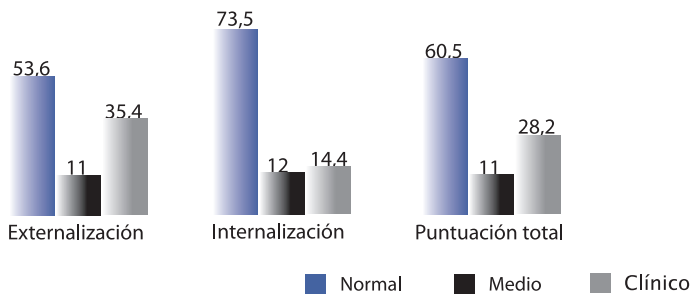
- ✦ 2 con problemas graves de consumo de sustancias.

Detección de casos mediante técnicas de screening y pruebas psicológicas

Mediante las pruebas del CBC-L (completada por el educador más cercano a cada niño) y la versión autoinformada YSR de Achenbach se realizó un screening para detectar casos clínicos. Estas pruebas permiten clasificar los resultados mediante el rango normal, límite o clínico, tanto para la dimensión de problemas internalizantes como externalizantes, así como un rango total.

Mediante la prueba CBC-L que se obtuvo para el total de 291 casos, se detectaron un 35,4% de casos clínicos externalizantes, un 14,4% internalizantes y un 28,2% en la escala total.

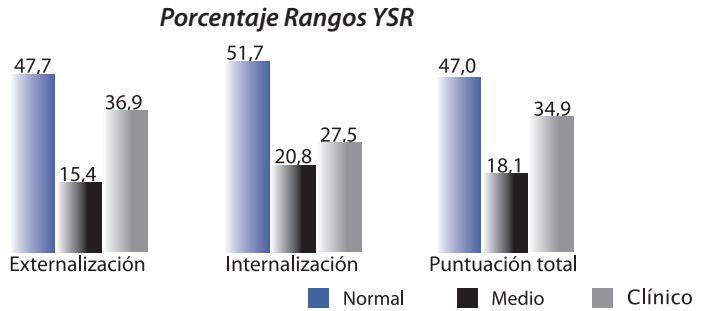
Porcentaje Rangos CBC-L



En el caso de la prueba YSR se recogieron 149 cuestionarios (solo era aplicable para mayores de 11 años). Desde la propia valoración de los adolescentes caen dentro del rango clínico externalizante el 36,9%, un 27,5% en el internalizante y un 34,9% en el total. Si se comparan estos datos con los obtenidos en el CBC-L, es decir, con la valoración de los educadores, se observará que la gran diferencia está en la escala internalizante, donde los adolescentes manifiestan tener muchos más problemas (se duplica el número de casos de rango clínico).

Aunque hay más varones (40,5%) en el grupo clínico que mujeres (34,3%) esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa. Por edades la diferencia es más grande: a partir de los 12 años, en torno al 42% de los casos son clínicos, mientras que por debajo de los 11 años se encuentra un 26%.

Las técnicas de screening muestran que los propios adolescentes se ven a sí mismos con más problemas de tipo internalizante que los educadores no detectan.



La coincidencia de la valoración como rango clínico entre la visión de los educadores y la de los adolescentes es más bien pobre. Existe mayor coincidencia en la escala externalizante donde el 56% de los casos así valorados por los educadores resultan con rango clínico también para los adolescentes. En cambio, cuando los adolescentes alcanzan rango clínico en internalización solamente en un 21,9% son detectados como clínicos por los educadores.

Factores y condiciones de riesgo

Del total de las 197 familias a las que pertenecen los 291 casos estudiados un 51% tenía algún **antecedente de enfermedad mental en la familia**. La madre es la figura que más frecuentemente aparece (78% de los casos), seguida de los hermanos (11,6%) y el padre (4,4%).

En cuanto al **suicidio**, un 14,5% tiene algún antecedente familiar de este tipo, siendo nuevamente la madre en el 72% de los casos y el padre solamente en un 8,3%. La inmensa mayoría de estas situaciones se refiere a tentativas, pero en cuatro casos se ha consumado (existen padres, madres y hermanos).

Más frecuente es el **consumo de sustancias adictivas** en el contexto de la familia. En el 63% de los casos algún miembro de la familia sufre este tipo de adicción. Lo más habitual (35,3%) es que sean ambos padres consumidores, o bien el padre solo (33,6%), siendo la madre en menor proporción (20%).

Si se analiza más detalladamente el **consumo en la figura del padre**, se observa que un 58% presentaba algún tipo de adicción, siendo un 35% el problema de alcoholismo, 29,4% otra drogodependencia (cocaína o heroína habitualmente) y un 6,2% ambos consumos. En el caso de **las madres manifiestan algún tipo de adicción** un 35,1%, siendo dependiente del alcohol un 18,4%, dependiente de otras sustancias un 21,6% y presentando adicción tanto al alcohol como a otras sustancias un 4,9%. Indudablemente, las adicciones son uno de los factores más importantes a la hora de explicar la situación de desprotección de los menores de edad de nuestro país.

Solamente por la enorme frecuencia de antecedentes familiares de salud mental y factores de riesgo, los niños y adolescentes acogidos deberían ser una población de especial atención para detectar y evaluar trastornos.

Resultados del grupo de menores extranjeros no acompañados

Perfiles personales y socio familiares

Como es habitual en el caso de estos menores, **solamente hay dos mujeres**, por lo que los varones suponen el 96,3% de la muestra. **La edad media** es de 17 años y las edades oscilaban entre los 13 y 20 años.

Este grupo **procedía de seis países africanos**, siendo el origen más numeroso el de Senegal (47,2%), seguido de Marruecos (26,4%), y Malí (18,9%); el resto se distribuye entre procedentes de Guinea, Ghana y Burkina Faso.

El 79% se encontraba inmerso en algún tipo de **estudios o formación** y un 11% trabajando. Entre los estudiantes, un 50% estaba realizando algún tipo de cualificación profesional, un 31% se encontraba en la educación secundaria obligatoria y un 12% en cursos de alfabetización. Los educadores valoran el **rendimiento de los estudios** como positivo en un 60% de los casos y solamente aprecian muchos problemas en un 16%.

La intervención protectora

Este grupo de jóvenes presentaba una **media de estancia** en los centros de 19 meses. El 72% tenía una medida de tutela, como es lógico al estar ausentes del proceso los padres, y un 24,1% eran mayores de edad y estaban acogidos como medida de apoyo a su transición a la vida adulta; solamente dos casos tenían una medida de guarda.

También, como cabía esperar, su **plan de caso es de acompañamiento a la vida adulta** para todos ellos. Seis de estos jóvenes mantenían alguna visita con miembros de su familia de origen, habitualmente hermanos o primos y estos contactos siempre tenían consecuencias positivas.

Salud y bienestar

En dos casos se informó de sospecha de **discapacidad intelectual**, nueve presentaban una **enfermedad física** de relevancia (la más frecuente, cinco casos, era hepatitis B).

En cuanto a **salud mental**, dos jóvenes presentaban diagnóstico de trastorno de ansiedad, recibiendo uno de ellos tratamiento psicológico. Otro caso que también recibía tratamiento no tenía un diagnóstico definido. En resumen, solamente un 5,5% de este grupo estaba recibiendo tratamiento o tenía diagnóstico. Ninguno presentaba antecedentes de conductas autolíticas.

Los menores extranjeros no acompañados apenas presentan problemas de salud mental, aunque se requieren posteriores estudios más profundos, ya que los problemas del idioma hacen menos fiables las técnicas de screening mediante autoinforme.

Un 28% **consumía habitualmente** tabaco, un 11% cannabis y un 10% alcohol. Dos jóvenes tenían problemas de consumo de inhalantes y de otros cuatro se tenía sospecha de consumo de cocaína. Las adicciones, al menos identificadas, son más comunes en este grupo de menores extranjeros no acompañados que entre los que no lo son.

Screening de salud mental y pruebas psicológicas

La **percepción de los educadores a través del CBC-L** para los 54 casos es que solamente un 3,7% alcanza rango clínico externalizante, un 5,6% internalizante y un 3,7% rango total.

Los resultados de la escala YSR de autoinforme requieren mucha cautela por los problemas lógicos de comprensión lectora y manejo del idioma que precisa. Se obtuvieron 37 cuestionarios válidos y si bien coincide con la visión de los educadores el porcentaje muy bajo de rango clínico externalizante hallado (5,4%), en la escala de internalización alcanzan el rango clínico un 45,9% y en la escala total un 16,2%. Hasta donde la cautela permite interpretar estos datos, parece que en los aspectos que miden las escalas de internalización (ansiedad, aislamiento, quejas somáticas, etc.) estos jóvenes plantean importantes preocupaciones y sentimientos de malestar. Llama la atención el escaso grado de problemas de conducta que presenta este grupo en comparación con los niños y jóvenes no extranjeros analizados en el apartado anterior. Por otra parte, es sorprendente que de los 17 casos de menores que se perciben con puntuaciones de rango clínico internalizante, solamente uno es valorado de este modo por los educadores.

Evaluación clínica individual en profundidad

Para esta segunda fase solamente se trabaja con la muestra de menores "autóctonos" ya que las particularidades de los menores extranjeros aconsejarían una investigación específica.

Mediante la recogida de información a través de los educadores de los hogares y centros, así como los técnicos de protección, se habían detectado **109 casos clínicos**, tal como ya se detalló.

Mediante las pruebas de screening, se detectaron otros 82 casos que alcanzaban puntuaciones dentro del rango clínico al menos en una de las pruebas (CBC-L o YSR) y en una de las escalas internalizante o externalizante. Estos 82 casos detectados mediante screening y no informados previamente por los profesionales suponen un 28,1% del total de la muestra.

En conclusión, bien sea recopilando información a través de los profesionales sobre los casos que plantean problemas relacionados con salud mental, o bien por la detección llevada a cabo mediante pruebas

La investigación incluyó una evaluación psicológica en profundidad para realizar un diagnóstico sistemático de 89 casos. En ellos se incluyeron los que ya estaban en tratamiento y nuevos casos detectados por el screening.

de screening, se obtiene un total de 191 casos sobre 291 estudiados (65,6%) que pueden ser identificados como clínicos o probablemente clínicos.

La evaluación clínica individual tenía como objetivo realizar una evaluación de necesidades más certera, realizando un diagnóstico sistemático. Dado que los niños y jóvenes estaban acudiendo a servicios de salud mental públicos o privados diferentes, podría haber problemas de criterios distintos para la elaboración de los diagnósticos, además de haber detectado la existencia de un grupo de casos bajo tratamiento sin diagnóstico. Por otra parte, en cuanto a los casos probablemente clínicos localizados mediante técnicas de screening, interesaba comprobar si realmente presentaban algún tipo de trastorno.

Para realizar esta evaluación se contrató a una psicóloga clínica con amplia experiencia que se desplazó a los hogares y centros de acogida para desarrollar la evaluación en sesiones individuales. Esta psicóloga contó con toda la información de cada caso recogida en la primera fase, así como realizó entrevistas previas con el personal educativo de los centros de acogida. Las sesiones de evaluación se realizaron a través de entrevista clínica previamente elaborada siguiendo directrices del DSM-IV-TR, a la que se añadió la evaluación del desarrollo intelectual mediante las pruebas K-bit o Weschler, dependiendo del caso. De cara a un diagnóstico más específico también se aplicaron las pruebas BASC o MACI según edades. Con todo ello el objetivo era realizar un diagnóstico para los cinco ejes del DSM-IV-TR.

Para esta evaluación clínica individual se seleccionó inicialmente una muestra de 97 casos. Este número obedecía a la viabilidad de las evaluaciones en el tiempo marcado por el proyecto. El criterio fue partir de todos los casos clínicos de la fase I (109), ya que constituían casos clínicos detectados y en tratamiento o con diagnóstico, donde había seguridad de su problema clínico. Se eliminaron para la evaluación individual los casos de edades superiores a los dieciocho años, así como aquellos de retraso mental sin otro diagnóstico de trastorno mental del eje I. A ellos se añadieron 26 casos del screening realizado por cuestionarios que presentaban los perfiles más graves (tener rangos clínicos tanto en CBCL como en YSR, o bien varios rangos clínicos en una de las pruebas). Finalmente, por diversos problemas que se explican en el informe completo, se pudo evaluar a un total de 89 niños y jóvenes, resultando imposible en los 7 casos restantes.

La evaluación clínica permitió diagnosticar una amplia gama de trastornos que no estaban localizados.

Resultados diagnósticos EJE I

Un total de 79 niños y jóvenes de los 89 evaluados presenta un trastorno clínico de trastorno mental del Eje I del DSM-IV-TR, es decir, no incluyendo el retraso mental.

En la tabla siguiente se detallan los diagnósticos hallados. Como se apreciará, el resultado es mucho más rico y detallado que el de los diagnósticos ya conocidos e informados por los profesionales.

Como se puede observar en el gráfico siguiente, el grupo más numeroso, con mucha diferencia, se encuentra en la categoría de **trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador** y dentro de este grupo la mitad presenta un diagnóstico por déficit de atención con hiperactividad, seguido de trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

La segunda categoría diagnóstica más frecuente resultó ser la de **otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**, lo que resulta bastante lógico si se tiene en cuenta que en esta categoría figuran problemas específicamente relacionados con el abuso o la negligencia infantil, el comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia, y los problemas de relación.

La tercera categoría en frecuencia es la de **trastornos adaptativos**. La mitad de estos casos (que se caracterizan por presentar reacciones a un estresante identificado) presentan estado de ánimo depresivo.

También resultan frecuentes los **trastornos de la conducta alimentaria**. Aproximadamente la mitad son casos de bulimia nerviosa y la otra mitad trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

También se encontraron casos de **trastorno de ansiedad**. Los casos más frecuentes fueron de ansiedad generalizada, pero se observaron también trastornos de fobia social, obsesivo mayor, estrés postraumático y ansiedad no especificada.

Diagnósticos DSM-IV-TR EJE I	n	n
1. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR		37
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Tipo combinado (14) Tipo predominio déficit de atención (2) Tipo predominio hiperactivo-impulsivo (3)	19	
Trastorno disocial Inicio infantil (3) Inicio no especificado (4)	7	
Trastorno negativista desafiante	6	
Trastorno de comportamiento perturbador no especificado	5	

2. OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA		13
Problemas de relación Problema de relación asociado a un trastorno mental o enfermedad médica (1) Problemas paterno-filiales (2)	3	
Problemas relacionados con el abuso o la negligencia Abuso físico del niño (2) Negligencia en la infancia (3)	5	
Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (1) Duelo (1) Problema biográfico (3)	5	
3. TRASTORNOS ADAPTATIVOS		10
Con estado de ánimo depresivo	5	
Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	2	
Con trastorno del comportamiento	1	
Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	2	
4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		9
Bulimia nerviosa Purgativa (3) No purgativa (1)	4	
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	5	
5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD		9
Fobia social	2	
Trastorno obsesivo mayor (episodio único)	1	
Trastorno por estrés post-traumático	2	
Trastorno de ansiedad generalizada	3	
Trastorno de ansiedad no especificado	1	
6. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO		5
TRASTORNOS DEPRESIVOS Trastorno depresivo mayor (1) Trastorno depresivo mayor recidivante (1) Trastorno distímico (2)	4	
TRASTORNOS BIPOLARES Trastorno bipolar II (1)	1	

7. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS		4
Esquizofrenia tipo residual (1)	1	
Trastorno psicótico breve (1)	1	
Trastorno psicótico no especificado (1)	1	
Trastorno esquizoafectivo (tipo depresivo) (1)	1	
8. TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS		3
Dependencia de cannabis en remisión total temprana	1	
Dependencia de cannabis	1	
Abuso de cannabis	1	
9. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE		3
Trastorno de la lectura	1	
Trastorno de la expresión escrita	2	
10. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO		3
Trastorno autista	1	
Trastorno de asperger	1	
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	1	
11. TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN		2
Enuresis	2	
Diurna (1)		
Nocturna y diurna (1)		
12. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN		2
Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo	1	
Trastorno fonológico	1	

Son menos los casos de **trastorno del estado de ánimo** (13,5%), siendo todos ellos trastornos depresivos excepto un caso bipolar.

El grupo de **esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** presenta un 10,8% de casos, repartidos con un caso cada uno entre esquizofrenia tipo residual, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado y trastorno esquizoafectivo tipo depresivo.

Diagnósticos de retraso mental y trastornos de la personalidad (EJE II)

En el DSM-IV-TR el retraso mental se diagnostica en el EJE II junto a los trastornos de personalidad.

Se evaluaron 18 casos (20%) que cumplían criterios de **retraso mental**. La mayoría presentaban un retraso mental ligero (13 de los 18), dos casos un nivel moderado y uno severo.

Solamente cuatro casos resultaron tener un diagnóstico de **trastorno de la personalidad**: dos casos de personalidad límite asociados a retraso mental ligero y dos casos relacionados con personalidad histriónica.

Es importante destacar que otros 19 casos recibieron una valoración de capacidad intelectual límite, por lo que no entraron en los diagnósticos de este eje. Sin embargo, esta valoración tiene grandes implicaciones para el trabajo socioeducativo que se realiza en los hogares y centros de acogimiento y el número de niños y jóvenes que lo presenta es muy elevado.

Diagnósticos en el Eje III: enfermedades médicas

El DSM-IV-TR se pide que se valoren las enfermedades médicas dentro del EJE IV. Una cuarta parte de estos niños y jóvenes (25,8%) presentó un problema médico de importancia. La relación de enfermedades es muy amplia, destacando tres casos de síndrome X frágil, tres de epilepsia, dos de talasemia, seguidos de una amplia variedad de problemas respiratorios, síndrome de alcoholismo fetal, quemaduras, etc.

Diagnósticos en el Eje IV: problemas psicosociales y ambientales

Al tratarse de un estudio sobre menores con medida de protección, todos los casos presentan problemas en este eje, especialmente el apartado primero que tiene que ver con el grupo primario de apoyo, en el que se encuadran todas las situaciones de maltrato y desprotección sufridas. Además de los problemas del grupo cuidador primario (la familia), aparecen en 10 casos (11%) problemas relacionados con el sistema penal, varios de ellos por actos de violencia contra los padres cuidadores.

Diagnósticos en el Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG)

Finalmente el DSM-IV-TR solicita un diagnóstico en un quinto eje que valore la **capacidad funcional de la persona, en términos de la actividad psicológica, social y laboral**.

Se organiza considerando la actividad global a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad, partiendo del nivel máximo 91-100 indicativo de un funcionamiento totalmente satisfactorio en todas las

áreas y descendiendo hasta el nivel 1-10 reservado a casos que requieren atención intensiva y permanente para su funcionamiento.

El 27% de los casos quedan por debajo del nivel 50 y más de la mitad (54%) se encuentran en los niveles entre 51-70, lo que se corresponde con la existencia de síntomas moderados y algunos desajustes en sus relaciones y ocupaciones. Solamente 6 casos están por debajo del nivel de 30. La siguiente tabla permite comprender mejor los resultados obtenidos.

NIVEL	Nº de Casos	Significado
91-100	1	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus numerosas cualidades positivas. Sin síntomas.
81-90	4	Síntomas ausentes o mínimos (p.ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p.ej., una discusión ocasional con la familia).
71-80	12	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p.ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p.ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
61-70	20	Algunos síntomas leves (p.ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa) pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones personales significativas.
51-60	28	Síntomas moderados (p.ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo y escuela).

41-50	13	Síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad de la actividad social, laboral o escolar (p.ej., sin amigos).
31-40	5	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p.ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro y relevante) o alteración importante en varias áreas, como el ámbito laboral o escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p.ej., un niño golpea con frecuencia a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
21-30	0	La conducta está muy influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p.ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para actuar en casi todas las áreas.
11-20	5	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p.ej., manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p.ej., muy incoherente o mudo).
1-10	1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p.ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

Conducta relacionada con el suicidio

De partida, se conocía la existencia de 23 casos (25,8% de la muestra). **Mediante la evaluación individual se detectaron otros diez nuevos casos en los que hasta entonces no se mencionaba este problema,** poniendo de manifiesto el problema que existe de detección de este tipo de conductas que pueden acarrear consecuencias tan graves.

Los problemas relacionados con suicidio y abuso sexual se incrementan notablemente sobre lo ya conocido cuando se realizan entrevistas diagnósticas en profundidad.

Abusos sexuales en la infancia

A partir de la información de los educadores y técnicos se contaba con el dato de partida de que el 4,5% (13 niños o jóvenes) de los 291 casos iniciales habían sufrido algún tipo de abuso sexual. De estos 13 casos, 5 entraron en esta muestra de evaluación individual.

Los resultados de la evaluación clínica individual mostraron que el total de casos con abuso sexual se elevaba a 17 (19% de la muestra), lo que multiplicaban los casos por tres. Además, otros cuatro casos, aunque sin verificar, mostraban indicios de alta probabilidad, con lo que la cifra (de ser ciertos estos cuatro) se podría elevar a un 23,7% de esta muestra de evaluación individual, lo que sería un dato especialmente significativo en este estudio.

Nuevos diagnósticos detectados

Ya se ha comentado que de los de 89 casos solamente 41 tenían un diagnóstico. En este apartado se analizarán los diagnósticos realizados sobre los casos que previamente no lo tenían, que eran la mayor parte de la muestra evaluada. El resultado más destacable se refiere a los trastornos de ansiedad, ya que sólo uno de los diagnósticos iniciales se refería a esta categoría y, sin embargo, con la evaluación individual se detectan nueve diagnósticos de este tipo. También estaban ausentes al inicio los trastornos de aprendizaje, categoría en la que se encuentran tres casos en la evaluación individual. En la categoría de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica no existía anteriormente ningún diagnóstico y aparecen 13 casos que encajarían con los criterios de este grupo de trastornos. Otras categorías en las que aparecen nuevos diagnósticos de manera significativa, creciendo más de un 50% sobre los existentes al inicio, son los trastornos por el consumo de sustancias, trastornos adaptativos y trastornos de la conducta alimentaria.

Valoración diagnóstica de los casos seleccionados por técnicas de screening

Como se indicó en el apartado de metodología, de los 89 casos un total de 26 fueron incluidos por ser casos de riesgo detectados mediante las pruebas de screening, sin haber sido identificados con necesidad de tratamiento ni con diagnóstico previo. Pues bien, **como resultado de la evaluación individual todos ellos obtuvieron un diagnóstico en el Eje I, además de encontrar que dos de ellos presentaban discapacidad intelectual y cuatro conductas relacionadas con el suicidio.**

Atención en centros de acogida de otras comunidades autónomas

Uno de los temas más delicados de este estudio de salud mental es la existencia de un grupo de casos que se encontraban acogidos en centros

terapéuticos de otras comunidades autónomas. Se trata de casos cuyas necesidades de atención parecen no poder ser cubiertas con los recursos disponibles en el territorio de la Junta de Extremadura y deben recibir atención fuera de él. Según la información recogida eran 14 casos: 9 en el centro Dulce Nombre de María de Málaga, 2 en el CEMU de la Comunidad de Madrid, 2 en el centro PRISMA de Zaragoza y 1 en Casas-Escuelas Pías Santiago Uno de Salamanca. De ellos conseguimos información sobre 10 casos, ya que ni el centro de Zaragoza ni el de Salamanca remitieron ningún tipo de información, a pesar de nuestra insistencia, y uno de los casos del centro de Málaga ya había recibido el alta. Es interesante detallar un poco más las características de este pequeño grupo que parece presentar necesidades tan específicas que requieren un recurso fuera de esta comunidad autónoma.

Los dos casos del centro terapéutico de Madrid plantean perfiles muy distintos: uno de ellos no tenía un diagnóstico concreto de salud mental pero sí presentaba consumo de drogas y el otro, según nos indica este centro, presentaba un trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Se supone que en ambos casos con complicaciones de comportamiento que requerían una atención intensiva.

Sobre los casos del centro de Málaga disponemos de mucha más información, ya que no solamente se nos envió por parte de los profesionales de este centro con mayor detalle (cooperación que debe resaltarse muy positivamente), sino que siete casos pudieron ser evaluados de manera individual en esta investigación (el octavo no pudo ser valorado por la propia gravedad de su situación). La problemática de salud mental que plantea este grupo no puede ser más contundente: se trata de trastornos disociales en seis de los ocho casos, la mayoría combinados con retraso mental, lo que plantea necesidades de intervención muy amplias y muy intensivas. Los otros dos casos son retrasos mentales moderado y severo, uno de ellos asociado a trastorno psicótico y otro a trastorno autista.

Finalmente, cabe destacar que de los 10 casos solamente tres son mujeres, y que todos tienen 16 y 17 años excepto tres: una chica de 14 con problema de adicción, un varón de 11 con trastorno disocial de inicio infantil grave y un niño de 6 años con retraso mental severo y trastorno autista.

Así pues, la necesidad de disponer de centros terapéuticos específicos está referida a casos de trastorno disocial asociados con importante retraso mental, así como otros retrasos graves y trastornos psicóticos y autistas. La dificultad de trabajar con este perfil de trastornos de salud mental, en el contexto de un grupo de niños habitualmente numeroso que convive en los pisos y centros de protección de menores, es muy evidente.

Afortunadamente, atendiendo a las cifras que se acaban de exponer, parece que sobre el total de menores en acogimiento residencial en Extremadura sobre el que se ha podido recoger información, incluyendo

Se encontraban fuera de la región 14 casos en centros específicos de tratamiento. La mayoría por cuadros complejos de trastorno disocial asociado a retraso mental. También se empleaba para casos de autismo y psicosis.

los menores extranjeros no acompañados, sobre un total de 345, los 14 casos que requirieron un centro terapéutico fuera de la comunidad representan solamente un 4%.

Aunque cabe la duda de si existen más casos de este tipo que se encontrarán en algún piso o centro de acogimiento en espera de obtener una plaza disponible en un centro terapéutico, no parece, por el estudio de los diagnósticos pormenorizados que hemos realizado, que haya muchos más casos.

Si se contemplara la posibilidad de abrir un centro terapéutico en el territorio de Extremadura para evitar el traslado de los menores a otras comunidades, habría que pensar en la necesidad de unas 15 a 20 plazas, teniendo en cuenta que en los últimos años se han ido incrementando los perfiles de comportamiento disocial y esta tendencia es muy probable que continúe en el futuro.

Conclusiones

Factores familiares de riesgo

1. El grupo estudiado presenta una gran incidencia y una gran variedad de factores de riesgo de primerísima relevancia, lo que por sí solo permitiría predecir una muy alta probabilidad de aparición de trastornos del desarrollo y de la salud mental:
 - ✘ En el 51% de las familias existen antecedentes de enfermedad mental.
 - ✘ Un 14,5% con antecedentes relacionado con suicidio en la familia.
 - ✘ En un 63% algún familiar presenta algún trastorno de adicción.
 - ✘ Solo un 26% de las parejas de padres se mantiene conviviendo de manera estable.
 - ✘ Familias con un promedio de más de tres hijos.
 - ✘ Uno de cada cuatro padres tiene antecedentes de violencia de género.
 - ✘ 18% de los padres ha pasado por prisión.
2. El perfil de estas familias, en cuanto a antecedentes de graves problemas de salud mental, drogodependencia, violencia o delincuencia debería ser suficiente para estar muy alerta frente a

las necesidades de atención al desarrollo y la salud mental de los menores atendidos.

3. Además, los niños y adolescentes han sufrido diversos tipos de maltrato, predominando la negligencia física y emocional, pero con un buen número de casos de malos tratos físicos y emocionales.
4. Un caso especialmente preocupante en las experiencias de malos tratos recibidos es el del abuso sexual, sobre el que los profesionales informan de la existencia de un 4,5%, pero del que, tras la realización de la entrevista clínica, se revela que alcanza aproximadamente un 20% de los evaluados.

La experiencia en el sistema de protección

5. La muestra estudiada lleva un promedio de dos años y medio de estancia en el recurso de acogimiento residencial actual, pero más de la mitad habían estado ya en otro centro anterior. Aunque la experiencia de vivir en un hogar de acogida ha podido tener incidencia en su salud mental, está claro que la mayor parte del tiempo de su desarrollo infantil lo han pasado en el contexto de su propia familia, en situaciones que se han descrito en el apartado anterior, y probablemente estas experiencias familiares expliquen la mayor parte de la varianza de los resultados sobre salud mental.
6. Un resultado que parece avalar esta hipótesis es que el porcentaje de casos que podemos considerar clínico desde el punto de vista de salud es del 44% para los adolescentes que ingresan ya con más de 12 años, mientras que los adolescentes que ya habían pasado parte de su infancia en los centros de acogida es del 38%. Aunque la diferencia no es significativa, en todo caso sí se puede concluir que no tienen más problemas de salud mental los que han vivido parte de su infancia en acogimiento residencial que los que la han pasado con su familia.

Discapacidad intelectual y retraso del desarrollo

7. Una de las características más sobresalientes de la muestra estudiada es la gran incidencia de discapacidad intelectual que llega a un 18% de estos menores, cuando la incidencia para el grupo de 6 a 15 años se ha establecido por diversos organismos y entidades entre el 1% y el 3% de la población total.
8. A esta cifra debe añadirse que en la evaluación clínica individual se detectaron 19 casos más con capacidad intelectual límite (20% de la muestra con estudio individual) que si bien no entran en una categoría diagnóstica de retraso mental, implican la necesidad de una serie de apoyos e intervenciones para mejorar en todo lo

posible su desarrollo.

9. Probablemente esta importante incidencia del retraso explique la no menos importante problemática detectada con respecto al bajo rendimiento escolar, ya que un algo más de la mitad ha repetido al menos un curso y un 36% requiere una adaptación curricular individualizada. Solamente un 23% es considerado un estudiante con rendimiento positivo. Habida cuenta de que uno de los factores que mejor pronostica una futura integración social y laboral es la cualificación escolar y formativa, todas las estrategias de evaluación, apoyo e intervención para la mejora de este aspecto se hacen especialmente necesarias en esta población. Existe una red europea que se encuentra estudiando a fondo esta cuestión y que ya ha publicado algún informe preliminar.¹
10. Nos unimos a otros autores que han subrayado la importancia de los problemas de retraso en estos niños². Llegar al acogimiento residencial partiendo de retrasos del lenguaje, aprendizaje o intelectual en general, supone enfrentar experiencias difíciles de adaptación a nuevos contextos con un bagaje muy limitado. Se requiere un esfuerzo de detección temprana del tipo de retraso y el desarrollo de los correspondientes programas de apoyo. La atención que los adolescentes con problemas de conducta demandan de forma desmesurada y los problemas de conflictividad en la convivencia que conllevan, corre el riesgo de ensombrecer los problemas de otros niños acogidos, como todos los relacionados con el retraso en su desarrollo.

Los indicadores de salud mental a partir de la información de los profesionales

11. Según la información de los educadores, un 22% se encuentra recibiendo tratamiento psicoterapéutico. En el grupo de 6-11 años el porcentaje en tratamiento es del 19,6%, con una diferencia muy importante por sexo, ya que los varones reciben tratamiento en un 27% y las niñas en un 11%, es decir, menos de la mitad. El grupo de adolescentes, mayores de doce años, recibe tratamiento en un 23%, una cifra ligeramente superior a la de los más pequeños. De nuevo el sexo es determinante: frente a un 17% de chicas que reciben tratamiento existe un 28% de chicos. En total, por sexos, el 15% de las mujeres necesita tratamiento frente a un 28% de varones.
12. Partiendo de los diagnósticos conocidos, el 75% se encuadran en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento

1 Se puede consultar en la web de este grupo: <http://tcru.ioe.ac.uk/yippee/>

2 Tarren-Sweeney, M. (2008) Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. Children and Youth Services Review, 30, 1-25.

perturbador. La mitad se referían a un trastorno de déficit de atención e hiperactividad, pero existían varios diagnósticos muy genéricos, como problemas de conducta y términos similares. Son muy pocos los diagnósticos relacionados con estado de ánimo (cinco casos) y ansiedad (solamente un caso).

13. Parece que los casos que los educadores están derivando a tratamientos de salud mental tienen que ver fundamentalmente con la dimensión externalizante, mucho más visible y también mucho más perturbadora de la convivencia y del funcionamiento de estos hogares de protección.
14. Una de las conclusiones más importantes de este estudio es la necesidad de contar con un buen sistema de detección de los problemas más internalizantes y en especial de la depresión y de cualquier indicador relativo a conductas autolíticas.
15. Cuando hemos preguntado específicamente por esta última cuestión, los profesionales informan que un 8% de todos los menores acogidos han presentado pensamientos, amenazas o intentos de suicidio. Con respecto a estos últimos, que son lógicamente los más preocupantes, diez adolescentes habían tenido algún intento. Por lo tanto, una recomendación especialmente urgente de esta investigación es la necesidad de contar con herramientas de detección de riesgo de suicidio y la implementación de estrategias de intervención preventiva.
16. Uno de los resultados que más pudiera sorprender es la baja detección de consumo de sustancias adictivas a partir de lo que conocen los educadores de los hogares. Se trata de unos resultados bajos a tenor de lo publicado en estudios de población general y podría estar indicando de nuevo las dificultades de detección de los educadores de ciertos problemas de los adolescentes.
17. Como han detectado numerosas investigaciones internacionales, en protección infantil hay mucha diferencia entre los que reciben tratamiento y los que realmente deberían recibirlo por tener problemas de conducta o salud mental. En algún estudio americano³, sobre casi 4.000 niños en protección, se concluyó que casi la mitad requeriría tratamiento a la vista de los resultados obtenidos mediante técnicas de screening como la utilizada en nuestro proyecto, pero solamente un 16% lo estaban recibiendo.

3 Barbara J. Burns, Susan D. Phillips, H. Ryan Wagner, Richard P. Barth, David J. Kolko, Yvonne Campbell, John Landsverk. (2004) Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youth Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.

18. En nuestro estudio partimos de un 22% que recibe tratamiento. Sin embargo, los casos identificados como clínicos podrían extenderse a los niños y adolescentes que presentaban problemas de conducta autolítica (13) y otros dos casos con trastorno adictivo sin tratamiento. Así obtendríamos un total de 79 casos clínicos desde el punto de vista de la salud mental, es decir, un 27% de la muestra. Cabría aún añadir 30 casos más con diagnóstico de retraso mental que no reciben ningún tratamiento terapéutico de salud mental, ni tiene ninguno de los problemas anteriormente citados, pero que indudablemente necesitan un seguimiento y un programa de intervención para estimular su desarrollo. En este caso, tendríamos una población de 109 casos que podríamos considerar clínicos desde el punto de vista del tratamiento y diagnóstico (37,5%).
19. Así pues, la población acogida en hogares y centros de la Junta de Extremadura presenta en uno de cada tres niños y adolescentes una especial atención de diagnóstico y/o tratamiento, solamente a partir de la información que los propios profesionales ya conocen de partida.

Los indicadores de salud mental a partir de técnicas de screening

20. Los resultados obtenidos utilizando como informador al educador de referencia del niño en cada hogar (CBC-L) sitúan a un 35% en el rango clínico externalizante, pero solamente a un 14% en la dimensión internalizante.
21. El screening mediante autoinforme de los propios adolescentes (YSR) coincide en un porcentaje muy aproximado para la dimensión externalizante, pero eleva los problemas de rango clínico internalizante hasta el 27%, duplicando la detección de los educadores.
22. Es muy importante este resultado, ya que es indicativo de las dificultades que tienen los educadores para captar los problemas psicológicos de carácter internalizante de los niños y adolescentes.
23. Incluyendo como clínico cualquier caso que hubiera alcanzado este rango, tanto en dimensión internalizante como externalizante, y en cualquiera de los dos formatos, educador o autoinforme, tendríamos 82 casos clínicos a añadir a los 109 anteriores, así considerados por la información aportada por los profesionales. En total, por uno u otro motivo, estaríamos hablando de 191 casos clínicos, bien sea porque reciben tratamiento, tienen un diagnóstico, o porque exista sospecha de necesidad de atención clínica por las pruebas de screening. Esto significaría un 66% del total de la muestra, cifra que no es descabellada si la analizamos en comparación con otras investigaciones internacionales.

24. En una reciente revisión de varios estudios fundamentalmente americanos e ingleses con indicadores de prevalencia, se dan cifras que oscilan entre el 40% y el 80% de casos que necesitan intervención sobre problemas conductuales o de salud mental en niños y adolescentes en acogimiento familiar y residencial.
25. En la evaluación clínica individual se incluyeron 26 casos detectados mediante la técnica de screening como de rango clínico especialmente preocupante, bien por tener más de una dimensión clínica en uno de los formatos, o bien por tener algún rango clínico en los dos formatos. Ninguno de ellos presentaba ninguna información relacionada con problemas de salud mental a partir de lo que los educadores habían informado. Sin embargo, todos ellos, excepto cuatro, resultaron con un diagnóstico de salud mental en el Eje I, además de que cuatro presentaban conductas relacionadas con el suicidio.
26. Debe subrayarse la necesidad de utilizar evaluaciones de detección de problemas de salud mental mediante técnicas de screening y la consiguiente comprobación diagnóstica mediante una evaluación psicológica en profundidad, todo ello como parte del proceso de atención establecido desde el sistema de protección a la infancia.

Resultados de la evaluación clínica individual

27. Casi la mitad de los casos evaluados de manera individual (42%) resultaron con un diagnóstico en la categoría de trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, de los cuales, a su vez, la mitad son TDAH. Aquí encontramos también siete casos de trastorno disocial, seis de trastorno negativista desafiante, además de otros cinco no especificados. Esta categoría diagnóstica engloba trastornos de salud mental que suelen ocasionar los mayores problemas de convivencia y de dificultad de atención educativa para los profesionales.
28. Frente a esta incidencia ya esperada de problemas externalizantes, la evaluación clínica individual hizo aflorar un buen número de diagnósticos sobre trastornos internalizantes que habían pasado más desapercibidos. Nueve menores presentaron trastornos de ansiedad, categoría en la que en este grupo evaluado no había ningún caso previamente y únicamente uno en la muestra general. En cambio, en la categoría de trastornos del estado de ánimo solamente se añade un nuevo caso a los cinco anteriormente conocidos. Sin embargo, aparecen seis casos nuevos de trastorno adaptativo con componente depresivo en la mayor parte de ellos. Destaca también la detección de nueve casos de trastornos de conducta alimentaria (cinco de ellos nuevos) y se duplican los diagnósticos de trastornos de aprendizaje (pasan de tres a seis).

29. Es especialmente destacable la presencia de cinco casos que presentan retraso mental asociado a un trastorno de comportamiento perturbador, ya sea disocial o negativista. Parece que este pequeño grupo plantea unas necesidades de atención que superan los recursos existentes en el territorio de Extremadura ya que se encuentran acogidos en hogares de especial atención terapéutica en otras comunidades autónomas. Éste es el grupo que mayor urgencia de atención específica reclama por parte de los profesionales de los centros de acogida.

Atención terapéutica recibida

30. De los niños y adolescentes que se encontraban recibiendo algún tratamiento de salud mental, la mayoría (40%) recibe tratamiento psiquiátrico, aunque una cifra ligeramente más baja (30%) recibe tratamiento psicológico y el restante 30% tratamiento combinado de psiquiatra y psicólogo. Estas cifras correlacionan, como es lógico, con el uso de tratamientos farmacológicos que afecta a un 72% de los niños y adolescentes en tratamiento, aproximadamente la misma cifra que recibe un tratamiento psiquiátrico. Si recogemos el indicador de tratamiento farmacológico en términos del porcentaje de menores que lo recibe sobre el total de la muestra en acogimiento residencial obtendríamos la cifra de un 16%.
31. Un resultado muy importante de este estudio es que la mayoría de estos niños y adolescentes están acudiendo a los servicios públicos de salud mental (63%) y de ellos sólo unos pocos combinan este servicio con un tratamiento de un profesional privado. Se puede decir que los servicios públicos de salud mental están dando una respuesta amplia a las necesidades de estos niños y adolescentes. Si a ello se añade el resultado obtenido acerca de que la periodicidad de las consultas es semanal o quincenal para una tercera parte de los casos y que con una frecuencia inferior al mes entrarían casi el 60% de los casos, podría decirse que además de una amplia cobertura existe una razonable intensidad de las intervenciones.
32. Por otra parte, la información recogida permite concluir que para tres cuartas partes de los casos el terapeuta ha sido siempre el mismo. Finalmente, se ha podido comprobar que la valoración de los educadores sobre la efectividad de los tratamientos es positiva para casi un 70% de los casos.

Atención en centros de acogida de otras comunidades autónomas

33. Existían 14 casos en otras comunidades autónomas, en centros de tipo terapéutico. Se pudieron estudiar 10 casos y de ellos solamente tres eran mujeres, y todos tenían 16 y 17 años excepto tres: una chica de 14 con problema de adicción, un varón de 11 con

trastorno disocial de inicio infantil grave y un niño de 6 años con retraso mental severo y trastorno autista.

34. La necesidad de disponer de centros terapéuticos específicos está referida a casos de trastorno disocial asociados con importante retraso mental, así como otros retrasos graves y trastornos psicóticos y autistas.
35. Afortunadamente, atendiendo a las cifras que se acaban de exponer, parece que del total de menores en acogimiento residencial en Extremadura sobre el que se ha podido recoger información, 345 casos incluyendo los menores extranjeros no acompañados, los 14 casos que requieren un centro terapéutico fuera de la comunidad representan solamente un 4%.
36. Si se contemplara la posibilidad de abrir un centro terapéutico en el territorio de Extremadura para evitar el traslado de los menores a otras comunidades, habría que pensar en la necesidad de unas 15 a 20 plazas, teniendo en cuenta que en los últimos años se han ido incrementando los perfiles de comportamiento disocial y esta tendencia es muy probable que continúe en el futuro.

Salud mental y menores extranjeros no acompañados

37. Solamente un 5,5% de menores extranjeros no acompañados se encontraba recibiendo tratamiento. Ningún caso tenía un diagnóstico de discapacidad intelectual, aunque en dos casos se informó de que se sospechaba esta posibilidad. Por lo tanto, se puede concluir que la incidencia de trastornos de salud mental es mínima en este grupo, especialmente si lo comparamos con el resto de los menores evaluados.
38. En las técnicas de screening los educadores calificaron también muy pocos casos como clínicos, pero en el autoinforme los adolescentes arrojaron puntuaciones muy altas en problemas internalizantes. La muestra es pequeña y plantea dudas sobre la comprensión de las preguntas por estos adolescentes que en algunos casos no conocían bien nuestro idioma, pero habría que realizar más estudios sobre este aspecto.

Propuestas para la intervención

Esta investigación ha permitido describir la situación de los menores en acogimiento residencial dependientes de la Junta de Extremadura con respecto a su salud mental, tratando de situarla en el contexto de la intervención protectora que se lleva a cabo y teniendo en cuenta el trasfondo familiar existente. A partir de las conclusiones comentadas se proponen una serie de actuaciones que abarcan varios aspectos de la intervención para la mejora de la salud mental de esta población.

Necesidad de una evaluación psicológica sistemática

A pesar de que los niños y adolescentes atendidos en acogimiento residencial han evolucionado en los últimos veinte años en nuestro país de forma que se ha ido haciendo cada vez más evidente que los perfiles presentaban un enorme incremento de problemas de conducta y trastornos de salud mental, asombrosamente esto no ha implicado que se hayan incluido en el trabajo de los servicios sociales de protección a la infancia procedimientos de evaluación psicológica generalizados y sistemáticos. Más bien, al contrario, los psicólogos que formaban parte de las plantillas de los centros de menores en los años ochenta fueron dejando de considerarse necesarios a medida que aquellos grandes centros se fueron convirtiendo en hogares más pequeños. Incluso, en los que aún hoy día presentan un tamaño muy considerable (en Extremadura hay varios), ha desaparecido casi por completo la figura del psicólogo.

Se da la paradoja de que en los años ochenta, en los que la mayoría de los niños y jóvenes en acogimiento residencial no presentaban importantes problemas de salud mental, ya que el motivo de la protección tenía que ver con contextos sociofamiliares de pobreza y exclusión social y no tanto de malos tratos, los psicólogos formaban parte de las plantillas de los centros y realizaban evaluaciones psicológicas como parte fundamental de su trabajo. En la actualidad, los niños y jóvenes atendidos en acogimiento residencial, como se demuestra en esta investigación, presentan una gran frecuencia y una gran variedad de problemas y trastornos que afectan a su desarrollo y a su salud mental, pero ahora no existen psicólogos en los centros que estén realizando evaluaciones de manera sistemática y rigurosa.

A esta cuestión de evolución histórica y de planteamientos de intervención, se añade un hecho muy frecuentemente observado en las evaluaciones que realizamos en hogares y centros de protección a lo largo del territorio del Estado español, consistente en que los psicólogos que se encuentran contratados en estos programas tampoco consideran necesaria la evaluación sistemática de los niños y adolescentes acogidos. Se efectúan pocas evaluaciones psicológicas y en muchas ocasiones a demanda e insistencia de los educadores, con procedimientos de evaluación muy dispersos y no orientadas a la búsqueda de un diagnóstico. Es más, no

es infrecuente encontrar psicólogos que manifiesten que el hecho de realizar evaluaciones sistemáticas a los niños de protección es una forma de estigmatización y de etiquetaje. Este planteamiento, que podría estar muy justificado en las prácticas de la llamada “testología” de los años setenta y ochenta en España, donde se aplicaban numerosas baterías de tests para acabar etiquetando a los niños con diagnósticos únicamente basados en cifras de cociente intelectual y percentiles, hace tiempo que se ha superado. Los resultados de esta investigación muestran claramente la necesidad de realizar diagnósticos tempranos y minuciosos para orientar bien las intervenciones educativas y terapéuticas.

