

Experiencias y  
perspectivas

MONOGRAFICO  
Trauma, apego  
y resiliencia

# Trauma por el virus COVID-19 y sus secuelas psicológicas. Una experiencia para favorecer la regulación emocional de los alumnos

## *Apoyo emocional a los niños y adolescentes en la escuela en época de pandemia*

José Luis Gonzalo Marrodán<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Psicólogo clínico.

 0000-0002-4251-1365

### \*Correspondencia

José Luis Gonzalo Marrodán  
joseluis@joseluisgonzalo.com

### Citación

Gonzalo JL. Trauma por el virus COVID-19 y sus secuelas psicológicas. Una experiencia para favorecer la regulación emocional de los alumnos. JONED. Journal of Neuroeducation. 2023; 4(1): 84-101. doi: 10.1344/joned.v4i1.42170

Fecha de recepción:  
21/02/2023

Fecha de aceptación:  
16/06/2023

Fecha de publicación:  
15/07/2023

### Conflicto de intereses

El autor declara la ausencia de conflicto de interés.

### Editora

Laia Lluch Molins (Universitat de Barcelona, España)

### Revisores

Nickole Marín  
Brianda Sarmiento

### Derechos de autor

© José Luis Gonzalo Marrodán, 2023

Esta publicación está sujeta a la Licencia Internacional Pública de Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 de Creative Commons.



### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo presentar una práctica educativa dirigida a fomentar la regulación emocional relacionada con el trauma y la seguridad psicológica del alumnado de Educación Primaria (5º y 6º) y Educación Secundaria de cuatro centros escolares privados-concertados de la provincia de Gipuzkoa (España). El marco epistemológico en el que se sustenta la intervención es la teoría polivagal de Porges y la teoría del apego. Mediante una serie de sesiones con los orientadores y tutores escolares, se les proporcionan conocimientos psicoeducativos y orientaciones concretas para favorecer la regulación emocional de los alumnos, usando técnicas como enraizar, tranquilizar, dar seguridad y narrar y aplazar la investigación. Los resultados obtenidos apuntan a una valoración general por parte de los profesores de la experiencia de intervención como positiva (80%), un 16% como muy positiva y un 4% como innecesaria). La modulación emocional de los alumnos en el aula se revela fundamental y los resultados apuntan a una experiencia subjetiva de mayor bienestar y mejora de la salud y de las relaciones. En la discusión se plantea que experiencias como la descrita, a pesar de sus limitaciones, son prometedoras en sus resultados para lograr mejorar la salud y calidad de vida de los alumnos y hacer de la vivencia escolar un lugar seguro, imprescindible para que los niños y adolescentes puedan estudiar y rendir académicamente. Propuestas de este tipo abren la puerta a modelos de conceptualización y gestión de las escuelas como espacios educativos sensibles al trauma, en las cuales toda la comunidad escolar se implica e involucra con los alumnos que hayan sufrido experiencias traumáticas en su vida.

**Palabras clave:** regulación emocional, trauma, alumnado, técnicas, lugar seguro, apego, teoría polivagal

### Resum

Aquest article té com a objectiu presentar una pràctica educativa adreçada a fomentar la regulació emocional relacionada amb el trauma i la seguretat psicològica.

ca de l'alumnat d'Educació Primària (5è i 6è) i Educació Secundària de quatre centres escolars privats-concertats de la província de Gipuzkoa (Espanya). El marc epistemològic en què se sustenta la intervenció és la teoria polivagal de Porges i la teoria de l'aferrament. Mitjançant una sèrie de sessions amb els orientadors i tutors escolars, se'ls proporcionen coneixements psicoeducatius i orientacions concretes per afavorir la regulació emocional dels alumnes, usant tècniques com arrelar, tranquil·litzar, donar seguretat i narrar i ajornar la investigació. Els resultats obtinguts apunten a una valoració general per part dels professors de l'experiència d'intervenció com a positiva (80%), un 16% com a molt positiva i un 4% com a innecessària. D'altra banda, la modulació emocional dels alumnes a l'aula es revela fonamental i els resultats apunten a una experiència subjectiva de més benestar i millora de la salut i de les relacions. A la discussió es planteja que experiències com la descrita, malgrat les seves limitacions, són prometedores en els seus resultats per aconseguir millorar la salut i qualitat de vida dels alumnes i fer de la vivència escolar un lloc segur, imprescindible perquè els infants i adolescents puguin estudiar i rendir acadèmicament. Propostes d'aquest tipus obren la porta a models de conceptualització i gestió de les escoles com a espais educatius sensibles al trauma, en què tota la comunitat escolar s'implica i involucra amb els alumnes que hagin patit experiències traumàtiques a la seva vida.

*Paraules clau:* regulació emocional, trauma, alumnat, tècniques, lloc segur, aferrament, teoria polivagal

### **Abstract**

The objective of this article is to present an educational practice aimed at promoting emotional regulation related to trauma and the psychological safety of students in Primary Education (5th and 6th) and Secondary Education in four private-subsidized schools in the province of Gipuzkoa (Spain) The epistemological framework on which the intervention is based is the polyvagal theory of Porges and the attachment theory. Through a series of sessions with school counselors and tutors, they are provided with psychoeducational knowledge and specific guidance to promote emotional regulation in students, using techniques such as rooting, calming, providing security, and narrating and postponing the investigation. The results obtained point to a general assessment by teachers of the intervention experience as positive (80%), 16% as very positive and 4% as unnecessary. The emotional modulation of the students in the classroom is revealed, on the other hand, fundamental and the results point to a subjective experience of greater well-being and improvement of health and relationships. In the discussion it is suggested that experiences such as the one described, despite their limitations, are promising in their results to improve the health and quality of life of the students and make the school experience a safe place, essential for children and teenagers can study and perform academically. Proposals of this type open the door to models of conceptualization and management of schools as educational spaces sensitive to trauma, in which the entire school community is implicated and involved with students who have suffered traumatic experiences in their lives.

*Keywords:* emotional regulation, trauma, students, techniques, safe place, attachment, polyvagal theory

## Introducción

El presente artículo tiene como objetivo presentar una práctica educativa dirigida a fomentar la regulación emocional relacionada con el trauma y la seguridad psicológica del alumnado de Educación Primaria (5.º y 6.º) y Educación Secundaria de cuatro centros escolares privados-concertados de la provincia de Gipuzkoa (España).

La salud mental de nuestros niños y jóvenes se ha resentido considerablemente como consecuencia de la emergencia mundial por la pandemia COVID-19 y las medidas sanitarias adoptadas para proteger a la población y evitar la propagación del virus. Según expertos en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y de la Adolescencia<sup>1</sup>, uno de cada cuatro niños que sufrió aislamiento por COVID-19 presenta síntomas depresivos o de ansiedad.

El fallecimiento de miles de personas como consecuencia directa o indirecta de este virus ha sumido al mundo en un duelo colectivo, muchas veces traumático, porque las personas no han podido acompañar ni despedirse de sus seres queridos, lo cual constituye un acontecimiento que puede, en algunas personas especialmente predisuestas, generar trauma; esto es, la experimentación de emociones altamente abrumadoras que sobrepasan los recursos del cerebro/mente para procesarlas adaptativamente, y que pueden provocar síntomas como ansiedad, depresión, reviviscencia de experiencias sobrecargantes, dificultades para dormir, embotamiento afectivo y sensaciones de despersonalización y desrealización<sup>2</sup>.

Una de las poblaciones que se ha considerado menos vulnerable por las autoridades –y que no ha sido tenida en cuenta en el alivio de las medidas de confinamiento– han sido los adolescentes. Se partía del supuesto equivocado de que este grupo de edad podía comprender y tolerar mejor las medidas, cuando, junto con los bebés y los ancianos, son el colectivo –desde el punto de vista del neurodesarrollo y posible impacto traumático– más vulnerable. De acuerdo con Benito<sup>3</sup>:

Los estudios de neuroimagen que permiten ver los cambios experimentados por el sistema nervioso a lo largo de la vida indican que la adolescencia<sup>4</sup>, y sobre todo el periodo que va de los 14 a los 18 años, es crucial en el neurodesarrollo; un momento en el que las

circunstancias van a moldear patrones de actividad cerebral que dirigirán el comportamiento y la regulación emocional de los adolescentes durante su vida adulta. Desde el punto de vista neurobiológico, la adolescencia es un periodo de gran vulnerabilidad; por tanto, es muy importante prestar atención también a la influencia que la situación actual de confinamiento tiene en el desarrollo psicológico de los adolescentes<sup>5</sup>.

Estas medidas sanitarias, aunque necesarias, han tenido como consecuencia que el COVID-19 sea un suceso vital estresante prolongado en el tiempo que ha afectado a conductas humanas que son claves para la preservación de una óptima salud mental, como lo son las relacionadas con el “sistema de conexión social”<sup>6</sup>. Somos seres que estamos diseñados como mamíferos para conectar emocionalmente unos con otros. Esto preserva que estemos regulados y seguros, especialmente cuando somos inmaduros desde el punto de vista neurobiológico (hasta los 25 años, según la neurociencia actual). La necesidad de establecer relaciones y conexiones seguras, sobre todo con personas “más sabias y fuertes”<sup>7</sup>, es una necesidad que se mantiene a lo largo de toda la vida. Y esto es especialmente sensible en la primera infancia (0-3 años) y en la adolescencia, porque el cerebro vuelve a reeditar la relación de apego<sup>8</sup>.

La teoría polivagal emerge del trabajo de Stephen Porges<sup>6</sup> en la evolución del sistema nervioso autónomo. De acuerdo con este autor, los problemas emocionales y en última instancia, los trastornos, llegan a tener su *hardware* dentro del sistema nervioso. Este sistema está jerarquizado y preparado para responder a los retos del ambiente. La teoría refiere tres sistemas diferentes que están asociados con conductas específicas y respuestas fisiológicas que permiten al organismo responder adaptativamente al peligro y a circunstancias estresantes:

El sistema parasimpático ventral vagal –que acabamos de mencionar– o sistema de la actividad e interacción social. Este sistema es estimulado desde el nacimiento, cuando el bebé y su figura de apego comienzan a comunicarse. Dicha figura de apego, a través de la sintonización con el estado interno del bebé, promueve interacciones que son la primera escuela de socialización. La seguridad que la figura de apego transmite al infante le permitirá a este establecer un vínculo sano, pues aquella se encarga de ser filtro estabilizador del bebé, creando un sistema diá-

dico de regulación mutua<sup>9,10</sup>. Así pues, este sistema estimula y prepara al futuro niño y adolescente para responder adaptativamente, en la adultez, a situaciones de estrés. Esta experiencia de apego seguro<sup>11</sup> va estimulando este sistema mediante estados fisiológicos óptimos que apoyan la conducta social y la homeostasis (equilibrio visceral). El sistema ventral vagal favorece, además, responder con flexibilidad y adaptativamente a las demandas del ambiente.

El sistema simpático cuya función es activar las respuestas de movilización de ataque/huida. Este sistema es el responsable de emitir una reacción rápida ante el peligro o una amenaza, formando parte del sistema de alerta del organismo. Por ejemplo, ante un asalto o agresión no hay tiempo para analizar la situación, el ser humano emite una reacción rápida porque está en juego la supervivencia. Instintivamente muchas personas han reaccionado de modo similar durante el COVID-19<sup>12</sup>: se echaban automáticamente hacia atrás para huir de un posible contagio.

Del mismo modo, muchos jóvenes no han aguantado las medidas sanitarias –percibiéndolas como amenazadoras para su sistema nervioso– que protegían de la propagación del virus y han activado su sistema de hiperactivación, huyendo del hogar y saltándose dichas medidas para poder salir a relacionarse (la no activación del sistema de conexión social les resultaba más amenazador que el propio virus). Los adolescentes, ante el estrés persistente de una pandemia que se hacía larga y onerosa, han presentado reacciones simpáticas como irritabilidad, humor cambiante, ansiedad, excitación, inquietud, agresividad...<sup>13</sup>

El sistema parasimpático dorsal vagal, que promueve la respuesta de inmovilización/bloqueo y favorece los estados contrarios, los de hipoactivación. Es un sistema conservador de la energía y conlleva respuestas pasivas, de sumisión, apagamiento, depresión y en casos extremos, de desconexión con el entorno. Esta ha sido, para algunas personas, la reacción en algunas fases de la pandemia: rendirse y quedarse en un estado de inmovilización para sobrevivir ante la amenaza del COVID-19<sup>12</sup>.

El trauma –especialmente el crónico, temprano y complejo– puede inhibir la disponibilidad de este sistema de conexión social a largo plazo, constriñendo la capacidad de las personas menores de edad para responder adaptativamente al estrés, autorregular-

se y formar apegos sanos y vínculos sociales<sup>14</sup>. EL COVID-19 también ha sido, en este sentido, un suceso traumático complejo porque ha constreñido esta capacidad y ha afectado al sistema de conexión social<sup>12</sup>. Por eso muchas personas han reaccionado con estos patrones que han sido defensivos y rígidos y, entre ellas, están los jóvenes.

En este escenario crítico para la salud mental la *segunda pandemia* ha sido la ola –casi tsunami– de personas, especialmente niños y adolescentes, cuya salud mental se ha visto repercutida de manera negativa. Así pues, la Asociación Española de Pediatría, en su último informe de abril de 2022, recoge que a lo largo de los últimos años y, en especial, desde el inicio de la pandemia por COVID-19 en el año 2020, la salud mental de los niños y adolescentes en España se ha deteriorado. Antes de la pandemia ya se estimaba que en torno al 10% de los niños y al 20% de los adolescentes sufría trastornos mentales, con consecuencias que se pueden prolongar a lo largo de toda su vida.

En la actualidad, los adolescentes presentan más ansiedad, síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas. Así lo ha constatado el Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia, del que forman parte la Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI), dependiente de la Asociación Española de Pediatría; la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP). El trabajo de este grupo también cuenta con el aval de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) y de la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS). Conviene señalar que previamente existía ya una situación con datos preocupantes sobre la salud mental, por lo que la pandemia de COVID-19 ha venido, probablemente, a agravar la situación de estos niños y jóvenes más vulnerables y ha actuado como desencadenante de nuevos casos.

Los colegios y escuelas de España han sido uno de los espacios educativos que más se han visto perturbados por el impacto del COVID en la salud mental de niños y adolescentes, habida cuenta de que en los colegios pasan la mayor parte del día, conviviendo entre ellos y los profesores. Se ha detectado un mayor índice de alumnos con ansiedad, trastornos alimenticios e ideaciones suicidas durante y después de la pandemia<sup>15</sup>.