Con esto no se quiere decir que necesariamente deban existir psicólogos en plantillas en los hogares de protección de menores, ya que estas evaluaciones podrían ser realizadas por psicólogos que forman parte de los equipos de los servicios de protección de menores, como parte fundamental del trabajo de evaluación de los casos de desprotección antes de tomar una decisión sobre la medida más apropiada. En algunas comunidades se han contratado equipos de apoyo para la red de hogares y centros de acogida que realizan estas evaluaciones y asesoran y trabajan en equipo con los educadores. En otros casos, los centros más grandes o las entidades que tienen varios hogares disponen de equipos técnicos de apoyo donde se incluyen psicólogos. Así pues, las soluciones pueden ser muy distintas.

Una de las cosas que se ha destacado en la investigación internacional es la desproporción existente, cuando se evalúan casos de desprotección, entre la enorme cantidad de datos e informes que se generan sobre la situación familiar, los padres, vivienda, economía, etc., y la falta de evaluaciones, e incluso de datos, referentes a los propios niños, sobre los cuales se toman decisiones decisivas para sus vidas. A la vista de los resultados de los datos de la investigación que aquí se presenta no puede seguir ignorándose la necesidad de realizar evaluaciones sistemáticas y fiables de la situación de desarrollo y salud mental de los menores en el sistema de protección.

Diversas organizaciones de gran reputación, tanto en el ámbito de la salud mental como en el de la protección a la infancia, han trabajado sobre esta necesidad, incluso elaborando documentos y guías para la intervención. Ya en 2001 la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, conjuntamente con la Child Welfare League of America⁴ formaron un comité conjunto para elaborar guías de trabajo y mejorar la atención a los niños en el sistema de protección. Una de sus principales conclusiones fue la necesidad de disponer de técnicas de detección o screening de trastornos de salud mental que se apliquen de manera generalizada y sistemática a todos los niños y adolescentes que entran en el sistema

4 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and ChildWelfare League of America (2002). AACAP/CWLA policy statement on mental health and substance use screening and assessment of children in foster care. www.aacap.org

de protección. Igualmente se propone una evaluación de seguimiento durante el tiempo en acogimiento, al menos cada año, y de manera muy especial una evaluación antes de finalizar la medida.

En esta Guía se propondrá un protocolo de detección, evaluación y derivación a tratamiento para los niños y adolescentes en acogimiento residencial en Extremadura.

Estrategias de prevención indicada

Los resultados de esta investigación muestran claramente que existe un gran despliegue de recursos y de intervenciones para cubrir las necesidades de tratamiento de salud mental de estos niños y jóvenes. Sin embargo, también revelan inequívocamente que existe un gran sesgo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento a favor de las intervenciones sobre un determinado tipo de trastornos en detrimento de otros. Se diagnostica y se interviene con mucha más frecuencia sobre trastornos que tienen que ver con el grupo de atención y comportamiento perturbador y, en cambio, se han observado deficiencias en la detección y diagnóstico de trastornos de tipo internalizante, especialmente la ansiedad y depresión, que a su vez originan escasas derivaciones para tratamiento.

Con respecto a los problemas de tipo más internalizante hay que recordar que uno de los objetivos de esta investigación era la evaluación específica de la incidencia de problemas relacionados con suicidio. Los resultados muestran claramente que las familias de procedencia presentan una incidencia notable de este tipo de problemas y que cuando se pregunta de manera específica por comportamientos de estos niños y adolescentes que puedan estar relacionados con el suicidio aparece un número de casos muy significativo y que justificaría sobradamente una estrategia de prevención específica.

Desde la perspectiva de la investigación desarrollada en España, e incluso internacional, es muy llamativa la escasa atención que se ha dedicado a este problema, a pesar de que la experiencia de los educadores es que deben enfrentarse a este tipo de conductas con relativa frecuencia. Al menos en la investigación sobre acogimiento residencial publicada en España no hay ningún trabajo que se refiera al problema del suicidio. Los resultados de esta investigación muestran que efectivamente el porcentaje de niños y adolescentes que presentan algún tipo de conducta autolítica requiere una mayor atención.

En consecuencia, se propone una intervención específica de prevención indicada en depresión y suicidio, en la que se podrían incluir otros trastornos internalizantes como la ansiedad. De hecho, los escasos programas de prevención que ya se han diseñado para niños y adolescentes en nuestro país suelen incluir la prevención de la ansiedad y la depresión. Esta estrategia de prevención debería incluir los siguientes aspectos, que son

los que la Guía tratará de abordar:

- ❖ **Formación de todo el personal educativo en aspectos básicos de la psicopatología del niño y del adolescente.** Los educadores deben tener una base de formación en psicología clínica infanto-juvenil que les permita no sólo detectar las situaciones que requieren intervenciones de mayor calado y derivaciones a salud mental, sino comprender el trasfondo complejo de muchos comportamientos perturbadores que se viven como amenazas a la convivencia. En la Guía se incluyen conocimientos básicos sobre psicopatología infantil y adolescente, así como los principales trastornos y su sintomatología, para permitir detección temprana y mejor comunicación con los profesionales. Cuando no se contempla esta formación, el desequilibrio entre las enormes necesidades que presentan los niños y adolescentes y la escasa formación que presentan los educadores conduce a una falta de efectividad en el trabajo educativo, cuando no a la aparición de una gran conflictividad en la convivencia en los hogares.
- ❖ **Detección y evaluación de la depresión y el suicidio.** Cuando existan sospechas de la existencia de un trastorno internalizante relacionado con la depresión o suicidio, deberá realizarse una evaluación en profundidad que incluya el diagnóstico específico de estos aspectos. Esto puede ocurrir sencillamente a partir de la observación de la existencia de factores de riesgo en el contexto familiar, por presentar antecedentes en los padres u otros familiares cercanos. También mediante las pruebas de screening general anteriormente comentadas, o bien a través de la propia observación cotidiana de los educadores. En cualquier caso, se trataría de que los educadores y los profesionales estén especialmente atentos a la aparición de cualquier indicador en este sentido, de manera que deriven de la manera más temprana posible hacia diagnóstico y posible tratamiento.
- ❖ **Programas de prevención aplicados sobre el espacio de la vida cotidiana en los hogares y centros de protección.** Como forma más efectiva de trabajar la prevención de la depresión y el suicidio en esta población, se debería implantar un programa en todos los hogares y centros para trabajar con niños y adolescentes en el espacio de la vida cotidiana. A través de juegos y diversas actividades, adaptados a diversas edades a partir de los seis años y hasta la mayoría de edad, los educadores podrían introducir estas experiencias en las programaciones educativas de los hogares. Debería tratarse de programas sencillos, pero que hayan mostrado su efectividad, y en los que debería recibir formación todo el personal de los centros de acogida. Dependiendo de la composición de los grupos de convivencia y de las edades y problemáticas su aplicación podría tener distintas intensidades y completarse con

otros programas educativos y terapéuticos (habilidades sociales, bienestar personal, habilidades para la vida independiente...). En el capítulo 7 se presentan algunos de estos programas y en el capítulo 6 se presenta un modelo de trabajo educativo basado en aspectos emocionales y sobre conceptos clave como el apego y la resiliencia como forma de crear un ambiente educativo que en sí mismo pueda ser terapéutico.

- ✘ **Estrategias y modelos de trabajo para afrontar situaciones de crisis y conflicto.** Aunque el estudio revela un problema de falta de atención a trastornos internalizantes de graves consecuencias para el futuro de los menores, no deja de ser cierto que la mayor parte de los desórdenes que presenta esta población tienen que ver con comportamientos disruptivos y, en ocasiones, con graves alteraciones antisociales que hacen enormemente difícil el manejo de la convivencia y la vida diaria en los hogares y centros. Resulta por tanto urgente poner en marcha actuaciones que capaciten a los educadores para trabajar en este clima de conflicto mediante una adecuada formación sobre estrategias de actuación y la incorporación en los proyectos educativos de modelos de intervención en crisis que permitan crear un ambiente que reduzca el conflicto y la agresividad. En el capítulo 6 se ofrecen pautas y un modelo concreto de respuestas a situaciones de conflicto.

Centros terapéuticos especializados

Ya hace muchos años que la cuestión de la existencia de centros terapéuticos especializados en la red de acogimiento residencial de protección de menores se ha convertido en un gran debate. En un principio la discusión se centró en lo que suponía de ruptura con respecto a un modelo de hogares normalizadores, de aspecto de convivencia familiar, que había costado tanto trabajo conseguir tras superar las grandes instituciones infantiles. Estos hogares, tratando de representar la vida familiar, partían de la necesidad de reunir en la misma convivencia a niños de diferentes edades y que pudieran tener diversas situaciones personales y familiares. Se entendía que reunir a los que pudieran presentar mayores problemas de comportamiento o trastornos de salud mental en un mismo hogar, apartados de los demás, era una práctica estigmatizante y antinormalizadora.

Desde otra perspectiva, más ampliamente compartida, se consideró poco adecuada la apertura de estos hogares dependiendo del sistema de protección de menores, ya que, en definitiva, venían a ser unidades de tratamiento de salud mental de carácter residencial. Vistas así las cosas, no parecía conveniente que desde un sistema de intervención social se diseñaran programas cuyo contenido entraría de lleno en el campo de la salud mental. Por nuestra experiencia de evaluación de centros de menores en varias comunidades autónomas donde existen

diferentes variedades de este tipo de hogares terapéuticos, podemos afirmar que, efectivamente, estos programas se sitúan en un continuo que va desde las intervenciones estrictamente educativas con ligeros apoyos psicoterapéuticos, hasta el otro extremo donde se ubicarían intervenciones diseñadas desde los profesionales de la salud mental, con predominio de los planteamientos psiquiátricos y psicológicos, complementados por una atención educativa. Entre estos dos extremos cabría situar en forma de continuo toda una variedad de experiencias a lo largo del territorio español.

Este problema de delimitación entre lo que es la intervención socioeducativa propia del acogimiento residencial y la intervención de salud mental de las clínicas infanto-juveniles, hace que en muchas ocasiones nos encontremos con programas donde no está clara la definición ni el planteamiento hacia uno u otro sentido. A ello, recientemente, se ha añadido la denuncia del Defensor del Pueblo a través de su informe de la situación de centros residenciales de protección de menores de carácter terapéutico o de tratamiento de adolescentes con problemas graves de conducta. En este informe se da cuenta de la enorme variedad de diseños y prácticas a que ha dado lugar, incluyendo algunas intervenciones claramente lesivas de los derechos más elementales de los niños y adolescentes, al tratarse de programas donde las técnicas de contención y control de los comportamientos son muy importantes. Cuando estas técnicas no se aplican adecuadamente pueden dar lugar, como este informe detalla, a una enorme variedad de prácticas inadecuadas.

La gran mayoría de este tipo de programas especiales de acogimiento residencial está gestionada por entidades privadas, que se convierten en entidades colaboradoras de la Administración para la prestación del acogimiento residencial de este tipo. La enorme presión que ejerce la red general de acogimiento residencial para que estos casos sean acogidos en centros específicos especiales ha hecho que muchas administraciones hayan abierto este tipo de programas sin comprobar que su diseño sea adecuado y, lo que es más grave, sin supervisar minuciosamente su forma de trabajar. Esta es una de las conclusiones más importantes del citado informe del Defensor del Pueblo en el que, lejos de cuestionar la necesidad de que existan este tipo de hogares más específicos, lo que sí plantea es la enorme responsabilidad que entraña el desarrollo y supervisión de estos programas tan delicados.

En medio de este debate, algunas comunidades autónomas han optado por no disponer en su territorio de centros terapéuticos de este tipo y utilizar recursos privados que se encuentran en otras comunidades autónomas. Este es el caso de la Junta de Extremadura que como hemos visto utiliza centros terapéuticos en cuatro comunidades autónomas diferentes. Cuando los casos que requieren esta atención no son muchos, y su desplazamiento a otra comunidad no interfiere procesos de vinculación con sus familias de origen (por ejemplo visitas), la solución puede resultar

muy efectiva, siempre y cuando las entidades con las que se realizan estos acuerdos presenten una gran seriedad en sus planteamientos y una razonable efectividad en sus tratamientos.

Sin embargo, si estos adolescentes que requieren tratamientos más intensivos, y que como hemos visto tiene mucho que ver con trastornos disociales acompañados de retraso mental, deben mantener contactos con su red familiar y de apoyo dentro de su comunidad, podrían beneficiarse seguramente más si tuvieran tratamientos en su propio territorio. Esta es una valoración importante que se debe sopesar.

En el caso de que se optara por uno o varios hogares de carácter terapéutico, a la vista de los resultados obtenidos en esta investigación, se debería diseñar este programa conjuntamente desde los servicios de protección de menores y los servicios de salud mental. Los datos de este estudio permiten predecir con relativa facilidad la población que necesitaría ser atendida y las necesidades de tratamiento que implican. Este programa debería plantearse como uno o más hogares de pequeño tamaño diseñados desde una perspectiva de intervención intensiva terapéutica y socioeducativa. No parece muy recomendable la apertura de centros con muchas plazas que confirieran a este programa un aspecto de pequeño psiquiátrico, donde las medidas ambientales y de seguridad tuvieran que acabar predominando sobre las intervenciones más individualizadas de tipo terapéutico educativo. La existencia de más de un hogar con seis o siete plazas cada uno permitiría poder derivar a los niños y adolescentes de manera diferenciada según sus edades y diferencias de perfil. Parece que el número de plazas necesarias podría situarse en torno a 20-25.

Por otra parte la experiencia indica que este tipo de recursos debe ubicarse en entornos con espacio al aire libre donde sea posible ofertar actividades novedosas y que puedan permitir una implicación en tareas de tipo laboral (huertos, granjas, talleres diversos...).

La coordinación entre el sistema de protección y el de salud mental

A lo largo de los años en que nuestro equipo viene colaborando con numerosas comunidades autónomas en el apoyo al trabajo de acogimiento residencial, el problema de los niños y adolescentes con trastornos de conducta y de salud mental se ha convertido en uno de los más acuciantes y al que el sistema de protección infantil no encuentra fácil solución. Al mismo tiempo, existe un gran sentimiento de frustración entre muchos profesionales de diferentes territorios al observar que no existen prácticamente acercamientos entre las áreas de salud mental y protección infantil.

Se debe terminar concluyendo que esta es la primera experiencia que se realiza en España en la que desde los servicios de salud mental se haya tenido la sensibilidad de acercarse a colaborar con los servicios de

protección liderando un proyecto para la mejora de la atención y la puesta en marcha de acciones preventivas. Esta iniciativa de los servicios de salud mental de Extremadura debería ser un modelo para el resto de las comunidades y tendría que significar un primer paso en una cooperación permanente e intensa con los servicios de protección a la infancia. Los resultados de este estudio demuestran que la tarea es prioritaria y muy compleja y que sin la coordinación de los dos ámbitos no es posible realizar avances significativos.

Las propuestas que se han realizado en este informe parten del supuesto de esta continuidad en la coordinación entre salud mental y protección de menores. Además, algunos de los indicadores del modo en que los servicios de salud mental vienen prestando atención a estos menores son muy positivos por lo que el punto de partida permite un margen para el optimismo. El hecho de haber realizado esta investigación ya es un gran paso adelante pero lo más importante será poner manos a la obra y desarrollar las propuestas de intervención para el apoyo al desarrollo y el bienestar de estos menores. Esta Guía es uno de los primeros pasos dados para ello.

Síntesis

El objetivo fundamental del estudio fue la evaluación de las necesidades relacionadas con la salud mental de los menores con medidas de acogimiento residencial dependientes de la Junta de Extremadura, con el fin de realizar recomendaciones en cuanto a posibles actuaciones preventivas y terapéuticas.

El estudio se realizó sobre el conjunto de menores, con edad superior a los seis años, atendidos en acogimiento residencial. De la muestra total de 345 menores se separó, para su estudio independiente, a los menores extranjeros no acompañados (54) del resto (291), dadas las enormes diferencias que presentaban ambos grupos en todos los aspectos.

Para la evaluación de la situación de salud mental de estos niños y jóvenes se emplearon varias estrategias:

- Recogida de información a través de los profesionales de los hogares y centros sobre número de menores en tratamiento de salud mental, diagnóstico, atención recibida, contexto familiar, formación y escolarización, motivos y proceso de la intervención de protección.
- Screening para detección de la necesidad de intervención terapéutica en niños y jóvenes mediante cuestionarios aplicados a los educadores de referencia y a los propios menores con edad superior a los once años. Se pretendía con ello detectar casos que, aún no estando siendo tratados, presentaban indicadores clínicos que aconsejarían una intervención terapéutica.
- Evaluación clínica individual en profundidad de aquellos casos detectados a partir de la aplicación de las estrategias anteriores.

De la información relativa al contexto y antecedentes familiares del grupo de 291 menores se deduce la existencia de una serie de indicadores que alertan sobre la gran probabilidad de que existan problemas de salud mental en estos niños y jóvenes:

- Proviene de entornos familiares donde los indicadores de riesgo de problemas de salud mental son muy elevados: en un 51% de casos algún familiar presenta antecedentes de enfermedad mental, en un 14% tienen familiares con historial de conducta suicida y en un 63% hay algún miembro de la familia con trastorno por consumo de alcohol u otra sustancia.
- Solamente un 26% de los padres continúan unidos viviendo en pareja y el promedio de hijos asciende a más de tres. En una de cada cuatro parejas se ha producido violencia de género.
- La mayoría de las situaciones de desprotección vividas por los menores se refieren a casos de negligencia (dos de cada tres), con un 15-20% de problemas de malos tratos más activos, de tipo físico o emocional.

En cuanto a la información obtenida, a partir de los profesionales, sobre la salud mental del mismo grupo de menores, cabe destacar lo siguiente:

- La discapacidad intelectual afecta a un 18% de estos menores (3% en población general para el mismo rango de edad).
- Un 22% está recibiendo tratamiento psicoterapéutico. Por sexos existe una diferencia significativa, ya que precisa tratamiento un 28,4% de varones frente a solamente un 15,4% de mujeres.
- Los diagnósticos más frecuentes son los del grupo de trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador. Existen muy pocos casos con diagnósticos de trastornos del estado de ánimo o ansiedad.
- Más de la mitad acuden a tratamiento a los equipos de salud mental de referencia (63%), aunque algunos lo combinan con la atención en consulta privada. Un 13% recibe tratamiento por profesionales de su propio centro de menores y otro 11% acude únicamente a profesionales privados. Cuando acuden a los equipos de salud mental lo hacen con una frecuencia semanal un 25%, y si se suma esta frecuencia a la quincenal y mensual el porcentaje se eleva a un 57,8%. La valoración que los educadores hacen de la efectividad de estos tratamientos es positiva para cerca de un 70% de los casos.
- Un 8,3% había verbalizado alguna vez pensamientos suicidas, un 5,2% había amenazado con suicidarse y un 3,4% lo había llegado a intentar.
- Respecto al consumo de sustancias adictivas, un 10% consume cannabis y menos del 3% otras sustancias ilegales.

A partir de los datos anteriores fue definido como grupo clínico aquel integrado por quienes cumplieran alguno de los siguientes criterios: estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico, presentar diagnóstico de discapacidad intelectual, manifestar cualquier conducta relacionada con el suicidio o tener problemas graves por consumo de sustancias. Atendiendo a dichos criterios, y teniendo en cuenta la información recabada por profesionales, 109 menores en acogimiento residencial, un 37,5% de la muestra inicial de 291, presentaría problemas que requieren tratamiento terapéutico y serían susceptibles de formar parte del grupo clínico.

No obstante, tras la aplicación en la fase de screening de un cuestionario de detección de problemas de conducta, cabe destacar lo siguiente:

- En la prueba que completaron los educadores de referencia sobre cada uno de los niños y jóvenes se obtiene un 35% de casos con problemas de tipo externalizante (hiperactividad, agresividad, conducta antisocial...) que alcanzan rango clínico, es decir, que necesitarían una intervención terapéutica. En cambio, los problemas internalizantes (ansiedad, depresión, aislamiento...) solamente alcanzan rango clínico en un 14% de todos los niños y adolescentes.
- En la prueba completada por los propios adolescentes coincide un nivel de problemas externalizantes muy similar, pero los problemas internalizantes alcanzan en un 27% rango clínico, duplicando el resultado obtenido por

los educadores.

- Los educadores detectan con facilidad los problemas más observables o externalizantes de los niños y adolescentes pero tienen más dificultad para detectar los trastornos internalizantes, lo que podría suponer que se estén derivando a tratamiento con más frecuencia a los niños y adolescentes con problemas de conducta más observables y se esté prestando menos atención a aquellos con problemas más internos que, sin embargo, requerirían igualmente ayuda.
- Con este método de screening se pudo identificar 82 niños y adolescentes que obtienen puntuaciones de rango clínico en alguno de los dos cuestionarios, y que no estaban incluidos en los 109 ya detectados por los profesionales como casos clínicos, por lo que sumados a éstos darían un total de 191 casos que podrían estar necesitando atención terapéutica, esto es, un 66% de la muestra de 291 inicial. Aunque este dato puede parecer elevado, diversos estudios realizados en otros países presentan cifras de entre un 40 y un 80% de menores en protección que necesitarían tratamiento por problemas de salud mental.

Posteriormente se realizó una evaluación clínica individual de 89 niños y jóvenes del total de 191 casos anteriormente mencionado. Los resultados más significativos son los siguientes:

- Se confirma que los trastornos del grupo de déficit de atención y comportamiento perturbador son los más frecuentes, afectando a cerca de la mitad de la muestra evaluada. Dentro de ese grupo se encontraron 19 diagnósticos de trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, 7 de trastorno disocial, 6 de trastorno negativista desafiante y 5 de trastorno no especificado, lo que resulta de especial interés conocer por suponer estos resultados un gran reto para el trabajo educativo en los centros de menores.
- De enorme importancia para el estudio resulta el hecho de que el diagnóstico individual hiciera aflorar un buen número de trastornos internalizantes que habían pasado desapercibidos anteriormente. Nueve menores presentaron trastornos de ansiedad, categoría de la que prácticamente no había ningún caso previamente detectado. Igualmente, aparecen en varios casos trastornos adaptativos con un componente depresivo. Estos datos vienen a ratificar la conclusión anterior acerca de la mayor detección e importancia que se le da a los trastornos externalizantes frente a los internalizantes.
- Prácticamente todos los casos evaluados de forma individual que se habían detectado mediante técnicas de screening y que, por lo tanto, no estaban considerados a priori como necesitados de tratamiento, resultaron con un diagnóstico clínico que requeriría de intervención terapéutica.

En cuanto al grupo de 54 menores extranjeros no acompañados, las específicas características del mismo, como el hecho de que la intervención protectora no responde a situaciones de maltrato familiar, podía hacer prever la obtención de diferentes resultados

que en el resto. En este grupo la incidencia de trastornos de salud mental detectada por los profesionales se eleva solamente a algo más de un 5%, no presentándose ningún caso de discapacidad intelectual. Se requeriría de un estudio específico con esta población ya que los instrumentos de evaluación habituales pueden tener problemas de validez debido a problemas culturales y de idioma.

Por último, un total de 14 menores se encontraban acogidos en centros terapéuticos de otras comunidades autónomas. Se pudo recoger información de 10 de ellos, los cuales presentaban una problemática bastante homogénea: trastornos disociales combinados en ocasiones con retraso mental, o trastorno psicótico y autista que también cursaba con retraso. La mayoría eran varones y se encontraban en la adolescencia tardía. Se concluye que un 4% del total de menores acogidos por la junta de Extremadura requiere este tipo de tratamiento especializado que, en el momento del estudio, estaba solamente disponible fuera de la comunidad autónoma.

Como principales implicaciones del estudio hay que destacar las siguientes:

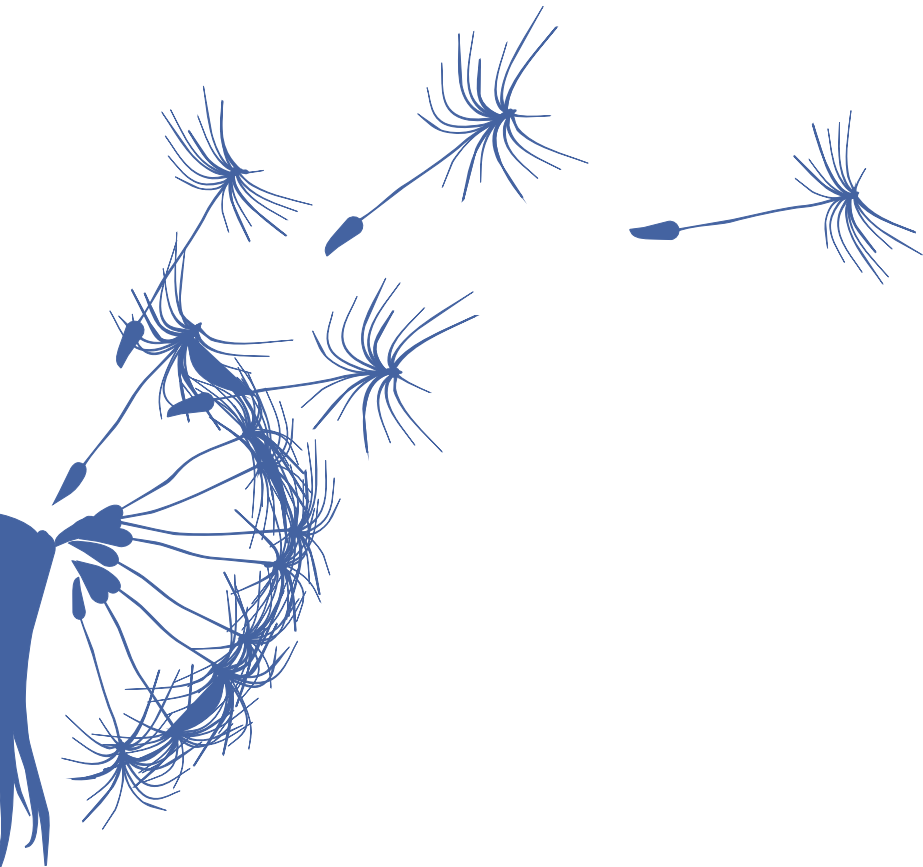
- Se requiere una evaluación psicológica sistemática de todos los menores que entran en el sistema de protección garantizando la detección de sus necesidades, tanto para desarrollar actuaciones preventivas y terapéuticas como para establecer una línea base que permitiría evaluar los resultados y la evolución de las intervenciones que se realizaran durante el período de protección.
- Dada la gran incidencia de problemas de salud mental en esta población, se debería implantar un programa de prevención indicada sobre trastornos de ansiedad y depresión, que han demostrado estar escasamente detectados y tratados.
- El personal de atención socioeducativa de hogares y centros debería contar con formación en aspectos básicos de psicopatología de la infancia y adolescencia para poder comprender mejor la población a la que atienden y ser parte muy activa en los procesos de detección, evaluación e intervención que se deben poner en marcha. Además de contenidos sobre aspectos internalizantes, como ansiedad y depresión, debería trabajarse especialmente el manejo de situaciones de conflicto y agresión, ya que son el principal tipo de trastorno conductual de la población atendida.
- El sistema de protección infantil y la red de salud mental deben trabajar de manera coordinada para la correcta cobertura de las necesidades de esta población infantil y adolescente. En el caso de que se pusiera en marcha un centro específico de acogimiento de tipo terapéutico para los casos más graves, las indicaciones y el apoyo de los servicios de salud mental de esta comunidad sobre su diseño y desarrollo son fundamentales.

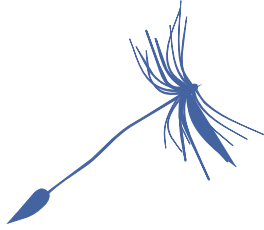




CAP. 4

La detección de trastornos mentales y el protocolo de evaluación





En este capítulo se presentará una breve descripción de los principales trastornos que afectan a las etapas de la infancia y la adolescencia. El conocimiento de estos trastornos por parte de los educadores y personal que trabaja en acogimiento residencial, aunque sea a un nivel básico, permitirá detectar de la manera más temprana posible estos problemas y solicitar la ayuda especializada precisa. Complementariamente a este conocimiento por parte del personal de los hogares y centros de protección, se tendrá que establecer el mecanismo de coordinación pertinente para derivar los casos detectados a un profesional que pueda realizar una evaluación en profundidad y decidir la necesidad de los apoyos e intervenciones adecuados.

Es muy importante aclarar que este capítulo no tiene por objetivo dotar a los educadores de los conocimientos necesarios para elaborar diagnósticos. Solamente los profesionales de la psicología y la psiquiatría deben realizar evaluaciones diagnósticas y tomar decisiones sobre la necesidad de realizar tratamientos. El objetivo de este apartado es orientar a los educadores para que, mediante la observación que realizan en el espacio de la vida cotidiana sobre los niños y adolescentes, puedan estar alerta y detectar comportamientos que pueden ser indicativos de un trastorno. Es crucial que los educadores se planteen, por ejemplo, si detrás de conductas que en principio pueden parecer destinadas a retar o enfrentarse a los adultos, puede haber un problema de ansiedad o incluso de depresión; o si tras manifestaciones de falta de interés por el estudio y de dificultades para seguir las normas y las obligaciones no pudiera haber un trastorno de atención.

El objetivo de esta unidad es dotar de conocimientos a los educadores para poder interpretar de una manera más justa y más realista los comportamientos preocupantes que presentan muchos de los niños y adolescentes bajo su cuidado. A fin de cuentas, gran parte de las reacciones de los educadores hacia los menores están determinadas por las atribuciones que hacen sobre sus conductas. Se trata de ayudar a entender la variedad de comportamientos poco adaptativos que pueden presentar estos niños y adolescentes, así como aprender a mirar más allá de la conducta inmediata. Esto significa plantearse si esos comportamientos forman parte de un problema en el que existe un componente importante de sufrimiento personal que requiere unas estrategias y unos apoyos adecuadamente planificados.

Clasificación de los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia

Como ya se ha explicado en el capítulo anterior sobre salud mental infanto-juvenil, los sistemas de categorías de trastornos elaborados por diversos organismos tratan de ser muy exhaustivos y, por tanto, resultan muy complejos. Para facilitar la lectura y uso de esta Guía hemos optado por presentar los trastornos más importantes enmarcados en cinco grandes grupos:

- ❖ **Retrasos del desarrollo:** en el que se incluirían la discapacidad intelectual y algunos trastornos del desarrollo generalizado como el autismo.
- ❖ **Trastornos externalizantes:** incluye problemas cuya expresión es fácilmente observable por tener una manifestación fundamentalmente motora (hiperactividad), relacionada con la ejecución de tareas (déficit de atención) o con las relaciones con los demás (oposición, agresividad, delincuencia, etc.).
- ❖ **Trastornos internalizantes:** en este caso los problemas afectan principalmente al mundo interior emocional y cognitivo de los niños y adolescentes, siendo los principales problemas la ansiedad y la depresión.
- ❖ **Trastornos psicóticos:** grupo de trastornos de especial gravedad en el que se incluye la esquizofrenia.
- ❖ **Trastornos de la alimentación y la eliminación:** problemas con un fuerte componente físico, afectando a funciones básicas del organismo. Entre los más importantes y característicos de la infancia estarían los problemas del control de esfínteres (enuresis y encopresis) y, a partir de la adolescencia, los trastornos de la alimentación como la anorexia.

Los manuales de clasificación de trastornos mentales son extraordinariamente complejos. Para simplificar la presentación en esta Guía se han agrupado en cinco categorías que pueden resultar clarificadoras.

A continuación se presentan los trastornos más importantes mediante una definición y la sintomatología a la que los profesionales deberían estar atentos para una temprana detección. Para el desarrollo de este capítulo seguiremos el manual de trastornos DSM-IV-TR¹ del que ya se habló en el capítulo anterior.

1 First, M., Frances, A. y Pincus, H. (2005) DSM-IV-TR. Guía de uso. Barcelona: Masson.

Retrasos del desarrollo

Uno de los problemas que con mayor frecuencia afecta a los menores de edad con medidas de protección es el que tiene que ver con diversos retrasos en su desarrollo, como se ha podido observar en los resultados del estudio llevado a cabo en la población acogida en centros y hogares de protección de menores de Extremadura. En este apartado se presentará la discapacidad intelectual o retraso mental y los retrasos generalizados del desarrollo.

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual se define por la presencia de una capacidad intelectual baja y un déficit en la actividad adaptativa. Los factores etiológicos o causas más frecuentes son las alteraciones cromosómicas, la exposición perinatal a sustancias o tóxicos, problemas perinatales, influencias ambientales, enfermedades innatas o enfermedades que han tenido lugar durante la lactancia o la primera infancia.

Lo más destacable de los criterios diagnósticos es el protagonismo que se ha ido restando a las puntuaciones del CI, de modo que no se basa solamente en la puntuación de las escalas de inteligencia, sino en el deterioro de la actividad adaptativa.

El diagnóstico de discapacidad intelectual no se basa solo en el CI (inferior a 70) sino en un deterioro de la actividad adaptativa en algunas áreas como la comunicación, autocontrol, vida doméstica, etc.

No obstante, los diferentes niveles de discapacidad siguen estableciéndose en relación a las puntuaciones obtenidas en el CI:

- ✘ Discapacidad **leve**: entre 50-55 y aproximadamente 70.
- ✘ Discapacidad **moderada**: entre 35-40 y 50-55.
- ✘ Discapacidad **grave**: entre 20-25 y 35-40.
- ✘ Discapacidad **profunda**: CI inferior a 20-25.

Criterios diagnósticos para discapacidad intelectual (retraso mental)

Tienen que concurrir tres criterios para poder alcanzar el diagnóstico de discapacidad intelectual:

- **Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio.** Se establece en un CI (cociente intelectual) de 70 puntos o inferior en una prueba de inteligencia administrada individualmente.
- **Déficit o alteraciones de la actividad adaptativa actual**, por lo menos en dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. La conducta adaptativa se define como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.
- **El inicio es anterior a los 18 años.**

Aunque no se contempla como un diagnóstico de trastorno mental, se utiliza en ocasiones el término de **inteligencia límite o borderline**, para hacer referencia a un CI entre 71 y 84. En estos casos se trata de una capacidad intelectual ligeramente por debajo del promedio y que suele afectar también de manera leve a las capacidades funcionales de la vida diaria.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

Según los datos del estudio realizado en los centros y hogares de la Junta de Extremadura, uno de cada cuatro menores acogido presenta un diagnóstico de discapacidad intelectual, la inmensa mayoría de ellos en su nivel leve. Los educadores que desarrollan su trabajo en acogimiento residencial saben por experiencia propia la importancia de la atención a este grupo y la cantidad de recursos que se deben movilizar, siendo probable que tengan que asistir a centros de educación especial o requerir adaptaciones curriculares. La responsabilidad más importante de los profesionales, sobre todo con los niños más pequeños, es la detección temprana, para poder comenzar un trabajo de rehabilitación y de estimulación lo antes posible. Los educadores, por su posibilidad de observar a los niños en una gran variedad de comportamientos de la vida diaria, tienen una posición privilegiada para detectar las dificultades que puedan tener en estas conductas adaptativas: alimentación, autocuidados, comunicación, habilidades sociales, etc. La supervisión estrecha que los educadores suelen realizar del comportamiento escolar mediante contacto con los profesores tutores, les permite valorar el rendimiento escolar y la integración social en ese contexto.

Una vez valorada la discapacidad, es muy importante el papel que los educadores pueden llegar a desempeñar en alcanzar el mayor nivel posible de desenvolvimiento en estas tareas de la vida diaria. Éstos niños deberían de tener un Proyecto Educativo Individual que, asesorado por un especialista, incluya el refuerzo de sus comportamientos adaptativos y el apoyo para que alcancen los máximos rendimientos.

Se debe tener en cuenta que las experiencias características de los niños que requieren medidas de protección suelen incluir el crecimiento en ambientes muy empobrecidos, con una significativa falta de estimulación. Existe una gran coincidencia entre diversos estudios al señalar la negligencia como el motivo más frecuente de intervención en protección infantil. Esta negligencia, entendida como la falta de atención a las necesidades más básicas del niño, suelen incluir la falta de respuesta a sus demandas de contacto y relación, por lo que su estimulación en aspectos como el lenguaje, el juego o las relaciones sociales es muy pobre. En consecuencia, es muy habitual que los niños acogidos presenten problemas de desarrollo de muy diverso tipo, haciendo necesario un buen diagnóstico para diferenciar retrasos debidos a falta de estimulación ambiental de otros problemas más graves diagnosticados como discapacidad intelectual.

En cualquier caso, para ambos cabe pensar que la detección temprana de sus problemas de desarrollo y una intervención de apoyo y rehabilitadora bien planificada redundará en que su experiencia al pasar por un acogimiento residencial suponga un enriquecimiento y una mejora de su desarrollo.

Trastornos generalizados del desarrollo

Estos trastornos se caracterizan por la aparición de los primeros años de vida de alteraciones graves de la interacción social y de la comunicación, y por la presencia de comportamientos inflexibles o limitados. El más característico y mejor estudiado de ellos es el trastorno autista, al que nos referiremos, pero en esta categoría se encuadrarían otros como el trastorno de Asperger.

Autismo

El autismo es un trastorno muy grave y muy complejo, como se puede deducir de los criterios diagnósticos.

Criterios diagnósticos para el autismo

Los criterios para un diagnóstico de trastorno autista establecen dos condiciones:

1. En primer lugar, se requiere un considerable y característico **deterioro de tres áreas de actividad específicas:**

a) Interacción social:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como el contacto ocular expresión facial y posturas corporales.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
- Ausencia de tendencias espontáneas para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.
- Falta de reciprocidad social o emocional.

b) Comunicación:

- Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral en personas con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación.
- Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrático.
- Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

c) Repertorio de intereses y comportamientos:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad o en su objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar las manos, los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por partes de objetos.

Criterios diagnósticos para el autismo (cont)

2. En segundo lugar, *el inicio del trastorno debe ser anterior a la edad de 3 años.*

En general, **los niños con trastorno autista presentan una acusada intolerancia al cambio**, insisten en que las cosas se hagan repetitiva y exactamente igual y pueden tener una intensa focalización de la atención en temas concretos (por ejemplo, horarios de trenes) o presentar habilidades como la memorización de números de teléfono hasta el punto de excluir cualquier otra cosa.

El trastorno de Asperger presenta el acusado deterioro de la interacción social y los comportamientos restrictivos y estereotipados característicos del trastorno autista, pero no sufren retrasos en el desarrollo del lenguaje. De hecho, suelen presentar una inteligencia normal o incluso superior a la media y el problema se suele manifestar de forma bastante diferente en cada persona, aunque todos tienen en común las dificultades para la interacción social, especialmente con personas de su misma edad, así como dificultades para la abstracción de conceptos, interpretación literal del lenguaje, dificultades en las funciones ejecutivas y de planificación, y en la interpretación de los sentimientos y emociones ajenos y propios.

El autismo afecta a 10-15 personas por cada 10.000. El trastorno autista suele requerir un tipo de acogimiento especializado por la intensa atención que precisa.

AUTISMO Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

La atención a niños autistas en centros y hogares de protección encierra unas dificultades enormes, como cabe suponer por las características que se detallan en los criterios diagnósticos. La convivencia en grupo, habitualmente numeroso, y en el que se suelen dar muchas otras variadas problemáticas hace muy difícil poder dedicar la atención que estos niños requieren. Lo más habitual es que estén acogidos en centros especializados, como ocurre de hecho en los casos que dependen de la Junta de Extremadura. Otra solución sería el acogimiento familiar especial, aunque no es necesario mencionar la gran dificultad que encierra encontrar familias dispuestas a atender a niños con estas características.

Como en otros trastornos, el papel de los educadores y otros profesionales puede resultar de especial importancia para detectar estos trastornos en las edades más tempranas, donde se comienzan a manifestar, y poner en marcha los mecanismos de diagnóstico e intervención adecuados.

Trastornos externalizantes

Los problemas de conducta en niños y adolescentes pueden tener mucho que ver con la experiencia de una crianza familiar negligente con ausencia de límites e inconsistente.

Desde hace casi dos décadas los educadores y el personal que desarrolla su trabajo en acogimiento residencial viene alertando sobre las enormes dificultades que plantean los menores atendidos, especialmente los adolescentes. La principal queja se refiere a la alta frecuencia de comportamientos disruptivos, en gran parte relacionados con desobediencia, conflictividad y violencia. El hecho de que en los pequeños hogares de tipo familiar convivan habitualmente un número relativamente elevado de menores (7-10), con edades y problemáticas muy diversas, hace que este tipo de comportamientos se complique por mecanismos de imitación y por la repercusión que tienen en el grupo. Por otra parte, es habitual que los turnos de estos hogares dispongan a lo sumo de dos educadores para la atención a todo el grupo en los momentos de mayor presencia y que en muchos momentos de la semana trabaje una sola persona, lo que añade mayores dificultades.

Es muy importante tener en cuenta estas condiciones de trabajo en los centros y hogares de protección y pensar que en muchas ocasiones las conductas disruptivas pueden estar facilitadas o potenciadas por el tipo de ambiente que hemos construido, con niños y jóvenes con necesidades muy diferentes y escasos recursos de atención adulta. Por otro lado, las experiencias de crianza de muchos menores en protección tienen que ver con la falta de control por parte de los padres y una disciplina errática e inconsistente, con la consecuencia muy lógica de graves problemas para aceptar las normas y desarrollar el autocontrol.

Esta actitud autocrítica es esencial para diferenciar lo que es un trastorno de lo que son comportamientos o reacciones desencadenadas por la convivencia en hogares de protección. En este grupo de trastornos externalizados se presentarán el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. Estos tres trastornos se encuentran encuadrados en el DSM-IV-TR en el grupo de **trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador**

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La prevalencia del TDAH se cifra en torno al 5% de la población infantil y los varones tienen una proporción de 4/1 frente a las niñas.

Este trastorno ha sido objeto de una considerable controversia, tanto por los límites de lo que debe ser considerado normal, como por la inclusión dentro de un mismo trastorno de dos tipos de problemas diferentes. Sobre los límites se ha discutido mucho acerca de los peligros de definir un umbral excesivamente bajo que incrementara artificialmente la prevalencia de este trastorno, de manera que muchos niños acaban recibiendo un diagnóstico y unos tratamientos innecesarios. Por otra parte, un umbral excesivamente alto produciría una falta de detección y de tratamientos adecuados, haciendo que los niños sean considerados

perezosos o con problemas intelectuales cuando en realidad tienen un problema de atención.

En cuanto a la cuestión de los dos componentes del trastorno, el DSM-IV-TR ha mantenido este rótulo que incluye un componente más cognitivo de atención junto a otro más psicomotor como la hiperactividad. El diagnóstico final permitirá establecer si se da un tipo combinado, en el que están presentes los dos aspectos, o bien existe predominio de uno de los dos.

Criterios diagnósticos para TDAH

Los criterios que se establecen para el diagnóstico del TDAH son los siguientes:

1. Síntomas persistentes, por lo menos durante seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo en las siguientes tres áreas:

a) Desatención (seis o más de los siguientes síntomas)

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones, sin que se deba a comportamiento negativista o incapacidad.
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

b) Hiperactividad (seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad)

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

- A menudo habla en exceso.

c) Impulsividad

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo: se entromete en conversaciones o juegos).

2. *Algunos de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años de edad.*
3. *Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo en la escuela y en casa).*
4. *Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.*
5. *Estos síntomas no se deben a un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico ni se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disociativo o un trastorno de la personalidad).*

Cuando se presentan síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad se habla de un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado**. En el caso de que sólo se aprecien síntomas en uno de los dos aspectos se hablará de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con **predominio de déficit de atención, o con predominio hiperactivo-impulsivo**.

Desde una perspectiva evolutiva el trastorno es cambiante. En los primeros años, en niños más pequeños, la hiperactividad y la inatención son los síntomas característicos. Al pasar a la adolescencia la hiperactividad decrece, la inatención se mantiene y aumentan las conductas de impulsividad, especialmente en varones.

TDHA Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

En el estudio realizado en Extremadura el TDAH ha resultado el trastorno más frecuente, como cabría esperar por lo que se conoce de otras investigaciones nacionales e internacionales.

Los educadores son una figura clave para poder detectar estos trastornos mediante la observación continua de la vida cotidiana y la información que pueden recoger del comportamiento en el ámbito escolar o familiar (cuando hay contacto con los padres).

Muchos niños pequeños dan la impresión de ser excesivamente activos, lo que se agudiza especialmente cuando los educadores atienden a un grupo numeroso. Sin embargo, este diagnóstico sólo debe sospecharse cuando la hiperactividad sea claramente excesiva comparada con la actividad de los niños del mismo nivel de desarrollo o cuando persiste más allá de la edad esperable. También debe de

TDAH Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO (CONT.)

tenerse en cuenta que en los adolescentes la desatención suele manifestarse por frecuentes cambios de tema a lo largo de la conversación, por no escuchar lo que dicen los demás y por no prestar atención a los detalles.