Por ejemplo, desde los Colegios Internacionales SEK se tiene noticia de lo siguiente:<sup>\*</sup>

Decidimos crear un departamento de salud y bienestar con el apoyo del servicio de psicología y de medicina, a través del cual, por ejemplo, un día a la semana, los psicólogos tienen sesiones de *mindfulness* con distintos grupos de alumnos con el objetivo de canalizar tensiones, se realizan entrevistas individuales, se ofrecen pautas para adaptarnos a la nueva situación... La pandemia ha sido clave para incrementar el interés por la educación emocional. De hecho, "Health and wellness" es ya una asignatura real en muchos centros escolares, aquellos que han entendido la importancia que tiene disponer de herramientas que ayuden a gestionar las emociones ante un sinfín de circunstancias complejas<sup>16</sup>.

Esto es tan solo una muestra de que un alto número de profesionales de la salud mental han sido consultados y requeridos en sus servicios profesionales para asesorar a los orientadores y tutores escolares sobre cómo detectar y atender estas necesidades, dejando la pandemia como aprendizaje que esta área debe ser abordada en las escuelas e institutos españoles. De este modo:

Evaluar las pérdidas que han sufrido los alumnos a todos los niveles por las medidas puestas en marcha por los países en los pasados años para frenar la pandemia es esencial para afrontar sus consecuencias, así como ayudar psicológicamente a los alumnos afectados es una de las conclusiones que se desprenden del informe del panorama educativo de 2021 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico<sup>17, \*\*</sup>

Como hemos referido, nuestro marco epistemológico de intervención descansa en la teoría del apego<sup>18</sup>, la cual postula que la necesidad de apegarnos a personas "más sabias y fuertes"<sup>19</sup> es consustancial al ser humano y está presente a lo largo de toda la vida, desde "la cuna hasta la tumba", como sostenía el creador de esta teoría<sup>17</sup>. La neurociencia actual<sup>19,20</sup> ha dado la razón a la teoría del apego y refiere que una relación de apego segura en la infancia –primero con las personas que nos cuidan, usualmente los padres,

y posteriormente con otras figuras significativas, como lo pueden ser los profesores escolares, figuras de apego subsidiarias– modela el cerebro y los estados fisiológicos del sistema nervioso y favorece, entre otros logros, el de la capacidad de autorregulación.

Como Schore<sup>21</sup> postula:

Los centros corticolímbicos superiores del hemisferio derecho, especialmente el córtex orbitofrontal, el centro del sistema de apego de Bowlby, actúan como el sistema cerebral más complejo de regulación del afecto y del estrés. Se sabe que el sistema regulador del córtex orbitofrontal (ventromedial) derecho tiene conexiones sinápticas directas con las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo, responsables de los aspectos somáticos de los afectos, con la amígdala derecha, el centro subcortical principal del miedo, y con el hipotálamo, y, por esa vía, con el eje hipotálamo-pituitario-adrenal que controla el estrés. Actualmente, se acepta que, por medio de un circuito vagal derecho de regulación emocional, el hemisferio derecho –incluyendo las estructuras corticales y subcorticales– promovería la regulación eficiente de la función autónoma a través de los núcleos basales del tallo cerebral.

El papel de seres humanos adultos "más sabios y fuertes"<sup>7</sup> es crucial para poder influir y modelar positivamente el cerebro de otros seres humanos en desarrollo, adolescentes, que mediante la regulación interactiva<sup>21</sup> pueden lograr conducir sus estados emocionales y conductuales hacia la seguridad en los momentos en los que en la escuela se pueden sentir desbordados por estados intensos internos de hiperactivación o hipoactivación.

Los adolescentes han podido convivir –antes, durante y después de la pandemia– con padres o cuidadores poco confiables e intrusivos, recibiendo atención y cuidados desde el estrés y desde la dificultad para diferenciar sus estados internos de los de sus hijos. Serían padres que ejercen un estilo de cuidados llamados PREOCUPADOS<sup>19</sup> y cuyas estrategias de interacción son la pérdida del control emocional y el uso de la coerción como modo de controlar el comportamiento de los adolescentes. Otro tipo de padres o cuidadores con los que han podido convivir

<sup>\*</sup> <https://www.elmundo.es/mejores-colegios/2022/03/09/622731c8fdddf38278b457d.html>

<sup>\*\*</sup> <https://www.epe.es/es/sociedad/20221003/ocde-salud-mental-alumnos-profesores-pandemia-76710838> <https://www.epe.es/es/sociedad/20221003/ocde-salud-mental-alumnos-profesores-pandemia-76710838>



los jóvenes son los denominados DISTANCIANTES<sup>19</sup>, cuya estrategia principal de interacción y de coerción es la distancia emocional, escasamente conectivos emocionalmente y receptivos con los hijos, y han estado expuestos durante la pandemia a convivir con su familia en los domicilios, cuando ellos no toleran bien esa conexión e intimidad. Finalmente, existirían los padres o cuidadores llamados DESORGANIZADOS<sup>19</sup>, que manifiestan desorientación, confusión, miedo a los adolescentes y estos están expuestos, en muchas ocasiones, a situaciones de maltrato, negligencia o abuso sexual. Este último grupo es el que debería preocuparnos más y es al que debemos atender desde los institutos, tanto en las aulas como orientando a las familias a servicios especializados de salud mental y, en su caso, a los servicios sociales. Estos últimos jóvenes son los que tienen más probabilidades de reaccionar bien hiperactivando el sistema simpático o el parasimpático<sup>6</sup>, o bien alternando ambos. Su capacidad de modulación en el sistema nervioso está más comprometida y presenta unas dificultades mayores de regulación emocional y del comportamiento.

Conscientes de todo este escenario, en este artículo exponemos una experiencia sobre cómo abordar las conductas y síntomas relativos a la salud mental relacionada con el trauma por COVID 19 aplicada en dos colegios de Educación Primaria (5.º y 6.º) y en dos colegios de Educación Secundaria sitos en la provincia de Gipuzkoa (España).

## Método

### Participantes

La presente experiencia se llevó a cabo con cuatro centros escolares privados-concertados: dos de Educación Primaria (5.º y 6.º) y dos de Educación Secundaria, es decir, con una población de estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años (preadolescencia y adolescencia). Participaron 100 alumnos de 5.º y 6.º de Primaria y 200 alumnos de Educación Secundaria.

### Procedimiento

#### *Sesiones con orientadores, tutores y profesores escolares*

Un psicólogo clínico con experiencia mantiene una primera entrevista con la orientadora escolar para

explicarle la fundamentación de la intervención que se llevará a cabo en el centro escolar y el procedimiento que hay que seguir.

#### *Fase de preparación*

1ª sesión. El psicólogo clínico imparte una formación a la orientadora del centro, a los tutores escolares y a los profesores de área de los cursos indicados para explicar los conceptos más importantes relativos a cómo el trauma impacta en los niños, los indicadores conductuales que sugieren un impacto traumático y los fundamentos básicos de la regulación emocional y la teoría del apego aplicada en el aula (3 horas)

2ª sesión. Detección del alumnado que presenta más dificultades de regulación emocional y que puede presentar asociado un trastorno. Pueden recibir tratamiento especializado fuera del instituto o colegio por profesionales de salud mental. Para esta selección del alumnado con dificultades en la regulación emocional se utiliza el siguiente instrumento: los indicadores de impacto traumático de la pauta de evaluación comprensiva (PEC) (22) Dichos indicadores son: ansiedad, desregulación, disociación, estrés postraumático y depresión (3 horas).

Los alumnos que obtienen una puntuación entre 1,3 y 2,00 en alguna de estas categorías son seleccionados para que el profesorado use las técnicas de modulación emocional y para que el tutor realice con cada uno de ellos un acompañamiento emocional más cercano, con el fin de conocer su estado de salud mental, sus preocupaciones y problemas personales y familiares, mediante dos entrevistas semanales de 10 minutos de duración cada una. La media de alumnos de todos los centros participantes atendidos por clase es de cuatro.

3ª sesión. Los profesores aprenden las técnicas de intervención para mejorar la regulación emocional de los alumnos mediante *rol-playing*, tanto si es de presentación externalizante como internalizante (23) enraizar, tranquilizar, narrar, aplazar y seguridad, que se explican más adelante (3 horas)

#### *Fase de implementación*

Los tutores escolares y los profesores aplican las pautas de conducta basadas en la regulación interactiva, en los principios de la teoría del apego y de la psicología informada por el trauma.

### Fase de evaluación

Tres sesiones con los orientadores escolares a lo largo del curso (2 horas cada sesión), una por trimestre, para evaluar los resultados y plantear los retos y necesidades que surgen.

El método de evaluación consiste en las respuestas escritas anónimas de los profesores mediante un cuestionario que les entrega la orientadora escolar y que esta comparte con el psicólogo clínico.

### Fase de preparación

#### Sesiones con la orientadora y tutores escolares

##### Primera sesión

Una primera exposición oral por parte del psicólogo clínico en la que se transmite por qué muchos adolescentes han sido afectados por la pandemia y cuáles de ellos tienen más riesgos. Se explican los fundamentos más importantes de la teoría del apego<sup>16</sup> y de la teoría polivagal<sup>6</sup> como modelos epistemológicos en los que fundamentamos la práctica.

Una segunda exposición oral por parte del psicólogo clínico que explica cómo el apego seguro es un factor protector y cómo los jóvenes que presentan una menor seguridad tienen más dificultades con la regulación emocional y una expectativa de que el otro (profesor) no es una figura confiable y disponible<sup>24</sup>. Puede ser un alumnado que presente más inestabilidad emocional –por la confluencia de diversos factores–, con reacciones más rígidas, poco flexibles y colaborativas. Los alumnos que presentan esta inseguridad lo pueden mostrar mediante conductas externalizantes (desobedecer, hiperactivarse, desatender, agresividad, fugas, autolesiones...) o internalizantes (ansiedad, síntomas depresivos, retraimiento, distancia, complacencia...). Su familia no les ofrece “una base de seguridad”<sup>25</sup> que proporciona una RESILIENCIA PRIMARIA. Por eso, el colegio puede constituirse en una experiencia que les dé una RESILIENCIA SECUNDARIA<sup>26</sup>, es decir, a través del establecimiento de relaciones seguras y una regulación interactiva, los profesores y tutores escolares pueden contribuir a que los alumnos más necesitados en este sentido vivan una experiencia prolongada de seguridad que modifique la expectativa de que aquellos no son confiables y disponibles, favoreciendo que las personas menores de edad aprendan respuestas menos rígidas, más colaborativas y flexibles.

Una tercera exposición oral donde se pone el acento en la importancia del trabajo en red y la colaboración entre todos los profesionales escolares, y entre estos y los profesionales de la salud, que pueden atender a los jóvenes con trastornos y más inseguros –y con más problemas de regulación emocional– en las diferentes consultas de salud mental pública o privada. La orientadora es la figura que se coordina con las familias y los profesionales para poder estrechar la colaboración y el trabajo multidisciplinar. Se parte de la constatación de que ningún profesional por sí solo puede sacar adelante a un niño o adolescente. El trabajo en red y la creación de contextos terapéuticos<sup>27</sup> es fundamental para poder urdir una “potente red de relaciones”, que es lo que favorece la sanación de las personas ante los traumas infantiles<sup>28</sup>.

En esta sesión, además, el psicólogo clínico les explica cuáles son los criterios para determinar cuándo una conducta o manifestación externa en un alumno puede alcanzar el rango de psicopatología; ya que una de sus demandas es no saber dilucidar hasta qué punto pueden considerarla *normal* o *patológica*<sup>29</sup>. Como es sabido, no existe una línea que divida con claridad esto, pues muchas alteraciones denominadas mentales son la exacerbación de procesos que se consideran normales. Además, los niños y adolescentes están en periodo de cambio y desarrollo constante, por lo que muchas de las manifestaciones pueden ser evolutivas. Los criterios pueden verse en la **tabla 1**.

Los profesionales escolares han de comprender y aceptar que los niños y los jóvenes, a través de los síntomas, nos comunican que algo no va bien con ellos y que su familia puede que no esté siendo una base de seguridad en una etapa en la que, en contra de lo que hasta ahora se creía, neurobiológicamente la relación de apego con adultos significativos es crucial<sup>30</sup>. Asimismo, el colegio, a través de sus representantes profesionales de la educación, puede agravar y retraumatizar más a estos jóvenes o, al contrario, constituirse en un poderoso factor de resiliencia<sup>31</sup>.

##### Segunda sesión

Los profesores escolares, vía tutor escolar, informan de los alumnos que muestran más dificultades de regulación emocional o presentan un trastorno diagnosticado y reciben tratamiento en los dispositivos

**Tabla 1.** Criterios para decidir cuándo una conducta de un niño o adolescente en el aula puede indicar la posibilidad de un trastorno

## PATOLÓGICO

### ¿Cuándo nos debemos preocupar?

- Causa un sufrimiento significativo en el joven y los recursos de afrontamiento no resultan eficaces.
- Causa una perturbación severa en los demás y el entorno.
- Supone un riesgo para su vida y la de los demás.
- El síntoma o conducta es muy frecuente e intenso.
- Sufrimiento intenso en el niño o joven.
- La persona carece de red de apoyo psicosocial.
- Se mantiene en el tiempo y además empeora (más de cuatro semanas).
- Se trata de un joven especialmente vulnerable (antecedentes).

de salud mental pública o privada. Los profesores rellenan en esta sesión los indicadores de impacto traumático de la PEC presentes en estos alumnos.

#### *Tercera sesión*

En esta sesión se comparte con los profesores cuál es el modelo, a su juicio, que mejor explica por qué los alumnos se comportan en el aula del modo en el que lo hacen, tratando de validar que determinadas corrientes psicoeducativas han cocreado esas visiones relacionadas con defectos del carácter, problemas de desarrollo, alteraciones genéticas o solamente como un problema de falta de límites en el hogar familiar<sup>32</sup>. Sin menoscabar nunca el papel que estos factores pueden jugar, los sucesos traumáticos y la ausencia de figuras seguras se presentan como factores explicativos en la aparición de los problemas de regulación y en las alteraciones de conducta que estos niños y adolescentes desarrollan<sup>32</sup>. Los aspectos biográficos –y no solo los patográficos– tienen una influencia notable en la aparición de los problemas psíquicos, tal y como postulamos desde el modelo de traumaterapia de Barudy y Dantagnan<sup>33</sup>, que es el que utilizamos como base fundamental de la intervención en los centros. El maltrato es uno de los factores de alto riesgo para el desarrollo de psi-

copatología en la vida adulta, y es evitable<sup>34</sup>. Es importante que los profesores comprendan esto último para que hagan suyas las orientaciones de atención al alumnado.