Estas claves pueden ayudar al educador a sospechar de la existencia de un TDAH, recordando siempre que uno de los criterios es que debe un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral, lo que permite diferenciar este trastorno de manifestaciones más o menos normales de los niños en su curso evolutivo.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es que los niños con TDAH pueden volverse negativistas como consecuencia del sentimiento de frustración por el mal rendimiento derivado de su incapacidad para concentrarse en las tareas. De este hecho se extraen dos conclusiones muy importantes para el trabajo de los educadores: por un lado, se debe observar cuidadosamente, en los adolescentes con actitudes muy negativistas, si pudiera existir un problema de atención o impulsividad que actuaría como causa; en segundo lugar, la necesidad de una detección temprana del TDAH que permita realizar un buen diagnóstico y tratamiento que evite posteriormente entrar en la espiral de problemas de conducta.

Trastorno disocial

Este es uno de los trastornos sobre el que ha habido mayores y más importantes discrepancias a la hora de ser definido como un trastorno mental. Se ha argumentado que los comportamientos a los que se refieren los síntomas son más bien el resultado de la falta de responsabilidad personal y que no está claro si se puede aplicar este criterio de trastorno mental a personas que han crecido en barrios en los que la actividad criminal es endémica.

En definitiva, se está debatiendo si se trata de un trastorno individual o más bien es el resultado de un problema social, o un fracaso moral, y de lo injusto que puede resultar etiquetar como trastorno mental lo que podría ser la consecuencia de la falta de oportunidades y ciertos aprendizajes sociales en contextos donde la delincuencia podría considerarse casi normativa. No obstante, el trastorno se mantiene en el manual DSM-IV-TR y tiene una entidad muy clara en su sintomatología, más allá de las discusiones acerca de las causas.

Criterios diagnósticos para el trastorno disocial

Los criterios para el diagnóstico del trastorno disocial son los siguientes:

1. **Existe un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad**, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

a) Agresión a personas y animales

- A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- A menudo inicia peleas físicas.
- Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo: una botella, ladrillo o navaja).
- Ha manifestado crueldad física con personas.
- Ha manifestado crueldad física con animales.
- Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo: ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada).
- Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

b) Destrucción de la propiedad

- Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

c) Fraudulencia o robo

- Ha violentado el lugar, la casa o el automóvil de otra persona.
- A menudo miente para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros).
- Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (por ejemplo: robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

d) Violaciones graves de normas

- A menudo permanece fuera de casa de noche, a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en uno sustitutivo (o solo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
- Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

2. La alteración del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Se suele detallar en el diagnóstico si se trata de **inicio infantil**, cuando al menos una de las características del trastorno aparece antes de los 10 años de edad; **inicio adolescente**, cuando no existía ninguna característica antes de los 10 años; y de **inicio no especificado** cuando no se conoce el comienzo.

Se considera que el trastorno disocial tiene una prevalencia del 1-10% de la población infantil, con proporción 4/1 mayor en varones.

Igualmente se suele especificar la gravedad, diagnosticándose como **leve** cuando pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o cuando sólo causan daños mínimos a otros; **grave**, cuando varios problemas exceden de los requeridos y causan daños considerables a otros; y **moderado** cuando tanto el número de problemas como su efecto sobre otras personas se sitúan entre las dos categorías anteriores.

TRASTORNO SOCIAL Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

Los educadores deben de ser muy conscientes de que los problemas ocasionales de comportamiento forman parte de la infancia normal. El diagnóstico de trastorno disocial se debe reservar sólo para los niños y adolescentes que presentan un patrón establecido de comportamiento antisocial. Para ello se requiere que los comportamientos que lo definen aparezcan juntos durante un período de 12 meses y de forma repetitiva y persistente.

Cuando este tipo de trastorno ocurre en la edad adulta, se habla de un trastorno antisocial de la personalidad, reservando el término disocial para los menores de 18 años. Aunque el trastorno disocial en la infancia o la adolescencia puede ser el precursor del trastorno antisocial adulto, solo alrededor de un tercio de las personas con trastorno disocial evolucionarán de ese modo.

Los educadores deben tener presente esta expectativa de una corrección y de una evolución positiva y de que el hecho de desarrollar o no problemas antisociales en la época adulta tiene mucho que ver con el tipo de educación, de ambiente y de intervención que le dispensemos.

Las investigaciones científicas también ponen de manifiesto que el mayor indicador de mal pronóstico a largo plazo es el inicio de los síntomas del trastorno disocial antes de que la persona tenga 10 años de edad. Suele tratarse de un inicio infantil en niños de sexo masculino, agresivos físicamente hacia los demás y con relaciones problemáticas con sus compañeros. Dada la dificultad de su tratamiento y su difícil pronóstico, conviene que estos niños se beneficien de una detección temprana y una adecuada intervención terapéutica.

Trastorno negativista desafiante

Este trastorno puede considerarse como una forma más leve del trastorno disocial que se acaba de revisar. No es infrecuente que adolescentes que desarrollan un trastorno disocial tengan antecedentes de trastorno negativista en años anteriores y, en este sentido, se podría considerar una etapa anterior más moderada. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno negativista no evolucionan hacia el disocial.

Criterios diagnósticos para el trastorno negativista desafiante

1. ***Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos:***
 - A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 - A menudo discute con adultos.
 - A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
 - A menudo molesta deliberadamente otras personas.
 - A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 - A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.

- A menudo es colérico y resentido.
- A menudo es rencoroso o vengativo.

2. La alteración del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

3. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o un trastorno del estado de ánimo.

4. No se cumplen los criterios de trastorno disocial .

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

Se debe recordar que su cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en niños y adolescentes de edad y nivel de desarrollo comparables. Además, como en otros trastornos anteriores, se debe de cumplir el criterio de que exista un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

Mientras que para los padres puede resultar difícil distinguir cuando sus hijos presentan un nivel significativamente elevado, ya que habitualmente no disponen de una experiencia amplia comparativa, para los educadores de hogares de protección puede resultar más sencillo, a medida que adquieren experiencia, valorar cuando estos problemas en un determinado niño o adolescente se salen de lo normal.

Este trastorno hace referencia a un tipo de problemas muy habituales en el trabajo cotidiano en acogimiento residencial. La intervención educativa con grupos más o menos numerosos exige el establecimiento de normas de convivencia detalladas, así como la distribución de responsabilidades y tareas de mantenimiento de la vida diaria del hogar. En este escenario es relativamente fácil que aparezcan situaciones en las que los niños y adolescentes se niegan a cumplir con esas tareas o tengan problemas para acatar las normas de convivencia.

Es crucial que los educadores sean muy autocríticos con sus normas y sus planificaciones de manera que se reduzca la posibilidad de que las conductas negativistas o desobedientes sean una consecuencia o una reacción a normas excesivamente rígidas y actividades poco flexibles.

La falta de consistencia entre las personas del equipo educativo a la hora de aplicar las normas y sus consecuencias también puede ser una fuente enorme de conflictos con los niños y adolescentes. Un caso relativamente frecuente es el de personal educativo con escasa experiencia que puede reaccionar inadecuadamente, de un modo excesivamente autoritario o agresivo, ante los desafíos característicos de los adolescentes, involucrándose en escaladas de violencia que pueden alcanzar cotas muy peligrosas.

En definitiva, cuando existan comportamientos negativistas y desafiantes los equipos educativos deberán analizar si la propia gestión de las normas y la convivencia del hogar puede estar contribuyendo a estas reacciones. Si no fuera así, será importante como en los casos anteriores detectarlo lo antes posible y evitar que evolucionen hacia trastornos disociales posteriores.

En el capítulo 6 de esta Guía se mostrarán orientaciones prácticas para afrontar este tipo de problemas de conducta.

problemas psicológicos que se manifiestan fundamentalmente en la experiencia privada, interna, y que tienen que ver principalmente con el mundo cognitivo y emocional de la persona. Frente a los trastornos externalizantes que suponen problemas claramente observables, por consistir en comportamientos de tipo motor o afectar fundamentalmente a las relaciones con los demás y la ejecución de ciertas actividades, los trastornos internalizantes plantean el gran problema de su detección, ya que el niño o adolescente puede sufrirlos sin expresarlos exteriormente.

Sin embargo, los problemas internalizados también tienen sus correlatos observables y el inconveniente más bien está en que la detección por parte de los padres o educadores requiere un esfuerzo adicional para observar de un modo más cuidadoso y, sobre todo, por establecer una relación de confianza y afecto que permita la comunicación de los problemas más personales por parte del niño o adolescente.

Una de las conclusiones más importantes del estudio realizado en hogares y centros de la Junta de Extremadura es que existía un buen número de niños y adolescentes que mostraron indicadores elevados de problemas como la ansiedad o la depresión que para los educadores estaban pasando desapercibidos. La gran mayoría de los menores que estaban recibiendo atención en salud mental lo hacía debido a problemas de tipo externalizante que los educadores valoraban como muy preocupantes. En cambio, los trastornos internalizantes que el estudio pudo detectar mediante cuestionarios o autoinformes aplicados a los adolescentes no eran igualmente visibles para sus educadores.

Este apartado pretende alertar de la sintomatología de los problemas más importantes de tipo internalizante que los educadores deberían tratar de detectar con especial interés.

Una diferencia entre los trastornos externalizantes y los internalizantes es que los primeros son muy característicos de la infancia y adolescencia. Aunque cabe hablar de hiperactividad y trastornos de atención en adultos, ya hemos visto que se requiere su inicio en la infancia para elaborar el diagnóstico. Tanto el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, como el trastorno disocial o el trastorno negativista, se encuadran en el grupo de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia del manual DSM-IV-TR.

En cambio, los trastornos internalizantes más importantes no son específicos de la niñez y la adolescencia y los criterios diagnósticos son los mismos que para los adultos. Además, la variedad de trastornos es muy amplia y sus categorías mucho más complejas, por lo que forzosamente hemos de simplificar en una Guía como esta. Nuestro objetivo se limitará a presentar los dos problemas internalizantes más frecuentes en niños y jóvenes: la ansiedad y la depresión. Ambos son extremadamente importantes, pero, si cabe, el segundo debe requerir mayor atención ya

Frente a los trastornos externalizantes, más visibles para los educadores, los internalizantes requieren un buen conocimiento de la sintomatología y una actitud de observación minuciosa.

que en sus manifestaciones más graves puede desencadenar conductas de suicidio, uno de los grandes problemas de la salud mental en la adolescencia.

Trastornos depresivos

La depresión se encuadra entre los trastornos del estado de ánimo, definiendo éste como un patrón de comportamientos observables que son la expresión de sentimientos (emociones) experimentados subjetivamente. La tristeza, la alegría o la cólera son ejemplos usuales de estados de ánimo. Por consiguiente, los estados de ánimo son muy variables, pero el trastorno del estado de ánimo se limita tradicionalmente a las personas con un estado de ánimo francamente depresivo o, por el contrario, elevado o irritable.

El estado de ánimo excesivamente elevado hace referencia al **episodio maníaco** en el que las personas tienen una energía desbordante, un juicio de realidad notablemente distorsionado y una conciencia de enfermedad prácticamente nula, implicándose a menudo en numerosos problemas. Sus síntomas más característicos son una autoestima exagerada o grandiosidad, la disminución de la necesidad de dormir, la tendencia a hablar mucho o verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distraibilidad, agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo: enzarzarse en compras irrefrenables o inversiones económicas inadecuadas). **Los trastornos del estado de ánimo de tipo bipolar** se refieren precisamente a la manifestación de episodios depresivos y maníacos que se alternan en la misma persona.

La prevalencia en población infantil se cifra en un 2% para la depresión mayor y un 4-7% para la distimia. En la adolescencia el porcentaje alcanza a un 5% y se hace más frecuente entre las chicas.

Por su importancia, nos centraremos en el trastorno depresivo en la infancia y adolescencia. **Existen dos diagnósticos fundamentales de la depresión: el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.** Este último se entiende como una forma de depresión cuyos síntomas son menos graves y con tendencia a la cronicidad.

Crterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor

1. **Para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor se tiene en cuenta la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas** durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa (episodio depresivo). En cualquier caso, **uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo depresivo o bien la pérdida de interés o de la capacidad para el placer.** Los posibles síntomas son los siguientes:

- Estado de ánimo depresivo en la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica la propia persona (por ejemplo se siente

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (cont.)

triste o vacía) o de la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi cada día (según refiere la propia persona u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnias casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud por estar enlentecido).
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

2. *Se requiere que los síntomas provoquen un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona (en niños y adolescentes, actividades escolares).*
3. *Los síntomas no se deben a un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido; en este caso, se debe pensar en un trastorno depresivo cuando los síntomas persisten más de dos meses o se da una acusada incapacidad funcional o ideas suicidas.*

Criterios diagnósticos para el trastorno distímico

En cuanto al trastorno distímico, se trata de una forma más leve pero se define como un tipo de depresión crónica, estable en el tiempo. Para su diagnóstico en niños y adolescentes se requieren los siguientes criterios:

1. ***Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por la persona u observado por los demás durante al menos un año.***
2. ***Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:***

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnía.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

3. Durante el periodo de un año de la alteración, el niño o adolescente no ha estado sin síntomas de los criterios anteriores durante más de dos meses seguidos.

4. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y otras áreas importantes de la actividad de la persona (en el caso de niños y adolescentes el área escolar).

TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DISTÍMICO Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

La detección lo más temprana posible de trastornos depresivos en los niños y adolescentes es un asunto de extrema importancia por las graves consecuencias que pueden tener, entre las que se cuenta el suicidio o la tentativa de suicidio. De hecho, en el estudio realizado con los menores acogidos por la Junta de Extremadura existe un grupo relativamente pequeño, pero significativo, de adolescentes que ya han tenido algún intento.

Existe un buen número de dificultades a la hora de realizar esta detección de la manera más eficaz. La más importante es el hecho de que, como trastorno internalizante, gran parte de los síntomas fundamentales, referidos a sentimientos y pensamientos que forman parte del mundo interior del niño, pueden escapar a la observación externa.

Sin embargo, si el educador conoce la variada sintomatología que presentan este tipo de trastornos se dará cuenta de que también concurren manifestaciones claramente observables que deben hacer sospechar la posibilidad de este problema. Además, como se puede ver en la relación de síntomas, éstos presentan una gran variedad, incluso en algunos casos ambos extremos de la misma conducta pueden pertenecer al rango de síntomas de la depresión (se dan casos de insomnio y de hipersomnía, o bien falta de apetito o aumento).

Los altibajos en el estado de ánimo de los niños y adolescentes pueden obedecer de manera puntual a diversas experiencias en el ámbito escolar, social, familiar o de la convivencia dentro del hogar de acogida. Incluso puede ser una reacción al ingreso en un hogar o un cambio de centro.

Lo importante para los educadores es tomar las orientaciones diagnósticas como elementos que deben ser observados en los niños y adolescentes a su cargo para que, en el caso de que exista cualquier sospecha, puedan ponerlo en conocimiento de los psicólogos de apoyo y profesionales de salud mental.

El término de trastornos de ansiedad hace referencia a un conjunto de problemas que fueron estudiados y diagnosticados bajo el rótulo de neurosis hasta hace poco tiempo, distinguiendo la neurosis de ansiedad, la neurosis fóbica o la neurosis obsesivo-compulsiva, entre otras. La ansiedad, como factor común de estos trastornos, hace referencia a una respuesta del organismo ante la percepción de una amenaza que lo hace activarse y prepararse para una defensa o una huida. En este sentido, la ansiedad es un mecanismo de supervivencia que nos permite mantenernos alerta ante los peligros y reaccionar de la forma más eficaz ante ellos.

Los trastornos de ansiedad son muy variados y los niños y adolescentes de protección son muy propensos a sufrírselos debido a experiencias traumáticas en sus familias e incluso por los cambios que implican las intervenciones protectoras.

El trastorno surge cuando esta respuesta de ansiedad se desencadena frente a estímulos o situaciones que, objetivamente, no suponen un peligro real y en este caso hablamos de fobias (como la agorafobia o las fobias sociales). En otros casos el trastorno surge porque la ansiedad se instala como una respuesta permanente, no dependiente de estímulos concretos sino como un temor generalizado (trastorno de ansiedad generalizada).

La ansiedad se manifiesta mediante tres tipos de respuestas:

- ✘ **Psicofisiológicas:** el aumento de la activación vegetativa origina cambios corporales como sudoración, taquicardia, palpitaciones, respiración agitada, etc.
- ✘ **Motoras:** respuestas dirigidas a evitar o escapar de la interacción con los estímulos temidos. En situaciones de difícil escape por presión social como en la fobia escolar pueden aparecer alteraciones motoras como temblores, rigidez muscular, inquietud psicomotriz, etc.
- ✘ **Cognitivas:** pensamientos e imágenes sobre la situación que causa el temor, por ejemplo, pensar que se va a desmayar, que puede quedar en ridículo ante los demás, etc.

Dependiendo de los trastornos puede predominar un tipo de respuesta sobre las otras. Así, en las fobias o miedos ante situaciones concretas suele predominar la respuesta motora; en las obsesiones predomina un componente cognitivo, manifestándose como preocupación y pensamientos reiterativos; y en las crisis de angustia predominaría el componente psicofisiológico.

Como es lógico, el componente cognitivo es el más difícil de detectar para los padres y educadores, pero en los trastornos importantes suele haber un correlato psicofísico o motor mucho más fácil de detectar.

Los trastornos de ansiedad de los que nos vamos a ocupar son:

- A. Trastorno por angustia
- B. Trastorno de ansiedad generalizada
- C. Trastorno de fobias específicas
- D. Fobia social
- E. Trastorno obsesivo compulsivo
- F. Trastorno de ansiedad por separación
- G. Trastorno por estrés postraumático

A. Trastornos de angustia

El trastorno de angustia (o de pánico) se basa en la aparición de las llamadas crisis de angustia.

Las crisis de angustia tienen una sintomatología muy intensa, que se inicia de forma súbita y alcanza su máxima expresión con rapidez y suele calmarse en una hora aproximadamente. Muchos de los síntomas son el resultado de los efectos de la hiperventilación, dándose un círculo vicioso en el que la ansiedad causa hiperventilación, lo que provoca a su vez síntomas somáticos aterradores que originan temores catastróficos de tener una enfermedad física o mental grave, lo que produce más hiperventilación y así sucesivamente.

Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia

Se diagnostica trastorno de angustia cuando existen crisis de angustia inesperadas y repetidas, dándose los dos criterios siguientes:

1. ***La crisis de angustia consiste en la aparición temporal y aislada del miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:***
 - Palpitaciones.
 - Sudoración.
 - Temblor o sacudidas.
 - Sensación de ahogo o falta de aliento.
 - Sensación de atragantarse.
 - Opresión, malestar torácico.
 - Náuseas con molestias abdominales.
 - Inestabilidad, mareo o desmayo.
 - Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
 - Miedo a perder el control o volverse loco.
 - Miedo a morir.
 - Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
 - Escalofríos o sofocaciones.
2. ***Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más, de uno o varios de los siguientes síntomas:***
 - Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
 - Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

El manual de trastornos mentales DSM-IV-TR vincula las crisis de angustia con la agorafobia, de modo que diferencia entre trastornos de angustia con agorafobia y sin agorafobia. Este tipo de fobia consiste en la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde

escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil. La agorafobia requiere una reacción de angustia a un conjunto de situaciones relativamente variado. Esto puede hacer que en su caso más extremo la persona tenga serios problemas para salir de su casa, con las enormes limitaciones que ello conlleva.

B. Trastorno de ansiedad generalizada

Frente al carácter súbito e intenso del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada se manifiesta por una sintomatología más estable en el tiempo y con un componente más cognitivo de preocupación y expectación negativa.

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada

Los criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada son los siguientes:

1. ***Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprehensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de seis meses.***
2. ***A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.***
3. ***La ansiedad y preocupación se asocian a los siguientes síntomas (en el caso de niños basta con que se presente uno de ellos, en adultos se requieren tres o más):***
 - Inquietud o impaciencia.
 - Fatigabilidad fácil.
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
4. ***El centro de ansiedad y de la preocupación no se limita a cuestiones concretas como el miedo a una crisis de angustia, contraer una enfermedad, estar lejos de casa, padecer una enfermedad grave, etc.***
5. ***La ansiedad y la preocupación con los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.***

C. Trastornos de fobias específicas

Todos tenemos al menos una cosa o situación que es fuente de temor y que por tanto tratamos de evitar siempre que podemos. Sólo cuando el temor es excesivo o irracional y es clínicamente significativo se justifica el diagnóstico de trastorno fóbico.

Criterios diagnósticos para el trastorno de fobia específica

Los criterios para el diagnóstico de la fobia específica son los siguientes:

1. *Temor acusado y persistente, que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo: precipicios, animales, inyecciones, visión de sangre o viajar en avión).*
2. *La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños, la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.*
3. *La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. En los niños este reconocimiento puede faltar.*
4. *La situación fóbica se evita, o bien se experimenta con ansiedad o malestar intenso.*
5. *Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.*
6. *En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.*

Es importante llamar la atención sobre el último de los criterios, ya que la aparición de miedos y fobias momentáneas (a animales, tormentas, sonidos fuertes, etc.) forman parte de la infancia y no se pueden considerar un trastorno a menos que sean persistentes y clínicamente significativos. De ahí que se requiera una duración de 6 meses para poder distinguirlo de los miedos transitorios.

Por otra parte, algunas fobias se originan característicamente en la infancia y pueden persistir largamente en la vida adulta, como las que tienen que ver con animales o situaciones ambientales que se refieren a estímulos que encierran cierto peligro. Es muy habitual que las fobias animales se refieran a insectos, serpientes, perros y gatos. Las de tipo ambiental suelen tener que ver con las alturas, los relámpagos, la oscuridad y las inundaciones.

Cuando la fobia se refiere a situaciones, puede ser la consecuencia de la exposición a un acontecimiento traumático, por ejemplo, el temor a espacios cerrados después de haber estado atrapado en un ascensor o encerrado en un lavabo y su edad de inicio tiende a ser más tardía.

D. Fobia social

La fobia a las situaciones sociales tiene su propio diagnóstico específico y en el caso de los niños y adolescentes es de una gran importancia. Para la mayoría de la gente un cierto grado de ansiedad social es más la norma que la excepción y muy pocas personas se encuentran sin ansiedad cuando dan una charla o se encuentran con gente desconocida en una fiesta. Esta ansiedad social no implica que una persona tenga un diagnóstico clínico de fobia social.

Entre un 2 y un 4% de población infantil presenta problema de fobia social y es más frecuente en niñas.

Como hemos visto en los anteriores trastornos, los diagnósticos se reservan para personas cuyo problema, en este caso la ansiedad social, es tan grave que produce un deterioro significativo. Hasta hace relativamente poco tiempo los problemas de los niños relacionados con la timidez, retraimiento, aversión social, el aislamiento y la fobia social no se habían considerado con la importancia que merecen. Ha sido la investigación de estos problemas en años más recientes la que ha puesto de manifiesto la importancia de las habilidades y destrezas implicadas en la relación social de la infancia y la adolescencia para un normal desarrollo.

Los estudios han mostrado la relación entre este tipo de problemas y la mayor o menor probabilidad del inicio en el consumo de sustancias psicoactivas e incluso de la aparición de problemas de depresión y suicidio. Igualmente, estos problemas afectan a la consolidación del grupo de amigos, lo que resulta básico para disponer de una red de apoyo social, así como para mantener relaciones de pareja. Finalmente, este tipo de problemas sociales causan una disminución del rendimiento escolar o académico y se relaciona con el abandono de estudios.

Criterios diagnósticos para el trastorno de fobia social

Los criterios fundamentales para que exista un diagnóstico de fobia social son los siguientes:

- 1. *Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a otras personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. La persona teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. En los niños se requiere haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son las normales para su edad y que la ansiedad social aparece en las reuniones con otros niños de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con adultos.***

- 2. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede producirse lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.**
- 3. La persona reconoce que este temor es excesivo o irracional. En los niños puede fallar este reconocimiento.**
- 4. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.**
- 5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparecen en las situaciones sociales interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con sus relaciones laborales, académicas, sociales o bien produce un malestar clínicamente significativo.**
- 6. En los menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo seis meses.**

TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

En este caso es muy importante distinguir la personalidad tímida o retraída del niño, de lo que sería un trastorno clínico como la fobia social. El trastorno, tal como se ha subrayado, implica un deterioro significativo en las actividades sociales, académicas y laborales. La timidez o inhibición social a veces se considera un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del niño, ya que puede tener más dificultades para formar grupos de apoyo social o acceder a oportunidades sociales.

En la fobia social el apoyo terapéutico temprano es muy importante debido a las estrategias de evitación que el niño y adolescente emplea como mecanismo de defensa. Dejar de participar en actividades deportivas, de ocio, salidas con los amigos, etc., e incluso, en algunos casos, dejar de asistir al centro de estudios acaba provocando toda una larga serie de efectos añadidos.

En el caso de niños y adolescentes en acogimiento residencial la limitación de la integración social supone una enorme barrera para el trabajo socio-educativo. Por otra parte, los educadores deberán estar atentos para comprobar que algunas actitudes de rechazo a participar en actividades en la comunidad no se deben a este tipo de problemas, en vez de considerar que se trata de actitudes perezosas o de falta de motivación.

El apoyo al desarrollo de las habilidades sociales en los niños y adolescentes de protección se ha considerado siempre gran importancia. La crianza en ambientes familiares de baja estimulación y de falta de oportunidades de interacción social, característica de la negligencia familiar, que es el principal motivo de las intervenciones en protección a la infancia, con frecuencia tiene como consecuencia la falta de habilidades sociales de estos menores.

E. Trastorno obsesivo-compulsivo

En este caso se trata de un trastorno con un doble componente: las obsesiones y las compulsiones. En las obsesiones el componente principal, atendiendo a los tipos de respuesta ansiosa que anteriormente se han detallado, es de tipo cognitivo, ya que se trata fundamentalmente de pensamientos reiterativos. En cambio, las compulsiones se refieren a conductas motoras, normalmente una serie de actividades rituales que tratan de contrarrestar los pensamientos obsesivos.

Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo

Los criterios principales para un diagnóstico de este trastorno son los siguientes:

1. Se experimentan obsesiones y compulsiones definidas del modo siguiente:

a) las obsesiones se definen por:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
- Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intentan neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.

b) Las compulsiones se definen por:

- Comportamientos (por ejemplo: lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que la persona se ve obligada a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

2. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Este punto no es aplicable a los niños.

- 3. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria de la persona, sus relaciones laborales, académicas o su vida social.**

Aunque se trate de un problema agrupado en la categoría de trastornos de ansiedad, y por tanto de tipo internalizado, el componente compulsivo suele resultar muy observable y por tanto más fácil de detectar en muchos casos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que dentro de las compulsiones no sólo se incluyen actividades claramente observables, sino estrategias de tipo cognitivo o interno (rezar, repetir palabras en silencio) que pueden hacer más difícil su detección.

F. Trastorno de ansiedad por separación

De todos los trastornos internalizados este es el único que se diagnostica específicamente con un inicio en la infancia o adolescencia. Se considera que muchos adultos con trastornos de ansiedad presentan antecedentes de este trastorno de ansiedad por separación que ha podido actuar como precursor.

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad por separación

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno son los siguientes:

- 1. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño o adolescente, concerniente a su separación respecto de lugar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres o más de las siguientes circunstancias:**
 - Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 - Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o porque éstas sufran un posible daño.
 - Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).
 - Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o cualquier otro sitio por miedo a la separación.
 - Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
 - Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
 - Pesadillas repetidas con temática de separación.
 - Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad por separación (cont.)

la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

- 2. *La duración del trastorno es de por lo menos de 4 semanas.***
- 3. *El inicio se produce antes de los 18 años de edad.***
- 4. *La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.***

G. Trastorno por estrés postraumático

El término estrés hace referencia a la tensión que se experimenta cuando se vive una situación que es extraordinariamente exigente o amenazante. En psicología es habitual hablar de estresores para hacer referencia a estímulos o situaciones ambientales que provocan estrés. Algunos estresores son parte inevitable de la vida de muchas personas, tales como la pérdida de seres queridos, el divorcio o la pérdida de empleo.

El trastorno de estrés postraumático tiene sus orígenes en las neurosis de combate observadas en soldados expuestos a los estragos de la guerra. Los veteranos de guerra que volvían a sus hogares experimentaban en ocasiones unas reacciones traumáticas relacionadas con imágenes y recuerdos de sus experiencias que les causaban un gran malestar. Trasladado a los problemas psicológicos en general, el estrés postraumático se refiere a haber experimentado un acontecimiento traumático que deja unas secuelas intensas y perturbadoras para la persona.

En la clínica aparecen con frecuencia trastornos de estrés postraumático a consecuencia de situaciones como accidentes de tráfico, catástrofes naturales, o ser víctima de violencia o agresiones sexuales.

Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático

Los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático son los siguientes:

- 1. *La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido los dos criterios siguientes:***
 - La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes, o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados.

2. El acontecimiento traumático es reexperimentado de forma persistente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
- La persona actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar viviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos). Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simboliza o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general de la persona (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
- Sensación de un futuro limitado (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

4. Síntomas persistentes de aumento de la activación, ausente antes del trauma, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultades para conciliar o mantener su sueño.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultades para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Respuestas exageradas de sobresalto.

5. Estas alteraciones se prolongan más de un mes.

6. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral, académico o de otras áreas.

Existe también el **diagnóstico de trastorno por estrés agudo**, con una sintomatología muy parecida, pero referido a la reacción que se produce durante, o inmediatamente después, del acontecimiento traumático (apareciendo como máximo dentro del mes siguiente al trauma). De alguna manera pretende ser una forma de detectar una primera reacción al trauma para poder prestar ayuda terapéutica y evitar la posterior cronicidad que ocurre en el estrés postraumático.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

Los trastornos de ansiedad son enormemente variados como se acaba de ver en esta sección. Aunque se incluyen entre los internalizados, ya que realmente los principales componentes son cognitivos y psicofisiológicos, se puede apreciar la presencia de importantes indicadores observables que deberían permitir a los educadores la detección. Los comportamientos relacionados con temores y miedos son muy frecuentes en la infancia y por tanto se tendrá que discriminar cuándo realmente suponen un problema.

Los niños que han sufrido situaciones graves de desprotección pueden manifestar con frecuencia este tipo de trastornos en alguna medida. A ello se añade el hecho de la experiencia de vivir en un hogar de acogida, conocer nueva gente, tener que adaptarse a nuevas situaciones, etc. Los educadores tienen que prestar mucha atención a estas señales y facilitar el proceso de integración a la vida de los hogares. Un caso muy especial es el de los trastornos por estrés postraumático. El hecho de que algunos de los traumas más frecuentes que desencadenan este trastorno se refieran a haber sido víctima de violencia o agresión sexual, necesariamente debe alertar a los educadores y profesionales que trabajan con infancia maltratada para detectar este problema.

El maltrato físico, según estadísticas españolas, afecta a un 30-40% de los niños y adolescentes en acogimiento residencial, mientras que el abuso sexual arroja cifras entre un 5-10% (aunque en este caso la dificultad de la detección hace que las cifras reales sean significativamente más altas, como se ha podido ver en el estudio realizado en Extremadura).

La posibilidad de que algunos menores que han estado expuestos a estas vivencias traumáticas desarrolle este trastorno es relativamente alta, pero el hecho de que muchas de sus manifestaciones sean de carácter interno, en términos de pensamientos y recuerdos, así como el mecanismo de defensa de evitación que puede incluir el esquivar cualquier conversación sobre su problema, hace más complicado esta detección para los educadores.

Sería importante, en el caso de conocer a través del expediente de protección que el niño adolescente ha experimentado este tipo de situaciones, estar especialmente atentos a cualquier manifestación de este problema.

Los trastornos de ansiedad requieren, al igual que los depresivos, que los educadores hayan establecido una buena vinculación afectiva y de confianza con los niños y adolescentes bajo su cuidado. Sin esta relación es muy difícil que los niños verbalicen la experiencia y el sufrimiento interno característico de muchos de estos trastornos, por lo que ganar esa confianza y tener las habilidades necesarias para desarrollar conversaciones honestamente interesadas en los problemas privados es una parte fundamental del trabajo educativo.

Es importante que los educadores reparen en que, a pesar de tratarse de trastornos internalizados, mucha de la sintomatología puede presentarse en forma de comportamientos de irritabilidad y otras manifestaciones externalizadas que en el caso de no ser cuidadosos podrían confundirse con trastornos disruptivos o sencillamente conductas poco respetuosas o rebeldes. Como norma fundamental, comprender los sentimientos y las emociones que están detrás de las conductas que el educador observa es una habilidad fundamental para poder ayudar realmente a los niños adolescentes a mejorar su bienestar.

El capítulo 5 mostrará orientaciones básicas para desarrollar un trabajo educativo desde el abordaje de las emociones y sentimientos.

Los trastornos psicóticos son muy llamativos y suelen detectarse con facilidad. En los casos más graves suelen requerir un acogimiento especializado.

Trastornos psicóticos

La característica común de los trastornos psicóticos, entre los cuales se encuentra la esquizofrenia, es la ruptura del juicio de realidad que se puede manifestar en forma de ideas delirantes o alucinaciones. Esto hace que este tipo de trastornos tengan una especial gravedad, resulten relativamente llamativos y, por tanto, puedan ser detectados con más facilidad que otros por parte de las personas que conviven con los que lo sufren. El impacto que tiene sobre la vida social, académica, laboral, e incluso las actividades de la vida diaria, es mucho mayor que en otros trastornos.

Los trastornos psicóticos afectan principalmente a las personas adultas. Sin embargo, sus primeros episodios aparecen frecuentemente en la adolescencia, entre los 16 y 25 años (normalmente aparece antes en los varones que en las mujeres). Esto hace que el papel de los educadores pueda resultar muy importante para la detección temprana.

La clasificación de los trastornos psicóticos es compleja y extensa por lo que comentaremos la forma más importante en la adolescencia que es la esquizofrenia y sus distintos tipos.

Esquizofrenia

La esquizofrenia² es una de las formas más graves de psicosis ya que produce una alteración de algunas de las funciones psicológicas básicas. Afecta a funciones tan importantes como son el comportamiento natural y automático en las interacciones sociales, a la capacidad de comunicarse con las demás personas, al sentido del humor, y a la capacidad de hacer un uso pragmático de las cosas.

La esquizofrenia no se manifiesta de forma idéntica en todas las personas

² Este apartado ha recogido contenidos de la página web del programa de prevención de psicosis dirigido por el profesor Serafin Lemos de la Universidad de Oviedo y el Dr. Oscar Vallina (www.p3-info.es). Recomendamos su consulta para ampliar información.

que la padecen sino que ofrece una gran variabilidad en sus síntomas, al igual que sucede con otras enfermedades complejas.

Criterios diagnósticos para el trastorno de esquizofrenia

Para alcanzar el diagnóstico de esquizofrenia los criterios más importantes son los siguientes:

1. ***Deben presentarse dos o más de los siguientes síntomas característicos, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes o menos se ha sido tratado con éxito:***
 - Ideas delirantes.
 - Alucinaciones.
 - Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 - Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
 - Síntomas negativos, por ejemplo: aplanamiento afectivo, alogia (empobrecimiento del pensamiento y lenguaje) o abulia (falta de voluntad).
2. ***Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están muy por debajo del nivel previo al inicio del trastorno. Cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral.***
3. ***Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A.***

Los criterios diagnósticos anteriores están muy enfocados a los adultos. En el caso de adolescentes los síntomas pueden diferir y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia los concreta en los siguientes:

- ❑ Ver cosas o escuchar voces que no son reales (alucinaciones).
- ❑ Conducta y/o habla rara o excéntrica.
- ❑ Pensamientos o ideas extrañas.
- ❑ Confusión de la televisión o los sueños con la realidad.
- ❑ Pensamiento confuso.
- ❑ Humor extremadamente variable.
- ❑ Ideas de que existe gente que le persigue o que habla sobre él.
- ❑ Ansiedad y temor exagerados.
- ❑ Dificultades para relacionarse con sus iguales y mantener amistades.
- ❑ Retraimiento y aislamiento progresivo.
- ❑ Deterioro de la higiene personal.

Aunque estos son los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia es importante tener en cuenta que existe una etapa inicial llamada fase prodrómica en la que comienzan a presentarse ciertos cambios en relación con la personalidad previa. Estos primeros cambios o síntomas prodrómicos se producen con gran frecuencia en la adolescencia, como ya se ha comentado, por lo que son de gran interés para una detección temprana de la esquizofrenia. A continuación se presentan los principales indicadores:

- ✘ Cambios en la conducta: como aislamiento, deterioro escolar o laboral, abandono en la higiene personal.
- ✘ Cambios en el estado de ánimo: como irritabilidad o depresión.
- ✘ Cambios en el pensamiento: por ejemplo, pobre atención y concentración, confusión, suspicacia.
- ✘ Cambios físicos: como las alteraciones del sueño, falta de apetito, falta de energía.

Debido al fuerte énfasis que se ha ido poniendo en la detección temprana, han aparecido algunas orientaciones para facilitarla. A continuación se presenta un ejemplo bastante conocido.

*Criterios para la detección de personas de alto riesgo de psicosis
(Programa EDIE, Universidad de Manchester)*

1
punto

- La familia está preocupada.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de drogas (incluido cannabis).
- Discute con los amigos y con la familia.

2
punto

- Dificultades para dormir.
- Falta de apetito.
- Humor depresivo.
- Pobre concentración.
- Inquietud.
- Tensión o nerviosismo.
- Falta de placer por las cosas.

3
punto

- Sensación de que la gente le está observando. *
- Sensación de que oye cosas que los demás no pueden oír. *

5
punto

- Ideas de referencia. *
- Creencias raras. *
- Pensamiento o lenguaje raro.
- Afectividad inadecuada.
- Conducta o apariencia rara.

*Crterios para la detección de personas de alto riesgo de psicosis
(Programa EDIE, Universidad de Manchester) (cont.)*

Valoración: Se recomienda evaluar con más detalle a la persona que alcanza una puntuación igual o superior a 20, asignando el valor indicado a cada uno de los síntomas; o bien cuando presenta cualquiera de los síntomas señalados con un asterisco, aunque no alcance dicha puntuación.

Los principales tipos de esquizofrenia hacen referencia a los síntomas más característicos que presenta la persona en el momento diagnóstico. Estos tipos son los siguientes:

- ❑ Tipo paranoide: en este caso existe una preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- ❑ Tipo desorganizado: se da un lenguaje y un comportamiento desorganizado y una afectividad aplanada o inapropiada.
- ❑ Tipo catatónico: se da cuando existen síntomas relacionados con la conducta motora (por ejemplo: inmovilidad, actividad motora excesiva, adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, etc.).

Relacionado con la esquizofrenia se encuentra el **trastorno esquizofreniforme**, con el que se hace referencia a una sintomatología similar a la esquizofrenia pero en la que la persona no experimenta el deterioro ni la cronicidad que es característica de esta. Se suele aplicar cuando la persona ha recibido tratamiento y se ha recuperado en un plazo de seis meses.

TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

La esquizofrenia, como principal trastorno psicótico, presenta una prevalencia del 0,5%, muy baja comparada con los trastornos que hemos visto bajo las categorías de interiorizados y exteriorizados, y afecta virtualmente a todas las sociedades, culturas y clases sociales. Los trastornos psicóticos presentan unos síntomas en general muy visibles y fáciles de detectar por los educadores, por lo que es relativamente fácil detectarlos y suelen derivarse a tratamiento.

Un aspecto importante para el trabajo socioeducativo es que el comienzo típico de la esquizofrenia se sitúa en la juventud temprana, por lo que la adolescencia tardía, que supone un alto porcentaje de todos los menores en acogimiento residencial, es un momento en el que se pueden empezar a manifestar los primeros síntomas y los educadores pueden realizar un trabajo importante de detección. En la actualidad se están desarrollando instrumentos para la detección temprana de la esquizofrenia que pudieran resultar de interés para su aplicación en acogimiento residencial.

En ocasiones, la gravedad del trastorno hace que la convivencia con un grupo de iguales en un entorno tan complejo como es un hogar de acogida sea muy poco beneficiosa para el adolescente que lo sufre y se vea la necesidad de buscar un centro específico de tratamiento.

Trastornos de la eliminación y la conducta alimentaria

En este grupo se presentarán trastornos psicológicos que tienen su principal sintomatología relacionada con funciones básicas del organismo como son la alimentación y la eliminación.

Trastornos de la eliminación

Los trastornos de la eliminación se encuentran entre los trastornos clasificados como de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. La adquisición del control de los esfínteres es un proceso evolutivo del desarrollo infantil al que se le concede una gran importancia y al que padres y educadores deben dedicar la suficiente atención y las adecuadas estrategias. Habitualmente, entre los dos y los cuatro años de edad se consigue este control voluntario de los esfínteres y hacia los cinco años la mayoría de los niños ha superado esta etapa.

La falta de control de los esfínteres puede deberse a determinadas enfermedades médicas y, por lo tanto, es importante descartar estos problemas antes de diagnosticar un trastorno de la eliminación.

Dependiendo de que el problema se relacione con el control de la orina o de las heces se hablará de enuresis o encopresis, respectivamente.

Enuresis

La enuresis nocturna es un problema bastante común y suele afectar al 10% de los niños mayores de cinco años, siendo más frecuente en varones.

La enuresis consiste en la emisión repetida de orina en la ropa o en lugares inadecuados, como la cama. Entre los criterios diagnósticos se encuentra el que ocurra **al menos 2 veces por semana durante 3 meses y una edad mínima de 5 años.**

Suele producirse con mayor frecuencia solamente durante el sueño nocturno (**enuresis nocturna**), pero también puede darse durante las horas de vigilia (**enuresis diurna**), o incluso en ambos momentos (**enuresis mixta**).

Otra distinción utilizada es la que diferencia entre **enuresis primaria**, en la que el problema persiste desde el nacimiento del niño, en el que nunca llegar a controlar la orina de forma voluntaria, y la **enuresis secundaria** que supone que el niño vuelve a orinarse después de haber conseguido el control voluntario durante un mínimo de seis meses consecutivos.

Por tipos, la enuresis primaria es más frecuente que la secundaria y afecta más al sexo masculino, mientras que la secundaria predomina en el femenino.

Aunque la enuresis en la mayoría de los casos tiene un buen pronóstico

y tiene una tendencia natural a la remisión, a partir de ciertas edades su tratamiento se hace especialmente necesario por las consecuencias de vergüenza, disminución de autoestima y especialmente por las limitaciones para dormir fuera de casa y tener acceso a ciertas actividades sociales características de niños y adolescentes (dormir en casa de amigos, campamentos, etc.).

Encopresis

La encopresis se define como la emisión repetida de heces en la ropa o en lugares inadecuados, más allá de la edad cronológica esperable. Para este diagnóstico los episodios de defecación deben producirse al menos una vez al mes durante 3 meses y una edad mínima de 4 años para que el diagnóstico sea apropiado.

La encopresis presenta mayores complicaciones, ya que tiene efectos muy perturbadores para el niño y su familia. El niño con encopresis tiene sentimientos de vergüenza e infelicidad, cree que está haciendo algo malo y que es una carga para la familia, suele ser rechazado por sus compañeros y tiende a aislarse de situaciones sociales. La reacción de los padres o educadores, a veces, agrava el problema al atribuirlo a que sus hijos son descuidados, perezosos o poco higiénicos y les cuesta entender que el niño afirme que no se da cuenta cuando se mancha. A esto se debe añadir que aproximadamente un tercio de los niños con encopresis sufre también enuresis.

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

Los problemas de los trastornos de eliminación, y especialmente la enuresis nocturna, forman parte de los elementos tradicionales de la vida cotidiana en los centros de menores. Como es lógico, el acogimiento de grupos de niños y adolescentes conllevará necesariamente un significativo número de casos de enuresis. Este problema, en un contexto institucional, ha provocado tradicionalmente multitud de inconvenientes de diversa índole, desde el trabajo extra que sobrellevaba el personal para el cuidado de ropa y lavandería, el deterioro de colchones, los problemas higiénicos, el rechazo de compañeros de habitación y, por supuesto, la vivencia del problema por parte de los niños y adolescentes afectados.

Desgraciadamente, a pesar de la relativa frecuencia de casos que se encuentran en acogimiento residencial, no siempre se adoptan estrategias terapéuticas efectivas. Hoy día es bien sabido que existen tratamientos que se aplican en el propio ambiente familiar, con participación de los padres y con ayuda de algunos instrumentos y orientaciones, que alcanzan una notable eficacia (entre el 70-80% de remisión del problema). Sin embargo, en muchos hogares de acogida no se aplican este tipo de intervenciones y se confía, bien en las remisiones espontáneas, o bien en tratamientos de motivación a base de fichas o refuerzos de los que se sabe que tienen una eficacia muy baja.

Se debe subrayar lo dicho acerca de que para determinados niños y a determinadas edades la enuresis es un serio problema para su integración social y su autoestima y que, ya que existen tratamientos eficaces, es responsabilidad de los educadores y profesionales aplicarlos.

Trastornos de la conducta alimentaria

Este tipo de trastornos se caracterizan por el excesivo énfasis por parte de la persona en su imagen corporal. La conducta alimentaria se utiliza como un instrumento para modificar la imagen corporal y puede alcanzar extremos de enorme gravedad. Los dos tipos principales de trastornos de alimentación son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Anorexia nerviosa

La anorexia es mucho más frecuente en las mujeres (90%) y la adolescencia es la época de mayor riesgo. Los datos epidemiológicos indican que afecta al 1-4% de mujeres jóvenes.

La característica esencial de la anorexia nerviosa es el rechazo a mantener un peso corporal normal, relacionado con un temor intenso a engordar. Como es lógico, el diagnóstico de este trastorno debe descartar la existencia de otras causas que pueden producir un peso corporal excesivamente bajo.

Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa

Los principales criterios que deben presentarse para un diagnóstico de anorexia nerviosa son los siguientes:

1. **Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o un fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).**
2. **Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.**
3. **Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.**
4. **En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.**

La anorexia nerviosa está muy ligada a la cultura occidental y a los países desarrollados, donde los valores estéticos parecen jugar un papel más importante.

Bulimia nerviosa

La característica principal de este trastorno consiste en frecuentes atracones acompañados de conductas compensatorias inadecuadas para evitar el aumento de peso. La bulimia nerviosa difiere de la anorexia en que las personas no tienen un peso bajo significativo y suelen presentar un peso normal o un ligero sobrepeso.

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa

Los principales criterios que deben presentarse para un diagnóstico de anorexia nerviosa son los siguientes:

1. *Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:*

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en circunstancias similares.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

2. *Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, o ayuno y ejercicio excesivo.*

3. *Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.*

4. *La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.*

5. *La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.*

El último criterio sirve para indicar que la bulimia puede formar parte de un trastorno de anorexia y que en este caso el diagnóstico debe ser de anorexia. Por otra parte, los criterios dejan claro que los atracones por sí solos no son suficientes para un diagnóstico de bulimia nerviosa, sino que deben ir acompañados de mecanismos compensatorios inapropiados que se destinan a contrarrestar los efectos de los atracones (normalmente vómitos autoinducidos).

La bulimia nerviosa también afecta mucho más a mujeres que a varones (85-90% son mujeres) y afecta al 1% de las mujeres jóvenes. La edad de comienzo es más tardía que en la anorexia, habitualmente a partir de los 20 años y la distribución social también es más amplia.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRABAJO SOCIO-EDUCATIVO

Los padres y educadores tienen un papel fundamental en la detección de los trastornos de la conducta alimentaria. Especialmente en la anorexia, donde la detección temprana y los adecuados tratamientos pueden evitar un deterioro corporal que puede llegar a ser mortal. El adecuado conocimiento de la sintomatología de estos trastornos puede ayudar a los educadores a evitar entrar en conflictos mal enfocados o innecesarios ante los jóvenes que lo sufren.

Como en el resto de trastornos, la detección debe servir para derivar el caso a un especialista para su correspondiente tratamiento y poder seguir las pautas que éste establezca sobre las estrategias a desarrollar para las conductas relacionadas con la alimentación en la convivencia del hogar.

Protocolo de detección, evaluación y derivación en acogimiento residencial

Los datos obtenidos en el estudio realizado sobre la salud mental de los niños y adolescentes en centros de menores de la Junta de Extremadura han permitido cuantificar las necesidades de esta población. Como era de esperar, coincidiendo con otros estudios internacionales, los indicadores de necesidades de atención en salud mental son muy preocupantes. Un 22% de los menores acogidos se encontraba ya recibiendo atención psicoterapéutica, y un 18% presentaba un diagnóstico de discapacidad intelectual o retraso mental. En total, con algún tipo de problema ya detectado por los propios educadores, se encontraba un 37% de los menores acogidos. Las pruebas de screening utilizadas permitieron identificar a otro numeroso grupo de niños y adolescentes que presentaron puntuaciones situadas en el rango clínico, aunque no estuvieran recibiendo tratamiento. Sumados los casos conocidos por los educadores a los identificados por las técnicas de screening, la cifra de niños y adolescentes que presentaban o podían presentar algún trastorno se elevaría a un 66% del total. Esta cifra no es descabellada si la comparamos con otros estudios internacionales que suelen arrojar porcentajes de prevalencia de trastornos en una franja situada entre el 40-80% de los casos.

La magnitud de estos indicadores viene a corroborar la tendencia que ya hemos comentado en cuanto a que los perfiles de los niños y adolescentes en acogimiento residencial presentan cada vez más problemas de conducta y más dificultades para ser atendidos en la vida cotidiana de los hogares.

Ante estos datos se hace necesario planificar un protocolo de detección, evaluación y derivación de problemas psicológicos que permita a los educadores y los profesionales de los hogares y centros movilizar los

recursos necesarios para una intervención lo más temprana posible. En el estudio se concluía que existe un sesgo a la hora de derivar a estos niños a un tratamiento psicológico, consistente en hacerlo con más facilidad cuando se trata de un problema externalizante de conducta, mientras que los casos de ansiedad y depresión pasan más desapercibidos y pueden no estar recibiendo la ayuda adecuada.

Como se comentó en las conclusiones del estudio, existen algunas orientaciones internacionales realizadas por prestigiosas organizaciones del ámbito de la salud mental y la protección infantil que, trabajando coordinadamente, han propuesto algunos protocolos.

Algunas ideas principales de las que se van a exponer a continuación proceden del documento elaborado por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, conjuntamente con la Child Welfare League of America³. Entre sus principales conclusiones establecieron una serie de mecanismos de detección de trastornos de salud mental para todos los niños y adolescentes en el sistema de protección, con su posterior evaluación y seguimiento.



3 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Child Welfare League of America (2002). AACAP/CWLA policy statement on mental health and substance use screening and assessment of children in foster care. www.aacap.org

Protocolo de detección y diagnóstico

El protocolo de detección y evaluación de trastornos psicológicos en acogimiento residencial, debería incluir las siguientes acciones:

1. Detección inmediata de graves problemas

En el plazo de las primeras 72 horas a partir del momento de la acogida en el hogar, los educadores deben de prestar especial atención para identificar cualquier señal o síntoma de la existencia de un grave riesgo para el propio niño o adolescente o para los que le rodean. Los educadores deben de poseer los conocimientos necesarios y manejar algunas técnicas de observación que les permitan identificar problemas de abuso de sustancias, síntomas psicóticos, riesgo de suicidio, de fuga, etc. En el caso de detectar cualquiera de estos problemas importantes, el educador deberá solicitar una evaluación clínica en profundidad al servicio de protección de menores, el cual establecerá el tipo de recursos necesarios para llevarla a cabo.

2. Detección de trastornos en el marco de la evaluación de necesidades educativas

Habitualmente los educadores establecen un tiempo de observación inicial de un mes para poder evaluar las características y necesidades del niño o adolescente que ha sido acogido, antes de proceder a diseñar un proyecto educativo individual (PEI). Existen algunos instrumentos para realizar estas observaciones de manera sistemática, como es el caso del SERAR⁴ (Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial), incidiendo en el funcionamiento en diversas facetas de la vida cotidiana en el hogar, centro escolar, relación con la familia, los amigos, etc.

Esta fase de evaluación de necesidades que se basa fundamentalmente en la observación y en el diálogo con los niños y adolescentes, debería de ser complementada con un instrumento de screening de trastornos psicológicos. Para ello se pueden utilizar, como en el estudio realizado en Extremadura, los cuestionarios CBCL (para educadores) e YSR (para los propios adolescentes a partir de 12 años). Una alternativa interesante puede ser la escala SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades) que también tiene versión para educadores y los propios adolescentes, siendo más breve y permitiendo evaluar no sólo los posibles trastornos sino algunas capacidades positivas.

Estos cuestionarios de screening están pensados para ser completados por los padres acerca de los problemas de sus hijos y, por tanto, son de muy fácil realización por parte de los educadores. Sin embargo, su

4 Del Valle, J.F. y Bravo, Amaia (2007). SERAR: Sistema de Registro y Evaluación en Acogimiento Residencial. Oviedo: NIERU

corrección e interpretación debe ser realizada siempre por un psicólogo, quien valorará si los indicadores de esta prueba de detección son suficientemente significativos como para proceder a una evaluación clínica en profundidad. El servicio de protección de menores debería de establecer la utilización de estos cuestionarios de screening, tanto para educadores como para niños, dentro de los dos primeros meses de estancia en el hogar como parte de la evaluación del caso, incluyendo la intervención de los psicólogos que sean necesarios para la recogida e interpretación de los datos.

Esta detección del riesgo inicial debe ser determinada, no sólo por estos instrumentos de screening, sino también por la observación sistemática que los educadores realizan de la funcionalidad del niño o adolescente en las actividades de su vida diaria, ya sea en el contexto del hogar, escolar, comunitario, etc.

La alta prevalencia de niños y adolescentes con discapacidad intelectual o inteligencia límite que ha mostrado el estudio realizado, aconseja que los educadores estén especialmente sensibilizados para detectar la posible existencia de estos problemas. A través de la observación de la vida cotidiana y el funcionamiento escolar o social se debe detectar cualquier problema relacionado con un retraso del desarrollo. Es extremadamente importante que esta detección sea lo más temprana posible, especialmente en el caso de los niños más pequeños, de modo que se pueda proceder a movilizar todos los apoyos necesarios. Como en el caso de los problemas de conducta o emocionales, cuando exista sospecha de un retraso significativo del desarrollo los educadores deberán solicitar una evaluación específica.

3. Evaluación psicológica en profundidad para los casos detectados

Los niños y adolescentes que han sido detectados con riesgo de problema de salud mental en los pasos anteriores deben ser derivados para una evaluación clínica en profundidad por parte de un especialista cualificado, incluyendo entrevistas diagnósticas, pruebas generales y específicas y la evaluación de los factores de riesgo psicosocial del caso. Lo deseable es que el servicio de menores disponga de un equipo de evaluación clínica y siempre que sea posible, la familia biológica del niño debería participar en esta evaluación.

De esta evaluación dependerá la derivación a tratamiento por parte de los equipos de salud mental o de otros recursos.

La evaluación psicológica incluirá los siguientes aspectos:

- α **Escala de desarrollo infantil.** Además de proceder a realizar esta evaluación en los casos de sospecha de retraso en el desarrollo, algunas escalas como las de Weschler permiten hacer un

diagnóstico de las distintas capacidades en forma de perfil que ofrece mucha información de cara a planificar una intervención individual. Cuando interese una escala más breve porque no sea necesario un diagnóstico tan minucioso, se podría utilizar el K-bit a partir de los 12 años.

- ✘ **Evaluación diagnóstica general.** La evaluación diagnóstica requiere del uso de una entrevista clínica como la DICA (Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes) o DISC (Esquema de Entrevista Diagnóstica para Niños), entre las más conocidas. Normalmente las entrevistas se complementan con algunos instrumentos de carácter psicométrico que facilitan el diagnóstico diferencial. Entre las pruebas más utilizadas hoy día y con mejores indicadores de fiabilidad y validez para el diagnóstico clínico se encuentra la prueba BASC para los menores de 11 años y MACI para los adolescentes.
- ✘ **Evaluación diagnóstica específica.** En función del problema específico de que se trate se suelen complementar estas pruebas generales con cuestionarios específicos para cada tipo, como pueden ser los de depresión, ansiedad, atención, hiperactividad, etc. Es importante que en los diagnósticos de estos profesionales se ponga especial atención a la posibilidad de un trastorno por estrés postraumático, bastante probable en niños que han sufrido abusos o malos tratos graves. En ocasiones una cuidadosa evaluación psicológica puede descubrir experiencias de abuso sexual que no constan en los expedientes de los servicios de protección, como ocurre en el caso de que otras formas de malos tratos más evidentes hayan motivado la intervención.

4. Seguimiento de la salud mental de niños y adolescentes

Los niños y adolescentes en los hogares de protección suelen estar bajo una revisión informal desde el momento en que los equipos educativos tienen que realizar informes de seguimiento, habitualmente semestrales. En ellos se suelen expresar la aparición de problemas de conducta, su evolución y la necesidad de que se realicen derivaciones a profesionales de salud mental. Una vez realizada la detección del problema de salud mental por parte del equipo de evaluación, se procederá a la derivación del menor a los Equipos de Salud Mental a través de los Equipos de Atención Primaria, primer paso en el abordaje clínico de los trastornos mentales infanto juveniles.

Sin embargo, debería de realizarse una nueva prueba de screening (tanto por parte de los educadores como a través de los autoinformes de los adolescentes) al menos una vez al año, con los mismos instrumentos empleados en la detección inicial de las primeras semanas. Esta práctica debería de estar especialmente indicada cuando tengan lugar cambios

importantes en la vida del niño, como pueden ser cambios de hogar de protección, de centro escolar, o de alguna situación muy importante en su ámbito familiar.

Estas técnicas de screening en el seguimiento pueden resultar de especial utilidad en los casos en que los niños y adolescentes estén recibiendo tratamiento de salud mental, como una información complementaria para los terapeutas acerca de la evolución de los diferentes trastornos.

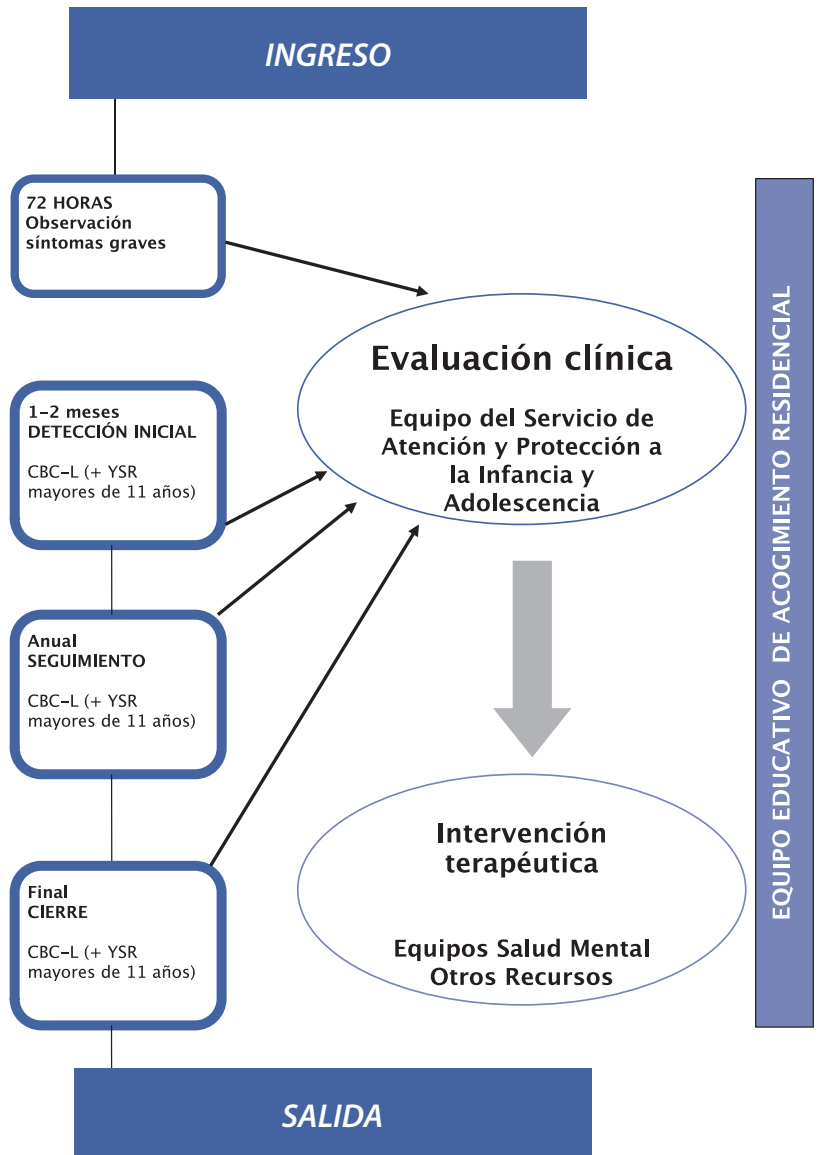
Finalmente, es muy importante que se realice una última prueba de seguimiento mediante los cuestionarios de screening en el momento previo a finalizar la medida de protección, bien sea por una reunificación familiar o una transición a la vida adulta o cualquier otra causa. Esta evaluación permitiría valorar si es conveniente establecer algún apoyo psicológico para ese momento de cambio y, sobre todo, sirve como una medida de evaluación de resultados en términos de la evolución que el niño o adolescente ha tenido desde su ingreso en el hogar.

Este protocolo de detección y evaluación de trastornos en la infancia y adolescencia de menores acogidos en hogares de protección introduciría una serie de prácticas que aportan un enorme valor para cubrir las necesidades de bienestar de los menores atendidos. Además de la utilidad de estas prácticas para la detección de niños y adolescentes que precisan tratamiento psicoterapéutico, y para los cuales un comienzo de intervención lo más temprana posible es fundamental, el contar con evaluaciones iniciales permitiría establecer una línea base de la situación de estos niños y adolescentes al inicio de la intervención del sistema de protección. Las evaluaciones periódicas de seguimiento permitirían disponer de datos para una evaluación de programas desde la perspectiva de resultados, al disponer de indicadores de la evolución de la salud mental y del bienestar de estos menores.

Dado que la estancia en centros de acogida ha sido siempre cuestionada, sobre todo cuando se alarga en el tiempo, sería muy importante poder realizar este tipo de evaluaciones que de manera minuciosa diera cuenta de los diferentes aspectos en los que se producen mejoras o aparecen retrocesos y problemas. Por lo tanto, se recomienda utilizar las evaluaciones de screening como indicadores de resultados para la evaluación de las intervenciones de acogimiento residencial, dado el enorme coste que supone, tanto en términos presupuestarios, como por los retos adaptativos que implica para los niños y jóvenes, así como las posibilidades, ya muy conocidas, de que las largas estancias en este tipo de recursos pueden derivar en problemas para el desarrollo y bienestar de esta población.

El argumento principal de esta Guía es que el acogimiento residencial no solo no debe causar retrasos y problemas psicológicos, sino que debe constituir un programa caracterizado por servir de detección y ayuda para superar los numerosos problemas que los niños y adolescentes traen consigo.

En el gráfico siguiente se expone todo el proceso de detección, evaluación y posible derivación a tratamiento.



Síntesis

Hoy día, entre los conocimientos de los educadores en acogimiento residencial debe figurar una formación básica en salud mental. Esto les permitirá conocer los diferentes tipos de trastornos y sus manifestaciones sintomáticas, así como tener un marco de referencia para comprender la relación entre las experiencias de desprotección y el desarrollo de ciertos problemas psicológicos.

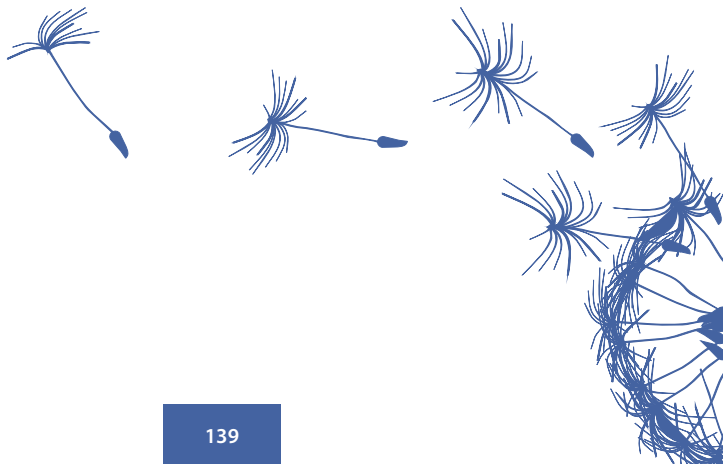
La detección de problemas de la manera más temprana posible facilita el éxito de las intervenciones y evita un deterioro que en la adolescencia pueden adquirir dimensiones de mucho peor pronóstico.

Se han expuesto conceptos básicos sobre la salud mental, psicopatología, trastornos y se ha presentado el marco de la Psicopatología del Desarrollo, que permite una perspectiva especialmente interesante para los educadores.

Mediante la clasificación DSM-IV-TR se han analizado los principales trastornos de la infancia y adolescencia de modo que los educadores puedan estar atentos a la aparición de ciertos síntomas y comprendan su posible gravedad.

Finalmente se ha presentado un protocolo de actuación para detectar y derivar aquellos casos que requieren una intervención especializada. En él participan los educadores como fuente principal de detección de problemas que deben ser derivados para evaluaciones por un equipo especialista del Servicio de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia. Desde aquí se decidirá la pertinencia, cuando exista un trastorno que requiera tratamiento, de una derivación a los equipos de salud mental u otros recursos.

Esta Guía no pretende que los educadores se conviertan en profesionales de salud mental que diagnostiquen trastornos. El objetivo es dotarlos de unos conocimientos básicos para que, desde la posición privilegiada de la observación continua en la convivencia diaria, puedan detectar la necesidad de ayuda de los niños y adolescentes bajo su cuidado.

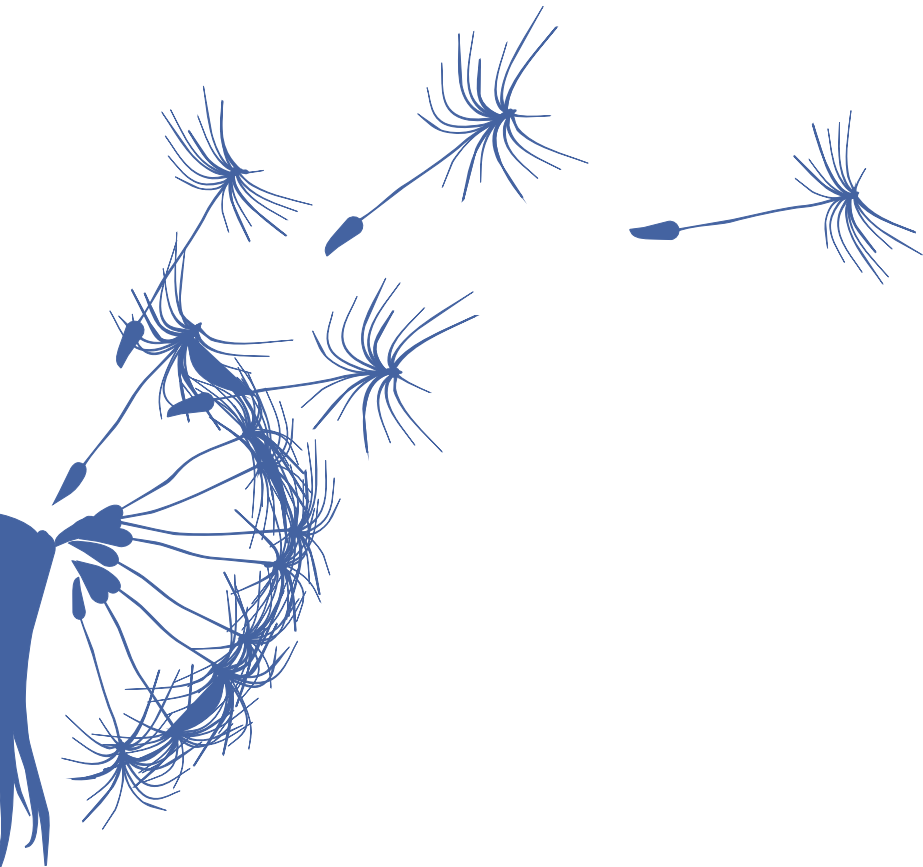


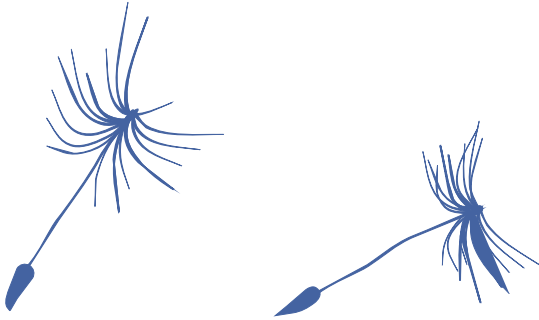




CAP. 5

Trabajando las emociones desde la vinculación y la resiliencia





En capítulos anteriores se ha visto que los principales trastornos psicológicos tienen que ver con dos grandes grupos: los de tipo externalizante, como la hiperactividad o los problemas de conducta disruptiva y disocial; y los de tipo internalizante, como la ansiedad y depresión. Aunque los externalizantes resultan más frecuentes que los internalizantes, el estudio realizado en los hogares de la Junta de Extremadura permite concluir que los trastornos psicológicos de tipo internalizante no están diagnosticados.

Existen programas para intervenir sobre problemas específicos como la ansiedad, la depresión o los trastornos de conducta, ya sea desde una perspectiva preventiva o de tratamiento. Para los educadores sería muy importante incluir entre las herramientas de su trabajo en los hogares algunos de estos programas y en el último capítulo se presentan algunos de ellos.

Sin embargo, consideramos más importante trabajar la idea de crear un ambiente terapéutico en los hogares de protección. Se trata de construir un ambiente de relaciones que estén guiadas por principios de trabajo terapéutico, tanto a nivel emocional como conductual y no meramente de un acompañamiento y supervisión.

En este capítulo se presentará un modelo de trabajo guiado por los conceptos de vinculación de apego y resiliencia que permiten tener referencias muy claras para desarrollar un trabajo terapéutico, es decir, que persigue un cambio y una mejora significativa en la calidad de vida de los niños y adolescentes. Desde el apego y la resiliencia es posible abordar una amplia gama de problemas sobre todo de tipo internalizante, como la ansiedad y la depresión, aunque tiene una clara consecuencia también sobre problemas externalizantes.

En el siguiente capítulo se abordará un modelo de trabajo también terapéutico, pero más centrado en los problemas de conducta más externalizantes en el que se incluyan elementos de control complementados con trabajo sobre las emociones.

El acogimiento residencial como ambiente terapéutico

El acogimiento residencial tiene como uno de sus principales objetivos el constituirse en un hogar sustitutivo temporal ante la inadecuación o inexistencia del hogar familiar de estos niños o adolescentes. Muchos de los esfuerzos realizados en la transición desde los grandes centros de décadas anteriores a los actuales recursos, consistieron en tratar de crear hogares con características familiares. Para ello ha sido fundamental el concepto de normalización, estableciendo como un principio esencial que los niños acogidos deben ser atendidos en espacios similares a los de cualquier otro niño y con los mismos recursos y criterios que se emplean para la educación de la infancia en general en nuestra sociedad. Esto supuso un gran cambio desde las grandes instituciones con centenares de niños que vivían internos a los pequeños hogares en viviendas familiares, en los que los niños se integran en procesos de socialización normativos como asistir al colegio, utilizar recursos comunitarios de ocio o de salud, y formar sus redes de amigos en la comunidad.

Una vez realizado el cambio de los hogares de acogida en cuanto a las condiciones físicas y de integración social en la comunidad, se debería de haber seguido avanzando en la creación de un verdadero hogar familiar sustitutivo. Más allá de las citadas condiciones físicas y de la facilitación de procesos de socialización, lo esencial de un hogar familiar radica en la presencia de adultos capaces de cubrir las necesidades de los niños y adolescentes como personas en desarrollo. En los últimos veinte años se debe de reconocer el gran esfuerzo que se ha realizado para definir la figura del educador social como un adulto especialmente cualificado para poder llevar a cabo una educación integral de los niños acogidos. Esta cualificación que hoy día se exige debe de ser necesariamente complementada con ciertas características personales que hagan posible la formación de vínculos afectivos muy estrechos con los niños y adolescentes.

El hecho esencial del trabajo en acogimiento residencial es la construcción de un nuevo vínculo entre los niños y sus educadores, capaz de ayudar a superar experiencias previas de vinculación inadecuadas.

Hay una gran unanimidad entre muy diversas teorías psicológicas acerca de la gran importancia que tienen las primeras experiencias infantiles para todo el desarrollo posterior. Dentro de esas primeras experiencias, las que se refieren al establecimiento de vínculos con los adultos responsables han ido consolidándose mediante multitud de investigaciones científicas como unas de las más decisivas. La forma en que los niños experimentan las primeras relaciones con sus adultos cuidadores influye de manera muy significativa en su desarrollo posterior, en la forma en la que van a aprender a relacionarse con los demás y a sentirse más o menos seguros en sus relaciones y en la exploración del mundo general. Desde los años 60 John Bowlby comenzó a elaborar su teoría del apego para hacer referencia a estos procesos y, hasta hoy día, ha seguido desarrollándose con aportaciones de eminentes investigadores.

Los ambientes familiares en los que se dan situaciones de malos tratos o negligencia han sido siempre objeto de especial interés para la investigación del apego. Por otra parte, la especial situación de los niños en instituciones de acogida se convirtió en un foco de estudio muy importante desde los inicios de esta teoría, ya que tradicionalmente la gran cantidad de niños en instituciones y el limitado número de personal hacían muy difícil un proceso de apego continuado con un adulto estable. Finalmente, la teoría del apego ha tenido un gran impacto en el campo del acogimiento familiar y la adopción por lo que supone de establecimiento de nuevos lazos que permiten estudiar procesos de apego y vinculación a nuevos adultos.

En definitiva, el campo de la protección a la infancia ha tenido mucho que ver con los estudios del apego infantil y hoy día, afortunadamente, muchos de los conocimientos y desarrollos que esta teoría ha alcanzado están revirtiendo de manera importantísima en forma de criterios para tomar decisiones con respecto a la atención de los niños en el sistema de protección.

Es importante que los educadores conozcan algunas de las aplicaciones prácticas más importantes de la teoría del apego en acogimiento residencial. El punto de partida es que existe una alta probabilidad de que los niños en hogares de acogida presenten importantes problemas de desarrollo del apego, como consecuencia de las experiencias de vinculaciones con adultos negligentes o maltratadores. Aunque la teoría mantiene que las primeras experiencias son fundamentales para el posterior desarrollo infantil y adulto, las investigaciones han demostrado también que las experiencias en etapas posteriores pueden resultar reparadoras y contribuir a un desarrollo más saludable.

La teoría del apego se basa por tanto en la importancia del desarrollo de relaciones personales muy estrechas y afectivas entre el niño y sus adultos de referencia, por lo que no es de extrañar que tenga una gran repercusión y muy importantes aplicaciones para la acogimiento residencial (así como para el acogimiento familiar o adopción).

El educador que asume la responsabilidad de la atención a un niño, en ocasiones durante años, forzosamente va a tener un gran impacto como modelo de relación en el posterior desarrollo evolutivo. Si además, se trata de niños que han desarrollado una gran desconfianza hacia los adultos y hacia el entorno en general, los educadores tienen ante sí la tarea esencial de tratar de construir una relación de confianza y afecto capaz de modificar esa visión.

Los educadores pueden construir un ambiente en el que se faciliten las experiencias de relaciones afectuosas y nutritivas, capaces de superar experiencias negativas de apego y relaciones distorsionadas. La idea de construir un ambiente terapéutico en los hogares de acogida, a la que

reiteradamente aludimos, es esencial, ya que no puede haber una terapia más intensiva que la vivencia 24 horas al día en un ambiente de seguridad y afecto en el que se presta atención a las especiales necesidades de cada niño.

Las orientaciones que se van a presentar se han elaborado partiendo de las necesidades de los niños que han experimentado problemas de apego y han sufrido experiencias negativas en sus relaciones con adultos. Sin embargo, tener en cuenta estas orientaciones y tratar de llevarlas a cabo cuando sea pertinente tiene un efecto general recuperador de las experiencias negativas pasadas, así como preventivo para muchos problemas tanto internalizantes como externalizantes que son bastante característicos de los niños en acogimiento residencial.

Finalmente, se introducirá el concepto de resiliencia, un concepto estrechamente relacionado con el desarrollo de una buena base de vinculación, pero que aprovecharemos para reforzar la idea de un trabajo educativo basado en el fortalecimiento psicológico de los niños y adolescentes y la búsqueda del cambio positivo.

La teoría del vínculo del apego

El punto de partida de la teoría del apego desarrollada por Bowlby es que los niños tienen un impulso biológico para buscar la proximidad de un adulto protector, normalmente el cuidador primario, para poder sobrevivir al peligro. La meta de este impulso de aproximación en el sistema de apego es sentirse seguro y protegido y para ello los niños desarrollan una amplia variedad de conductas que persiguen llamar la atención del adulto. Los bebés utilizan la sonrisa, el llanto o la vocalización; más tarde en la infancia aparecen conductas más directas como aproximarse, seguir al adulto, agarrarse o abrazarse.

Las conductas de apego se hacen más evidentes cuando los niños se sienten amenazados o en peligro. En ese caso necesitan saber que sus conductas funcionan para atraer la atención de los adultos y que éstos van a ser capaces de responder tranquilizándoles y dándoles seguridad. Por su parte, el cuidador necesita desarrollar mecanismos de atención a las demandas del niño y saber responder adecuadamente y a tiempo. De este modo se cierra el círculo de la experiencia de apego mediante la cual el niño aprende que en caso de necesidad existe un adulto disponible y atento capaz de hacerle sentir seguridad y confort. **El éxito de este proceso se basa en la capacidad del niño para desarrollar conductas que llamen la atención de los adultos y en la capacidad de éstos para sintonizar con estas señales, saber interpretarlas y actuar de la manera apropiada.**

El sistema de apego pone en marcha una serie de conductas encaminadas a alcanzar sentimientos de seguridad y protección en el niño.

Algunas investigaciones han mostrado como en los casos de negligencia (definida como la falta de respuesta a necesidades físicas o emocionales de los niños) puede existir un déficit en los padres a la hora de sintonizar con las conductas de apego y las demandas de los niños. Se ha propuesto que pudiera ser un problema de falta de desarrollo de la empatía, de la capacidad de sintonizar con las emociones de los demás, en este caso de los niños. En estas situaciones las conductas de los niños para atraer a sus cuidadores cuando experimentan ansiedad, no tienen la respuesta adecuada.

Las repetidas experiencias de llamar la atención del adulto en caso de ansiedad y recibir la respuesta adecuada que tranquiliza y devuelve a una situación de bienestar acaban moldeando en el niño una base de creencias y expectativas positivas sobre el cuidador, incrementando la confianza en el mundo que les rodea. Los niños van aprendiendo a manifestar sus necesidades de manera más confiada y abierta y los cuidadores van aprendiendo a distinguir las diferentes señales. Todo ello crea un sistema de comunicación entre el niño y el cuidador que se va ampliando y perfeccionando con el tiempo.

La teoría del apego subraya especialmente la adquisición por parte del niño de la confianza en el hecho de que sus necesidades van a ser satisfechas cuando lo precise, lo cual genera un sentimiento de seguridad y bienestar. La figura de apego se utiliza entonces como una base segura (concepto muy importante en esta teoría) para que el niño se lance a explorar, disfrutar y aprender del ambiente que le rodea, ya que sabe que si surge alguna dificultad o amenaza dispone de una figura protectora. De este modo, el desarrollo de un apego seguro con el cuidador estimula conductas de exploración que son fundamentales para que el niño adquiera aprendizajes y potencie su desarrollo.

El tipo de respuestas del cuidador frente a las necesidades del niño modela su seguridad y confianza respecto al mundo que le rodea.

Una de las diferencias más importantes entre los niños que han recibido buenos cuidados y los que han recibido malos tratos o negligencia es la presencia o ausencia de curiosidad, interés y disfrute por el mundo que le rodea. Los niños que han sufrido maltrato a menudo se vuelven meros observadores de un ambiente que perciben como impredecible y amenazante, siendo muy característico su rostro tenso y temeroso, así como su falta de energía y de entusiasmo.

Estilos de apego

Según el grado de seguridad que los niños han llegado a desarrollar en relación con la figura encargada de su cuidado se suelen distinguir cuatro tipos de estilo de apego: apego seguro, apego evitativo, apego ansioso-ambivalente y apego desorganizado. La formación del apego se concibe como una de las tareas evolutivas más importantes a la que el niño debe hacer frente durante su primer año de vida.

ESTILOS DE APEGO ¹

- **APEGO SEGURO:** cuando el niño utiliza a la figura de apego como base de seguridad para explorar el entorno, presentando un sistema de apego activo que funciona de forma adaptada a las diferentes situaciones. Es el producto de una interacción armónica y cálida entre el principal cuidador y el niño, donde el primero está accesible para el niño y responde coherentemente a sus demandas. El niño se siente comprendido, aceptado y valorado y va aprendiendo a ser efectivo en sus demandas. Cuando se adquieren estas fortalezas durante la infancia el niño es capaz de construir una alta autoestima y autoeficacia, así como la habilidad para manejar sus pensamientos, sentimientos y conducta en contextos más allá de la familia.
- **APEGO INSEGURO EVITATIVO:** sería el producto de que el principal cuidador ignore las demandas del niño, sintiendo este que sus peticiones son rechazadas y sus sentimientos ignorados. Los niños aprenden entonces a silenciar sus sentimientos para evitar las respuestas de rechazo del cuidador. Se trata de un mecanismo de autoprotección que consiste en evitar o inhibir las conductas de aproximación hacia las figuras del cuidador. Cuando las respuestas obtenidas con estas conductas no sólo no satisfacen las necesidades afectivas del niño, sino que generan estrés, angustia y dolor, el niño aprende a vivir una especie de pseudo-seguridad inhibiendo las conductas que expresen emociones y una búsqueda de los demás. A medida que el niño crece, va utilizando diferentes estrategias para rehuir todos aquellos aspectos que tengan que ver con los vínculos interpersonales, los afectos y las emociones.
- **APEGO INSEGURO ANSIOSO-AMBIVALENTE:** el niño desarrolla una ansiedad profunda por ser amado y ser suficientemente valioso, así como una preocupación por el interés o desinterés que muestran los otros hacia él. Se suele producir cuando el niño está expuesto a la falta de disponibilidad psicológica por parte de los cuidadores, que hace que los cuidados cotidianos del bebé sean incoherentes, inconsistentes e impredecibles. Se trata de cuidadores inconsistentes que algunas veces se encuentran cómodos respondiendo a las necesidades de sus hijos, otras veces enfadados y algunas veces ineficientes. Esto hace que en los niños se desarrolle una falta de sentido de lo que está pasando y de control sobre su ambiente. Este estilo de cuidado genera en el

¹ Tomamos la descripción de los estilos de apego de la obra siguiente: Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005): Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.

bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. Como consecuencia, incrementa sus conductas de apego e insiste en las demandas mediante conductas tales como llorar, gritar y pegarse a su cuidador.

- **APEGO INSEGURO DESORGANIZADO:** agruparía a aquellos niños que presentan una gran confusión y desorganización en sus conductas de apego. Mientras que en los apegos evitativo y ansioso-ambivalentes el niño desarrolla un mecanismo, bien de inhibición de sus conductas o bien de reactivación, respectivamente, en el caso del apego desorganizado sus experiencias tempranas son tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse en un tipo de respuesta característica y sus estrategias defensivas se colapsan. Suele generarse en ambientes familiares con cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente incompetentes y patológicas, producto en muchas ocasiones de problemáticas severas como el alcoholismo, toxicomanías o patología psiquiátrica crónica. Su estilo de relación con el bebé es violento, desconcertante e impredecible, por lo que los niños desarrollan una actitud de permanente temor. El hecho de que las personas en las que debe buscar protección sean al mismo tiempo objeto de temor les coloca en una paradoja imposible de resolver. Estos modelos de relación conducen a la larga a que los niños se ven a sí mismos como indignos y malos y que perciban a los otros como inaccesibles, peligrosos y abusadores. A su vez, a medida que avanza el desarrollo y alcanzan la adolescencia, sus comportamientos pueden volverse agresivos como forma de defensa y reforzar la visión de sí mismos como personas negativas o peligrosas. En estos casos, si no se brindan experiencias alternativas que modifiquen este modo de verse y de ver a los otros, el pronóstico es muy pesimista.

La regulación de las emociones y la conducta

La teoría del apego se ha descrito como una teoría de la regulación de las emociones que es central para el desarrollo de la capacidad del niño para experimentar y expresar apropiadamente sus emociones. Cuando se establece un apego seguro con los cuidadores se aprende a experimentar emociones negativas sabiendo y confiando en que existen adultos capaces de restablecer la sensación de bienestar. **Reconocer los propios sentimientos y las emociones tanto positivas como negativas, saber nombrarlas, distinguirlas y expresarlas de manera que sean socialmente aceptables es uno de los procesos evolutivos más importantes.** En particular, la capacidad para reconocer la posibilidad de que existan sentimientos contrapuestos (por ejemplo, al mismo tiempo querer a alguien y estar enfadado con esa persona) es fundamental para aprender a manejar las emociones y está muy relacionado con un apego seguro (podemos estar enfadados sin dejar de querernos).

Una de las líneas fundamentales del trabajo educativo en acogimiento residencial, que subrayamos en diferentes partes de esta Guía, es la necesidad de ir más allá del trabajo sobre la conducta observable de los niños y adolescentes. Por supuesto, es importante observar los comportamientos y tratar de incentivar los que sean positivos y tratar de intervenir y llamar la atención sobre aquellas cuestiones que merezcan una corrección. Sin embargo, los educadores deben desarrollar las habilidades que les permitan trabajar los aspectos emocionales que están detrás de esas conductas y para ello se requieren unas estrategias más sutiles y un conjunto de conocimientos sobre la materia. Desde la teoría del apego se pueden comprender las dificultades que los niños que han vivido situaciones de malos tratos pueden presentar para manejar sus emociones y para satisfacer sus necesidades cuando se encuentran en situaciones de ansiedad o amenaza. Trabajar con ellos el significado de las emociones y como expresarlas de manera socialmente aceptable es una tarea esencial. La conexión entre el manejo de sus emociones y la expresión de conductas disruptivas debe ser objeto de intervención prioritaria para los educadores.

La regulación de las emociones es un hito crucial del desarrollo, sin embargo, los niños que han experimentado malos tratos pueden mostrar muchas dificultades en el manejo de sus emociones.

Elementos para crear un ambiente educativo que trabaje el vínculo y las emociones

La investigación ha mostrado que existen algunas dimensiones básicas del comportamiento de los cuidadores que tienen importantes efectos sobre los procesos relacionados con el vínculo, el apego y la creación de una base segura para relacionarse con el entorno y con los demás. Para el trabajo residencial en protección de menores el conocimiento de estas dimensiones básicas resulta esencial si se quieren cubrir verdaderamente las necesidades de atención de estos niños, teniendo en cuenta dos

hechos:

- ✘ **El papel de los educadores consiste fundamentalmente en convertirse en el cuidador de referencia y por tanto la persona con la cual los niños van a experimentar un proceso de vinculación.**
- ✘ **La población de niños y adolescentes atendida en acogimiento residencial tiene una altísima probabilidad de haber desarrollado estilos de apego inseguro en cualquiera de sus variantes como consecuencia de haber sufrido condiciones familiares de negligencia y mal trato.**

Los educadores deben intervenir sobre los comportamientos observables, pero también sobre el mundo de emociones y sentimientos del niño.

Los educadores y los proyectos educativos no pueden ignorar uno de los principales problemas de los niños a los que atienden y deben de tener unos conocimientos mínimos sobre el significado de los estilos de apego que suelen desarrollar. Como nuevas figuras educativas que van a formar vínculos de relación con los niños y adolescentes, los educadores deben de conocer las dimensiones fundamentales a través de las cuales articular esas relaciones.

A continuación desarrollaremos cuatro dimensiones básicas siguiendo en lo fundamental la obra de Gillian Schofield y Mary Beek¹ y sus aportaciones para orientar el trabajo de educadores y acogedores en protección infantil. Estas dimensiones básicas son las siguientes: disponibilidad, sensibilidad, aceptación y cooperación.

Disponibilidad

La disponibilidad del educador es fundamental para ayudar al niño a generar un sentimiento de confianza, de saber que existe un adulto que va a responder a su demanda de ayuda. **El niño necesita aprender que tiene una línea de comunicación abierta con su educador y que éste le tiene en mente para responder en caso de que busque su aproximación y ayuda.** Esto permite desarrollar en el niño una base segura desde la que explorar su entorno, jugar y aprender.

Desde la perspectiva de un hogar de protección un objetivo fundamental es crear un ambiente de desarrollo emocional saludable en el que el niño entienda que su educación, confort y protección **están garantizados.** Esta percepción es la que les permite desarrollar un sentimiento de confianza en su entorno y en sus educadores, creando una base segura desde la que explorar nuevos entornos y nuevas relaciones.

La disponibilidad del educador permite al niño desarrollar un sentimiento de seguridad y confianza en su entorno.

¹ Schofield, G., y Beek, M. (2006). Attachment handbook for foster care and adoption. Londres: BAAF

La experiencia de contar con educadores que se encuentran disponibles para escuchar sus problemas y necesidades y que saben responder de manera apropiada, genera en muchos niños y adolescentes un cambio radical sobre las expectativas que tenían acerca del papel de los adultos como cuidadores. En estudios que se han realizado sobre apoyo social en niños y adolescentes acogidos en hogares de protección se ha podido observar que los educadores pasan a ser la figura más importante de apoyo instrumental en sus redes, es decir, la persona a la que pueden acudir para recibir ayuda con sus problemas².

El trabajo en esta área va encaminado a modificar las expectativas del niño acerca de las relaciones con adultos, haciéndoles ver que estos están para cuidarle y protegerle.

Para desarrollar este sentimiento de seguridad y confianza los educadores deben mostrarse disponibles y atentos a las señales de los niños cuando buscan proximidad o protección, y dispuestos a responder ayudando y animando. Cuando el niño se va encontrando más seguro y empieza a explorar el ambiente y las relaciones con los demás, es muy importante que se sienta apoyado y que se faciliten estos procesos por parte del educador. Los educadores necesitan tener en mente al niño de manera que, incluso en ausencia de señales de demanda concretas, pueden anticipar y planificar formas de cubrir sus necesidades, tanto físicas como emocionales.

Este enfoque proactivo de los educadores tiene mucho que ver con el Proyecto Educativo Individual, mediante el que se deben establecer unos ciertos objetivos y estrategias a priori para estar pendientes de las necesidades de los niños y responder adecuadamente, sin esperar a actuar solamente ante las demandas concretas. **Comprender las pautas características de aproximación y búsqueda de ayuda de cada niño es muy importante para estar preparado y tener en mente las formas de respuesta que mejor le puedan ayudar.**

La disponibilidad de los educadores transmite al niño la expectativa de que existen personas interesadas en él y aprende a confiar en recibir afecto y protección, lo que a su vez les hace pensar que son dignos de aprecio y de afecto. A lo largo del desarrollo infantil y adolescente esta percepción de sí mismos les ayuda a confiar en tener éxito en sus relaciones sociales y la exploración del entorno, desarrollando su curiosidad y emprendiendo nuevos retos.