Finalmente, los profesores aprenden junto con el psicólogo clínico, a través de rol *playing*, las técnicas que utilizarán para regular emocionalmente a los alumnos; estas se explican en la siguiente fase.

Se proponen las técnicas que los especialistas en trauma indican como más eficaces; estas se explican a continuación.

#### *Fase de implementación*

#### *Orientaciones para tratar al alumnado con problemas de regulación emocional (individuales)*

Se propone a los profesores las siguientes<sup>32, 35, 36, 9, 27</sup>:

#### *Reformular*

Dice Yehuda<sup>36</sup>

A los profesores les cuesta conectar con los jóvenes desafiantes. Pero si ubicamos el comportamiento de un chico etiquetado como difícil en el contexto de una situación traumática y abrumadora es más fácil que los adultos conecten de una manera más afectuosa.



Efectivamente, la tendencia en la mayoría de los profesores y padres es la búsqueda de un diagnóstico. Es comprensible porque necesitamos saber qué le ocurre al niño o joven para poder ayudarlo de una manera más eficaz y con tratamientos especializados.

Un diagnóstico permite ordenar y evitar la sensación de confusión en los profesionales y ofrece ventajas, como el acceso a una bibliografía especializada y al entendimiento de lo que a una persona de edad puede ocurrirle. Las desventajas son que proporciona una visión exclusivamente patográfica, pensar que no tenemos mucho que hacer y poner todo el peso del cambio en el niño o joven y descartar el papel de las experiencias de vida y las competencias del mundo adulto (lo relacional puede modificar y producir cambios significativos epigenéticos, es decir, en el modo en el que las neuronas leen el material genético<sup>8</sup>) en la génesis y aparición de los problemas psíquicos.

Por ello, una "visión comprensiva"<sup>22</sup> es fundamental para conectar emocionalmente con los problemas de los niños y adolescentes. Porque cuando vemos en los trastornos una expresión del sufrimiento de los alumnos por circunstancias y experiencias de vida traumáticas e injustas<sup>37</sup>, podemos ponernos más fácilmente en el lugar de aquellos con el fin de poder ayudarles no solo en su aprendizaje, sino en sus problemas personales.

#### *Límites seguros y expectativas realistas*

Cuando un niño o adolescente ha sufrido malos tratos físicos y psicológicos, su confianza en el mundo adulto se resiente totalmente. Desarrolla desde temprana edad creencias nucleares que inicialmente se manifiestan como un conjunto de sensaciones y emociones que indican que "el mundo de ahí fuera es peligroso"<sup>38</sup>, sobre todo si el trauma tiene un origen preverbal y no existe capacidad para simbolizar estas experiencias que conllevan una alta desregulación emocional<sup>39</sup>. Posteriormente, esas creencias – que inicialmente fueron cuerpo y carne– se engranan en el cerebro con la aparición de lenguaje verbal y este las formula mediante etiquetas verbales como: "No puedo confiar", "Algo va mal en mí", "El mundo es peligroso", "Tengo que defenderme". Si el niño fue violentado en su cuerpo física o psicológicamente, o si sufrió el dolor del sentimiento del abandono por negligencia afectiva en su familia, los límites se tornan en una experiencia interior difusa.

Estos niños no saben cómo mantener, reconocer o exigir que se respeten los límites. No solo es cuestión de que precisen consecuencias a sus conductas –como postula el paradigma conductual–, sino de conectar con lo que el niño o adolescente puede estar sintiendo, conseguir que entre dentro de "la ventana de tolerancia a las emociones"<sup>19</sup> y ayudarlo a interiorizar los límites corporales. Una consecuencia (por ejemplo, una expulsión de clase) es un "no hagas eso, si lo haces, no te queremos aquí"; ayudarlo a regularse y enseñarle los límites es un: "esto se hace así y te queremos aquí, sabemos que has de aprender a hacerlo y que nadie vio tu dolor y te enseñó a comportarte bien"<sup>9</sup>. Solamente cuando las personas estamos dentro de esa ventana podemos manejar niveles de activación tolerables y compatibles con el pensamiento y, por lo tanto, con nuevos aprendizajes.

#### *Aprender a practicar los límites*

Los adolescentes con historia de trauma lo muestran a través de la conducta y el riesgo está en que "se popularicen diagnósticos como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno por oposicionismo desafiante o trastorno bipolar pediátrico"<sup>32</sup>. Cuando hay una historia de malos tratos, abandono o abuso –u otras experiencias que el cerebro del niño no pudo procesar y desbordaron sus recursos para procesarlas y afrontarlas eficazmente–, es más probable que estas experiencias hayan desempeñado un papel importante en la aparición de aquellos; y que sea pertinente el diagnóstico adicional de trauma complejo (CIE 11)<sup>39</sup> o el de trastorno por estrés postraumático<sup>40</sup>.

Por ello, en esta experiencia a los profesores se les propone que los niños aprendan a practicar los límites.

De acuerdo con Yehuda, los niños víctimas de trauma psicológico muestran conductas donde agarran, empujan, tiran, se esconden, se frotan o roban (y, además, suelen negarlo, o en el caso de reconocerlo, no saben explicar el porqué; las alteraciones en el lenguaje no se lo permiten). Hay que enseñarles qué es un buen contacto y un mal contacto. Hay que ayudarles a procesar por qué violan las reglas. Si los niños no han aprendido a interiorizar los límites, no se puede esperar que los respeten. Es necesario ayudarles a reconducir, validar sus emociones y reparar sus malas acciones. Han de aprender a expresar sentimientos difíciles como la rabia y el odio. Es algo más que "no hagas eso". La escuela es un lugar y una

oportunidad para aprender a practicar los límites; a algunos les cuesta mucho.

*Pasos para regular interactivamente a un adolescente*  
Cuando una persona está fuera de los límites de “la ventana de tolerancia a las emociones”<sup>19</sup> no puede procesar información; se está en una zona que no es compatible con el pensamiento, con la reflexión, tanto porque aquella se sitúe por encima de dicha ventana, es decir, en un estado de alta excitación y no regule las emociones –y presenten muchos más problemas para controlar los impulsos (zona de hiperactivación)–, como porque se sitúe en un estado de baja excitación (por debajo de la ventana) y se muestre desconectado, apático e indiferente (zona de hipoactivación). El cerebro, en estos momentos, temporalmente, no está integrado ni vertical ni horizontalmente: no puede regular las emociones ni balancear adecuadamente las funciones del hemisferio izquierdo y derecho<sup>8</sup>. Por eso, en el caso de los alumnos hiperactivados que pueden pasar al acto y descontrolarse, los profesores aprenden los pasos que se señalan a continuación<sup>36</sup>.