A partir de los estilos de vinculación que se desarrollan en muchos de los niños que han sufrido experiencias de negligencia y maltrato, el papel de los educadores en acogimiento residencial a este respecto es cambiar las expectativas de los niños acerca del significado de los adultos cuidadores, convenciéndoles de que pueden confiar en sus educadores para atender sus necesidades y protegerles.

² Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15 (1), 136-142.

Sin embargo, es preciso alertar a los educadores sobre algunos mensajes confusos por parte de los niños. En ocasiones, con su lenguaje y su conducta los niños pueden estar indicando que no necesitan a los adultos y que prefieren cuidarse por sí mismos, que necesitan la atención del adulto constantemente pero que no le sirve de ayuda, o que para rebajar su ansiedad necesitan controlar al adulto y todo lo que sucede en el hogar. Los educadores deben tener en cuenta las verdaderas necesidades que se esconden detrás de estos mensajes y cómo estos niños han llegado a desarrollar esos patrones de vinculación inseguros y ansiosos. Esto es especialmente difícil cuando las manifestaciones de los niños y adolescentes consisten en conductas extremadamente resistentes y hostiles.

Como ya se ha indicado, es fundamental que los educadores puedan realizar una buena observación y evaluación de las necesidades de cada niño acogido, de modo que puedan detectar sus patrones de aproximación y relación y actuar en consecuencia. Esta es la base del Proyecto Educativo Individual, diseñando formas de relación y de intervención que se ajustan a las necesidades que cada niño y adolescente presenta.

ESTAR DISPONIBLE SIGNIFICA:

- El primer requisito para que los niños puedan entender que merece la pena aproximarse y solicitar ayuda de los educadores.
- Un primer paso para desarrollar en los niños una nueva expectativa de que los adultos son personas en las que confiar y a las que se puede recurrir para buscar seguridad y apoyo.
- Que los educadores se presenten como adultos capaces de entender sus dificultades y que se encuentran disponibles para ayudarles.
- Estar dispuesto a entender las emociones y los sentimientos que se encuentran detrás de sus verbalizaciones y conductas, sin centrarse exclusivamente en estas.
- Observar los patrones de conducta de vinculación que cada niño ha desarrollado como un estilo característico de relacionarse y diseñar la forma más adecuada de responder para generar nuevas experiencias, facilitando un cambio hacia formas de vinculación más enriquecedoras y satisfactorias.
- Emitir mensajes que muestren que los educadores respetan sus sentimientos y se preocupan por ayudarles a sentirse bien.

ESTAR DISPONIBLE SIGNIFICA (cont.):

- Estar muy alerta y prestar siempre atención a las formas de realizar demandas de aproximación y ayuda de los niños y adolescentes, entendiendo que pueden estar muy distorsionadas por el desarrollo de estilos de vinculación inseguros, debido a sus experiencias familiares.
- Transmitir al niño que es una persona valiosa, digna de atención y de afecto.
- Saber que los educadores están disponibles para ayudarles a manejar sus sentimientos negativos de ansiedad, frustración o soledad.
- Saber que los educadores estarán disponibles para apoyar y ayudar cuando emprendan retos arriesgados o tengan que afrontar frustraciones.

Sensibilidad

Responder con sensibilidad es una forma de ayudar a los niños a manejar sus sentimientos y su conducta. Los niños que han vivido situaciones de negligencia y maltrato a menudo han carecido de la experiencia de un cuidador con capacidad para comprender y reconocer sus pensamientos y sus sentimientos. Pueden haberse visto en situaciones en las que ningún adulto estaba disponible para ayudarles a enfrentarse con fuertes sentimientos de ansiedad o desesperanza, o incluso en las que sus cuidadores no sabían regular sus propias emociones y podían culparles por el clima de caos o violencia existente en el hogar.

Ante la falta de un ambiente educativo adecuado, los niños pueden haber ido desarrollando sus propias estrategias para enfrentarse a sentimientos negativos, como reprimirlos internamente, negarlos, usarlos para controlar a los demás, o expresarlos mediante comportamiento disruptivos.

Estas formas de manejar sus emociones forzosamente generan importantes conflictos en la convivencia con los educadores. Es fundamental que estos no se centren en extinguir las conductas disruptivas o tratar de forzar la expresión de sentimientos sin haber alcanzado antes un clima de confianza. Resulta crucial que los educadores entiendan que un objetivo importante es ayudar a los niños y adolescentes a desarrollar unas nuevas formas de vinculación con los adultos que les cuidan y no tanto a controlar los comportamientos y estar pendientes de incentivarlos o sancionarlos. En esto consistiría la idea de hacer del acogimiento residencial un ambiente

terapéutico, en la capacidad para lograr cambios importantes que afecten al futuro desarrollo del niño y adolescente de una manera significativa. Sin abordar los aspectos emocionales resultaría una tarea imposible.

El niño necesita recibir apoyo del educador sobre cómo manejar sus emociones, entender los sentimientos de los demás y predecir sus respuestas.

Cuando los niños no han recibido el apoyo de sus cuidadores para manejar las emociones acaban teniendo muchas dificultades para entender los sentimientos de los demás y predecir sus respuestas, lo que se puede manifestar, por ejemplo, en su falta de comprensión del sentido del humor o la falta de anticipación del efecto emocional que tiene su conducta en los demás. Todo ello acaba teniendo un efecto muy importante a la hora de establecer amistades y estos niños experimentan rechazo y aislamiento con mucha facilidad. Por otro lado, **manejar las propias emociones y saber entender las de los demás es fundamental para el desarrollo de la empatía, cuyo déficit puede provocar enormes dificultades en el desarrollo adolescente y adulto.**

Responder con sensibilidad trata precisamente de la empatía. Consiste en sintonizar con el niño o adolescente, meterse en su piel y tratar de imaginar qué es lo que pueden estar pensando y sintiendo. La tarea no es sencilla, ya que los educadores empiezan a trabajar con niños y adolescentes cuya historia en gran parte desconocen. Además, ponerse en el lugar de niños que han sufrido malos tratos y abusos resulta emocionalmente muy duro para los educadores, aunque resulte esencial para desarrollar la suficiente sensibilidad y comprender sus necesidades. En este sentido, **los educadores deben desarrollar habilidades para reconocer sus propias emociones y reflexionar sobre los sentimientos que les producen estos niños y adolescentes.**

La empatía es una de las claves para la creación de un ambiente terapéutico; se debe potenciar el intercambio de sentimientos y emociones y su identificación con la conducta.

Un primer paso importante es tratar de poner nombre a los sentimientos, ayudando a los niños a pensar sobre ellos, reconocerlos y localizar su origen. Además, tendrán que ayudarles a expresar sentimientos que se encuentran muy reprimidos, o a moderar la manifestación descontrolada y disruptiva de otros. Los educadores necesitan previamente sentirse a gusto hablando y compartiendo sus propios sentimientos, lo que supone un cambio radical de actitud para muchos hogares en los que lo fundamental es el control de las rutinas y las normas. **La clave de un ambiente terapéutico es la comunicación de sentimientos y emociones entre educadores y niños, por lo que la capacidad de empatizar debe ser un atributo fundamental de estos profesionales.**

Un aspecto esencial del manejo de las emociones es el desarrollo de la habilidad de crear relaciones de causa y efecto entre la propia conducta y las reacciones emocionales de los demás. Los niños deben aprender el efecto que su propia conducta tiene sobre los sentimientos de los demás y para ello los educadores no tiene más remedio que mostrar en la vida cotidiana como funciona esta relación, haciendo ver a los niños y adolescentes cómo se sienten ante los comportamientos que muestran. Los conocidos "mensajes yo" que muchos manuales han recomendado a

los educadores para hacer frente a conductas disruptivas (por ejemplo: cuando veo que te pegas con tus compañeros me siento muy triste porque...) consisten precisamente en explicitar esa relación entre conducta del niño y efectos sobre los sentimientos de los demás.

RESPONDER CON SENSIBILIDAD SIGNIFICA:

- Prestar mucha atención al significado emocional del comportamiento de los niños.
- Comprender los sentimientos que subyacen a conductas de los niños y adolescentes que pueden resultar muy disruptivas.
- Superar un enfoque basado en el control de las normas y los comportamientos en la vida cotidiana para centrarse en los significados emocionales de los comportamientos.
- Tratar de entender cómo se pueden sentir niños y adolescentes que han pasado por experiencias traumáticas de negligencia y maltrato.
- Que los educadores sean conscientes de los sentimientos y emociones que en ellos genera cada niño y adolescente y como los gestionan.
- Modelar la empatía en los niños y adolescentes a base de mostrarles las reacciones emocionales que sus conductas provocan en los demás y, en general, enseñarles que las personas que les rodean tienen sus propios sentimientos que deben ser tenidos en cuenta.
- Pararse a conversar con los niños sobre sus sentimientos, ayudándoles a ponerles nombre, a localizar de donde surgen y a expresarlos de manera adecuada.

Aceptación

El concepto que el niño va a desarrollar sobre sí mismo comienza a gestarse en las más tempranas interacciones del recién nacido con sus padres y cuidadores más cercanos. Ser objeto de la atención de los adultos, ya sea para jugar o para estar bien atendido, sentirse querido y protegido, son los fundamentos del desarrollo de la autoestima, que a su vez tiene una repercusión enorme sobre muchos otros aspectos de la evolución infantil.

Los educadores deben trabajar la aceptación reconociendo e estimulando las habilidades y logros de cada niño.

Un aspecto fundamental de sentirse aceptado y querido por los padres o cuidadores es que se trata de una aceptación incondicional, es decir, que no es el producto de comportarse bien o de determinados momentos, sino el hecho de ser querido por ser uno mismo. Esta incondicionalidad es lo que da verdadero valor a la relación y lo que hace pensar que uno es una persona valiosa en sí misma. Los niños aprenden que, aunque los padres les regañen o estén disgustados con ellos por determinadas circunstancias, el afecto está siempre presente.

Para los educadores en acogimiento residencial, dadas las grandes dificultades que existen en la convivencia diaria y los patrones de conducta tan complicados que exhiben muchos de estos niños y adolescentes, es esencial mostrar esta aceptación incondicional, de manera que se pueda establecer el mensaje de que creemos que son personas valiosas y merecedoras de nuestra atención y afecto, a pesar de que en determinados momentos tengamos que entrar en conflicto.

Muchos de estos niños, como se ha visto en el estudio realizado para la Junta de Extremadura, tienen importantes retrasos en su desarrollo u otras dificultades que les hacen tener problemas de rendimiento escolar o de integración en sus grupos de iguales. En estos casos la aceptación y el apoyo, a pesar de los problemas que tienen para alcanzar logros que para otros son más fáciles, es esencial para el desarrollo de su autoestima. **Esta aceptación se debe trabajar intensivamente por parte de los educadores, buscando aquellas habilidades y aquellos logros, por pequeños que sean, que presenta cada niño y que se deberán reconocer e incentivar.** A su vez, la experiencia de ser aceptado con sus propias limitaciones tiene un efecto de modelado para poder apreciar en los demás también sus virtudes y defectos.

Muchos niños y adolescentes que provienen de hogares donde han sufrido negligencia y maltrato tienen una baja autoestima. No es infrecuente que muchos niños entiendan que el hecho de ser separados de sus familias para ser acogidos en un hogar de protección se debe a que hayan hecho algo mal y, en consecuencia, desarrollen fuertes sentimientos de culpa y una autoestima excepcionalmente baja.

Los educadores deben abordar muy frecuentemente el objetivo de reconstruir una buena autoestima en los niños y adolescentes a los que

atienden y para ello es fundamental saber comunicar su aceptación incondicional, transmitir que son niños y adolescentes merecedores de atención y afecto por sí mismos y a pesar de cualquier limitación o problema que presenten.

Para conseguir esto es muy importante que los educadores tengan claras cuáles son sus metas en el trabajo que realizan. Cuando un profesional llama la atención a un niño o adolescente porque ha tenido una conducta inadecuada debe de ser extremadamente cuidadoso en la forma en la que se comunica. No es infrecuente emplear etiquetas (ya está el abusón pegando...) y generalizaciones (tenías que ser tú, como siempre...) que en vez de cuestionar los comportamientos suponen mensajes que atacan a la persona. Además de conseguir un efecto de reacción defensiva e incluso agresiva por parte del niño o adolescente, tiene el efecto más sutil, a largo plazo, de minar la autoestima. **Trabajar sobre los comportamientos inadecuados, interviniendo sobre ellos para facilitar cambios, tiene que ser perfectamente compatible con salvaguardar la aceptación y la imagen de que son personas dignas de atención y afecto.**

Sentirse aceptado de modo incondicional por los cuidadores es fundamental para el desarrollo de la autoestima en el niño.

TRABAJAR LA ACEPTACIÓN INCONDICIONAL SUPONE:

- Un paso fundamental para el desarrollo de la autoestima que habitualmente está severamente dañada por sus experiencias de negligencia y maltrato.
- Transmitir claramente a los niños y adolescentes que son personas dignas de aprecio y afecto por sí mismas, a pesar de las limitaciones y dificultades que tengan.
- Que los educadores mantengan una búsqueda permanente de las fortalezas y las habilidades de cada niño y adolescente para reforzarlas e incrementar su autoestima.
- Trabajar los problemas de conducta centrándose en ellos como situaciones que se pueden cambiar y no como rasgos y atributos de los niños y adolescentes.
- Que los niños y adolescentes entiendan que no necesitan ser "perfectos" o alcanzar grandes logros para ser dignos de aprecio y afecto.
- Tratar de modelar en los niños y adolescentes su aprecio por los demás aceptando sus limitaciones y defectos.

Cooperación

La cooperación supone reconocer en el otro la capacidad de autonomía y eficacia. En este sentido, los educadores deben potenciar la implicación del niño en la toma de decisiones en muy diversos ámbitos.

Educar desde la cooperación significa que el adulto debe de reconocer las necesidades e intereses de los niños y adolescentes y tratar de armonizarlos con los suyos. Lejos de guiar las actividades o las interacciones solamente por los objetivos educativos que están en la mente de los adultos, la cooperación implica buscar siempre que sea posible la implicación de los niños en la interacción. Un ejemplo podría ser el de los padres que se ponen a jugar con sus hijos, por ejemplo en una construcción o un dibujo, y sin darse cuenta van dirigiendo la actividad desde su perspectiva de adulto sin dejar margen a que el niño participe, haciendo sugerencias, tomando decisiones o poniendo en juego sus propios intereses.

La cooperación implica la actividad guiada por el diálogo, por el reconocimiento de los intereses del otro, por los acuerdos y la negociación. En última instancia se trata de que los educadores sepan conjugar sus propios intereses y objetivos con los de los niños y adolescentes.

Los educadores son los últimos responsables del bienestar del niño y para ello deben tomar múltiples decisiones, pero existen numerosas áreas donde es posible la colaboración, la negociación y la toma de decisiones conjunta. **Para los niños y adolescentes el hecho de que se les pida su opinión, se tengan en cuenta sus intereses y se les permita tomar decisiones, les ayuda a desarrollar una mayor autoestima, a la vez que una mayor autonomía y autoeficacia.** Por el contrario, cuando el educador es muy directivo y no impulsa la participación y la implicación del niño o adolescente, éste puede desarrollar un patrón de dependencia y de falta de competencia.

El sentimiento de falta de eficacia en niños y adolescentes conduce fácilmente a no querer involucrarse en tareas y responsabilidades, así como rechazar retos que supongan esfuerzo y habilidad. Cuando los educadores tratan de que asuman sus responsabilidades y se involucren en tareas concretas, se suelen encontrar con reacciones de ansiedad y con conductas defensivas que en ocasiones pueden ser de gran hostilidad. Ante estas situaciones resulta extremadamente importante que los educadores se planteen que tienen que trabajar el origen de los sentimientos de falta de eficacia de estos niños y no entrar únicamente en batallas por recuperar el control que en ocasiones resultan en escaladas de conflicto muy graves.

La cooperación supone reconocer en el otro la capacidad de autonomía y eficacia. En el ámbito del acogimiento residencial hace ya mucho tiempo que se insiste en la necesidad de que los niños y adolescentes participen de manera muy activa en los diversos ámbitos de la vida cotidiana. Hoy día se considera totalmente necesario que los niños y adolescentes participen asumiendo pequeñas tareas de colaboración

en la casa, implicándose en los planes de ocio de un fin de semana o vacaciones, decidiendo la actividad extraescolar a realizar, haciendo sugerencias para elaborar o cambiar normas, o la más importante de implicarse en su propio Proyecto Educativo Individual.

Los educadores tienen una amplia variedad de oportunidades para crear espacios que fomenten la autonomía y la responsabilidad en la vida cotidiana del hogar y este es uno de los aspectos más valorables de un proyecto educativo. Una de las prácticas que ha resultado tener consecuencias muy positivas en los hogares de acogimiento de adolescentes con especiales problemas de conducta es el poder disponer de talleres o granjas, donde los jóvenes se pueden implicar en aprendizajes y responsabilidades de su propio gusto y donde pueden poner a prueba su autonomía y competencia. Aunque la adolescencia es el momento donde se hace más visible esta necesidad, es importante tener en cuenta que a lo largo de todo el desarrollo infantil existen tareas y actividades que pueden potenciar la autonomía en algún grado y que son el fundamento de alcanzar la adolescencia con un cierto grado de eficacia.

En el modelo de la ecología del desarrollo de Bronfenbrenner, desde los años 70, ya se establecía que una buena parte del éxito de un contexto educativo se basaba en la capacidad que tuviera el niño de experimentar actividades conjuntas con sus cuidadores. Hacer cosas juntos, hablando de padres e hijos, o de educadores y niños en un hogar, es uno de los aspectos que más refuerza la vinculación personal, pero también el desarrollo de las habilidades y la autoeficacia. Compartir el juego, las salidas de ocio, las pequeñas tareas domésticas o las tareas escolares, tiene el doble efecto de reforzar los vínculos y de constituirse en un espacio donde se toman decisiones en conjunto y se desarrollan competencias.

Los proyectos educativos deben plantearse un modelo en el que los educadores realmente puedan implicarse con los niños y jóvenes en compartir experiencias y actividades, ideando nuevos escenarios y nuevas posibilidades que sean atractivos y productivos.

EDUCAR COOPERATIVAMENTE SIGNIFICA:

- Reconocer que cada niño tiene sus propios intereses, motivaciones y necesidades, y que este es un punto de partida necesario para conjugar los objetivos que los educadores se proponen con ellos.
- Huir de la tentación de llevar a cabo una actividad educativa basada en objetivos preconcebidos y generales que no tienen en cuenta las peculiaridades de cada niño o adolescente.
- Desarrollar en los niños y adolescentes el sentimiento de que sus intereses y opiniones cuentan y que es importante que tomen sus decisiones y decidan sus objetivos.
- Desarrollar sentimientos de autonomía y autoeficacia, facilitada por los educadores que son capaces de crear espacios donde se estimula su participación y se valoran sus sugerencias.
- Realizar numerosas actividades conjuntas entre niños y educadores de manera que no solamente se estrechen los vínculos afectivos y de confianza, sino que los educadores puedan reforzar los intereses e iniciativas que los niños van expresando.
- Diseñar proyectos educativos en los hogares de protección en los que se incentive permanentemente la participación y la implicación de los niños y adolescentes, desde las pequeñas tareas cotidianas hasta su aportación decisiva al Proyecto Educativo Individual.
- En el caso de los adolescentes, estimular la negociación y trabajar el significado de los compromisos.

La importancia de la teoría del apego

La teoría del apego ha tenido y sigue teniendo un enorme impacto para guiar el trabajo que se realiza con niños y adolescentes que han sufrido privaciones y malos tratos. La enorme cantidad de investigación que ha ido respaldando esta teoría ha permitido conocer bastante bien los mecanismos por los que las experiencias de padres con prácticas inadecuadas generan unos patrones de comportamiento, desde la más temprana infancia, que afectan decisivamente al posterior desarrollo infantil y adulto. El bebé que aprende que su conducta de aproximación a los adultos, llamando su atención en los casos en que se encuentra incómodo o ansioso, tiene una respuesta de acercamiento del cuidador para calmarle y protegerle, adquiere una vinculación de apego seguro que determina su posterior comportamiento de confianza en los adultos y un sentimiento de seguridad para explorar el mundo que le rodea. Por contra, el niño cuyos cuidadores no responden a sus señales y solicitudes acaba desarrollando pautas de vinculación disfuncionales y una visión del mundo como amenazante e inseguro.

Como sucede con otras teorías relativas al desarrollo infantil, el caso de los niños que han sufrido negligencia o malos tratos ha resultado uno de los campos de mayor aplicación e investigación. Las experiencias de padres negligentes o maltratadores conducen con una gran probabilidad a trastornos en la forma en que los niños perciben el mundo desde muy pequeños y a desarrollar toda una serie de mecanismos de defensa frente a su inseguridad y sus temores.

Los educadores deben partir del conocimiento de esta realidad y de que una gran parte de los problemas de conducta de los niños, ya sean de tipo externalizante en forma de conducta hostil, o tipo internalizante con comportamientos depresivos o ansiosos, no son más que la punta del iceberg.

La creación de un ambiente terapéutico en acogimiento residencial pasa por entender los principales patrones de reacción emocional de los niños que han estado expuestos a situaciones muy traumáticas en sus familias. Para ello se precisa desarrollar un proyecto educativo enmarcado en varias teorías, entre las cuales debe destacar la teoría de la vinculación del apego. Los educadores, por su parte, deberán basar sus estrategias educativas en una serie de actitudes básicas que se han mostrado en este capítulo: disponibilidad, sensibilidad, aceptación y cooperación. Todas ellas profundamente relacionadas con el trabajo sobre sentimientos y emociones, de modo que se superen las limitaciones de una orientación educativa excesivamente sesgada hacia el control de las conductas, las normas y la aplicación de contingencias en forma de incentivos y refuerzos (totalmente necesarios, por otra parte).

El papel de los educadores es el de tratar de ofrecer una experiencia

La teoría del apego nos ofrece un nuevo marco desde el que repensar la labor educativa en acogimiento residencial. El trabajo sobre sentimientos y emociones debe ir encaminado a modificar las pautas de vinculación aprendidas por el niño en sus situaciones previas y a desarrollar vínculos positivos, seguridad, autonomía y autoeficacia.

de vinculación nueva, como adultos dispuestos a responder a las necesidades, a ser sensibles para reconocer sus emociones, a manifestarles su aceptación valorándoles por lo que son con independencia de su conducta, y a implicarse con ellos en un trabajo conjunto y participativo. Todo ello conforma una experiencia a la que difícilmente han podido tener acceso los niños y adolescentes de protección.

La esperanza radica en que estas nuevas experiencias puedan modificar las pautas de vinculación y comportamiento que los niños han aprendido desde pequeños y puedan tener una segunda oportunidad para desarrollar vínculos afectivos, seguridad y sentimientos de autonomía y autoeficacia.

La resiliencia como marco teórico

Estrechamente relacionado con la teoría del apego ha surgido en los últimos años el concepto de la resiliencia como un marco que permite fundamentar sólidamente las intervenciones en protección a la infancia. Complementando lo dicho acerca de crear un clima terapéutico donde se puedan generar nuevos procesos positivos de vinculación, se introduce ahora el concepto de resiliencia para reforzar esta idea de buscar cambios positivos a través de las experiencias educativas.

Los educadores y profesionales de protección a la infancia han podido constatar con frecuencia como dentro de un grupo de hermanos que han vivido una determinada situación de negligencia o maltrato en la familia se dan importantes diferencias en su desarrollo posterior, de modo que algunos evolucionan mucho mejor que otros. Del mismo modo, se puede observar que niños de diferentes familias que han sufrido similares formas de grave maltrato tienen evoluciones muy diferentes. En la sociedad en general también podemos constatar con facilidad las grandes diferencias que existen en las personas a la hora de hacer frente a las adversidades o las enfermedades y suele llamar la atención la capacidad de algunas personas para enfrentarse a las dificultades y superar traumas o circunstancias muy adversas de su vida.

Uno de los factores de resiliencia más importantes es la oportunidad de construir relaciones positivas con los semejantes. Éste ha de ser uno de los objetivos básicos de la intervención en acogimiento residencial.

El concepto de resiliencia se refiere precisamente al hecho de que algunas personas puedan continuar teniendo un desarrollo positivo a pesar de acontecimientos desestabilizadores y condiciones de vida especialmente difíciles. Se trata de un término fundamental para el trabajo con la infancia desprotegida, ya que, por definición, un niño o adolescente en acogimiento familiar o residencial que consigue un desarrollo positivo, que alcanza metas escolares, sociales o laborales, es un caso de resiliencia. Difícilmente se puede encontrar un ejemplo de condiciones adversas para el desarrollo tan grave como estar sometido durante la infancia a un ambiente de negligencia o malos tratos y, sin embargo, los educadores y los acogedores pueden observar como

algunos de estos niños y adolescentes van logrando sus metas y saliendo adelante.

Las investigaciones sobre resiliencia se han dirigido a tratar de localizar cuáles son los factores que permiten que se dé este fenómeno en una determinada persona. Al principio se planteaba como una característica que ciertas personas poseían, como una constitución excepcional que les hacía especialmente fuertes ante las adversidades. Sin embargo, enseguida se hizo evidente que la resiliencia emerge de las interacciones entre la persona y sus semejantes, concluyendo que para superar experiencias de adversidad es necesario experimentar situaciones positivas, situaciones de compensación (en términos de la Psicopatología del Desarrollo que se ha visto en el capítulo 2).

El concepto de resiliencia se identifica con la capacidad para superar unas circunstancias vitales especialmente difíciles, incluso saliendo reforzado de todo ello.

En vez de hacer referencia a cualidades “misteriosas o mágicas” de la persona, la resiliencia tiene que ver con tener acceso a recursos de protección y apoyo en la vida que ayudan a amortiguar los efectos de las circunstancias y ambientes adversos. No obstante, el temperamento y las características individuales del niño también juegan un papel importante, pero como un factor más en interacción con sus experiencias. Definido de esta manera, el concepto de resiliencia encaja perfectamente con la función que debería de tener un sistema de protección a la infancia, y particularmente los educadores de hogares de protección, ya que deben constituirse en esos recursos de protección y apoyo, en esos mecanismos de compensación, que les permitan reanudar un proceso de desarrollo positivo.

Para algunos niños las experiencias de maltrato han podido tener un efecto de bloqueo de su desarrollo y de sus impulsos naturales por explorar y aprender. En estos casos el encontrar apoyos que faciliten experiencias positivas (como debe de ocurrir en acogimiento residencial) puede desbloquear ese desarrollo y conseguir un proceso de resiliencia que consiste en recuperar el impulso natural de los niños para crecer y aprender.

La resiliencia tiene mucho que ver con las experiencias positivas que los niños en protección pueden experimentar en sus contextos o microsistemas básicos de desarrollo: una nueva familia acogedora adoptiva, un hogar de acogida, la escuela o los lugares de ocio y relación con sus pares. En consecuencia, los educadores deben trabajar intensamente las oportunidades de integración en nuevos contextos sociales para que los niños tengan ocasiones de establecer nuevas relaciones enriquecedoras.

El marco teórico del concepto de resiliencia puede ayudar a entender a los educadores algunas de sus funciones más importantes:

- ✘ convertirse en “tutores” de resiliencia, es decir, establecer una vinculación significativa para el niño o adolescente que le permita

experimentar pautas positivas de relación y de vinculación (función muy relacionada con el concepto de apego); la norma de que en los centros y hogares de protección exista un educador de referencia para cada niño es un buen punto de partida

- ✘ crear en el propio entorno del hogar, a través de la vida cotidiana, experiencias de estimulación o aprendizaje que permitan compensar y superar las privaciones sufridas en el entorno familiar
- ✘ utilizar los recursos comunitarios para integrar a los niños en escenarios de aprendizaje de relación social que les permitan ampliar su red de apoyo y su capacidad de exploración

EDUCAR COOPERATIVAMENTE SIGNIFICA:

El enfoque de la resiliencia permite una perspectiva optimista que resulta muy conveniente para el trabajo en acogimiento residencial. Este tono positivo lo ha resumido el profesor Gilligan¹ en los siguientes planteamientos:

- El cambio es posible.
- El cambio puede surgir de las relaciones de apoyo.
- El cambio también puede emerger por nuevas formas de pensar sobre los problemas y las posibilidades.
- El cambio puede algunas veces ser el resultado de pequeñas cosas, de experiencias corrientes de la vida cotidiana.
- El cambio puede comenzar en una pequeña parte de la vida de una persona.
- El cambio puede surgir desde lo ordinario y la vida cotidiana, no necesariamente proviene de intervenciones terapéuticas o clínicas.
- El cambio puede provenir de una única oportunidad bien aprovechada que ha podido abrir la puerta a experimentar muchas otras cosas positivas.
- Conseguir hacer alguna cosa bien, incluso una sola, puede ser el mejor modo de comenzar.
- Es mucho mejor localizar primero las fortalezas y posibilidades de cada niño para trabajar desde ellas.
- La vida cotidiana está repleta de oportunidades naturales muy útiles para trabajar los cambios.
- Hay que intentar que el niño sea uno de los agentes principales de sus propios cambios y su desarrollo.
- La ayuda y la intervención debe tener el objetivo de añadirse a las cosas positivas que ya están en la vida del niño y no de sustituirlas.

1 Gilligan, R. (2009) Promoting resilience. London: BAAF.

EDUCAR COOPERATIVAMENTE SIGNIFICA (cont.):

- Los problemas complejos rara vez tienen una respuesta sencilla; normalmente los progresos requieren prestar atención a una larga serie de pequeños pasos que, además, interactúan unos con otros de manera positiva y a veces impredecible.
- Lo mejor puede ser enemigo de lo bueno y, a veces, esperar para alcanzar grandes logros significa que perdamos de vista el valor de los pequeños logros intermedios.
- Las soluciones o planes “de talla única”, aplicables a todos los niños, difícilmente funcionan, ya que los cambios se producen con más probabilidad a partir de intervenciones diseñadas según las necesidades individuales de cada niño hasta su aportación decisiva al Proyecto Educativo Individual.
- En el caso de los adolescentes, estimular la negociación y trabajar el significado de los compromisos.

Algunas claves para desarrollar la resiliencia

Para facilitar un proceso de resiliencia existen algunos ingredientes fundamentales que los educadores deberán de trabajar cuidadosamente. Algunos de ellas, especialmente la relación segura o base segura de vinculación se han abordado ya en el apartado de apego. Lógicamente un buen proceso de vinculación de apego es fundamental para facilitar la resiliencia, pero en este apartado se van a presentar otros aspectos que han demostrado también estar fuertemente relacionados con su desarrollo.

Roles sociales

Se habla de roles sociales para hacer referencia a comportamientos que vienen definidos por la posición que se asume en una determinada situación social. Una misma persona, dependiendo de la situación, puede asumir el papel de padre, esposo, hermano, vecino o trabajador. Asumir diferentes roles implica manejar las claves de las situaciones sociales, saber adaptarse a contextos diferentes y asumir diferentes grados de responsabilidad.

En la teoría de la ecología del desarrollo, Bronfenbrenner ya establecía que en la evolución del niño el aprender diferentes roles era un factor de aprendizaje y de crecimiento muy importante. Estudios realizados en el ámbito de la salud mental también sugieren que la diversidad de roles que experimenta una persona es un factor protector, mientras que disponer de un conjunto de roles sociales muy restringido sería un factor de riesgo.

Con respecto a los roles sociales es muy importante que los educadores

Los educadores han de evitar aquellas situaciones en las que el niño se define de forma casi exclusiva por la etiqueta de menor en protección, fomentando el aprendizaje y ejercicio de una amplia variedad de roles.

tengan en cuenta que los niños y adolescentes en protección suelen asumir precisamente este rol de “menor en protección” y es muy importante reemplazarlo por el de niño o adolescente, sin más. Un ejemplo extremo lo podríamos encontrar en los niños institucionalizados de hace unas décadas que vivían internos en macroinstituciones en las que se les facilitaban los recursos escolares, médicos, de ocio y de todo tipo. La vida dentro de estas instituciones provocaba que los niños asumieran el único rol de “interno”, ya fuera en la escuela, recibiendo atención médica o haciendo deporte. Para los niños que viven con sus familias, el asistir al colegio les hace asumir el rol de alumno, recibir atención médica en el centro de salud les enseña el rol de paciente o usuario del servicio y hacer deporte en el equipo de su barrio les enseña el rol de jugador o incluso de capitán del equipo.

Los educadores tienen el doble trabajo de evitar que la situación en un acogimiento residencial genere una etiqueta o un rol de niño abandonado o maltratado y se sienta estigmatizado socialmente y, por otro lado, aprovechar la utilización de los recursos comunitarios de todo tipo para que los niños experimenten una amplia variedad de roles. **Un aspecto muy importante del aprendizaje de diversos roles en diversos contextos es la capacidad para adaptarse a diferentes situaciones de manera flexible. Se trata una habilidad que los niños que han pasado por experiencias familiares adversas tienen muy poco desarrollada.**

Identidad

Los profesionales del sistema de protección deben intervenir para garantizar que el niño entienda su historia personal y la de su familia, así como asegurar la continuidad en su narrativa personal, independientemente de los cambios de centros o medidas.

Los niños y adolescentes en acogimiento residencial tienen una profunda necesidad de saber quiénes son, a quién pertenecen y para quién son importantes, un conjunto de cuestiones que se pueden resumir en el concepto de identidad. Para todos los niños y adolescentes es una necesidad fundamental, pero para los niños en protección suele ser, además, una cuestión conflictiva. **En muchas ocasiones los niños no conocen las verdaderas circunstancias de su familia y las razones por las que se encuentran acogidos con una medida de protección, lo que les provoca serias dudas acerca de sus referencias familiares y de identidad.**

El conocimiento sobre las circunstancias familiares que han determinado que tenga que ser apartado de su familia, por muy doloroso que sea, debe ser objeto de trabajo por parte de los educadores y los profesionales. Esta intervención tiene que ser diseñada por el equipo y ajustada a las necesidades y las capacidades de cada niño, pero es importante que asimilen su situación y evitar que tengan que crecer entre incertidumbres e informaciones ocultas.

El sentido de la identidad y la pertenencia también se puede ver amenazado en acogimiento residencial debido a los cambios de un hogar a otro o entre unas medidas de protección y otras. Esto hace que,

en ocasiones, informaciones muy importantes o experiencias de los niños especialmente significativas se borren del recuerdo de los niños porque no hay unos adultos que tengan continuidad para recordarle su historia. Esta especie de “desfondamiento histórico” que sufren algunos niños en protección puede remediarse al menos parcialmente cuando se trabajan instrumentos como el “libro de vida” en el que van guardando fotos, recuerdos escolares, dibujos, comentarios en forma de diario, etc.

Un aspecto importante de la identidad es el que tiene que ver con las raíces culturales, étnicas o religiosas. Con la llegada de los menores extranjeros no acompañados se ha avanzado mucho en este aspecto, facilitando que los adolescentes procedentes de África que practican el Islam puedan seguir sus costumbres, no sólo de acudir a lugares de culto, sino las que afectan a la alimentación y otros aspectos de la vida cotidiana.

Educación

Es muy conocida la elevada tasa de fracaso escolar de los niños en acogimiento residencial y se ha podido constatar en el estudio realizado en Extremadura. Los motivos son muy numerosos, desde la discapacidad intelectual y los problemas de aprendizaje que presentan una buena parte de estos niños, hasta cuestiones relacionadas con la motivación y la falta de apoyo del hogar familiar para la consecución de estas metas. Lo que sí está fuera de duda es que el nivel educativo que se alcance y la cualificación obtenida es uno de los mejores predictores del nivel de vida que van a disfrutar estos niños y adolescentes cuando sean adultos.

Se están desarrollando en los últimos años algunos estudios sobre los problemas de rendimiento escolar de los niños en acogimiento residencial y las cifras están resultando muy similares en todos los países. Las investigaciones concluyen que no se está prestando suficiente atención a este problema y que deben redoblarse y reforzarse los recursos de apoyo escolar a todos los niveles necesarios.

Para ello es importante desarrollar varias estrategias alternativas a lo que es sencillamente poner a los niños en la rutina de hacer sus tareas escolares diariamente. La primera es una cuestión motivacional y se refiere a enseñarle a los niños formas de estudiar que pueden resultar divertidas, mediante juegos, situaciones entretenidas y con todas las posibilidades que hoy día ofrecen las nuevas tecnologías. La segunda tiene que ver con trabajar objetivos de técnicas de estudio, es decir, con enseñarles a estudiar de manera efectiva y razonable, a organizar su tiempo, su espacio de estudio, sus materiales, saber leer y resumir, subrayar, memorizar, expresar ideas, etc. En general este tipo de habilidades son muy necesarios para todos los niños en edad escolar, pero resultan mucho más indicadas para niños que han carecido de modelos de apoyo al estudio en su hogar.

Promover una buena motivación académica y mejorar las técnicas de estudio son dos de las áreas fundamentales de intervención de los educadores para incrementar el nivel de logro escolar de los niños en acogimiento residencial.

Por supuesto, **ante una situación de fracaso escolar reiterado debe realizarse una buena evaluación psicológica para descartar trastornos que tengan que ver con retrasos, problemas de atención o de aprendizaje.**

Recientes investigaciones llevadas a cabo en otros países demuestran la eficacia de implantar programas de refuerzo escolar diario para niños en acogimiento, trabajando unos ejercicios muy sencillos de habilidades básicas como la lectura, las matemáticas y la expresión. Todos los esfuerzos que se puedan realizar en este sentido tienen una extrema relevancia para el futuro del niño y los educadores deben ser muy conscientes de ello. **Se debe huir de actitudes comprensivas, que entienden que es normal que estos niños tengan estos problemas y cuyas consecuencias son una escasa intervención de apoyo, a menudo en forma de tareas rutinarias sobre las tareas escolares, muchas veces en lugares inadecuados (estudio en grupo, en lugares ruidosos, con falta de materiales, etc.).**

Habilidades sociales

Especialmente en el caso de los adolescentes, la vida cotidiana en los hogares permite a los educadores observar las grandes carencias que presentan en cuanto a sus habilidades sociales. Las formas más básicas de comunicarse con los demás, saludar, pedir favores, disentir en opiniones, expresar malestar, etc., suelen dar lugar a numerosos conflictos que, en ocasiones, llegan a alcanzar escaladas bastante graves.

Los niños que han desarrollado un buen nivel de habilidades sociales suelen tener un buen pronóstico para desarrollar la resiliencia. Contactar bien con los demás, saber adaptarse a situaciones sociales y hacer amistades con facilidad les sitúa en una posición muy ventajosa para superar sus experiencias adversas.

En consecuencia, trabajar las habilidades sociales es uno de los aspectos fundamentales del trabajo de los educadores en acogimiento residencial. Para ello disponen del espacio de la vida cotidiana donde se presentan numerosas ocasiones en las que se ponen en juego estas habilidades. No obstante, cuando estas habilidades no están presentes es necesario que los educadores puedan realizar intervenciones individualizadas, para lo cual existen diversos programas ya confeccionados de fácil aplicación (ver capítulo 7).

La evaluación inicial de necesidades debe incluir la identificación de las habilidades e intereses del niño.

Talentos e intereses

Una estrategia fundamental de los educadores consiste en trabajar a partir de las fortalezas y aspectos positivos del desarrollo del niño o adolescente. Buscar aquellas habilidades o talentos que presenta, reforzarlos y comenzar la intervención desde esta plataforma positiva facilita los procesos de vinculación inicial y acaba siendo reforzante tanto para el niño como para el educador.

Hay niños y adolescentes con especiales aptitudes para el deporte, la música, el dibujo o incluso para hacer pequeñas reparaciones domésticas. Una parte importante de la evaluación inicial de necesidades que los educadores deben hacer para diseñar su Proyecto Educativo Individual tiene que incluir la búsqueda de estas aptitudes e intereses.

Una vez que se localizan estos intereses se debe tratar de conectar con algún recurso en el que los puedan desarrollar, como asociaciones, escuelas o centros sociales. En estos casos es importante vencer el temor que muchos niños presentan al fracaso o la falta de motivación para comprometerse en nuevos retos (miedo a explorar el mundo que ya hemos comentado).

En el caso de que no existan intereses concretos identificados, la estrategia debe consistir en tratar de que los niños y adolescentes experimenten diferentes actividades y puedan disfrutar con alguna de ellas.

Es muy importante para los educadores tener un buen conocimiento de los recursos comunitarios que se pueden utilizar para cada caso.

Autocontrol y solución de problemas

Uno de los problemas más frecuentes que los educadores encuentran en su trabajo con niños y adolescentes en acogimiento residencial es la dificultad que tienen para controlar sus emociones y expresarlas de manera socialmente aceptable.

En concreto, los sentimientos de frustración o de ira suelen dar lugar a explosiones conductuales que generan mucha tensión y conflictividad en los hogares, a veces desencadenados por detalles o circunstancias que tienen objetivamente poca importancia. Estos patrones de conducta pueden tener mucho que ver con lo que se ha analizado en la teoría del apego y con la falta de un ambiente educativo que haya sabido modelar el manejo de las emociones y los límites de las conductas.

El autocontrol requiere un ejercicio de reflexión sobre las propias emociones y aprender a pensar antes de actuar, lo que lo relaciona

Contar con buenas habilidades sociales es un factor de resiliencia ya que garantiza la adaptación social y facilita la construcción de una red de apoyo social.

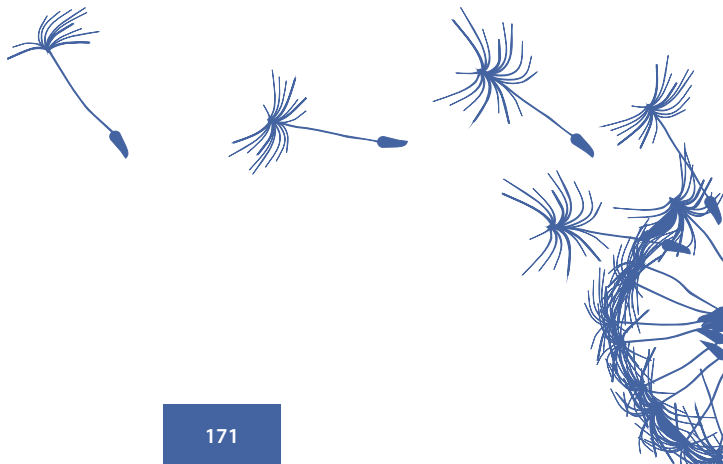
con la habilidad de solución de problemas. En el capítulo siguiente, al abordar el tema del manejo de conflictos, se presentará una forma de intervención en crisis que precisamente aplica la técnica de resolución de problemas para el control emocional.

Los niños deben adquirir la capacidad de reconocer sus propias emociones y decidir la forma apropiada de expresarlas de manera que una manifestación inadecuada no genere todavía más problemas.

Enseñar a los niños a reflexionar ante los problemas y a valorar diferentes soluciones haciendo un balance de pros y contras es una técnica que se utiliza en muchos programas, ya sean de habilidades sociales, de manejo de conflicto o de prevención de la ansiedad y depresión. El principio de pensar antes de actuar y el autocontrol que supone es uno de los objetivos educativos más importantes que se deben plantear los educadores. Para ello, de nuevo la vida cotidiana proporciona numerosas oportunidades de puesta en práctica, desde tomar decisiones sobre la planificación de una actividad lúdica, resolver conflictos o elaborar normas.

Los educadores deben trabajar el autocontrol y la expresión de emociones en situación de conflicto desde los escenarios cotidianos.

La solución de problemas queda así conectada a otro concepto muy importante que es la participación de los niños y jóvenes en las decisiones que les afectan. Esta participación se ha ido definiendo en los últimos años como un derecho, pero tiene una gran importancia también por lo que significa en cuanto a evitar posturas de dependencia y pasividad que podrían agravar aún más el desarrollo de estos niños y adolescentes.



Síntesis

En este capítulo nos hemos centrado en la creación de un ambiente terapéutico en acogimiento residencial a partir de los conceptos de apego y resiliencia. Desde este marco conceptual es posible abordar diferentes problemas, especialmente de tipo internalizante, como la ansiedad y la depresión, pero también externalizante.

Existe gran consenso sobre la idea de que la forma en que los niños experimentan las primeras relaciones con sus adultos cuidadores tiene un impacto significativo en su desarrollo y relaciones personales futuras.

Los educadores deben promover la construcción de una relación de confianza y afecto con el niño, capaz de superar las experiencias negativas de apego vividas con anterioridad. La teoría del apego mantiene que el tipo de respuestas del cuidador frente a las necesidades del niño modela su seguridad y confianza respecto al mundo que le rodea. El desarrollo de un apego seguro estimula conductas de exploración que permiten al niño aprender de su ambiente.

En función del grado de seguridad que los niños han llegado a desarrollar en relación a su cuidador se distinguen cuatro estilos de apego: seguro, evitativo, ansioso-ambivalente y desorganizado.

Los niños que han vivido situaciones de malos tratos pueden presentar dificultades para manejar sus emociones y para satisfacer sus necesidades cuando se encuentran en situaciones de ansiedad o amenaza. Por este motivo, en un contexto residencial es crucial el trabajo sobre el significado de las emociones y su expresión social.