#### *Enraizar*

“Dile al niño o joven dónde y con quién está”, es lo que los profesores dicen a los alumnos cuando se muestran desregulados a nivel emocional. Presentificar es una de las principales tareas, pues si en esos momentos el alumno está conectando inconscientemente con material traumático, sufre un secuestro de la memoria implícita que inunda de sensaciones y de tormentas emocionales abrumadoras. Es como “la sombra de un tsunami”<sup>41</sup>. Dicho material traumático vive en el pasado<sup>14</sup> y no está procesado adaptativamente, de tal modo que la corteza prefrontal lo regule y el hipocampo (sede de la memoria explícita) lo pueda recalificar como “esto es pasado”. Además, los niños y adolescentes con historia de trauma sufren un bloqueo en el lenguaje, pues dicho trauma dificulta la conexión con el área de Broca. El lenguaje interiorizado del niño o adolescente no es, por tanto, un elemento regulador, como en el caso de otros niños que lo tienen ya integrado porque su desarrollo no ha estado afectado por el trauma.

#### *Tranquilizar*

Es fundamental que el profesor vea y entienda lo que le ocurre al adolescente desde el punto de vis-

ta neurobiológico. Como dicen Siegel y Paynes<sup>42</sup>, la máxima en estos momentos de secuestro emocional (el alumno está siendo invadido por emociones abrumadoras, las traumáticas) es: “tranquilízate y no te enfurezcas más”. Las expresiones que puedan alterar más al niño o al joven, o las luchas de poder, así como la confrontación o la investigación sobre lo ocurrido se aplazan a un momento en el que aquel esté más calmado y pueda procesar la información, cuando se muestre con patrones menos rígidos de pensamiento. En estados emocionales desregulados, la rigidez de pensamiento es mayor.

El profesor ha de validar sus emociones, pero regular su conducta con palabras serenas y con tono suave. Se pueden decir frases como estas: “Comprendo que te sientas enfadado, pero ¿puedes dejar de lanzar la silla con fuerza?”. “Vamos a tranquilizarnos, quiero escuchar cómo te sientes y qué te ha ocurrido”. Mantenerse a una distancia adecuada que permita que el niño o adolescente nos viva sin alterarse más. Hay que decirle que está a salvo, que nadie está contra él, que queremos ayudarlo y escuchar lo que piensa y siente. Intentar no responder con tono o palabras amenazadoras a sus propias amenazas y evitar las luchas de poder. Para ello hay que poner palabras que activen el hemisferio izquierdo, que es narrador<sup>8</sup>. El profesor “más sabio y fuerte”<sup>7</sup> es quien redirige la conducta y se responsabiliza de que la situación pueda reconducirse.

#### *Narrar y aplazar la investigación con espíritu como de “no saber”*

Si el alumno logra serenarse y entra dentro de “la ventana de tolerancia”<sup>19</sup>, se ponen palabras a lo sucedido. A la vez se le transmite que nos daremos el tiempo de hablar de ello cuando podamos reflexionar sin abrumarnos, y que lo investigaremos, mostrando apertura, como si no supiéramos qué ha pasado, con ganas de aprender, para suscitar la curiosidad y rebajar la tensión, dando la impresión de que queremos comprender su mente<sup>43</sup>. Se pueden usar frases tales como: “Todos contribuimos a la reacción de los demás”, “Me gustaría que pudiéramos hablar de lo ocurrido, quiero saber qué ha motivado tu enfado”, “Me pregunto qué ha podido pasar”, “Ahora no es el momento, cuando estemos más tranquilos y podamos pensar con claridad hablaremos, me gustaría saber qué te ha ocurrido para sentirte así y ver el modo de solucionarlo”.

### Seguridad

Si el alumno, a pesar de todo, no logra entrar en “la ventana de tolerancia”<sup>19</sup>, puede que necesite ir a un espacio preparado al efecto para que, con el acompañamiento de una persona especialmente hábil que sabe ayudar a los adolescentes a entrar dentro de aquella –un profesor capaz de conectar con ellos en esos momentos–, aprendan a entrar en calma y regulación.

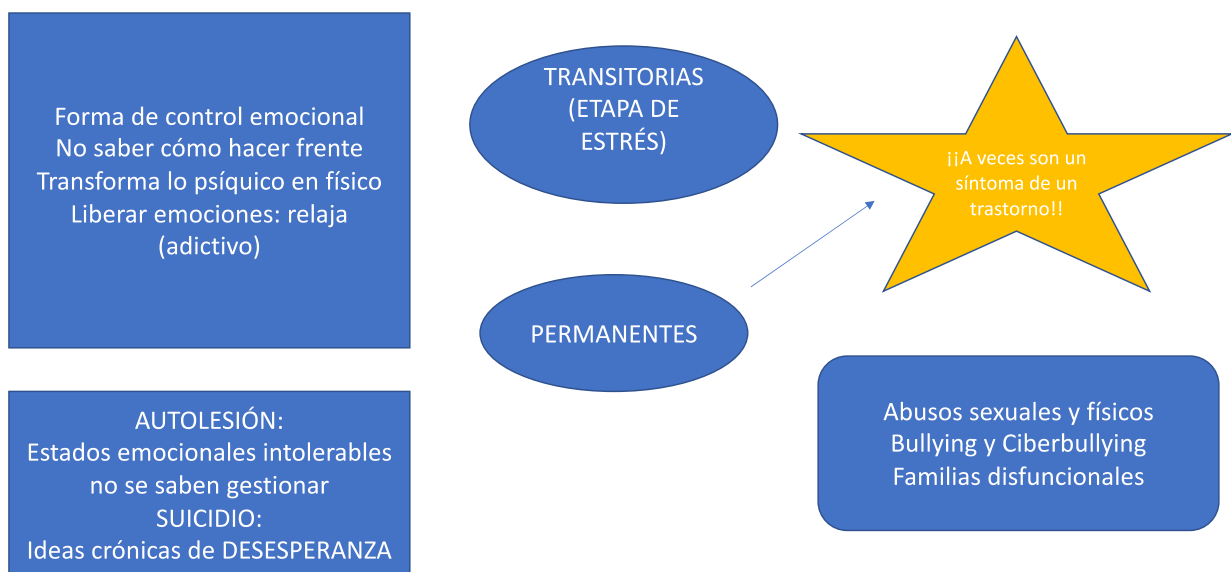
Hay casos más graves que entran en un *acting* postraumático con pérdida de control e incluso en un estado disociativo de alteración transitorio de la conciencia<sup>44</sup>, que requieren medidas de contención para preservar la seguridad del niño y de los compañeros. Se enseña a los profesores qué es una contención y cómo se hace. El alumno debe saber de antemano qué es contener: es sujetar para que no se desborde, no es en ningún caso agredir o tratar de hacerle daño.

Hay otros alumnos más hipoactivados, que pueden presentar ansiedad, depresión o desconexión del cuerpo y de las emociones. En estos casos, el desafío son los episodios de malestar emocional intenso que los alumnos pueden experimentar, durante los cuales sufren ataques de pánico o han aprendido a usar las autolesiones como modo de salir de la

desconexión con el cuerpo, o como una vía para trasladar el conflicto psíquico al plano corporal, y experimentar el dolor físico como una forma de *regulación* emocional y de liberación de sustancias calmantes<sup>45</sup>. Mientras estos adolescentes no aprendan otras estrategias de regulación emocional, es inútil tratar de suprimir la conducta autolesiva. Las autolesiones no equivalen a conducta suicida necesariamente, aunque hay casos en los que sí coinciden. Las autolesiones se suelen dar también en los alumnos que sufren *bullying*, por lo que es un indicador que debe movilizar al tutor a interesarse por la vida personal del alumno. A los profesores se les psicoeduca sobre autolesiones (ver figura 1).

En estos casos, previo acuerdo con los alumnos, es importante que exista un lugar donde puedan acudir y una persona que se ocupe, previa psicoeducación, de permanecer junto a ellos y estar de una manera empática y conectiva a su lado, hasta que consigan sentirse más estables emocionalmente. Esa conexión es importante para salir del estado disociativo –sobre todo cuando la autolesión es síntoma de disociación traumática– para con sensibilidad captar si necesitan solo presencia y silencio, o ayudarles a hablar y a poner en palabras lo que han

## AUTOLESIONES



**Figura 1.** Gráfico que permite entender la conducta de autolesión y que fue presentado a los profesores que participaron de la experiencia.

sentido. Cuando están más calmados, la persona que ha estado con ellos les enseña a procesar el sentimiento difícil que sintieron, siguiendo el siguiente esquema: qué pasó (fuera o dentro de mí), qué sentí, qué pensé, qué hice, cómo podría en un futuro actuar para regular mejor mis emociones.

En todos los casos, la coordinación con los profesionales que trabajan con los niños, jóvenes y sus familias es imprescindible para poder ayudarles eficazmente y saber lo que procede en cada momento. Pero lo que los adolescentes necesitan y valoran es que no les dejen solos durante los ataques de pánico o ansiedad, tal y como se puso de relieve en las evaluaciones.

#### *Los desencadenantes*

La escuela en su funcionar (a veces frenético) y en sus imprevistos puede propiciar que este tipo de alumnos se desregulen, pues su sistema nervioso responde a los cambios y los puede neurocibir<sup>6</sup>, es decir, procesar inconscientemente como amenazas a la seguridad. No es una percepción, porque aún no está elaborada por el córtex pensante, sino que es una reacción de la rama del sistema nervioso que tiene que ver con el sistema de defensa que nos prepara rápido para la lucha, la huida, el bloqueo o la disociación, que son las viejas reacciones aprendidas por el niño o adolescente para salvarse y protegerse, aunque en la actualidad le metan en muchos problemas.

Una buena organización escolar, profesionales seguros y firmes, pero a la vez amables, flexibles y con capacidad para conectar con los niños y adolescentes, un ideario de centro construido en torno a una “escuela sensible al trauma”<sup>7</sup> es un entorno y un contexto seguro en su estructura. Después, todo lo que conlleve cambios o situaciones cotidianas que puedan ser abrumadoras y estresantes para el niño o adolescente (como el comedor escolar o el patio) deben de reforzarse en cuanto a presencia de profesorado. Es conveniente que estos niños o adolescentes sepan que hay un referente en cada sitio que estará pendiente de ellos y de los compañeros, a quien deben de recurrir en caso de problemas<sup>45</sup>.

*Herramientas para que el alumnado aprenda a mantenerse dentro de la ventana de tolerancia a las emociones (grupales)*

Los profesores, de acuerdo con los postulados de la teoría polivagal<sup>6</sup> y con las aportaciones de técnicas como el *mindfulness* –que favorecen el aprendizaje mediante la observación atenta, la aceptación de las experiencias tal y como son y el desarrollo de una actitud de bondad hacia uno mismo y los demás<sup>46</sup>, aprenden ellos mismos a practicar estas técnicas para luego, en determinados momentos, enseñárselas a los alumnos. Los ejercicios de *mindfulness* propuestos por la autora Greenland<sup>47</sup> o López y Santamaría<sup>48</sup> son ensayados por los profesores y puestos en práctica.

Otras técnicas de regulación emocional, sencillas y breves, como el *arraigo* (más propio para los niños de 5.º y 6.º de Primaria), enseñan a los niños que ellos son como bonitos, frondosos y fuertes árboles que clavan sus raíces en el suelo; el *abrazo de la mariposa*, mientras los niños respiran (inspirar aire por la nariz, hacer una breve pausa y expulsar aire por la boca) o *masajearse los pies*<sup>32</sup> son practicadas en el aula con todo el grupo y se incorporan como parte de la rutina escolar.

Un resumen con las técnicas y abordajes utilizados por los profesores se presentan resumidamente en la **figura 2**.

## Resultados

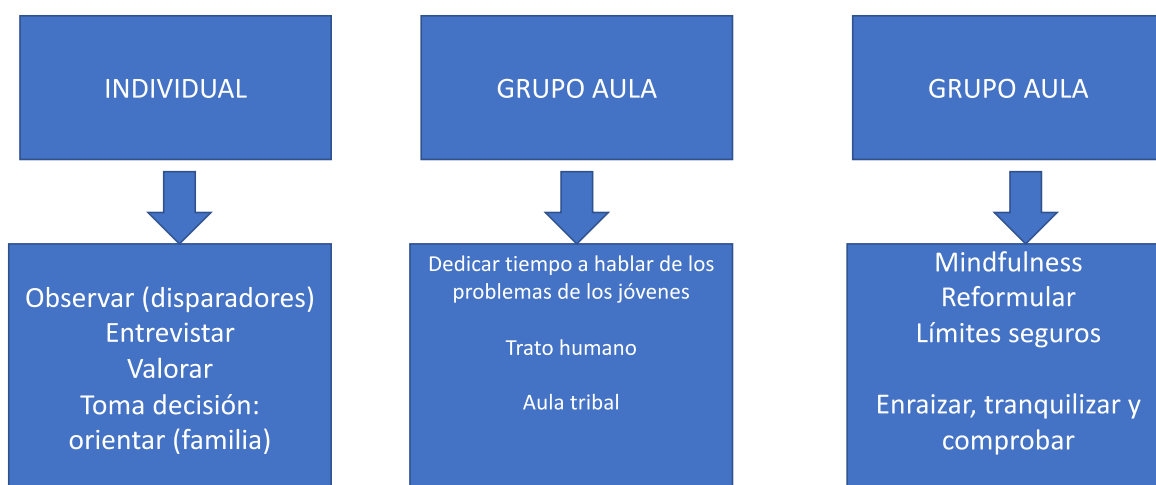
El método de evaluación es cualitativo y consiste en la recogida por escrito de la valoración que los profesores hacen de la experiencia respondiendo a un breve cuestionario. Dicho cuestionario recaba, además, sus opiniones, así como las necesidades y propuestas de mejora. En la **tabla 2** consignamos las preguntas que usamos en el cuestionario. La orientadora es quien administra los cuestionarios y los entrega al psicólogo clínico al finalizar la experiencia de intervención.

Tras las tres sesiones (una por trimestre) celebradas con los orientadores escolares de cada centro de enseñanza, los resultados obtenidos apuntan a una valoración general por parte de los profesores de la experiencia de intervención como positiva un 80 %, como muy positiva un 16 % y como innecesaria un 4 %.

No fue posible, por falta de tiempo, volver a administrar los indicadores de impacto traumático de la

\* <https://traumasensitiveschools.org>

## ORIENTACIONES



**Figura 2.** Gráfico con el resumen de orientaciones para favorecer la regulación emocional de los alumnos del último ciclo de Primaria y de Educación Secundaria, tanto a nivel individual como en el grupo aula.

**Tabla 2.** Cuestionario de valoración del programa de intervención para favorecer la regulación emocional del alumnado de Primaria (5º y 6º) y Secundaria

Este cuestionario es totalmente anónimo.