La investigación ha destacado una serie de elementos necesarios para crear un ambiente educativo que trabaje el vínculo y las emociones:

- **Disponibilidad:** ayuda al niño a generar un sentimiento de seguridad y confianza, de saber que existe un adulto que va a responder a su demanda de ayuda.
- **Sensibilidad:** se trata de empatizar con el niño o adolescente y tratar de imaginar qué es lo que piensa y siente; esto nos da estrategias para ayudarles a reconocer y expresar sus emociones.
- **Aceptación:** sentirse querido y aceptado por los cuidadores de una forma incondicional tiene un impacto directo en desarrollo de una autoestima positiva en el niño.
- **Cooperación:** se trata de reconocer las necesidades e intereses de los niños y adolescentes y tratar de armonizarlos con los propios en el marco de la interacción.

En definitiva, los educadores deben basar sus estrategias educativas en una serie de actitudes básicas (disponibilidad, sensibilidad, aceptación y cooperación) que se relacionan con el trabajo

sobre sentimientos y emociones, superando las limitaciones de una orientación educativa dirigida casi exclusivamente al control de las conductas y la aplicación de contingencias. Estrechamente relacionado con la teoría del apego ha surgido el concepto de la resiliencia. La resiliencia se refiere al hecho de que algunas personas sean capaces de tener un desarrollo positivo a pesar de los acontecimientos adversos que hayan podido sufrir.

La resiliencia emana de las interacciones positivas entre la persona y sus semejantes (de lo que anteriormente hemos llamado situaciones de compensación). Por ello los educadores deben reforzar las oportunidades de integración del niño en diferentes contextos sociales para que puedan establecer nuevas relaciones enriquecedoras.

Algunos de los aspectos que los educadores deben trabajar para la promoción de la resiliencia son:

- Roles sociales: la diversidad de roles que experimenta una niño es un factor de protección. Es importante evitar situaciones en las que el niño tiene una única etiqueta o rol de niño en protección, y se debe hacer que experimenten una amplia variedad de roles de modo flexible.
- Identidad: el niño necesita recibir información realista sobre su historia personal y la de su familia y adaptada a su momento evolutivo para desarrollar una identidad positiva.
- Educación: es necesario fomentar una adecuada motivación escolar y asegurar la existencia de apoyos educativos y refuerzo escolar, teniendo en cuenta que la obtención de logros académicos es uno de los mejores predictores de éxito en la transición a la vida independiente.
- Habilidades sociales: contar con buenas habilidades sociales es uno de los aspectos fundamentales para superar la adversidad y debe ser objeto de trabajo por parte de los educadores en acogimiento residencial.
- Talentos e intereses: es importante identificar las habilidades e intereses de cada niño y reforzarlos adecuadamente, dándoles la oportunidad de desarrollarlos a nivel comunitario.
- Autocontrol y solución de problemas: el autocontrol requiere un ejercicio de reflexión sobre las propias emociones y la forma más adecuada de expresarlas.

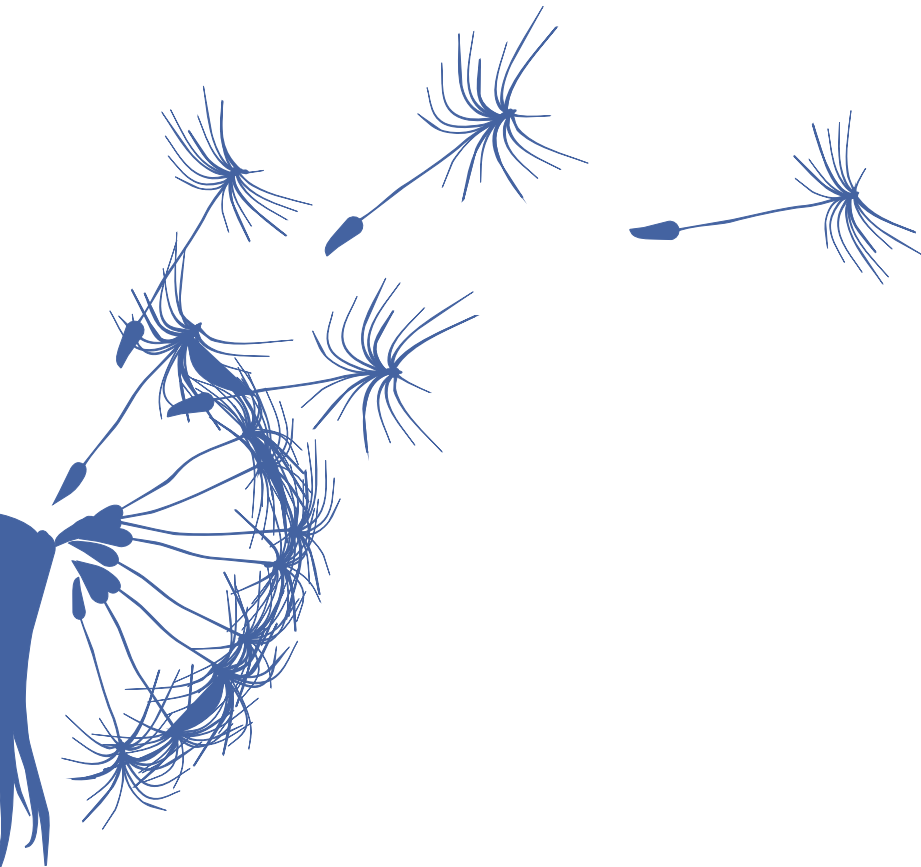
El concepto de resiliencia aporta una visión positiva al trabajo educativo con un claro énfasis en la búsqueda del cambio y de la oportunidad de nuevas experiencias, que puedan resultar compensadoras de las experiencias adversas sufridas por estos niños. La idea de crear un ambiente terapéutico que se ha expuesto en la teoría del apego a través de unas dimensiones básicas que los educadores deben desarrollar en su relación con los niños, se complementa desde la resiliencia con la idea de trabajar la conexión con recursos sociales y nuevos contextos de socialización, así como intensificar el trabajo sobre ciertas habilidades básicas que les capaciten para tener éxito en esos contextos.

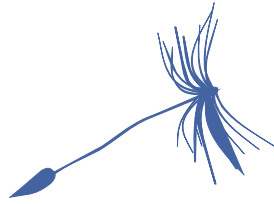




CAP. 6

Trabajando problemas de conducta y situaciones de conflicto





Como ya hemos comentado en anteriores apartados de esta guía, uno de los cambios más notables que han vivido los educadores de centros y hogares de protección en las últimas dos décadas ha sido el aumento del número de niños y sobre todo adolescentes que presentan serios problemas de conducta. Los comportamientos oposicionistas, desafiantes, agresivos y, en ocasiones, muy violentos han ido convirtiendo la vida cotidiana de muchos de estos hogares en un entorno de gran inseguridad y el sentimiento más común de los educadores es el de impotencia para garantizar la protección del resto de niños acogidos, además del consiguiente desgaste emocional y profesional.

El papel del acogimiento residencial en el sistema de protección a la infancia ya hace años que en muchos países se ha ido enfocando a la atención de adolescentes con importantes problemas de conducta. Esto ha ocurrido especialmente en los países anglosajones, donde el acogimiento familiar permite dar cobertura a la inmensa mayoría de los niños más pequeños. En este caso, el acogimiento residencial es el recurso para niños y adolescentes que presentan graves problemas que hacen muy difícil su acogimiento en familia, entre los cuales los adolescentes con problemas de conducta son los más habituales. En consecuencia, el trabajo de los educadores en centros y hogares de protección exige cada vez más una formación intensa para poder dar respuestas adecuadas en este tipo de situaciones y, sobre todo, para poder crear un proyecto de intervención capaz de generar un ambiente de calidez afectiva, al mismo tiempo que de firmeza en el control de la buena convivencia. Para ello es necesario redefinir los problemas de comportamiento de modo que en vez de ser vistos como graves inconvenientes para la convivencia, sean concebidos como oportunidades para una buena intervención de ayuda y reparadora. En definitiva, el educador debe asumir que el conflicto es el escenario básico de este el que realiza un trabajo esencialmente dirigido a ayudar a estos jóvenes a superar sus problemas.

En unidades anteriores de esta guía se han expuesto algunos conceptos referentes a la salud mental y al desarrollo infanto-juvenil que permitirían situar los problemas de conducta en un marco teórico apropiado. Además, se han detallado los principales trastornos de modo que el equipo educativo pueda detectar los problemas de la forma más temprana y pueda dar más sentido a las expresiones comportamentales de los niños y adolescentes. En esta unidad se presentarán, desde un punto de vista mucho más instrumental, algunas ideas y herramientas para hacer frente a los problemas de conducta más habituales en la vida cotidiana de los hogares y centros.

Las diferentes respuestas a los problemas de conducta

Tradicionalmente las formas de respuesta ante problemas de conducta por parte de los educadores se han ajustado a los principios del aprendizaje, trabajando fundamentalmente desde el manejo de consecuencias o contingencias de la conducta, lo que se traduce en términos de sanciones e incentivos y a ellos se dedicará más tarde un apartado.

Sin embargo, existen varias formas de responder ante una conducta inapropiada con una finalidad educativa y las pautas o tendencias a responder de determinados modos, por parte de los educadores, es lo que marca su propio estilo en el desempeño de este trabajo y el modelo de proyecto educativo que se lleva a cabo en un hogar.

Es importante que los proyectos de los hogares y centros incluyan el modelo educativo basado en los tipos de respuesta y de intervención con niños y adolescentes.

Retomando el trabajo de varios investigadores y profesionales podríamos sintetizar los tipos de respuestas básicos ante situaciones de problema de comportamiento en las cinco siguientes:

1. Respuesta Controlada

Es la que persigue fundamentalmente establecer expectativas de resultados y consecuencias de los comportamientos. Establece límites, y aplica refuerzos y sanciones como herramienta básica.

Para este enfoque es fundamental no pasar por alto ni las conductas inadecuadas, para aplicar la correspondiente y proporcional consecuencia (amonestar, reprender, imponer tareas extra, privar del disfrute de ciertos bienes o actividades, etc.), ni las conductas deseables, para reforzarlas convenientemente.

Sería el modelo básico de los equipos educativos que se basan en un trabajo más conductual, donde los esfuerzos se dirigen fundamentalmente a las conductas más objetivas y suelen utilizar registros de frecuencia de los comportamientos para, en función de ellos, distribuir refuerzos o aplicar sanciones. Un ejemplo muy característico es la llamada *economía de fichas*, método que consiste en establecer un sistema de refuerzo diario de los comportamientos que se deseen alcanzar, mediante el cual los niños y jóvenes obtienen beneficios.

La respuesta controladora es siempre un componente necesario para marcar límites y generar aprendizajes. Sin embargo, debe completarse con otros tipos de respuesta para que el modelo no sea rígido.

Es un tipo de respuesta inevitable y necesario en la educación porque es la base de muchos aprendizajes, aunque deba ser complementado con otras formas de intervención.

Ventajas:

- ✕ Los jóvenes que necesitan límites pueden beneficiarse

extraordinariamente de la experiencia de un ambiente regulado y aprender a fijar conductas y consecuencias. Para ello es fundamental que el equipo educativo tenga la capacidad real de aplicar las consecuencias necesarias y las lleve a cabo de una manera coherente y consistente.

- ✘ Resulta especialmente útil con jóvenes que están en el límite de la pérdida de control, aplicando respuestas inmediatas que eviten escaladas de conflicto.
- ✘ Puede introducir orden y calma en situaciones de riesgo de conflicto donde otro tipo de intervenciones más complejas o más prolongadas puede ser más difíciles de encauzar.
- ✘ Es muy efectivo para lograr aprendizajes de manera inmediata, en breves períodos de tiempo.

Inconvenientes:

- ✘ Usado exclusivamente, el ambiente que se crea en la convivencia puede resultar excesivamente rígido o artificial.
- ✘ En el caso de un uso excesivo, puede generar una dependencia externa para el control de la conducta, comportándose bien solo por la presencia de los educadores y el temor a las sanciones, sobre todo si no se complementa con otras técnicas. En este sentido, puede ocasionar una escasa internalización de las normas y un escaso autocontrol y autonomía.
- ✘ Es importante que exista una relación personal estrecha entre los menores y el educador que lo practica; las personas significativas son las que tienen la capacidad de provocar un mayor efecto con sus sanciones o incentivos. Llegar a representar este papel significativo y esta vinculación afectiva no siempre es fácil y debería constituir siempre la primera meta de cualquier profesional para poder llegar a ejercer su rol de educador de manera efectiva.
- ✘ Relacionado con lo anterior, el uso reiterado de sanciones provoca un desgaste de la relación entre los educadores y los niños o jóvenes.
- ✘ Los educadores deben asegurarse de que los comportamientos que están sancionando están bajo el control y la capacidad de quienes los manifiestan. A este respecto se debe subrayar, de nuevo, la importancia del conocimiento de los trastornos psicológicos de la infancia y adolescencia, de modo que se evite, por ejemplo, que un equipo educativo esté sancionando con dureza los olvidos y despistes de un adolescente con problemas de trastorno de déficit de atención, sin estar recibiendo la necesaria ayuda terapéutica.

2. Respuesta Didáctica

En este caso la respuesta educativa tiene como objetivo ayudar a aprender de la experiencia, dando la oportunidad al niño o adolescente para intentar comprender su propia conducta, ponerla en relación con el contexto en que se produce y con sus sentimientos y estado de ánimo. Adicionalmente, ayuda a explorar otras posibilidades de respuesta de comportamiento ante esas situaciones o emociones, abriendo alternativas para reaccionar de modo más adaptativo en futuras ocasiones.

Se insiste en que asuma la responsabilidad sobre sus acciones y tome decisiones sobre su forma de actuar. Se basa en el diálogo centrado en el análisis de la experiencia y de los problemas de convivencia y dificultades que experimentan los niños y adolescentes.

La respuesta didáctica enseña a reflexionar sobre la conducta y a tomar decisiones para actuar en el futuro.

Ventajas:

- ✘ Se puede utilizar con mucha facilidad en el espacio de la vida cotidiana, aprovechando las experiencias diarias.
- ✘ Ayuda a internalizar las normas y a desarrollar el autocontrol sobre el comportamiento mediante el análisis y reflexión sobre sus actuaciones.
- ✘ Efectivo con chicos y chicas mayores para contribuir a su autonomía, ayudándoles a valorar por sí mismos las situaciones y que sean más independientes.
- ✘ Se trata de una respuesta que implica dedicar atención individual y crear un espacio de relación más personal entre el educador y un determinado niño o adolescente, lo que ayuda a fortalecer vínculos e incrementar la autoestima de este último.

Inconvenientes:

- ✘ Requiere largo tiempo, consistencia y flexibilidad.
- ✘ Necesita motivación en el chico y cierta preparación o competencias mínimas, ya que de lo contrario conduce a experiencias reiteradas de fracaso o frustración.
- ✘ Es difícil de manejar en ocasiones por la dificultad de modelar habilidades de reflexión y análisis.
- ✘ Se debe tener precaución para que los problemas de comportamiento no se estén utilizando como un modo de llamar la atención del educador y disponer así de su compañía en exclusiva.

La respuesta reguladora es la más sencilla, trata de poner orden en la situación concreta y superar momentos de tensión o conflicto mediante la asignación de tareas o actividades.

3. Respuesta Reguladora

Se utiliza cuando el principal objetivo es la adherencia a rutinas, normas y obligaciones claramente establecidas. Son intervenciones ante conflictos que tratan de restablecer el curso de las actividades y de la vida cotidiana por encima de otros criterios. Se trata de respuestas muy sencillas, del tipo "... bien, lo que vas a hacer ahora es cambiarte de ropa y ayudar a poner la mesa para la cena...". Es bastante frecuente que los educadores la utilicen, por ejemplo, cuando algún adolescente regresa tras haberse ausentado sin permiso. En estos casos se persigue una reacción de normalidad y de integración en la convivencia como primera estrategia. En otras ocasiones, ante conflictos grupales por ejemplo, la asignación de tareas o actividades para todo el grupo, o de manera dividida, puede cortar el conflicto y normalizar la situación.

Ventajas:

- ✘ Intenta dar un sentido de seguridad y predicción en el ambiente, introduce orden y estructura en momentos donde hay agobio por disponer de poco tiempo y muchas tareas para llevar a cabo en tiempo limitado.
- ✘ Es muy apropiado para nuevos educadores al ejercitar el control sobre las actividades y los tiempos, para que no sean llevados por delante o puestos a prueba por los adolescentes con más experiencia en el hogar.
- ✘ Es efectivo con niños pequeños o de aprendizaje lento que necesitan constante recordatorio de reglas y con grupos grandes facilita el orden.

Inconvenientes:

- ✘ Usado como herramienta principal en un hogar puede llegar a establecer rutinas institucionalizadoras y centrar la atención de los educadores en el cumplimiento de horarios o aspectos más formales.
- ✘ Se puede decantar mucho hacia las necesidades de la organización y no la de los niños y adolescentes.

En ocasiones lo que los niños o adolescentes precisan es un apoyo emocional en términos de una respuesta de empatía, sintonizando con sus problemas y sentimientos.

4. Respuesta Empática

En este caso se trabaja desde la sintonía emocional y la empatía, intentando conectar con los sentimientos y emociones del niño o adolescente, resaltando la importancia de sus sentimientos y preocupaciones. Se trata de una respuesta que busca una aproximación no directiva, no enjuiciadora y de soporte personal

ante todo. La meta es trabajar los aspectos emocionales y lograr que se sientan bien consigo mismos y puedan afrontar sentimientos dolorosos y situaciones conflictivas con respuestas más adaptativas.

Ventajas:

- ✘ Anima al joven a abrirse y discutir conflictos internos sin ser sobrepasado por los sentimientos.
- ✘ Evita tensiones de poder al no responder a conductas o palabras del joven y responder a las emociones y sentimientos que subyacen.
- ✘ Es una magnífica herramienta para construir buenas relaciones personales.
- ✘ Efectiva e indicada cuando se requiere un trabajo de cambio a medio y largo plazo.
- ✘ Ayuda a que los niños y adolescentes se sientan bien aunque manejen sentimientos negativos, ya que aprenden a afrontarlos.

Inconvenientes:

- ✘ Sin una estructura y utilizada en exceso puede conducir a cierto desorden y desestructuración, ya que los menores necesitan también guías, límites y orientación inmediata.
- ✘ Es una ayuda complementaria a otros modelos.
- ✘ Si no se hace bien, especialmente sin una empatía honesta, puede resultar mecánica y poco sincera.

5. Respuesta Relacional

Este tipo de respuesta trata fundamentalmente de reforzar la relación personal y la vinculación del educador con el niño o adolescente. Para ello, este tipo de reacciones enfatizan la implicación personal y la disponibilidad para la ayuda. Tiene un efecto de motivación para los menores, en cuanto convierte el afecto de los educadores y su relación personal en algo valioso a conservar. Aunque contiene algunos elementos parecidos a la respuesta empática, esta tiene como objetivo trabajar las emociones de los niños y adolescentes, mientras que la relacional busca estrechar la vinculación afectiva y reforzar el papel de apoyo social del educador.

Ventajas:

- ✘ Ayuda a focalizar el trabajo educativo sobre la vinculación, los afectos y las relaciones personales.
- ✘ Para aquellos que tuvieron malas experiencias con adultos

es un aprendizaje de otra forma de relación positiva.

- ❏ Marca un modelo de rol a seguir para sus relaciones personales con los demás.
- ❏ Es efectiva con chicos y chicas reservados o deprimidos que necesitan una muestra de interés para reaccionar.

Inconvenientes:

- ❏ Debe manejarse bien para no generar dependencia de un único educador.
- ❏ Requiere tiempo para llegar a establecer una base de buena relación y vinculación.
- ❏ Algunos chicos tardan en hacer relaciones, o tienen dificultades en este aspecto, que deben ser tratadas específicamente (a veces con tratamiento terapéutico).

Algunas respuestas del educador consisten en mostrar su disponibilidad, su apoyo y la importancia de la relación.

Esta clasificación trata de mostrar que la respuesta a un problema o episodio de comportamiento inadecuado tiene muy distintos objetivos y posibilidades. **La complejidad que entraña una buena respuesta es precisamente la de elegir la más apropiada al caso y la situación, sin establecer criterios rígidos basados únicamente en sanciones o en un tipo de respuesta específica.** Lo que en una situación puede requerir una respuesta inmediata sancionadora, en otro caso puede ser la oportunidad para aprender de lo ocurrido, o para explorar emociones, o para mostrar nuestro apoyo y buena disposición.

Un mensaje importante es que la respuesta del educador debe ser siempre intencional, buscando una determinada repercusión educativa y no únicamente señalar una conducta o reprimirla. Los equipos educativos harán bien en incorporar estos modelos a sus proyectos y tratar de acumular experiencia y conocimiento sobre la práctica.

La educación es mucho más que aplicar incentivos y sanciones, pero es impensable una educación sin estos componentes.

A continuación nos centraremos en las respuestas controladoras basadas en los principios del aprendizaje, por su necesidad y complejidad; posteriormente, expondremos un modelo de intervención en crisis que contiene ingredientes fundamentales del resto de las respuestas. Como ya quedó dicho, la utilización excesiva de un modelo controlador que excluye la utilización del resto de tipos de respuesta, conduce a un ambiente en el que las normas resultan más importantes que las relaciones personales y afectivas. Al mismo tiempo, la utilización de respuestas de control es absolutamente necesaria para garantizar la convivencia y suponen el punto de partida necesario para la aplicación del resto de las intervenciones.

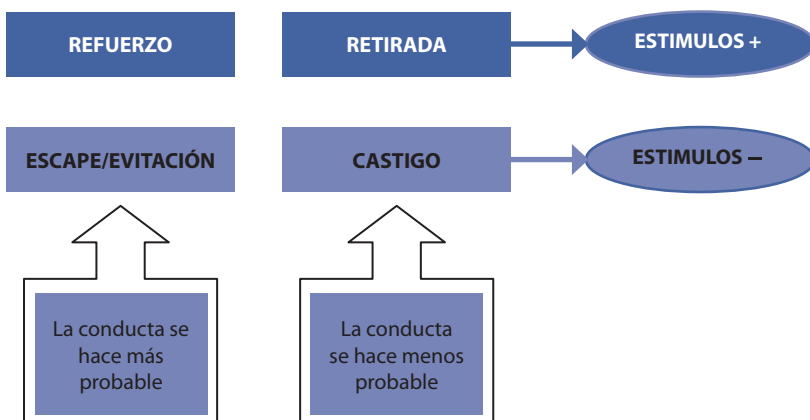
Aplicaciones de principios del aprendizaje en el contexto educativo

Aunque es posible trabajar con numerosas teorías y modelos en la práctica educativa, lo que resulta muy poco recomendable y prácticamente imposible, es dejar de lado el uso de las técnicas de contingencias o consecuencias de la conducta (refuerzo y sanción, básicamente). Cuando el ambiente educativo no es capaz de crear un espacio donde las consecuencias de las conductas sean predecibles y sistemáticas, es muy difícil tener éxito en los procesos de aprendizaje de los niños y jóvenes.

Las experiencias educativas familiares de muchos de los chicos y chicas acogidos en hogares de protección han consistido con frecuencia en la aplicación de consecuencias incoherentes o erráticas, donde la misma conducta podía ser elogiada, castigada (incluso abusivamente) o no provocar reacción alguna. Se puede coincidir con el argumento de que la educación no se puede basar únicamente en las sanciones y castigos, pero no cabe pensar en un escenario educativo donde no se tuvieran en cuenta estas estrategias.

Existen otras muchas obras que detallan los principios de trabajo en materia de refuerzos y sanciones, por lo que aquí solamente se harán comentarios generales y especialmente aplicados a las peculiaridades del contexto del acogimiento residencial.

La figura siguiente muestra de modo esquemático las diferentes consecuencias aplicables al comportamiento. La clasificación de los cuatro tipos resultantes depende de dos criterios: el tipo de estímulos utilizados (si es positivo o placentero, o bien negativo o aversivo); y el tipo de efecto que tiene sobre la conducta (si aumenta o disminuye la probabilidad de que ocurra de nuevo).



El refuerzo es un aspecto esencial del trabajo educativo, ya que consiste en la introducción de elementos positivos y agradables tras la ocurrencia de una conducta adecuada para reforzarla e incrementar la probabilidad de que se repita y constituya un comportamiento interiorizado y estable. No cabe minimizar la importancia de esta técnica porque además de su potente efecto sobre el comportamiento en términos de aprendizaje, produce experiencias agradables y placenteras en el niño y en el educador, influyendo en el tono positivo de la convivencia en general.

Aplicar consecuencias o contingencias a la conducta de niños y adolescentes es más complejo que premiar o castigar. Las técnicas son más variadas y ofrecen diferentes posibilidades.

La diferencia con los mecanismos de escape/evitación radica en que en este caso el recurso se basa en estímulos desagradables o negativos. Si como consecuencia de una conducta que se quiere reforzar se le evita al niño una tarea desagradable, el efecto será una sensación de agrado que incrementaría la probabilidad de que se repita. La diferencia entre escape y evitación es de índole muy técnico: mientras que la evitación es liberar de una tarea o experiencia desagradable que estaba prevista en el futuro, el escape es liberar de una tarea o experiencia que ya se está produciendo en el presente. Sería la diferencia entre liberarle de fregar los platos esta noche, o eximirle cuando ya ha comenzado.

Cuando se trata de actuar sobre los comportamientos para tratar de que no se repitan (conductas inadecuadas) la estrategia más conocida es el castigo, como aplicación de un estímulo aversivo a continuación de dicha conducta. Tras la ocurrencia de este comportamiento, la aplicación por parte del educador de una consecuencia desagradable para el niño o adolescente (que puede consistir en cosas tan diferentes como llamarle la atención, mostrar nuestro descontento, imponer una tarea extra, etc.) incidirá en que sea menos probable que ocurra de nuevo.

Sin embargo, existe otro modo de actuar ante los comportamientos inapropiados que tiene el mismo efecto de reducirlos en el futuro: se trata de lo que vulgarmente se suele llamar retirada de privilegios. La diferencia es que **mientras que el castigo tiene que introducir un elemento negativo o desagradable como consecuencia, la retirada de privilegios utiliza estímulos positivos o agradables que ya se encuentran establecidos en la vida cotidiana.** La técnica en este caso consiste en retirar el acceso al disfrute de actividades o situaciones placenteras que habitualmente forman parte de las rutinas cotidianas. Existen muchos ejemplos, como no poder ver la televisión, limitar la salida de fin de semana o prohibirla, participar en juegos, actividades, etc.

Mientras que los refuerzos tienen unos efectos generalmente reconocidos y positivos, y su uso tiene pocas contraindicaciones (salvo que se empleen de manera incorrecta), los castigos requieren tener en cuenta multitud de requisitos y cuando se aplican incorrectamente generan serios inconvenientes.

A continuación se repasarán algunas de las características y peculiaridades que tiene el uso de estas técnicas.

Utilización de refuerzos

- ❖ Es importante recordar que la definición de refuerzo indica que se trata de aquello que resulta agradable a un chico o chica en concreto. Aunque existen reforzadores muy universales como las muestras de afecto, el dinero, golosinas, etc., la técnica funcionará en la medida que, en ese caso particular, el estímulo utilizado sea especialmente valioso para quien lo recibe. En este sentido, conocer bien a los niños significa, entre otras cosas, saber qué es lo que les gusta y les disgusta, con qué cosas disfrutaban y qué les motiva.
- ❖ De todos los reforzadores el más importante es el de la estima social, el reconocimiento de lo que se ha hecho bien, la expresión del valor que tiene o de la dificultad que entraña lo que se ha realizado. Este tipo de refuerzos afecta a los sentimientos y al autoconcepto, y cuando se usa de manera apropiada contribuye a cambios mucho más profundos que el propio control de la conducta concreta.
- ❖ La inmediatez es uno de los requisitos importantes de los refuerzos para que la vinculación entre la conducta y las consecuencias sea inequívoca.
- ❖ Una aplicación muy sencilla y de muy bajo coste para los educadores, ya que no tienen que hacer gran ejercicio de imaginación, es lo que popularmente se ha llamado “la ley de la abuela” y más técnicamente conocido como el principio de Premack. Se trata de reforzar una conducta con otra conducta, es decir permitir hacer algo que resulta placentero como consecuencia de haber realizado algo que ha requerido más esfuerzo. En realidad se trata de permitir una cierta secuencia de los comportamientos de modo que lo más placentero tenga que esperar a que se haya realizado aquello que más trabajo cuesta o que se quiere reforzar. Un ejemplo sería la planificación de las actividades de la tarde en los niños, cuando deben acabar sus tareas escolares para poder ver la televisión, donde lo único que se hace es ordenar las actividades de la vida diaria de tal modo que la propia secuencia sea reforzante. Es muy importante trabajar su propio autocontrol para que aprenda a manejar este tipo de contingencias, de tal modo que intenten retrasar el disfrute de ciertas cosas hasta haber logrado metas que entrañan dificultad o esfuerzo. De nuevo, una sencilla técnica de refuerzo, bien aplicada, tiene un impacto más allá de las conductas del momento y ayudará a desarrollar el autocontrol y la autoeficacia.

La aplicación de refuerzos o consecuencias agradables por la conducta es muy efectiva y provoca otros efectos muy positivos

Utilización de sanciones o castigos

Las sanciones y castigos se hacen necesarios en ocasiones pero tienen muchos efectos secundarios negativos. Su uso debe reducirse a situaciones estrictamente necesarias y deben ser aplicadas correctamente.

- ✘ Aunque no se puede poner en duda la necesidad de aplicar consecuencias negativas para las conductas inadecuadas cuando es necesario corregirlas, un uso excesivo y, sobre todo, un uso centrado fundamentalmente en este tipo de estrategia puede producir importantes efectos negativos.
- ✘ El primer efecto negativo a resaltar es que en la medida en que los castigos predominen sobre cualquier otro tipo de relación, la consecuencia va a ser el desgaste de la relación personal y las dificultades para vincularse afectivamente.
- ✘ El castigo es efectivo cuando quien lo lleva a cabo es una persona significativa desde un punto de vista ya sea afectivo, de autoridad, o de rol. Los castigos que provienen de las personas con las que no se tiene una relación significativa suelen ser interpretados con facilidad en términos de agresión o persecución y, sea cierto o no, el problema es que no consiguen el efecto de una experiencia que haga recapacitar y rectificar.
- ✘ Uno de los factores que más afectan a la efectividad de los castigos es la competencia que establecen con los refuerzos. Esto significa que en muchas ocasiones la conducta de un niño puede ser muy resistente al castigo porque ese comportamiento para él obtiene importantes reforzadores por otras vías. Es lo que ocurre en ocasiones cuando una conducta inadecuada supone ganar prestigio frente a los amigos, aunque implique castigos por parte de los educadores. En estas situaciones es mucho más interesante desmontar los reforzadores que insistir en los castigos.
- ✘ Otro importante problema de los castigos radica en que, si bien son capaces de señalar cuál es el camino equivocado en el comportamiento, en sí mismos no son capaces de mostrar cuál sería la alternativa adecuada o la conducta correcta en esa situación. Una consecuencia importante de esto es que, aunque los castigos se hacen necesarios en ocasiones, para que tengan un efecto positivo requieren acompañarse de las indicaciones necesarias sobre cuál debe ser la respuesta adecuada en esas situaciones.
- ✘ Otro aspecto que puede afectar a determinados casos es el de aquellos niños y adolescentes sobre los que reiteradamente se aplican castigos o sanciones y con el tiempo van asumiendo un rol de rebeldía o de incomprensión. En este caso los castigos forman parte “necesaria” de sus relaciones y se interpretan como algo que les define y fortalece en su rol.

Dicho todo esto, conviene retomar la cuestión de **la intervención ante conductas inadecuadas basadas en lo que hemos llamado restricción de privilegios. He aquí algunas reflexiones que sugerimos:**

- ❖ Esta estrategia de basar la intervención ante conductas inadecuadas en la retirada de privilegios supone toda una filosofía. Para empezar, va ser difícil que en un contexto educativo donde hay muy pocas oportunidades de divertirse, de acceder o disfrutar de actividades interesantes y atractivas, se pueda practicar esa técnica. Un principio que se deriva de este hecho es que la primera preocupación de los educadores debe ser construir un entorno en el que existan numerosas oportunidades para tener experiencias agradables, divertidas o interesantes. Cuando esto es así, resulta enormemente fácil restringir o privar de cualquiera de estas actividades a un niño o adolescente en concreto y con ello conseguir el efecto deseado. Cuando los ambientes carecen de estas características se tiene que recurrir a los castigos con demasiada frecuencia y probablemente agotando la imaginación y las posibilidades de los educadores.
- ❖ Otro aspecto esencial de este enfoque es que los equipos educativos deben hacer un esfuerzo por conseguir que entre las experiencias agradables y divertidas de la vida cotidiana se encuentre el compartir espacios con los propios educadores. Establecer momentos de actividades conjuntas de tipo lúdico, deportivo, de aprovechamiento de recursos de ocio, o sencillamente de tertulia, no sólo contribuye a que el contexto educativo sea enriquecedor y capaz de proporcionar nuevas y positivas experiencias de relación y de intereses, sino que se convierte en un campo lleno de posibilidades para manejar las contingencias en términos de lo que hemos llamado restricción de privilegios. La compañía y la relación con los educadores es un gran reforzador para la mayoría de niños y adolescentes.
- ❖ Otro aspecto de profundo calado que conlleva la aplicación de esta técnica es la necesidad de que los niños y adolescentes asuman que el acceso al disfrute de las cosas está en relación a los esfuerzos que cada uno hace para merecerlas. Por el contrario, la pérdida del acceso a estas experiencias positivas no es un castigo impuesto, sino una consecuencia natural de su propio comportamiento. En este sentido podemos recordar un principio muy antiguo en la aplicación de este tipo de técnicas: no castigue al niño, simplemente deje que ocurran las consecuencias naturales de su comportamiento. En situaciones como las de los chicos que llegan demasiado tarde de su salida de fin de semana, el planteamiento de que el próximo fin de semana tendrán que regresar antes, y esto no es un castigo externo a lo que ha ocurrido, sino una consecuencia directa o deducible de lo ocurrido. Igualmente, si se les permite utilizar ciertos aparatos o juegos y por no cuidarlos adecuadamente

se deterioran, no es un castigo el que no los vuelvan a utilizar, sino una consecuencia natural hasta que puedan demostrar que son capaces de actuar adecuadamente. Éste aspecto de manejar las consecuencias de una manera natural tiene mucho más calado que el simple control de la conducta y permite un aprendizaje tan esencial como el saber que, en la vida en general, las recompensas y las mejores cosas que podemos disfrutar están en relación con el esfuerzo y el respeto a ciertas reglas de convivencia.

Intervención en crisis

Mientras que el modelo conductual tiene como objetivo fundamental el control del comportamiento a través del manejo de las contingencias ambientales (lo que ocurre antes y después de las conductas), el modelo que vamos a presentar a continuación pretende un nivel de intervención más profundo. No se trataría solamente de controlar la conducta, sino de tratar de abordar los componentes emocionales y cognitivos que producen dichas conductas. En este sentido se podrá observar su clara conexión con el capítulo anterior.

El modelo de intervención en crisis para los educadores sociales se puede convertir en una interesantísima herramienta educativa y en gran parte terapéutica (como se verá a continuación, se trata de una técnica adaptada a la relación educativa proveniente de las metodologías psicoterapéuticas). Esto no quiere decir que el modelo conductual y las aplicaciones que realizamos basadas en el ámbito del acogimiento residencial no sean terapéuticas, pero las estrategias de cambio de comportamiento características del enfoque conductista se centran en la importancia del cambio de la conducta por la modificación de los estímulos del entorno, mientras que el enfoque de intervención en crisis va a perseguir el mismo objetivo de cambio de las conductas, pero modificando también los factores emocionales y cognitivos del propio niño o joven. Se busca una modificación de las causas de la conducta ubicadas en la propia persona cuyo comportamiento se desea cambiar.

No es este lugar para un análisis detallado de las ventajas y los inconvenientes de distintos enfoques terapéuticos y de cambio de comportamiento. Lo más inteligente para los educadores será utilizar todas aquellas herramientas, provenientes de diferentes enfoques, que se puedan ajustar al escenario de la vida cotidiana y diaria en la que se relacionan con los niños y jóvenes y que por tanto resulten realistas y efectivas. Las condiciones en las que trabajan los educadores en los hogares y residencias son muy particulares y no toda las técnicas de intervención, por muy efectivas que sean, resultan de fácil aplicación en este contexto, donde con mucha facilidad se producen cambios, urgencias e incidencias que dificultan el trabajo planificado y muy estructurado. Por consiguiente, las técnicas de intervención en crisis que a continuación se van a exponer,

suponen métodos complementarios de trabajo que el educador debe saber utilizar con buen discernimiento para sacar provecho de cada técnica en el momento y caso más adecuado.

El episodio de crisis

Ya que el concepto básico de la técnica es la crisis, conviene definirlo con claridad. En este contexto la entenderemos como aquella situación de conflicto provocada por un niño, o varios, normalmente en términos de conducta desafiante, agresiva o de grave alteración de la convivencia. **Se trata de un episodio disruptivo al que el educador concede cierta importancia y que va a ser utilizado como motivo de una intervención educativa y terapéutica.**

Este es un primer aspecto crucial para entender el modelo de intervención en crisis y sus positivas aportaciones al ámbito de los educadores y el acogimiento residencial: las crisis, es decir, los problemas o episodios importantes de conducta en el escenario de la vida diaria, se definen en este caso como materia para trabajar y poder establecer una relación más estrecha que permita cambios y nuevas experiencias con los niños y jóvenes.

Las crisis deber ser entendidas como oportunidades para intervenir y buscar un cambio positivo

Lo habitual es que los problemas importantes de tipo disruptivo y desafiante sean vistos como una amenaza, como algo inquietante y que no debería de surgir en la vida cotidiana. En el modelo de intervención en crisis los problemas de conducta importantes se esperan con una actitud positiva, como una oportunidad de intervención para el cambio. Se trabaja sobre el hecho de que los niños y jóvenes que se encuentran en acogimiento residencial tienen importantes problemas que requieren ayuda y que, debido a sus problemas, van a tener importantes comportamientos disruptivos. Estos episodios se considerarán una oportunidad de trabajo y no una amenaza o una desestabilización de la convivencia.

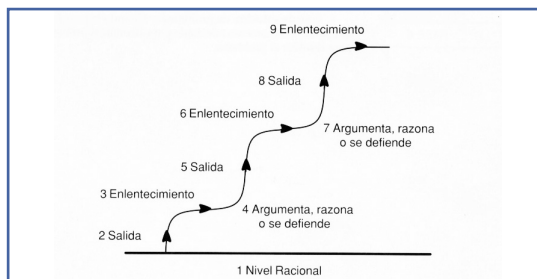
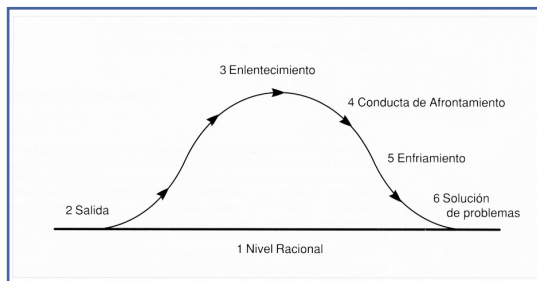
Cuando se trata de adolescentes, con los que las oportunidades de establecer vínculos estrechos o conversaciones profundas no son muy frecuentes, el modelo de intervención en crisis propugna el aprovechamiento de los episodios conflictivos para poder romper esa barrera exterior de reserva y control que los adolescentes suelen formar como mecanismo defensivo. **Las crisis en este contexto se entienden como momentos en los que las emociones afloran, las barreras defensivas se permeabilizan y la oportunidad de llegar al fondo emocional y cognitivo del niño o joven debe ser aprovechada.** El concepto de crisis en este modelo tiene un significado positivo, haciendo referencia a la acepción del término que se refiere a cambio, sin matices negativos. Las crisis son oportunidades y momentos que propician cambios.

El éxito del modelo y su aplicación al contexto del acogimiento residencial va a depender de tres factores fundamentales:

- ✘ **Que los educadores asuman esta perspectiva**, incorporándola no sólo como una manera de reaccionar ante problemas, sino con toda la significación de cambio de actitudes y de filosofía del trabajo educativo que conlleva.
- ✘ **La formación y el entrenamiento** que se adquiriera para saber utilizar las respuestas apropiadas en cada momento, siguiendo las pautas del modelo.
- ✘ **Diseñar un proyecto socioeducativo específico** que enmarque bien este tipo de enfoque y establezca objetivos y procedimientos de intervención.

Con respecto a los episodios de crisis en los que los adolescentes se comportan de manera especialmente agresiva, o emocionalmente descontrolada, es muy importante tener en cuenta en primer lugar el llamado **ciclo de la crisis** y su patrón. Como se puede ver en los gráficos que se adjuntan, cuando se produce una crisis, ya sea con los educadores o con los compañeros, lo que ocurre es que el comportamiento deja de ser gobernado desde un nivel racional para ser controlado por un nivel mucho más emocional.

Gráficos de evolución de comportamientos de crisis, tomado de Costa y López, 1991.



Este tipo de procesos críticos se suelen producir por una reacción ante algo que es percibido por la persona como un problema, ya sea que se le cuestione, que se produzca una frustración de sus expectativas, que se perciba atacado, etc. Como el gráfico primero muestra, existe un punto de salida en el cual comienza la separación del nivel racional para ir incrementando una respuesta emotiva de ira, frustración, agresión, etc. Este tipo de explosiones tiene un punto de crecimiento pero inevitablemente alcanza un momento de estabilización o enlentecimiento de ese brote emocional. Dicho de otra manera, la explosión emocional tiene un punto de arranque, un punto de incremento de la intensidad y a continuación tiene que llegar un punto de estabilidad o enlentecimiento en el que, aunque está lejos del nivel racional, la intensidad de las emociones va perdiendo fuerza y ya no es ascendente. Tras esta estabilización comienza una curva descendente de la crisis, en la cual el joven empieza a dirigirse hacia niveles de control racional, afrontando el problema o la situación desencadenante desde una perspectiva más tranquila.

Los educadores deben ser expertos en el manejo de las crisis para encauzarlas sin que deriven en escaladas de graves conflictos.

Es fundamental para los educadores tener en mente este esquema de funcionamiento de las crisis, ya que, de no ser así, se corre el riesgo de que sus reacciones empeoren las circunstancias muchísimo más, llegando a producir a veces situaciones especialmente graves.

El segundo gráfico de curva de crisis muestra lo que sucede cuando se produce la explosión de salida por parte del joven y el educador reacciona también de manera emocional, dejándose llevar y separándose de sus controles más racionales. En este caso, se va a producir una situación de escalada en el que las alteraciones emocionales de cada uno disparan las emociones del otro. Esta escalada mutua dificulta la llegada a un punto de enlentecimiento y de manejo de la situación, y no es de extrañar que en algunas ocasiones, como se acaba de comentar, se puedan llegar a producir hechos extremadamente graves. Esto es así porque en la medida en que nos estamos separando del nivel racional cada vez con más intensidad y cada vez con más "altura" emocional nuestros comportamientos se vuelven, por definición, cada vez más irracionales.

Así pues, **la primera norma del educador es que en las situaciones de conflicto su papel es fundamentalmente el de encauzar el episodio crítico hacia niveles de afrontamiento, enfriamiento y solución del problema.** Se trata de reconducir al niño o joven, que ha entrado en una explosión emocional, hacia un nivel racional donde sea posible el diálogo.

Con este modelo de funcionamiento en mente es muy fácil entender la técnica de intervención en crisis. Se trata de aprovechar la aparición de intensas emociones en los chicos y chicas para conseguir en un primer momento su control y cauce, evitando graves comportamientos y conflictos. En segundo lugar, trabajar sobre la base de la recuperación del nivel racional desde un diálogo que va a tratar de profundizar en lo que ha ocurrido y los diferentes factores que desencadenaron el episodio.

El manejo de una situación de crisis no es una receta preestablecida. Dependerá de varios factores situacionales que el educador tendrá que valorar.

La respuesta adecuada al episodio de crisis

El planteamiento más importante del modelo de intervención en crisis es que no se trata de una receta de carácter general donde se espera que los educadores se comporten con procedimientos estereotipados en cualquier situación crítica. **La respuesta a cada situación de crisis tendrá que tener en cuenta al menos los siguientes elementos:**

- ✘ **El Programa Educativo Individual (PEI) del niño o adolescente cuyo comportamiento desencadena la crisis.** Ya que hemos establecido unos objetivos fundamentales de trabajo con cada caso, es de esperar que tengamos de alguna manera establecido previamente que es lo que queremos lograr con nuestra intervención, el modo correcto de actuar y las técnicas a utilizar en cada caso. Esto, entre otras cosas, es lo que pretende el PEI como herramienta de trabajo en los educadores: el trabajo planteado desde la reflexión y el análisis de las necesidades individuales de cada caso. En definitiva, diferentes niños pueden requerir distintas formas de reaccionar.
- ✘ **Los factores presentes en la situación.** Las posibilidades de responder o actuar de un modo concreto en situaciones críticas depende del momento y del entorno en que se producen. Un claro ejemplo es el diferente modo en que se debe actuar cuando se trata de un episodio en una interacción entre el educador y el joven que están solos, o se trata de un contexto en el que el comportamiento ocurre estando ante su grupo de compañeros. Ambas situaciones requieren diferentes tipos de estrategias, aunque la finalidad de la intervención en crisis vaya a ser la misma. Una de las dificultades más habituales para los educadores en el ámbito del acogimiento residencial es el tener que enfrentar situaciones de crisis cuando se encuentran trabajando solos y con un grupo de jóvenes. Es muy importante que los educadores entiendan que no siempre se pueden aplicar las respuestas que teóricamente serían las más adecuadas y que es necesario disponer de unos recursos mínimos para llevar a cabo con éxito las intervenciones. Cuando se está trabajando en programas de adolescentes con importantes problemas de conducta, los educadores no deben trabajar solos en ninguno de los turnos.
- ✘ **Los sentimientos que desencadenaron el episodio.** Como característica más destacable de este modelo, el foco principal de observación y de la intervención para los educadores es el tipo de sentimientos y emociones que experimenta el niño o joven que se comporta de manera disruptiva. Se trata de focalizar la atención sobre los mensajes emocionales, los sentimientos y las expectativas de los chicos y chicas, y no solo sobre su conducta concreta. Esta característica de la intervención en crisis es la que

va a requerir un mayor cambio de actitud en los educadores, acostumbrados a centrarse en el análisis de la conducta inadecuada y su gravedad para responder. En el modelo de intervención en crisis lo importante no es solo la corrección de la conducta y sus características en términos de gravedad de la falta cometida, sino los sentimientos y las emociones que han desencadenado el comportamiento. **Podríamos sintetizar la idea en el sentido de que el educador debe aprender a “escuchar” las emociones que se encuentran detrás de los conductas.** Todo esto a su vez requiere el aprendizaje de estrategias muy elementales como la escucha activa o la empatía, para las que existen otros materiales muy detallados, algunos recomendados en la bibliografía.

La preparación de un adecuado contexto por la intervención en crisis

Abundando en la idea de que la intervención en crisis no pretende ser una respuesta mecánica para cualquier episodio conflictivo, trataremos de contextualizar la utilización de esta técnica en un medio educativo adecuadamente preparado para ella. Es evidente que si nos encontramos en un escenario de convivencia educativa en el que los conflictos se producen diariamente con extrema gravedad va ser muy difícil que cualquier técnica vaya a tener éxito. Se trata de subrayar que **la técnica de intervención en crisis tiene su principal factor de éxito cuando se aplica en un contexto donde se han tomado las medidas preventivas adecuadas y existe un modelo de trabajo compartido por todo el equipo de educadores, que cree en las posibilidades de este tipo de planteamientos e intervenciones.**

Existen una serie de características que debe reunir el contexto educativo en el que se desarrollan los programas de acogimiento residencial, con independencia del modelo y las técnicas que se quieren trabajar. **A continuación detallamos algunas de las características importantes que contribuirán a que el ambiente de trabajo educativo pueda garantizar el desarrollo adecuado de estas técnicas:**

- ❖ **Establecer un clima de no violencia en las relaciones interpersonales en la vida cotidiana.** Nada se lograría si no se parte del firme convencimiento, compartido por todo el equipo educativo y que debe tratar de trasladarse al grupo de niños y jóvenes que conviven en el hogar, de que la violencia, agresión, menosprecio o el abuso en las relaciones personales no son admitidas bajo ningún concepto. Un elemento importante para construir este ambiente de manera convincente es el tipo de comportamiento de los educadores, en la medida en que son modelos, y la forma en que se comportan en situaciones difíciles. De ahí que la reacción ante las amenazas o los insultos tenga que ser siempre una reacción elaborada desde la técnica y el trabajo

Manejar crisis y conflictos requiere un contexto de trabajo educativo determinado, donde el equipo sea compacto y establezca un proyecto educativo coherente.

educativo por encima de los impulsos emocionales, por otra parte comprensibles, que cada cual pueda tener. El educador que no haya comprendido, en el espacio de su trabajo educativo, que las interacciones personales conflictivas no son un ataque a su persona, sino a su rol y a su posición en el contexto, y como tal deben ser respondidas, se va a encontrar comprometido en situaciones muy desagradables. El éxito de los equipos educativos estará en función de que consigan hacer de la no violencia su principal criterio de trabajo y de que sean capaces de prestar especial atención a la aparición de comportamientos de este tipo para responder de manera sistemática y contundente con las técnicas adecuadas.

- ✘ **Establecer una relación honesta y de confianza basada en el trabajo individual.** Trabajar en el mundo de las relaciones interpersonales, especialmente con personas con importante deterioro en su desarrollo, es una tarea para la que se requieren especiales motivaciones y particulares características personales, además de una buena formación. El enfoque de la intervención en crisis, insistimos, no consiste en la aplicación mecánica de una técnica, sino en tratar de comprender el sufrimiento de las emociones con las que luchan los niños y adolescentes que presentan comportamientos disruptivos; significa ir más allá de su conducta observable para preocuparse por cómo se sienten y cómo se perciben a sí mismos. Esto sólo se puede lograr con una actitud de honesta preocupación por el otro y la búsqueda de la confianza y la vinculación personal.
- ✘ **Un ambiente estimulante y motivador.** Uno de los factores que más pueden ayudar a evitar que aparezcan comportamientos inadecuados es la construcción de un ambiente estimulante, capaz de ofertar actividades variadas y atractivas, capaces de satisfacer diferentes motivaciones y gustos. En el polo opuesto, los ambientes donde la falta de motivación y de atractivos producen aburrimiento son enormemente propicios a la aparición de conductas disruptivas de todo tipo. Uno de los retos más importantes de cualquier equipo educativo debe ser el diseño de experiencias estimulantes, distintas y atractivas que supongan un escenario para relacionarse y para aprender. Algunos hogares específicos para trabajar con adolescentes con graves problemas de conducta se diseñan en lugares con espacio al aire libre, donde sea posible tener huertos, jardín, talleres, espacio para deporte, cuidado de animales, etc.
- ✘ **Anticipar situaciones peligrosas o interacciones difíciles.** Dependiendo del tipo de hogar o centro donde se esté trabajando, es relativamente sencillo descubrir cuáles son los momentos del día o el tipo de interacciones en que se suelen producir los episodios críticos. El equipo educativo deberá aprender con el tiempo a desarrollar estrategias preventivas, a veces sencillamente

reforzando la presencia de los educadores, para evitar las situaciones más desagradables.

- ✘ **Trabajar terapéuticamente con los chicos y chicas con mayor nivel de conflictividad.** Cuando las crisis no son episodios puntuales que responden a sentimiento como la frustración o la inseguridad, soledad, etc., sino que se trata de un patrón de respuestas muy estable y persistente, lo indicado es el trabajo psicoterapéutico. Las técnicas de intervención en crisis no suplen la necesidad de un tratamiento terapéutico, sino que son un complemento necesario. Se recuerda todo lo comentado en las unidades sobre problemas de salud mental, su detección y la necesidad de derivar a tratamiento lo antes posible.
- ✘ **La supervisión educativa necesaria.** En los últimos años se viene hablando mucho de la supervisión como una herramienta de gestión del trabajo educativo, aunque desgraciadamente no se está implantando con la misma intensidad. Para los educadores, la figura del supervisor debe ser la persona que por su experiencia y conocimiento puede aportar un apoyo y una fuente de recursos y de contraste de pareceres para las situaciones críticas que atraviesan. Cuando se trabaja en contextos donde las emociones está en juego, los inevitables errores pueden conducir a situaciones muy desagradables, donde las interacciones entre los diversos profesionales del equipo pueden llegar a ser bastante conflictivas. En este contexto es muy importante disponer de un apoyo cualificado en los momentos más necesarios.

La desactivación de situaciones explosivas

Como hemos visto en el gráfico sobre el ciclo de las crisis, estas se desencadenan por la irrupción de impulsos emocionales que gobiernan la conducta, alejándose cada vez más del criterio racional y adaptativo, de tal modo que el niño o joven se acaba comportando de la manera más perjudicial para sus propios intereses. El modelo de intervención en crisis tiene que empezar por manejar esas situaciones de explosión emocional, de modo que no alcancen una intensidad de consecuencias desagradables. Este papel de desactivación de situaciones explosivas consiste en manejar respuestas que permitan el enfriamiento emocional y el retorno a un nivel racional de diálogo. Algunas de las estrategias que los educadores pueden tener en cuenta son las siguientes:

En ocasiones convendrá detectar el inicio de una posible crisis y detenerla o desactivarla porque la situación no sea propicia para una intervención. Los educadores deben manejar estrategias para esta desactivación.

- ✘ **Estrategias de desviación o distracción.** En muchas ocasiones, y especialmente cuando es posible trabajar las fases en los momentos iniciales del comportamiento crítico, puede funcionar una estrategia de distracción o desviación del contenido del mensaje amenazante o conflictivo. Responder con un cambio de

tema, preguntar por una actividad realizada, invitar a cambiar de tarea, pueden ser buenas estrategias.

- ✘ **Empatía y escucha sobre los sentimientos.** El manejo de lo que se denomina **escucha activa**, es decir, la actitud de facilitar las expresiones del otro sin interrumpir y tratando de situarse en su lugar y empatizar, es una de las herramientas más poderosas para desactivar los comportamientos dominados por la ira o la frustración. En este caso la atención del educador se dirige al estado emocional y no a las palabras desafiantes o de tono agresivo que está expresando, se preocupa por el sufrimiento o malestar del niño o joven que está generando esa conducta.
- ✘ **Evitar centrarse en la expresión verbal o el gesto negativo.** Como parte inseparable del punto anterior se requiere tomar una cierta distancia con las expresiones verbales concretas del joven que presenta el episodio de crisis. Este tipo de contenidos es lo que se debe trabajar más tarde, cuando se ha logrado entablar un diálogo razonable y se puede hacer ver la importancia que tienen las palabras y el efecto que tienen sobre los demás.
- ✘ **Combinación de empatía y la firmeza.** El concepto de firmeza se refiere a la claridad con que el educador sabe qué es lo que está haciendo y qué es lo que quiere lograr, sin dejar que otras circunstancias lo distraigan de su principal objetivo, y mucho menos, las maniobras distractoras o desafiantes de los propios niños y jóvenes. Es muy importante recordar que la estrategia más habitual cuando se les llama la atención o se corrige un comportamiento, es tratar de contraatacar con alguna crítica o desviando el tema hacia otras personas. En estas y muchas otras ocasiones, la combinación de la empatía con la firmeza es especialmente importante.
- ✘ **Evitar advertencias que no pueden ser cumplidas.** Una de las tentaciones más habituales de los educadores, especialmente cuando no han acumulado suficiente experiencia, es recurrir a la amenaza de determinadas sanciones o actuaciones a pesar de la dificultad real para poder llevarlas a cabo posteriormente. Este tipo de mensajes suele ser habitualmente manejado de manera muy hábil por los niños y jóvenes que son conscientes de esas limitaciones.
- ✘ **Manejo del humor.** Se he dicho muchas veces que una de las características más importantes para trabajar en la ayuda y las relaciones interpersonales es un buen sentido del humor. Además de funcionar como un mecanismo amortiguador de los muchos sinsabores que provoca el trabajo, es una herramienta muy efectiva para establecer vinculaciones personales, funcionar como una persona reforzante, provocar experiencias agradables y relajantes

y, para lo que aquí nos interesa, poder ser utilizada como respuesta o salida a circunstancias que podrían acabar en conflicto.

- ❖ **Facilitar una salida digna.** Muchos de los episodios conflictivos no dejan de ser una lucha en la cual el niño o joven desafía el poder de los educadores (recordemos que no de su persona, sino de su rol). Dependiendo de las situaciones en que nos encontremos, de lo que se está jugando el joven en ese momento y los objetivos principales que queramos alcanzar con la intervención, no siempre lo más importante va a ser ganar el desafío. Puede ser mucho más inteligente (y muchas veces más realista) desactivar la situación y facilitar una salida digna en la que todos ganemos, que tratar de doblegar a un joven delante de sus compañeros para demostrar nuestra autoridad.
- ❖ **Respuesta y trabajo en equipo.** Existen situaciones conflictivas en las que se encuentran por medios comportamientos amenazantes, desafiantes o agresivos, en las cuales los educadores deben estar atentos a prestarse ayuda mutuamente y a intervenir de manera coherente y sistemática. Para muchos jóvenes que proceden de familias donde las pautas de trabajo educativo han sido inconsistentes y erráticas, las respuestas poco coherentes de los educadores les sitúan en un espacio muy conocido del que saben sacar provecho. Además, en estas circunstancias no se va a producir el pretendido cambio de comportamiento.

Una técnica concreta de intervención en crisis: la intervención en el espacio vital

Denominada inicialmente como la técnica de “La entrevista en el espacio vital”, traducción aproximada de la denominación inglesa “Life space interview”, y más conocida últimamente como “Intervención en el espacio vital”, esta técnica fue desarrollada en los años 60 por un autor americano especialista en la intervención educativa con adolescentes llamado Fritz Redl.

El término de espacio vital se refiere a lo que se podría traducir, en nuestro contexto habitual en acogimiento residencial, como espacio de la vida cotidiana. Se refiere por tanto a esa intervención que se realiza sobre la propia realidad de relaciones de la vida diaria, de manera natural y sobre la marcha. El educador debe sacar provecho de este espacio para realizar un trabajo técnico, específico y de carácter terapéutico. Tanto el autor que desarrolló la técnica, como los usos posteriores que se le ha ido dando, han entendido claramente que lo terapéutico no es exclusivo del ámbito de la psicoterapia, sino que la intervención educativa en contextos como la escuela, la familia, la comunidad, o el más específico del acogimiento residencial, puede llevarse a cabo desde una perspectiva

La intervención en el espacio vital es una propuesta sistemática y bien estructurada para que los educadores realicen una intervención educativa y terapéutica en el espacio de la vida cotidiana

facilitadora del cambio y del bienestar.

Los principales objetivos que se plantea la técnica de la intervención en el espacio vital son los siguientes:

- Aprovechar la crisis para producir un cambio, entendiéndolas como oportunidades para trabajar y no sólo como incidentes desagradables.
- Enseñar autocontrol y valores, aprendiendo de la experiencia, de lo que ha ocurrido, para actuar de manera más adaptativa en el futuro.
- Ayudar a que niños y jóvenes comprendan la relación entre sus sentimientos y conductas; uno de los aspectos más esenciales de este modelo es concienciarles de que sus comportamientos tienen una explicación en los sentimientos que experimentan y que emociones muy negativas pueden manejarse de formas muy diferentes y no solamente con respuestas disruptivas.
- Asumir las propias responsabilidades; en la medida en que las conductas se analizan en función de las emociones y los sentimientos personales que las desencadenan, se sitúa la causa, y por tanto la responsabilidad de las conductas, en el propio niño o joven, asumiendo la responsabilidad de sus comportamientos, junto a la posibilidad de variarlos y mejorarlos.
- Asumir el protagonismo del cambio como responsable de su comportamiento, y por tanto con capacidad para cambiarlo y mejorarlo; el proceso se basa en el protagonismo del niño o adolescente para manejar su conducta.
- Establecer una relación de confianza con el adulto, ya que desde el momento en que el educador se interesa por los sentimientos y las razones de los comportamientos, y no solamente por su control o sanción, las probabilidades de lograr una relación de vinculación y confianza se incrementan notablemente.
- Concienciar de los efectos de la propia conducta: en la medida en que la intervención analiza lo ocurrido en el episodio, no sólo con especial atención a los sentimientos y emociones que los desencadenan, sino también a los sentimientos que se provocan como consecuencia, tanto en uno mismo como en los demás.
- Desarrollar y planificar respuestas más adaptativas al hacer un plan para afrontar la situación de un modo distinto la próxima vez, mediante la reflexión sobre el episodio ocurrido y el análisis de los determinantes y las consecuencias.

Los principales objetivos que se plantea la técnica de la intervención en el espacio vital son los siguientes (cont):

- Incrementar las habilidades de solución de problemas: el modelo de intervención en el espacio vital, entre otras técnicas terapéuticas, también incorpora un modelo básico de resolución de problemas, mediante el análisis del comportamiento, de sus causas y consecuencias, y la reflexión sobre alternativas mejores.
- Mejora de autoestima: como un efecto a largo plazo, la percepción de sí mismos como capaces de entender y de controlar su comportamiento, así como de adaptarse a distintas situaciones del mejor modo posible, provoca una mejor autoestima.

La intervención en el espacio vital es una técnica que trata de ofrecer una reacción sistemática para los educadores que se encuentran ante situaciones conflictivas y críticas.

Uno de los factores de éxito más importantes de esta técnica es precisamente la seguridad que proporciona a los educadores, al saber que están manejando el proceso y que tienen claros unos objetivos con su comportamiento, más allá del conflicto por la lucha de poder que habitualmente se establece.

Para facilitar el proceso de aplicación de la técnica los autores establecen una respuesta a la crisis dividida en varias fases. Para recordarlas de manera más fácil se ha recurrido a un acrónimo con la inicial de cada una de las fases, y en la traducción realizada al castellano se ha intentado encontrar una que se ajustara al original y fuera fácil de recordar. **La propuesta para recordar las sucesivas fases que requiere la técnica de intervención en el espacio vital es la expresión: A ESCAPE.** En el cuadro siguiente se muestra la fase a la que corresponde el significado de cada una de las letras y que pasaremos a detallar.

<i>Entrevista ESPACIO VITAL</i>	
A	<i>Apartar al chico del contexto del conflicto.</i>
E	<i>Explorar el punto de vista del chico.</i>
S	<i>Situarle ante nuestra perspectiva.</i>
C	<i>Conectar conducta con sentimientos y otros eventos.</i>
A	<i>Alternativas a discutir.</i>
P	<i>Plan para llevar a cabo en lo sucesivo.</i>
E	<i>Enrolar al chico de vuelta en la rutina.</i>

Apartar al joven del contexto conflictivo

Esta fase tiene como objetivo evitar la escalada de característica del ciclo de la crisis y hace referencia a la necesidad, frecuente en el contexto del trabajo educativo en acogimiento residencial, pero también en el contexto escolar y otros, de romper con el escenario en el que habitualmente se producen estos conflictos que es el del grupo. **El primer paso importante es apartar al niño o joven del contexto grupal que suele funcionar como estímulo y refuerzo para conductas desafiantes. Esta fase tiene los siguientes objetivos:**

- ❖ **Frenar la fuerza del estímulo grupal:** se cambia el escenario en la medida de lo posible, bien trasladándose a otro lugar, o bien haciendo que el resto del grupo sea el que se desplace a otro espacio de manera que pueda existir un diálogo individual.
- ❖ **Frenar y enfriar la escalada emocional:** una parte esencial en este primer momento es el manejo de la escucha activa y la empatía, sobre la base de un buen control emocional por parte del educador

para evitar la escalada del conflicto.

- ❖ **Búsqueda del tiempo y lugar apropiado:** esta fase es fundamental para rebajar el estado emocional y poder volver a una línea racional, por tanto, puede requerir un tiempo y la búsqueda de un lugar más apropiado. En ocasiones esta primera parte puede dilatarse más para poder acometer la segunda, pero es muy importante tratar de no posponer la intervención para el día siguiente o largo tiempo después.

Explorar el punto de vista del niño o joven

Esta fase comienza a partir del momento en el que se han enfriado las emociones y se dispone del adecuado contexto de diálogo individual. Como los educadores bien saben, no siempre será fácil conseguir esta situación después de un episodio de crisis, pero este es el objetivo fundamental de la fase anterior y el trabajo al que deben destinar todos sus esfuerzos.

Es un punto en el que se puede comenzar a establecer un diálogo y es muy importante la expresión que se utilice para invitar a hablar de lo sucedido, de ahí las recomendaciones concretas que se hacen a continuación. El diálogo no busca culpables o explicaciones en términos de interrogatorio, los objetivos son otros. Lo fundamental de esta fase se resume del modo siguiente:

- ❖ **Manejar preguntas muy abiertas:** se trata de llegar a la vivencia personal que ha tenido el chico o la chica en la situación de conflicto que acaba de suceder. Para facilitar esta expresión es muy importante evitar las preguntas de tipo causal como ¿por qué te comportas así? o cualquier tono similar de desaprobación o sanción. Lo importante es mantenerse en el nivel de la descripción que el propio niño o adolescente puede hacer de lo que ha ocurrido. Preguntas muy sencillas del tipo: ¿qué ocurrió?, de forma abierta y buscando la descripción son las más facilitadoras. Como es lógico, el tono que se emplee en la interrogación es el factor más importante para facilitar la confianza y el diálogo.
- ❖ **Empatía y mensajes espejo:** explorar el punto de vista del otro significa explorar las emociones experimentadas y tratar de conectar empáticamente con el niño o joven. La escucha activa y los mensajes del tipo: “¡estabas realmente enfadado!” o cualquier otra descripción de los sentimientos o del estado de ánimo, supone una invitación al diálogo y una muestra de interés y sintonía.

- ✘ **La escucha activa como técnica esencial:** en esta fase el objetivo esencial es escuchar e invitar al chico o la chica a expresarse y explicar su punto de vista y lo que ha ocurrido, tal como lo ha vivido. Es esencial evitar interrupciones, interpretaciones y consejos prematuros. Como tal, la escucha activa supone estimular la conversación del otro, tratando de empatizar y demostrar que podemos ponernos en su lugar y sentir como él o ella se siente.
- ✘ **Referencia al episodio real ocurrido:** es importante que el educador ponga toda su atención en que el punto de vista del niño o adolescente se refiera a la descripción de lo ocurrido, como punto esencial para poder pasar a las fases siguientes. No interesan este momento otro tipo de análisis más generales, o profundizar en cuestiones diferentes.

Situarle ante nuestra perspectiva

En muchas ocasiones no se avanzaría demasiado se tuviéramos que trabajar sólo sobre la perspectiva, forzosamente subjetiva, de cómo han vivido la situación los chicos y chicas que han protagonizado la crisis. **En esta fase, y siempre partiendo de que se han superado las anteriores, confrontamos la descripción que ellos realizan con lo que nosotros desde nuestro punto de vista hemos vivido.** Se trata de complementar su punto de vista con el nuestro, de que puedan apreciar que hay distintas perspectivas en cada situación. El objetivo de esta fase es muy sencillo y no se trata de discutir cuál es el enfoque real, sino sencillamente mostrar percepciones complementarias o distintas. Podemos aportar nuevos elementos de reflexión y otros puntos de vista. Los objetivos son muy elementales:

- ✘ **Confrontar su descripción con nuestra percepción:** empleando frases muy sencillas del tipo: “tal como yo lo vi, lo que pasó fue...”
- ✘ **Explicar la intervención realizada:** si para detener el episodio crítico hubo necesidad de emplear alguna técnica de contención, es el momento para explicar, en el contexto de nuestra percepción de lo sucedido, por qué fue necesario y las consecuencias positivas que conlleva.

Conectar sentimientos y acciones

Esta es una de las fases nucleares y más importantes de este modelo de intervención en el espacio vital. **Pasado el momento de la descripción y de las percepciones de cada uno, esta fase intenta poner de relieve las relaciones que existen entre los sentimientos y las emociones, por un lado, y las acciones o conductas por otro.** Los aspectos más importantes de esta fase son los siguientes:

- ❖ **Recordar antecedentes y episodios anteriores similares:** como una forma de explorar los factores determinantes de los episodios críticos, es bueno recordar otras experiencias anteriores para analizar si tenían el mismo patrón y obedecía a los mismos sentimientos expresados por ellos. Una estrategia útil puede ser recordar situaciones en las que ante sentimientos negativos o parecidos a los que han desencadenado la crisis, el niño o adolescente actuó de manera más adaptativa y analizar las diferencias en términos de la situación y las consecuencias.
- ❖ **Ayudar a identificar sentimientos:** no suele ser fácil para muchos chicos y chicas hablar de sus sentimientos y poder expresarlos con palabras. Es muy importante aprovechar este espacio para ayudarles a identificar diferentes tipos de sentimientos y aprender a relacionarlos con determinados comportamientos y reacciones. Es muy habitual que los educadores tengan que ayudar a manejar sentimientos como la frustración, el desánimo, el dolor, la soledad o el miedo, como determinantes de reacciones conflictivas.
- ❖ **Identificar patrones de afrontamiento:** consiste en ayudarles a tomar conciencia de la forma en que ciertos sentimientos van emparejados a ciertas reacciones o conductas (frustración-agresión, por ejemplo) formando patrones característicos de su comportamiento que son poco adaptativos y con consecuencias negativas para ellos mismos y los demás.
- ❖ **No se trabaja la culpa:** en esa fase no se busca el reconocimiento por haber actuado inadecuadamente, ni la responsabilidad en términos de culpabilidad, sino un cambio de enfoque desde el comportamiento hacia los sentimientos para trabajar desde estos últimos.

A lternativas

Una vez descrita la situación y analizados los determinantes del comportamiento en términos de sentimientos y emociones, **la siguiente fase corresponde ya a la estrategia de tipo más cognitivo y relacionada habilidades de solución de problemas**. Esta etapa es la consecuencia de haber analizado en la anterior los sentimientos dolorosos que han desencadenado su conducta poco adaptativa, con negativas repercusiones para sí mismo y/o los demás.

Establecido el consenso sobre la necesidad de evitar este tipo de respuestas, en esta fase se trata de rastrear y ayudar a localizar comportamientos alternativos para situaciones similares en lo sucesivo, llegando a decidir cuál será la alternativa más adecuada. Los aspectos esenciales de esta fase son los siguientes:

- ❖ **Desarrollo de conductas alternativas:** se trataría de explorar posibles respuestas diferentes ante la aparición de ese tipo de sentimientos. Debe ser el propio niño o joven el que explore estas alternativas y a poder ser quien proponga posibles soluciones o respuestas diferentes. Solamente en el caso de que no sea así podemos sugerirles algunos ejemplos para estimular que ellos mismos encuentren otros.
- ❖ **Valorar ventajas e inconvenientes:** para cada una de las propuestas que aparezcan se deben valorar las ventajas y los inconvenientes, en términos de la finalidad de ese comportamiento y de las consecuencias que va a tener. La conclusión a la que queremos llegar es el acuerdo sobre la mejor alternativa de comportamiento a la situación que ha desencadenado la crisis.
- ❖ **Romper con mecanismos automatizados:** la búsqueda de alternativas tiene como una de sus finalidades esenciales romper la impresión que tienen muchos jóvenes de que su conducta está establecida de manera automatizada y que “no lo pueden remediar”. Se trata de ayudarles a descubrir que para cada tipo de sentimiento contrariado existen diversas formas de reaccionar y de comportarse y que deben buscar la más conveniente para expresarse y afrontar la situación adecuadamente.

P lan para el futuro

Como en todas las etapas precedentes, el cumplimiento del objetivo de la fase anterior marca la transición a la siguiente. **Una vez exploradas diversas alternativas, valoradas las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y elegida la más adecuada, se trata de planificar cómo se va llevar a cabo en el futuro.** Los aspectos cruciales de esta fase son los siguientes:

- ❖ **Buscar el compromiso para actuar de manera diferente en próximas ocasiones:** esta fase pretende comprometer al niño o joven en el esfuerzo de no repetir el episodio de crisis, así como buscar una respuesta alternativa para ese tipo de sentimientos a partir de la reflexión que se ha ido haciendo en los apartados anteriores.
- ❖ **Acordar un sistema de evaluación del cumplimiento:** conseguir un consenso sobre los criterios y los procedimientos con los que valoraremos el cumplimiento de este compromiso. Se pueden establecer formas de registro por una y otra parte y, dependiendo de los casos, los educadores valorarán la conveniencia de establecer sistemas de refuerzo o incentivo cuando se cumpla la meta propuesta.
- ❖ **Ayudar en el desarrollo de sentimientos de competencia:** puede ser interesante en este punto ayudarles a ensayar respuestas, realizando sugerencias, o incluso basándose en pequeños ejercicios de ensayo de roles.

E nrolar en el ritmo cotidiano

Debido a que la intervención en crisis parte de la búsqueda de un espacio de diálogo con la necesaria intimidad y especialmente rompiendo con la presencia del grupo que puede estar reforzando comportamientos inadecuados, es especialmente importante finalizar esta intervención cerrando el proceso y devolviendo al niño o joven a su situación original.

Si se estaba realizando alguna actividad en grupo, en esta fase se le reincorpora, una vez analizada la situación con las posibles alternativas y realizado un acuerdo de responder de manera diferente en próximas ocasiones. Se trata de que reciban el mensaje de que hemos aprovechado la situación para conocernos mejor y para aprender de la experiencia y no se busca la sanción del comportamiento como aspecto esencial. El mensaje fundamental que tratamos de trasladarles es que tras la

intervención en crisis el ritmo cotidiano continúa y que esperamos que pueda desarrollar lo que se acaba de reflexionar y aprender en futuras situaciones. Lo esencial de esta fase es lo siguiente:

- ✘ **Acompañar de vuelta a la actividad o rutina correspondiente:** una vez realizado el paréntesis de la intervención en crisis, se cierra de la manera más natural regresando a la actividad que se estuviera llevando a cabo.
- ✘ **Cerrar adecuadamente los aspectos emocionales:** dado que en ocasiones la intervención en crisis va a destapar ciertos sentimientos y emociones que pueden alterar bastante al niño o joven, es importante que antes de regresar a su actividad se calme y se recupere.
- ✘ **Observar la incorporación al grupo:** es muy interesante observar la reincorporación al grupo tanto en lo que respecta a su propio comportamiento tras la intervención en crisis, como los de los compañeros. La conducta del niño o joven cuando regresa al grupo suele ser un buen indicador de hasta qué punto hemos logrado nuestros objetivos. En esta fase es importante evitar que el resto del grupo realice comentarios o intente destapar de nuevo la situación de crisis. Cuando en un determinado contexto educativo las intervenciones en crisis se producen de manera natural y sistemática, el grupo lo incorpora también como una situación normal y asume las reglas de su funcionamiento.

Resumiendo, las normas de procedimiento de esta técnica de intervención en el espacio vital contemplan los siguientes aspectos clave:

- Transcurre en el espacio de la vida cotidiana y es una técnica de efectos terapéuticos en la que no se requiere un escenario de psicoterapia externo al de la convivencia diaria.
- Se trabaja en el momento inmediato al episodio conflictivo crítico. Para muchos educadores la intervención posterior a un conflicto grave se tiende a producir de manera retardada, dando tiempo a que las cosas se enfríen para poder abordarlas. En este modelo se aplica la regla contraria, ya que se aprovecha la crisis, el momento en que han aflorado sentimientos, para poder penetrar en este universo interior antes de que la situación se enfríe y sea mucho más difícil. De ahí que sea muy importante seguir las fases establecidas, ya que permiten encauzar y manejar la situación intensamente emocional para acabar tomando decisiones racionales.

Resumiendo, las normas de procedimiento de esta técnica de intervención en el espacio vital contemplan los siguientes aspectos clave (cont.):

- Lo aplica alguien que forma parte natural del espacio vital del niño o joven, la técnica debe desarrollarla, siempre que sea posible, el educador con el que se encuentran mejor vinculados.
- La técnica trata de focalizar la atención de los educadores (y como consecuencia la de los propios niños o jóvenes) hacia las emociones y los sentimientos y no solamente sobre las conductas. Si el educador no consigue este cambio de enfoque va a ser muy difícil que consiga transmitir la idea a los propios jóvenes. La técnica desarrolla especialmente el concepto de las emociones y los sentimientos como disparadores de ciertas conductas y la posibilidad de cambiar el curso de los comportamientos.
- Las fases de la intervención en el espacio vital combinan muy diferentes técnicas: la contención inicial, la escucha activa, la empatía, las técnicas de solución de problemas y el acuerdo o compromiso. Con ello se persigue que la intervención educativa tenga un repercusión de mayor calado y con posibilidades de afectar a los aprendizajes a medio y largo plazo.

Como comentario final cabe decir que la lectura secuencial de las fases que componen esta técnica, puede hacer pensar que es un proceso sumamente complicado y largo en cuanto al tiempo necesario para llevarlo a cabo. La duración de este tipo de intervenciones va a depender mucho de la disposición de los niños o jóvenes y de la facilidad que tengan para analizar la situación. No obstante, se trata de intervenciones breves que no deberían en la mayor parte de las ocasiones durar más allá de los 20 a 30 minutos. Para que esto sea así, es importante que los educadores tengan en cuenta que se está trabajando sobre un comportamiento concreto que acaba de ocurrir y no conviene dispersarse. Se busca el análisis de la crisis y un acuerdo para responder adecuadamente en futuras situaciones, focalizando la atención sobre este punto en concreto. De este modo, las fases se pueden desarrollar con relativa rapidez.

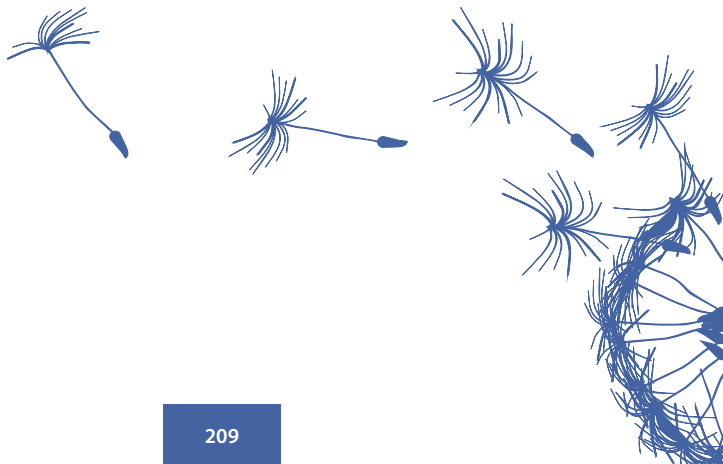
Lo más importante en la aplicación de la técnica, sin embargo, es que se asuma por el equipo educativo y se aplique de forma sistemática y coherente. Los equipos educativos encontrarán en esta técnica una fuente muy interesante de aprendizaje y debate sobre el modo en que trabajan con los chicos y chicas. Por supuesto, también aprenderán mucho acerca de sus propias emociones y reacciones y cómo mejorarlas. El efecto terapéutico pretendido debe afectar al clima general del hogar educativo.

Síntesis

Los educadores en acogimiento residencial se ven sometidos con mucha frecuencia a situaciones de grave alteración de la convivencia, de crisis en forma de conflictos de agresividad y violencia.

Una de sus principales tareas consiste en garantizar la seguridad de todo el grupo de niños que vive en un hogar y esto, en ambientes de frecuentes conflictos, se torna extremadamente difícil.

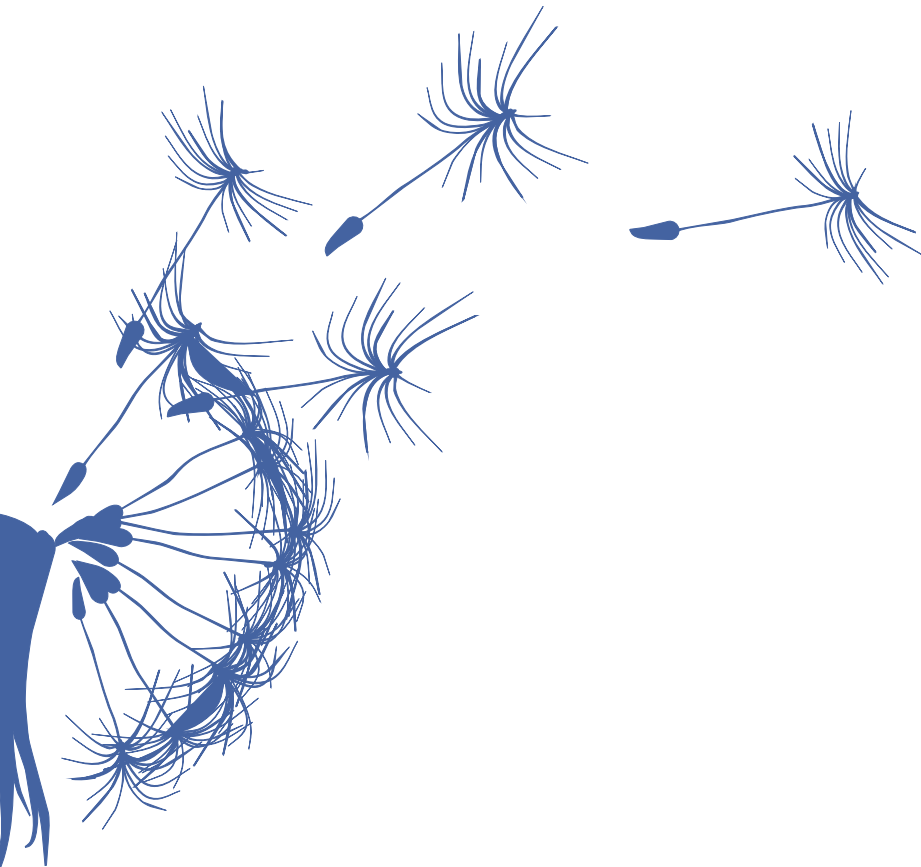
- En este capítulo se han repasado diferentes técnicas y estrategias para hacer frente a problemas de conducta. En primer lugar se ha señalado que existen muy diversas formas de responder ante las situaciones que plantean los niños y adolescentes y que el objetivo educativo debe marcar la respuesta del profesional.
- El modelo conductual, basado en consecuencias de la conducta es necesario pero debe ser complementado con otras estrategias. Se han repasado las estrategias de contingencia de conductas y los efectos secundarios que tiene un excesivo énfasis en los castigos, proponiendo formas de extinción de conductas inapropiadas mediante el uso de estímulos positivos como ocurre en la retirada de privilegios.
- Se ha presentado el modelo de intervención en crisis llamado de *intervención en el espacio vital* como un posible instrumento para disponer de una respuesta muy estructurada en situaciones de conflictividad. Se pretende no solo manejar la crisis sino aprovecharla como una oportunidad de cambio terapéutico.





CAP. 7

Herramientas para el trabajo psicoeducativo en acogimiento residencial



A lo largo de esta Guía se ha ido justificando la necesidad de diseñar el trabajo socioeducativo en acogimiento residencial desde una perspectiva que permita cubrir las necesidades relacionadas con problemas del desarrollo y trastornos psicológicos. Los hogares de protección paulatinamente se han ido especializando en la atención a los niños mayores y adolescentes que presentan importantes problemas de este tipo, en una tendencia que seguramente seguirá incrementándose en los próximos años. Si los equipos educativos de estos hogares tienen que atender a niños y adolescentes que presentan una gran variedad de trastornos, es importante tener una mínima formación en cuestiones de salud mental y que su proyecto de intervención introduzca elementos terapéuticos, tanto de detección y evaluación como de intervención, para lo que se han establecido ciertas orientaciones en los capítulos anteriores.

No obstante, los perfiles de los niños y adolescentes atendidos en acogimiento residencial siguen presentando una gran variabilidad y, en consecuencia, los objetivos de la intervención educativa son muy amplios. Los adolescentes mayores para los cuales se ha establecido un plan de apoyo a la transición a la vida adulta independiente plantean un tipo de objetivos muy específicos, relacionados como es lógico con sus necesidades de autonomía y de habilidades para desenvolverse socialmente. La atención a los menores extranjeros no acompañados, que ya hemos visto que presentan menos problemas de salud mental que los autóctonos, plantea también el abordaje de necesidades muy particulares y exige a los equipos educativos cierta formación y recursos.

A la vista de que la intervención en acogimiento residencial tiene que contemplar necesidades muy diferentes, en muchas ocasiones con escaso tiempo y a menudo relacionadas con importantes problemas de desarrollo y de comportamiento, se requiere por parte de los equipos educativos disponer de un conjunto de herramientas susceptibles de ser utilizadas en diferentes momentos en distintos casos.

Afortunadamente, hoy día existen programas elaborados para hacer frente a diversas problemáticas, permitiendo su aplicación sistemática en el espacio de la vida cotidiana de los hogares de protección. Existen algunos programas para las habilidades sociales, para las habilidades de autonomía e independencia, para la prevención y el abordaje de los problemas emocionales como la depresión o ansiedad, o de los problemas de abuso de sustancias y programas para la educación afectivo-sexual, entre otros. Se pueden entender como herramientas interesantes también ciertas publicaciones que permiten adquirir conocimientos básicos e información en temas muy específicos como puede ser la problemática de los menores extranjeros no acompañados o el abordaje de los problemas de conducta y conflicto en la convivencia.

A continuación se presentarán algunas herramientas de este tipo y se comentarán algunas de sus características y aplicaciones con la finalidad de que los equipos educativos puedan decidir si son de su interés.

Programa Escolar de Desarrollo Emocional (P.E.D.E)

Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011). Los trastornos afectivos en la escuela. Guía del Programa Escolar de Desarrollo Emocional. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.

Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011). Programa Escolar de Desarrollo Emocional (P.E.D.E). Actividades para el alumnado en el aula. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.

Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011). Programa Escolar de Desarrollo Emocional (P.E.D.E). Actividades para el alumnado en casa. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.

Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011). Programa Escolar de Desarrollo Emocional (P.E.D.E). Actividades para padres y madres. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.

Justificación

La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más importantes en la actualidad por su incidencia en la esfera global de los niños y de los jóvenes. La depresión infantil es un trastorno psicológico complejo, con dos características principales: estado de ánimo irritable y/o disfórico y desmotivación y disminución de la conducta adaptativa. Otros síntomas son las alteraciones del apetito, pérdida/ganancia de peso, trastornos del sueño, disminución de actividades, bajo autoconcepto, dificultades de concentración, ideas de muerte, etc.

En el caso de la ansiedad, aunque los síntomas pueden ir variando de un tipo de trastorno de ansiedad a otro, todos mantienen en común sentimientos subjetivos de inquietud y miedo, conductas manifiestas de escape y aislamiento y respuestas fisiológicas como sudoración excesiva, náuseas, etc.

La depresión y la ansiedad, junto con el retraimiento social y los problemas físicos y somáticos conforman los trastornos internalizantes, así denominados frente a los trastornos externalizantes (trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno desafiante u oposicionista).

En muchas de las ocasiones, los problemas internalizados en la infancia y adolescencia cursan con sintomatología externalizante (falta de control emocional y autorregulación, irritabilidad, ira, agresividad, etc.) y suelen ser este tipo de problemáticas las que llaman la atención del adulto.

Es ampliamente conocido que los cuatro tipos de problemas internalizados pueden mostrarse al mismo tiempo en una misma persona. Incluso, en algunos casos, los síntomas pueden ser los mismos. Así, tal y como se ha expuesto anteriormente, la irritabilidad, la fatiga, las dificultades de concentración, los problemas de sueño son indicadores tanto de un trastorno depresivo como de un trastorno por ansiedad generalizada. Además, los niños con una significativa depresión y ansiedad pueden desarrollar problemas somáticos tales como dolor de estómago y dolor de cabeza.

Esta similitud entre los síntomas centrales de diferentes trastornos dificulta la concreción diagnóstica tal y como se realiza en el DSM-IV (APA, 2002). No obstante, aunque diferenciar entre síntomas o trastorno es importante para el diagnóstico, no lo es tanto para propósitos de intervención y menos de prevención. Ante todo niño que sufre cualquier síntoma, sin que llegue a ser un trastorno, es importante intervenir, y más sabiendo que la aparición temprana de síntomas severos son un indicio de futuros problemas.

Todo lo dicho hace que la intervención preventiva sea absolutamente prioritaria en la población infanto-juvenil general y, en concreto, en la población de acogimiento residencial puesto que multitud de investigaciones señalan la elevada incidencia de este tipo de problemáticas emocionales y conductuales en los niños y adolescentes que, por diferentes situaciones sociofamiliares, tienen una medida de protección con separación familiar (como hemos comprobado en el estudio en Extremadura).

Estructura y aplicación del Programa

El programa PEDE trabaja justamente en la línea de la intervención preventiva para la sintomatología internalizante y externalizante y está pensado para su aplicación en el ámbito escolar (niños de edades entre los 6 y los 12 años). Los mismos autores del PEDE tienen una versión hecha, pendiente de publicar, dirigida específicamente a la población de acogimiento residencial. Esta adaptación al ámbito residencial del PEDE se llama: Pensar, Actuar y Sentir (P.A.S.).

El PEDE está compuesto por dos apartados: actividades para los niños (con dos libros, uno para el aula y otro de tareas para casa) y actividades para los tutores responsables de los niños. El PEDE consta a su vez de una guía donde se explica la metodología del programa y su puesta en marcha.

En el caso del PAS, las dos líneas de trabajo van dirigidas a los niños y adolescentes y a sus educadores de referencia.

Las actividades para los niños están compuestas por los siguientes bloques:

Bloque 1. Tiene que ver con la educación emocional y trata de enseñar al niño que existen diferentes emociones, como la alegría, que son positivas, y otras como la ansiedad o la tristeza que son desagradables. Se pretende también que el niño identifique las situaciones que pueden provocar cada emoción y aprenda a analizar las emociones que en ocasiones pueden solaparse, siendo también capaz de discriminar su intensidad. Es decir, ha de volverse un experto en “su vocabulario emocional”.

Bloque 2. Trata de enseñar a identificar y sustituir pensamientos y creencias disfuncionales para el niño o la niña y comprender que nuestras emociones son una función de nuestras conductas y de los juicios que emitimos ante la vida que nos rodea. La reestructuración cognitiva sería central en este ámbito.

Bloque 3. Tiene como objetivo aumentar el bienestar de los niños y niñas mediante la realización de actividades positivas para ellos. Han de comprender, a través de actividades concretas, que realizar actividades físicas y lúdicas favorece el equilibrio emocional. La activación conductual es el elemento central a partir del cual se aprende a trabajar personalmente por su propio bienestar.

Bloque 4. Se centra en el entrenamiento en habilidades sociales, de autocontrol y del manejo del estrés y la ira/agresividad. El objetivo principal tiene que ver con la adquisición de habilidades imprescindibles para una adecuada socialización. De esta forma, se trabajará el manejo de la ira, la inoculación del estrés, la comunicación, la asertividad, cómo hacer y rechazar peticiones, la resolución de conflictos interpersonales, cuándo, dónde y cómo expreso al otro lo que estoy sintiendo, etc. En el PAS se hace especial mención al manejo de la agresividad/agresión/hostilidad.

Bloque 5. Tiene que ver con el entrenamiento en resolución de problemas. El objetivo en este caso es dotar a los niños y niñas de recursos y estrategias para poder generar diferentes soluciones a un problema presente, saber decidirse por la que mejor se considere y ponerla en práctica finalmente. La resolución de problemas en seis pasos será la estrategia central que se aplicará a problemas reales que los diferentes miembros del grupo presenten. Será el momento de contextualizar todo lo aprendido previamente y aplicarlo a cada situación problemática.

Las actividades en el PAS serán diferentes puesto que se tratan otro tipo de problemáticas y los ejemplos tienen que ser mucho más específicos y concretos puesto que tienen que hacer referencia a una realidad mucho

más compleja.

En el PEDE, el número de sesiones pueden situarse en torno a 14, cada una de una hora (tutorías). Las podría dirigir un adulto de referencia para el grupo-clase de primaria (maestro u orientador), siendo imprescindible un curso de formación para las personas que vayan a manejar los grupos. La duración de este curso de formación nunca será menor de 20 horas.

Respecto al PAS, el número de sesiones pueden situarse en torno a 15-20 sesiones de hora y media cada una. Las podría dirigir un adulto de referencia en el centro, que tenga una cualificación adecuada para llevar a cabo con solvencia las diferentes actividades del PAS. Así, será imprescindible un curso de formación para las personas que vayan a manejar los grupos. La duración de este curso de formación dependerá de la titulación de las personas que lo reciban, pero nunca será menor de 25-30 horas. Las actividades diseñadas en cada sesión girarán en torno a las preocupaciones o problemas concretos de cada grupo. Por último, las sesiones podrían trabajarse a razón de una sesión, dos días por semana (más intensivo). El programa PAS está pensado para niños con edades comprendidas entre los 6 y los 16 años. Con el objeto de atender las necesidades específicas de cada integrante del grupo, éste no debería superar el número de 10 personas.

Actividades para los adultos responsables de los niños:

Se abordan conocimientos paralelos a los trabajados con los niños, como las emociones, las relaciones entre pensamientos, emociones y conductas y la solución de problemas. Además, se hace hincapié en los estilos educativos, en las técnicas de modificación de conducta para disminuir el comportamiento inadecuado, en la disciplina positiva para aumentar el comportamiento adecuado, en cómo comunicar los aspectos positivos y cómo afrontar los errores que se cometen diariamente. En el caso del PAS, se trabajarán todos estos contenidos con los educadores responsables de los niños y adolescentes, centrándose en ejemplos más específicos y concretos cercanos a las problemáticas con las que intervienen de manera cotidiana.

Cada grupo concreto sería evaluado en la primera y última sesión, de tal forma que se valoren los resultados obtenidos con la intervención. El instrumento que se utilizará para la medida pre y post tratamiento es el CECAD: Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión. El CECAD es un cuestionario compuesto por 50 ítems y destinado a evaluar la ansiedad y la depresión, conjuntamente con otras tres escalas que pueden ser de gran utilidad en los campos educativo y clínico como indicativas de la existencia de un trastorno emocional: Inutilidad, Irritabilidad y Problemas de pensamiento. Es un cuestionario que cumplimentan los propios niños y que se puede aplicar de manera colectiva, por lo que será la persona encargada de cada grupo la que lo administre en la primera y última sesión.

La metodología a utilizar ha de ser fundamentalmente activa, participativa, abierta a considerar aquella problemática particular de cada grupo y tomarla como ejemplo para abordar el objetivo que se busca en cada sesión. El role playing y el modelado serán estrategias fundamentales a lo largo de todas las sesiones.

Programa “Bienestar”: el bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia

López, F., Carpintero, E, Del Campo, A., Lázaro, S. y Soriano, S. (2006) Programa Bienestar. El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia. Madrid: Pirámide.

El diseño del programa se fundamenta en varias fuentes teóricas. Para su elaboración se tomó como punto de partida la teoría de las necesidades humanas, en general y de los adolescentes en particular, en la que se pone de manifiesto la necesidad de resolver adecuadamente las necesidades físicas, sociales, emocionales y cognitivas para alcanzar el bienestar. Por ejemplo, una de las necesidades más importantes del ser humano es la de establecer vínculos afectivos adecuados, para lo que debe abrirse a los demás, no ser egoísta, etc.

A su vez, se consideró como referente destacado los resultados obtenidos en la investigación centrada en menores con problemas sociales y víctimas de maltrato, cuyas consecuencias fundamentales giran en torno a mayores dificultades en las relaciones con los demás, una autoestima negativa, problemas en el desarrollo de la empatía, etc. Finalmente se siguieron muy de cerca los estudios sobre los factores protectores que ponen de manifiesto cómo las personas con vínculos afectivos adecuados, una apropiada red de relaciones sociales y determinadas características personales, son personas con mayor resistencia ante los factores de riesgo.

Las funciones del programa

El programa ha sido diseñado para trabajar con adolescentes (12-16) tanto en contextos residenciales como escolares, desde una doble perspectiva. Por una parte se ha diseñado para ser empleado con una función preventiva porque la intervención se lleva a cabo sobre un conjunto de factores de protección, cuya promoción permite incrementar la competencia de los adolescentes a la hora de afrontar los distintos riesgos a los que puedan verse sometidos. Además, la intervención será también favorable para aquellos adolescentes que no estén en situación

de riesgo, ya que trata de potenciar el desarrollo de su competencia social, lo cual tendrá repercusiones positivas en la mejora de su bienestar y el de las personas de su entorno.

Por otra parte, presenta también una función de intervención, dado que el trabajo sobre estos mismos factores puede ayudar a superar las dificultades que se estén viviendo y conseguir una mejor adaptación escolar, familiar y social. Esto es especialmente importante en los casos de adolescentes maltratados, cuyo desarrollo social y emocional puede presentar distintos problemas vinculados a la experiencia de maltrato vivida.

Los objetivos del programa

La intervención desde este programa está dirigida hacia los componentes centrales del desarrollo emocional y social. Esto le convierte en una herramienta eficaz de cara a la prevención de riesgos y la promoción del bienestar. Concretamente se trata de:

- ✘ Potenciar los recursos de los que ya disponen los adolescentes que les acercan a su bienestar y les ayudan a colaborar en el bienestar de los demás.
- ✘ Dotarles de recursos para que puedan resolver adecuadamente sus necesidades vitales e interpersonales.
- ✘ Ayudarles a ser más prosociales como mejor forma de prevenir las conductas antisociales.
- ✘ Incrementar su competencia para adaptarse y saber afrontar y superar los riesgos a los que puedan verse sometidos.

El programa intenta dotarles de herramientas -o enseñarles a utilizar de modo más eficaz las que ya tienen- para que afronten mejor los riesgos, sean más fuertes ante los problemas y dificultades y puedan trabajar para mejorar su propio bienestar y contribuir al de los demás. Se trata de conseguir que los adolescentes sean mejores personas y estén más y mejor integrados en la sociedad o, dicho de otro modo, mejor socializados. Se trata, en suma, de que sean felices y puedan contribuir a la felicidad de los demás.

El programa persigue, por tanto, potenciar los recursos del propio adolescente a través de una intervención optimizadora sobre los componentes centrales del bienestar que actúan como factores protectores en esta edad, aunque la intervención no debería descuidar tampoco el trabajo con los contextos de desarrollo adolescente: familia, escuela y grupo social. En este sentido creemos que la aplicación de este programa se vería enriquecida con una intervención que abordara de forma paralela una mejora del funcionamiento familiar o facilitara la integración del adolescente en la escuela, dado que escuela y familia

pueden ser factores protectores muy eficaces a lo largo de todo el proceso de socialización.

Los factores sobre los que se diseña la intervención

Si el objetivo del programa es promover el bienestar personal y social -como una forma de evitar los riesgos y favorecer la resolución de algunos de los problemas vinculados a la experiencia de maltrato sufrida-, la intervención debe ir dirigida a aquellas variables que sabemos desde la investigación que están asociadas con el bienestar. Sabemos que el bienestar personal y social depende de múltiples factores de distinto tipo: personales, familiares, escolares, culturales, etc., lo que dificulta la presentación de un cuadro global y coherente, por lo que esta propuesta, como otras muchas, siempre va a ser una propuesta parcial y sujeta a revisión. Los factores sobre los que intervienen han sido seleccionados en base a diferentes criterios:

- ✘ Factores asociados con el bienestar, demostrado en la investigación de la que disponemos en la actualidad.
- ✘ Factores que son modificables a través de la intervención educativa, es decir, que pueden ser objeto de cambio a través de intervenciones educativas en grupo.
- ✘ Factores sobre los que sabemos pedagógicamente cómo intervenir para poder diseñar prácticas educativas concretas.

Teniendo en cuenta estos criterios los contenidos de esta intervención se han diseñado en torno a cuatro ejes fundamentales:

- ✘ El desarrollo de procesos cognitivos que favorecen el bienestar emocional y social, como son el concepto de ser humano, el desarrollo de un juicio moral autónomo y equilibrado y la intervención en valores.
- ✘ El desarrollo de variables de personalidad que favorecen el bienestar, como la autoestima, la autoeficacia y el locus de control interno.
- ✘ El desarrollo de mediadores afectivos como la empatía y el autocontrol emocional.
- ✘ El desarrollo de habilidades instrumentales o aprendizaje de conductas socialmente competentes, como son diferentes habilidades interpersonales y de comunicación.

Valores y juicio. Personalidad. Afectos. Habilidades

Dentro del programa, la intervención sobre estos recursos se organiza en las siete unidades didácticas que aparecen en el cuadro siguiente. La primera, que surgió a petición de los educadores, permite establecer

unas normas básicas de funcionamiento que permitan, entre otras cosas, mejorar el clima del grupo y disponer de un conjunto de estrategias para reducir los problemas de disciplina y, si aparecen, afrontarlos mejor. En las seis restantes abordamos los principales mediadores del bienestar personal y social. Todas ellas están pensadas para su aplicación conjunta ya que se potencian mutuamente y ofrecen, además de una breve fundamentación teórica, un amplio conjunto de actividades.

Creación del marco	Recursos cognitivos	Recursos de personalidad	Recursos afectivos	Habilidades
Unidad 1. Las normas	Unidad 2. Concepto de ser humano Unidad 3. Valores y desarrollo moral	Unidad 4. La autoestima	Unidad 5. La empatía	Unidad 6. La Comunicación Unidad 7. El autocontrol

Estructura general del programa

Entre los principios sobre los que se asienta su diseño y que han guiado el proceso de elaboración de las unidades didácticas, señalamos la atención especial que se ha prestado a la búsqueda de la generalización de los conocimientos trabajados en las sesiones de intervención. Así, en cada unidad didáctica se proponen orientaciones concretas para lograr una coherencia necesaria entre lo enseñado a nivel formal y la manera en que se organiza y funciona la vida en el centro educativo o residencial.

Además, en cada una de las unidades, se ofrece una programación explícita de la generalización, a través de orientaciones para que el educador trate de armonizar su currículum oculto con lo enseñado a nivel formal, y de actividades para que el alumno lleve a cabo fuera del aula. En general se trata de actividades prácticas y dinámicas que requieren de un rol activo por parte del adolescente y que contienen toda la información necesaria para que el educador pueda ponerlas en práctica.

Su aplicación puede estructurarse en un número mínimo de 15 sesiones con una duración media de una hora.

Cabe destacar especialmente que la metodología de evaluación empleada ha permitido una estrecha colaboración con educadores, profesores y adolescentes, quienes han realizado aportaciones fundamentales para su diseño definitivo.

Programa “Umbrella”: mirando al futuro con habilidades para la vida

Del Valle, J.F. y García Quintanal, J.L. (2006). Programa Umbrella: mirando al futuro con habilidades para la vida. Oviedo: ASACI. Edición en CD.

El programa “Umbrella” fue desarrollado en el marco de un proyecto Leonardo da Vinci de la Unión Europea durante los años 1997-2000. El objetivo central del proyecto fue desarrollar en los países colaboradores que formaban parte de este proyecto (Finlandia, Suecia, Escocia, Holanda y Alemania) una herramienta de trabajo para el ámbito de la protección de la infancia y, especialmente, durante la medida de acogimiento residencial, con el fin de desarrollar habilidades sociales para la vida independiente y la transición de los jóvenes hacia la etapa adulta.

Varios grupos de profesionales de protección a la infancia, como cuidadores, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos y educadores, estuvieron implicados en las actividades proyectadas. El Instituto Kaarina de Estudios Sociales (Finlandia) asumió la coordinación de este proyecto.

Como consecuencia de la relación de cooperación e intercambios que hemos ido manteniendo en los últimos años desde el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo (concretamente desde el GIF: Grupo de Investigación en Familia e Infancia) con algunos de los grupos que han desarrollado este proyecto (especialmente con la Universidad de Turku en Finlandia y con varios de los socios escoceses como Kibble Residential Centre o Through Care Scotland), acordamos con los autores de este proyecto la traducción y adaptación del método Umbrella al castellano, siendo el resultado la edición del programa por ASACI en el año 2006.

El programa “Umbrella” es un método profesional largamente demandado para el trabajo en protección a la infancia ante la evidencia de que, tras las medidas de acogimiento, muchos jóvenes se ven en la situación de afrontar su paso a la mayoría de edad sin haber tenido la oportunidad de adquirir la suficiente madurez ni los necesarios aprendizajes para vivir de modo independiente. El método ha sido desarrollado y evaluado sobre la base de las mejores prácticas para la protección a la infancia de los países socios.

Fundamentos del programa

Básicamente se trata de un método concreto de trabajo, que tiene en

consideración la necesidad de trabajar sobre aspectos clave de la vida diaria y el desarrollo individual de los jóvenes. Es una propuesta de trabajo educativo para la vida independiente que pretende satisfacer las necesidades de los jóvenes a través de un conjunto o menú de actividades individuales diseñadas para incrementar la autonomía e independencia. Esto incluye diferentes tipos de tareas y ejercicios y temas de diferentes áreas de la vida adulta, como la educación, el trabajo, el dinero, la salud, etc.

A medida que se va aplicando en un caso concreto, las fichas que se vayan realizando se reunirán en una carpeta personal que el o la joven debe encargarse de mantener, no sólo con estas fichas sino con materiales o documentos de cualquier tipo que se consideren interesantes o que hayan sido recopilados como parte de la tarea que algunas fichas proponen.

La forma de aplicar el método Umbrella en cada caso es muy flexible y dependerá de las necesidades concretas e individuales del joven, teniendo en cuenta sus antecedentes y los objetivos que en su situación se hayan planteado. Para ello es indispensable tener en cuenta el marco que supone el Plan de Caso y el Programa Educativo Individualizado que se hayan establecido. Es en este marco en el que el programa Umbrella cobra sentido y realiza una aportación valiosa como herramienta para objetivos relacionados con la vida independiente.

El trabajo debería ser sistemático, coherente y basado en la realidad. Debe ser sistemático porque este tipo de habilidades se deben desarrollar sobre la base de un proceso continuo en el marco de la vida diaria y la relación educativa cotidiana. Los educadores deberían usar el programa Umbrella como un conjunto de propuestas de actividades y ejercicios para utilizar de modo muy flexible dependiendo de cada caso, pero siempre sobre la base de una continuidad y de una labor sistemática. No se entendería que se trabajara el objetivo de la independencia durante unas semanas y luego se abandonara, o que se llevara a cabo de forma interrumpida o fragmentada en el tiempo. De hecho, uno de los valores del programa es la gran cantidad de ejercicios que propone y la amplitud de las áreas que cubre, de modo que es posible trabajarlo durante muy largos intervalos de tiempo, completando diversas áreas y contenidos.

Como es lógico, un aspecto crucial es la adaptación a la edad y nivel de desarrollo de cada caso. El trabajo con el cuaderno de ejercicios puede empezarse cuando se crea que una persona joven se beneficiará de él. Generalmente, se puede decir que cuanto antes empecemos el trabajo, mejor será. A partir de los doce años se puede ir aplicando de manera muy concreta y centrada en aquellas áreas que puedan resultar más necesarias y relacionadas con los objetivos del Programa Educativo Individual, sin que sea necesario esperar a edades más tardías donde la necesidad del programa Umbrella se hace más evidente. En los casos de 15 años o más la aplicación de este programa debería formar parte necesaria del

trabajo educativo con cualquier chico o chica, con la intensidad que el caso requiera y con el uso de las partes o actividades que el educador considere necesarias.

El nivel de desarrollo emocional y personal del chico determinará como proceder. Usaremos pasos más pequeños cuando procedemos con personas más jóvenes. Cuando tratamos con adolescentes, deberemos hacer una selección para centrarnos en las áreas más importantes, ya que puede que tengamos poco tiempo para ver todo el material. La ventaja de este programa es la gran cantidad de ejercicios y temas que cubre, pero por esta misma razón será muy difícil que en un caso concreto se puedan aplicar todos los ejercicios.

La correcta selección de ejercicios a llevar a cabo queda a criterio de los profesionales que deciden los objetivos educativos de los chicos, siempre en función de las necesidades de cada caso.

Para el desarrollo de la autoestima, es necesario que el trabajo se construya sobre las habilidades y potencialidades de los jóvenes, reconociendo y reforzando sus éxitos y los logros en las habilidades para la vida independiente. Es importante observar y detectar las dificultades que en cada caso aparezcan y detenerse en los temas más difíciles mediante el apoyo personal de los educadores y las sugerencias de nuevas formas de resolver los ejercicios.

Un elemento imprescindible de la aplicación de este programa es la participación y la responsabilidad de los jóvenes en el proceso. Es importante que asuman la responsabilidad de establecer tiempos para la realización de las actividades, que decidan conjuntamente con los educadores las áreas y contenidos de trabajo, los momentos del día en que se van a trabajar, así como la responsabilidad de mantener su carpeta personal en orden y con la documentación recogida.

Para finalizar se debe enfatizar de nuevo la flexibilidad como principal característica del Umbrella. Aunque el término "Programa" suele referirse a procedimientos muy estructurados, con pasos muy definidos y secuencias muy organizadas, el Programa Umbrella es más bien un método de trabajo donde se parte de una estructuración de materiales y unos procedimientos realistas y rigurosos, pero con amplio margen de flexibilidad y adaptación a cada situación. Podríamos decir que se trata más bien de una "caja de herramientas" que el educador tiene a su disposición para emplear de la forma más adecuada a cada caso, comenzando por donde sea más conveniente y trabajándolo en función de la edad y las necesidades del joven, pero con un amplio margen de libertad y creatividad para la realización de las actividades. Se debe tener en cuenta que el éxito estriba en llegar a compartir inquietudes y actividades con los chicos y en favorecer una más estrecha relación educativa personal, además de la adquisición de habilidades y competencias.

Los objetivos del programa

A lo largo del trabajo individual el cuaderno de ejercicios ayuda a tomar conciencia de lo que significa la vida comunitaria, permitiendo la participación de los jóvenes y niños en su entorno social. El programa permite que el o la joven refuerce su concepción de persona competente y tome conciencia de sus fuerzas y debilidades a la hora de enfrentarse a la vida social como adulto independiente. De forma específica los objetivos del Umbrella son:

- ✘ Conseguir de los adolescentes atendidos desde los servicios de bienestar a la infancia, un aprendizaje de las habilidades para hacer frente a la vida diaria.
- ✘ Apoyar su progreso en la formación profesional, en los mercados de trabajo y a establecerse en su nueva casa.
- ✘ Reunir una serie de tareas diferentes y actividades en el marco de la atención residencial y de la vida diaria para la transición de la educación al trabajo y la vida adulta independiente.
- ✘ Complementar la variedad existente de las actividades educativas de la vida cotidiana en las casas de acogida.
- ✘ Aumentar la probabilidad de satisfacer necesidades muy básicas de los jóvenes.
- ✘ Reforzar el sentido educativo, terapéutico, y de atención individual, relacionado con la integración en la comunidad y la cultura, que debe tener el trabajo educativo en acogimiento residencial.
- ✘ Ayudar a adquirir un autoconcepto y autoestima positivos.
- ✘ Aumentar la seguridad en sus recursos personales y sociales.

Materiales e instrumentos

El programa se compone de tres instrumentos bien diferenciados:

- ✘ El cuaderno de ejercicios: conjunto de fichas con ejercicios que se proponen aglutinadas en cinco grandes áreas para el desarrollo de las habilidades de vida independiente.
- ✘ La carpeta personal de fichas: donde se van acumulando las fichas que el joven va realizando en el proceso de aprendizaje.
- ✘ El manual: donde se presenta el método junto con las orientaciones

de aplicación y consejos prácticos para los educadores.

- ✘ Los cuestionarios de evaluación de habilidades para la vida, con versiones para completar por los educadores o por los propios chicos (a su vez cada uno de ellos tiene un formato para 11-14 años y otro para mayores de 15 años).

Cuando se adquiere el programa se obtiene el cuaderno de ejercicios, los cuestionarios y el manual, mientras que la carpeta personal de fichas puede ser adquirida por los propios educadores y bastará que sea un formato capaz de almacenar las fichas realizadas y cualquier otro material de interés (como se explicará más adelante). En principio cualquier carpeta de tamaño DIN-A4 con anillas para ir acumulando el material es perfecta. En función de estos materiales ya se puede adelantar que el educador deberá comenzar por la lectura atenta del manual, mientras que en el trabajo de aplicación del programa la metodología consiste en ir realizando ejercicios con las fichas del cuaderno y almacenándolas en la carpeta personal del joven. Los cuestionarios sirven de ayuda para hacer una evaluación previa de lo que ya sabe o no sabe cada chico y poder empezar por las áreas más urgentes. Se debe aplicar antes de empezar y se puede volver a aplicar al acabar el programa para comprobar las diferencias.

Los contenidos del programa

Los contenidos de las fichas del cuaderno, aproximadamente 180 páginas, se agrupan en torno a cinco grandes áreas

- ✘ Social: Familia, amigos, red de apoyo social: incluye relaciones de padres, tiempo libre, y conocer personas.
- ✘ Colegio-trabajo: incluye búsqueda de trabajo, curriculum vitae, solicitudes de trabajo y entrevistas.
- ✘ Finanzas: incluyendo presupuesto, cuentas bancarias, salario, pagar recibos, seguridad social e impuestos.
- ✘ Sobre sí-mismo: trabajo sobre preferencias e intereses, salud, atención médica, alcohol y otras drogas.
- ✘ El hogar: incluye donde vive actualmente, establecerse en una casa, seguridad y cocinar.

El programa se ha editado en versión CD, de modo que se vayan imprimiendo las fichas necesarias y tantas veces como sea necesario. Cualquier duda sobre su aplicación puede consultarse contactando a través de la página www.gifi.es.

Programa de educación sexual en acogimiento residencial

García, M. y Suárez, O. (2007) Programa de educación sexual para los centros de menores de Asturias. Oviedo: Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias. Disponible en: http://www.gifi.es/administrador/publicaciones/archives/92052_edusexmeche.pdf

Este programa de educación sexual tiene la particularidad de haber sido desarrollado específicamente para ser aplicado en acogimiento residencial, de modo que se contextualiza en el marco del trabajo en los hogares de protección y teniendo en cuenta que los educadores deben ser los protagonistas de su realización junto con los niños y adolescentes. Un aspecto especialmente interesante de esta publicación es que contiene numerosas experiencias concretas de su aplicación en varios hogares y centros de protección.

Fundamentos del programa

Algunas claves para la puesta en marcha del programa fueron:

- ✘ Los hogares y residencias son ambientes de convivencia, no escuelas, donde los programas han de implementarse desde el marco de la vida cotidiana.
- ✘ Los educadores juegan un papel fundamental por su proximidad personal y afectiva. En base a esto ellos son los primeros que deben recibir la formación de cara a sentirse competentes y capaces de implementar un programa de estas características.
- ✘ La implicación de los jóvenes es otra de las piezas fundamentales de cara al funcionamiento del programa, ha de partir de sus intereses y expectativas.
- ✘ El programa ha de tener gran flexibilidad para aplicarlo dentro de la cotidianidad, pero con una planificación estratégica por objetivos teniendo en cuenta las programaciones individuales y las programaciones de centro.

El programa de educación sexual se realizó en los centros a través de los equipos de educadores, teniendo en cuenta una intervención individualizada, la situación grupal y en el marco de la vida cotidiana.

Objetivos y planteamiento general del programa

El programa parte del modelo del Hecho Sexual Humano, constituyendo el eje central a partir del cual se van desarrollando los aspectos relevantes a trabajar, que se refieren al hecho de que todos y cada uno de nosotros somos personas sexuadas, hombres o mujeres. Este proceso de construcción afecta a todos los niveles de sexuación, dando como resultado sujetos sexuados únicos e irrepetibles, con peculiaridades, formas de aceptarse, vivirse, relacionarse y sentirse como hombre y como mujeres y con su orientación del deseo erótico: homosexual / heterosexual.

El objetivo último del modelo del Hecho Sexual Humano es plantear un marco de trabajo desde el cual sea posible intervenir a la hora de implementar un programa de educación sexual desde un planteamiento sexológico. El principal objetivo es contribuir a ser capaces de acompañar en el proceso educativo de “construir” personas capaces de gestionar su propio bienestar: aprendiendo a conocerse, aceptarse y expresar su erótica del modo en el que cada uno sea feliz.

Los educadores en este proceso se constituyen como agentes de especial relevancia en la implementación de programas educativos. Son una pieza clave a la hora de trabajar con los menores y junto con éstos serán los protagonistas de todo el proceso, el cual se desarrolla tendiendo puentes en todas las direcciones: trabajo con menores, educadores, personal directivo, grupo de iguales, profesores, familias, intentando llevar a cabo un plan de trabajo que aborde todos y cada uno de los aspectos y personas de influencia que engloban el contexto de acogimiento residencial.

Estas intervenciones se plantean en el contexto de la vida cotidiana dentro de la labor de acompañamiento educativo que se lleva a cabo, teniendo en cuenta además los espacios lúdicos y de ocio como lugares de encuentro y aprendizaje.

Tanto los objetivos planteados en el trabajo con menores, como su planificación, son objeto de negociación por parte del equipo educativo y aquellos agentes involucrados en el proceso educativo que acompaña al menor.

Algunos aspectos que se tuvieron en cuenta a la hora de elaborar este programa son:

- ✘ La importancia de trabajar desde el marco de la educación sexual teniendo en cuenta las variables que están influyendo en las prácticas más o menos seguras para la transmisión sexual del VIH en los jóvenes residentes en centros de menores.
- ✘ Los hogares y residencias son ambientes de convivencia y relación que deben asemejarse a los patrones de vida familiar. No son, por

tanto, ambientes de tratamiento o de aprendizaje formal donde los horarios y ritmos vienen impuestos por actividades específicas. Por ello, un reto fundamental es cómo encontrar espacios en el marco de la vida cotidiana, de la relación y del juego, para desarrollar este tipo de actividades. Debe establecerse el programa, por tanto, sobre la base de una gran flexibilidad, permitiendo introducir unidades de contenido y actividades tanto individuales como de grupo en espacios muy breves y flexibles de tiempo. Ayudando de este modo a que los educadores vean facilitado el encontrar tiempo y lugar para aplicarlo.

- ✘ El trabajo de los educadores como agentes claves que favorecen una intervención cercana, continua, adaptada a las necesidades individuales y al grupo en el marco de la vida cotidiana. En su desarrollo, los educadores son la pieza esencial ya que habitualmente tienen ganada la confianza con los niños y jóvenes y la proximidad personal y afectiva les sitúa en posición inmejorable para tratar estos aspectos. Esto implica que la formación inicial debe destinarse al personal educativo para que se sientan seguros y competentes tratando estos temas.
- ✘ Un tema fundamental es introducir en el programa estrategias para ganar la motivación de los jóvenes conectando con los intereses y las necesidades que los chicos y las chicas van planteando en cada momento evolutivo.
- ✘ La necesidad de evaluar las intervenciones para establecer programas educativos que realmente favorezcan cambios en aspectos relacionados con la educación sexual y que puedan ser trabajados con jóvenes en acogimiento residencial.

Este programa tiene como destinatarios finales a los niños, niñas y jóvenes en acogimiento residencial con los que los y las educadoras de los centros realizarán el programa de educación sexual incluyéndolo en las programaciones individuales que establecen desde los equipos con cada persona, teniendo en cuenta su biografía, su momento evolutivo, sus conocimientos y conductas y en el marco de la vida cotidiana.

Por otro lado, es importante que el personal educador esté formado en este tema, para poder trabajarlo desde la tranquilidad, la seguridad y la implicación, con el apoyo de los equipos educativos y de las instituciones relacionadas con los recursos de acogimiento residencial.

El trabajo del día a día en el espacio de la cotidianeidad configura un contexto idóneo para realizar el programa, teniendo en cuenta previamente la necesidad de unificar criterios dentro del equipo educativo que permitan dar coherencia a las intervenciones.

Previamente a la puesta en marcha del programa es importante la

formación de los equipos educativos, o al menos algunos de los miembros del equipo que puedan ser referencia del programa en el centro y apoyo de sus compañeros.

Proceso de aplicación del programa

La puesta en marcha de un nuevo programa en el centro y su implantación es un proceso que requiere tiempo y la motivación e implicación de todas las partes; el personal educador, los propios jóvenes, las instituciones y las familias. Desde la experiencia que hemos obtenido en estos años con el programa las fases seguidas han sido las siguientes:

- ❑ Negociación y consenso de la puesta en marcha y los objetivos de un Programa de Educación Sexual en los recursos de acogimiento residencial.
- ❑ Formación de los educadores de los centros en aspectos relacionados con las actitudes, habilidades y conocimientos de cara a la implementación del programa de educación sexual.
- ❑ Diagnóstico y evaluación de los menores (biografía sexual, conocimientos...) con el fin de orientar la programación individual. La propuesta de evaluación se refiere a las diferentes áreas relacionadas con la salud sexual, y los conocimientos que posee a través de cuestionarios, entrevistas o mediante observación directa.
- ❑ Elaboración de un programa de educación sexual individualizado, en base al diagnóstico previo y los objetivos planteados, que se incluye en las programaciones individuales. Las propuestas de trabajo se orientan en dos direcciones: atención individualizada, desde la cotidianidad y el acompañamiento y programada según objetivos, y realización de actividades grupales. La evaluación y el seguimiento del programa se realiza según los indicadores y criterios de evaluación establecidos en el Programa Educativo Individual de cada menor. Pueden servir de apoyo los instrumentos diseñados para el programa y los indicadores establecidos para cada variable.

La educación sexual es un proceso continuo a lo largo de toda la vida y especialmente en la infancia y adolescencia. Serán los equipos educativos los que establezcan los objetivos de trabajo con cada persona, evaluarán los cambios y ajustarán las programaciones en función de los mismos.

Programa PEHIS de habilidades sociales

Monjas, I. (2006) Programa de enseñanza de habilidades de interacción social. Valladolid: Junta de Castilla y León.

Este programa fue diseñado para su aplicación en el contexto escolar, en aulas de educación infantil, primaria y secundaria obligatoria por parte de los profesores y acompañado de actividades que se realizan también en el hogar con la ayuda de los padres. No obstante, se ha aplicado también a otros contextos y es particularmente interesante la amplia experiencia que ha tenido de implantación en hogares y centros de protección de la Junta de Castilla y León.

Fundamentación del programa

Se trata de un programa cognitivo-conductual que se centra tanto en la enseñanza de comportamientos sociales específicos, como en aspectos cognitivos y afectivos. Se basa en los modelos de competencia, lo que supone que el sujeto y su entorno participan activamente en la intervención, subrayando especialmente los aspectos positivos del funcionamiento social e interesándose por la prevención de posteriores problemas de relación. Por lo tanto, es aplicable tanto a niños que no tienen ningún tipo de problema como a los que tienen problemas en sus relaciones interpersonales.

Objetivos del programa

La meta principal y última del programa es la promoción de la competencia social en niños y adolescentes, lo que significa el desarrollo y fomento de las relaciones interpersonales positivas con los iguales y con los adultos de su entorno social.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- ❑ Que el niño o adolescente adquiera y disponga en su repertorio de las conductas de interacción básica necesarias para interactuar con otras personas en el contexto social cotidiano.
- ❑ Que el niño o adolescente inicie, desarrolle y mantenga relaciones positivas y satisfactorias con sus iguales que le posibiliten tener amigos y amigas.
- ❑ Que el niño o adolescente al interactuar con otras personas, inicie, mantenga y finalice conversaciones.

- ❏ Que el niño o adolescente, en sus relaciones con otras personas sea asertivo y exprese sus emociones, afectos y opiniones recibiendo las de los demás adecuadamente.
- ❏ Que el niño adolescente solucione, por el mismo de forma constructiva y positiva, los problemas interpersonales que se le plantean en su relación con otros chicos y chicas.
- ❏ Que el niño o adolescente logre una interacción social positiva con los adultos de su entorno.

En definitiva, se pretende que los niños aprendan a: tener amigas y amigos, conversar con ellos, jugar con los otros, ayudar a otras personas, solucionar los problemas y conflictos con los iguales, llevarse bien y congeniar con los demás, hacerse agradables y simpáticos a los demás, expresar sus sentimientos, defender sus propios derechos y divertirse con los demás, y siempre en un tono amistoso y positivo disfrutando de la relación. De esta forma lograrán ser queridos y aceptados por los iguales.

Los contenidos del programa

El programa comprende 30 habilidades de interacción social agrupadas en seis áreas:

1. Habilidades básicas de interacción social.
2. Habilidades para hacer amigos y amigas.
3. Habilidades conversacionales.
4. Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones.
5. Habilidades de solución de problemas interpersonales.
6. Habilidades para relacionarse con los adultos.

Así pues, los contenidos del programa se articulan en áreas, que a su vez contienen habilidades concretas, y que se materializan en una serie de fichas de enseñanza. Estas fichas son el soporte principal del programa y suponen una guía para el entrenamiento y la enseñanza de las habilidades. En estas fichas se encuentran los conceptos y la información necesaria para enseñar la habilidad, ejemplos extraídos de la práctica con niños, así como orientaciones y sugerencias.

Las técnicas del programa

Para la enseñanza y el desarrollo de las habilidades sociales el programa emplea una serie de técnicas bien contrastadas por su eficacia. Entre otras, se emplea el entrenamiento autoinstruccional, el modelado, el moldeamiento, prácticas de role-playing, reforzamiento y tareas o deberes.

Otros materiales y lecturas de interés sobre acogimiento residencial

A diferencia de lo que ocurre en lengua inglesa, donde el tema de acogimiento residencial ha producido una amplia biografía, en español disponemos de muy pocas publicaciones específicas. A continuación se mencionan algunas de ellas.

Libros

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (eds.) (2009). Intervención socioeducativa en acogimiento residencial. Santander: Dirección General de Políticas Sociales.

Disponible en:

http://www.gifi.es/administrador/publicaciones/archives/65706_Int_soc_acores.pdf

En este libro se recopilan diversas aportaciones sobre contenidos que habitualmente demandan los educadores como formación complementaria, incluyendo algunos programas concretos de aplicación en acogimiento residencial. Incluye cuestiones que van desde la alimentación de los niños hasta cuestiones básicas sobre consumo de sustancias, manejo de conflictos, etc.

Costa, M. y López, E. (1991) Manual para el educador social. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Manual en dos volúmenes que se acompaña con material audiovisual para la formación de los educadores en habilidades de comunicación para la intervención especialmente con adolescentes. Es un material fundamental para el trabajo de los educadores de acogimiento residencial.

Del Valle, J.F. y Fuertes, J. (2000). El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: Pirámide.

Manual que presenta los aspectos fundamentales del acogimiento residencial, desde sus fundamentos teóricos a la metodología básica de la intervención y algunas herramientas.

Díaz-Aguado, M.J., Martínez, M.R. y Martín, G. (2002) Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en centros de menores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Estudio realizado sobre los problemas de conducta de los adolescentes en centros de menores con una amplia muestra, introducido por una amplia fundamentación teórica sobre este tipo de problemas y con importantes conclusiones y recomendaciones para el trabajo de los educadores en los centros de menores.

González, A., Fernández-Hermida, J.R., y Secades, R. (2004) Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Disponible en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf>

Se trata de una publicación dirigida a la detección de situaciones de riesgo en niños y adolescentes, tanto referidos a problemas de salud mental como al consumo de sustancias adictivas. Introduce muchos elementos interesantes para la detección de situaciones de riesgo, pero también para la intervención, lo que resulta de gran interés para los educadores de acogimiento residencial.

Javaloyes, A., Pérez, R. y Nogueroles, J.J. (2008) Guía de salud mental para menores en centros de protección. Programa Maneja-t. Valencia: Fundación Mediterránea de Neurociencias de la Comunidad Valenciana.

En esta guía se explican los principales trastornos mentales de la infancia y la adolescencia y contiene numerosos vínculos a materiales de interés relacionados con los temas de trastornos psicológicos, recursos terapéuticos e intervención psicosocial.

Redondo, E., Muñoz, R. y Torres, B. (1994) Manual de la buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia. Madrid: FAPMI.

Disponible en:

<http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=31&subs=93&pp=1>

Se trata de una de las escasas publicaciones que existen en España sobre los criterios que configuran una buena práctica en el acogimiento residencial. En ella han participado expertos del ámbito universitario junto a numerosos profesionales y técnicos de protección de menores y acogimiento residencial.

Lecturas sobre salud mental infanto-juvenil

Bermúdez Sánchez, M.P. (2001). Déficit de autoestima. Madrid: Pirámide.

Esta obra enseña a educadores y pedagogos a detectar, identificar y prevenir la aparición del déficit de autoestima, expone las principales técnicas que se utilizan para evaluarlo, presenta los factores de riesgo relacionados con el origen y el mantenimiento de este déficit y ofrece estrategias para tratarlo y corregirlo cuando ya existe el problema.

Castillo Ceballos, G. (2009). El adolescente y sus retos. Madrid: Pirámide.

En este libro se analiza de forma sencilla y clara la función de la adolescencia en sus diferentes subetapas, explicadas a través de doce casos reales comentados por el autor. También se explica cómo tratar a un adolescente y cómo educarlo.

Fernández Millán, J.M. y Buela-Casal, G. (2002). Manual para padres desesperados...con hijos adolescentes. Madrid: Pirámide.

Este manual expone una diversidad de técnicas para ayudar a los padres y educadores a intervenir sobre los conflictos de la relación con los hijos adolescentes con mayor eficacia y menos estrés.

Garaigordobil, M. (2000). Intervención psicológica con adolescentes. Madrid: Pirámide.

Esta obra presenta un programa de intervención psicológica diseñado para estimular el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos durante la adolescencia. Describe los fundamentos teóricos del programa, muestra las actividades y el procedimiento para implementarlo con un grupo de adolescentes, así como su metodología de evaluación. El programa combina distintas técnicas de dinámica de grupos en el contexto de actividades que promueven la comunicación, la cooperación, la confianza, la empatía, el respeto por las diferencias y la expresión de emociones.

Lavigne Cerván, R. y Romero Pérez, J.F. (2010). El TDAH: ¿Qué es?, ¿Qué lo causa?, ¿Cómo evaluarlo y tratarlo? Madrid: Pirámide.

Este libro trata de resolver las dudas con las que a diario se enfrentan los profesionales que trabajan con niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se trata de un manual de consulta claro y sencillo de manejar y de entender, en el que incluyen

una guía de actuación con un caso práctico que explica paso a paso todo el proceso de detección, evaluación y diagnóstico, así como las propuestas de intervención y tratamiento.

Macià Antón, D. (2000). Un adolescente en mi vida. Madrid: Pirámide.

El objetivo de esta obra es ofrecer a los educadores una estrategia general mostrándoles, a través de ejemplos prácticos, una metodología sistemática que les ayude a afrontar diferentes situaciones y a conseguir el éxito en la tarea de educar en esa difícil etapa.

Macià Antón, D. (2007). Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar. Madrid: Pirámide.

Esta obra aborda la descripción, evaluación y tratamiento de los problemas de conducta más frecuentes en la infancia. Permite a los educadores abordar conjuntamente la intervención con el terapeuta, enseñándoles estrategias de educación positiva para ayudar a los niños y adolescentes a cambiar sus conductas problemáticas en su ambiente natural.

Méndez, F.X. (1997) Miedos y temores en la infancia. Madrid: Pirámide.

Publicación de gran utilidad, ilustrada con casos reales y que facilita la comprensión por parte de los adultos de los miedos de los niños, explicando de manera sencilla estrategias de evaluación e intervención en estos problemas

Méndez, F.X. (1998) El niño que no sonríe. Madrid: Pirámide.

Una obra muy didáctica para facilitar la comprensión de la depresión en la infancia. Constituye una guía práctica tanto para profesionales como para educadores. Aborda recomendaciones interesantes para la prevención del trastorno en la población infantil.

Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L. y Gillham, J. (2005). Niños optimistas. Barcelona: Random House Mondadori.

Interesante publicación de uno de los grandes especialistas en trastornos afectivos. Esta obra define las raíces del optimismo en el niño, enseña a detectar la aparición de actitudes pesimistas y, sobre todo, muestra cómo combatir las con un programa que fomenta la autoestima a través de los juegos, la reflexión y la sinceridad. El libro

explica cómo estas técnicas no solo fomentan el optimismo, sino que mejoran la salud, las notas y, en definitiva, el desarrollo del niño, preparándolo para ser un adulto feliz.

Serrano Pintado, I. (1998). Agresividad infantil. Madrid: Pirámide.

Este libro parte de la teoría del aprendizaje social para explicar el desarrollo y mantenimiento de la conducta agresiva. Proporciona una serie de pautas para identificar y evaluar dicha conducta e incluye una amplia descripción de las mejores opciones de tratamiento del problema. Todo ello sin olvidar qué se debe hacer para su prevención.

Artículos

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13, 2, 197-204.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/436.pdf>

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15 (1), 136-142.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1035.pdf>

Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.

Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1655.pdf>

Del Valle, J.F. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación?

Infancia y Aprendizaje, 26, 375-379. Casas, F. y Montserrat, C. (2009) Sistema educativo e igualdad de oportunidades entre los jóvenes tutelados: estudios recientes en el reino unido. *Psicothema*, Vol. 21, nº 4, pp. 543-547.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3668.pdf>

Del Valle, J.F., Álvarez, E. y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 235-249.

Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N., y González-Gil, F. (2007) Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 1, 107-121.

Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-211.pdf

Martín, E. y Dávila, L.M. (2008) Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20, 2, pp. 229-235.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3453.pdf>

Martín, E. y González, M.S. (2007) La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30,1, 25-38.

Martín, E., Muñoz, C., Rodríguez, T. y Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela: la integración social de los menores en acogimiento residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicothema*, 21, 3, pp. 376-382.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3495.pdf>

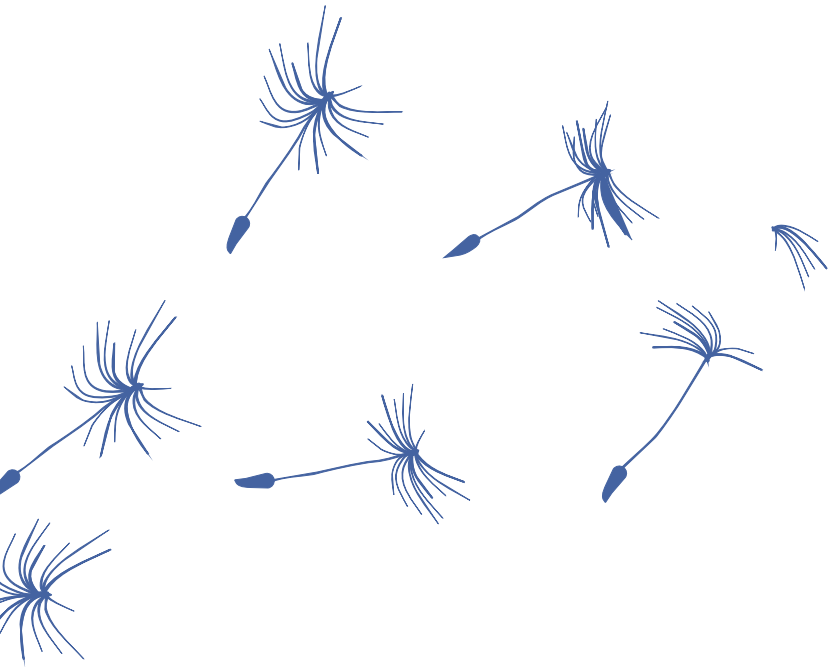
Martín, E., Rodríguez, T. y Torbay, A. (2007) Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19, 3, pp. 406-412.

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3378.pdf>

Martín, E., Torbay, A. y Rodríguez, T. (2008) Cooperación familiar y vinculación del menor con la familia en los programas de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 24,1, 25-32.

Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/04-24_1.pdf







GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

 FundeSalud



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Salud y Política Social



Servicio
Extremeño
de Salud