Por favor, marque con una "X" según usted considere que la propuesta de intervención con los alumnos le parece:

Muy positiva

Positiva

Innecesaria

¿Cuál es su opinión sobre todo el programa de intervención que hemos llevado a cabo?

¿Propuestas de mejora y necesidades?

¿Considera usted que los alumnos a los que ha acompañado y con los que ha usado las técnicas de intervención para la regulación emocional han mejorado? En caso afirmativo, describa en qué conductas ha observado usted la mejoría



PEC y comprobar si se había producido una reducción de las puntuaciones tras la intervención.

El 80 % de los alumnos seleccionados de los centros escolares con los que se trabajó mejoraron su conducta y reacciones emocionales.

Los profesores consignaron en el cuestionario las conductas que mejoraron, que agrupamos en estas cuatro categorías:

1. Disminución de las reacciones de lucha/huida de los alumnos.
2. Reducción de las respuestas agresivas de los alumnos frente a un conflicto.
3. Mejora en las habilidades de modulación de las emociones de los alumnos de rabia y frustración.
4. Aumento del número de veces en que profesores y alumnos se comunican asertivamente.

Los profesores valoraron a través del cuestionario como positivo lo siguiente:

1. Disponer de un método de intervención y comprender las emociones de estos les ayudó a no etiquetarlos y buscar maneras respetuosas y eficaces de apoyarles en el manejo de sus emociones traumáticas.
2. Tener criterios de valoración de las conductas: cuándo considerarlas dentro del rango de lo normal y cuándo existe la necesidad de consultar por la incidencia de un posible trastorno.
3. Los alumnos, cuando el profesorado seguía las orientaciones basadas en el “tranquilízate, no te enfurezcas más”<sup>19</sup>, tendían a calmarse al percibir en el profesor una figura serena, pero segura, que no echaba más leña al fuego y trataba de comprenderles.
4. La validación del mundo emocional del alumno les pareció importante, sobre todo en los jóvenes cuya autoestima familiar era baja.
5. Además, apuntaron que el acompañamiento al alumnado mediante presencia y conexión en los momentos en los que presentaban episodios de ansiedad o conducta autolesiva favoreció que el espacio escolar fuera vivido por ellos como seguro, por lo que disminuyó el número de episodios de este tipo y aumentó la expresión verbal por parte de niños y adolescentes.
6. Las intervenciones en el aula basadas en técnicas como el *mindfulness* fueron asimismo muy bien

valoradas, porque mejoraron el rendimiento atencional y facilitaron una visión más bondadosa de ellos mismos, más comprensiva y compasiva. Los fundamentos budistas en los que el *mindfulness* occidental se basa fueron, en general, muy bien recibidos por los alumnos, especialmente por los de Secundaria de los dos últimos cursos.

7. Los alumnos de Secundaria verbalizaron en clase que notaron un cambio positivo en el profesorado, pasando de experimentar el espacio escolar como un lugar donde se va a estudiar y lo demás no importa, a considerar una visión más humana y cálida de dicha experiencia, en la cual los aspectos psicológicos son vistos y valorados.

Los profesores expresaron a través del cuestionario los siguientes obstáculos y dificultades:

1. Las dificultades para poder llegar a todos los alumnos que necesitan una intervención más individualizada.
2. Los protocolos burocráticos que restan tiempo de dedicación al alumno.
3. La necesidad de contar con personal auxiliar que les ayude en las funciones de apoyo a niños o adolescentes.
4. Las visiones más puramente conductuales –por falta de especialización– del personal de los comedores escolares.

Un grupo de profesores (4 %) valoraron la experiencia como “innecesaria” y no consideraron que los alumnos mejoraran. Estos profesores expresaron a través del cuestionario lo siguiente:

1. Los niños y jóvenes necesitan consecuencias y límites severos por parte de la institución escolar; estos no hacen caso a este tipo de intervenciones, que resultan ineficaces.
2. El problema principal está en sus casas y ellos no pueden hacer un trabajo de “terapeutas”.

## Discusión

A la luz de los resultados, estos pueden interpretarse, en general, como positivos, con una valoración por parte de sus protagonistas (profesores y alumnos) como eficaz y respetuosa con los niños y jóvenes más “vulnerados y vulnerables”<sup>26</sup>. Ello da credibilidad a las

teorías en las que la experiencia de intervención se sustenta y pone en valor las aportaciones de la neurociencia en el ámbito de la educación escolar con alumnado que padece situaciones traumáticas<sup>36,45</sup>.

El cambio de paradigma de modelos conductuales de intervención a los basados en los modelos comprensivos que postulan que mente, cerebro y relaciones son fundamentales para modular las emociones y conductas de los alumnos (teoría de la regulación emocional de Schore<sup>21</sup>, y teoría polivagal de Porges<sup>6</sup>), es un acercamiento aún incipiente; por lo que la valoración como positiva por parte de una amplia mayoría de los docentes de los cuatro centros escolares sugiere que el cambio de modelo podría ser bien recibido por las comunidades escolares si se les brinda el conocimiento y se les proporciona el acompañamiento adecuado y especializado durante la intervención.

La modulación emocional de los alumnos en el aula se revela, por otro lado, fundamental, y los resultados apuntan a una experiencia subjetiva de mayor bienestar y mejora de la salud y de las relaciones. El rol activo del profesorado para lograr esto –del mismo modo que consiguen que los alumnos aprendan– lo consideramos de relevancia, y ha sido también valorado positivamente en los resultados de otros trabajos<sup>49,50</sup>.

Los alumnos seleccionados presentaban un impacto traumático recogido a través de los indicadores de la PEC. Conviene subrayar que es posible que estos antecedentes se asociaran al papel que el COVID-19 –como suceso potencialmente traumático– desempeñaba en la aparición de los síntomas, unido a un entorno familiar donde el acompañamiento emocional a la persona menor de edad era bajo y discontinuo. Por ello, es plausible que el COVID contribuyera a empeorar la salud mental de estos alumnos (como hemos expresado en la fundamentación teórica de esta experiencia) y desregulara su cerebro y sistema nervioso. Así pues, postulamos que la intervención, a la luz de los resultados obtenidos, parece mostrarse eficaz en favorecer una mejor sintonización y regulación emocional en estos niños y jóvenes; aunque intervenciones similares realizadas en un futuro tendrían que confirmarlo.

Se pone de manifiesto que los niños y adolescentes obtienen mejoras en estas áreas relativas a la regulación emocional en contextos de adversidad, como la pandemia y el modo en que puede estar im-

pactándoles en función de sus características y situaciones familiares y de redes de apoyo; sobre todo, cuando adultos significativos como los profesores se involucran y usan técnicas individuales y de grupo que favorecen que el cerebro se integre vertical y horizontalmente de una manera más eficiente<sup>8</sup>. La hipótesis de un cerebro bipersonal y no unipersonal, lo cual revolucionará las relaciones educativas y terapéuticas, postulada por Schore<sup>51</sup>, se pone de relieve en este estudio.

Por otro lado, estos resultados, si se replican, abren la puerta a que las escuelas puedan imbuirse de la filosofía de “escuela sensible al trauma”, una propuesta novedosa y aún más ambiciosa donde se contemple un abordaje más integral<sup>52</sup> (basado en los fundamentos de la nueva ciencia del cerebro) de los alumnos que han sufrido experiencias traumáticas, que son muchos de acuerdo con la investigación científica<sup>p. ej., 53</sup>. Las “escuelas sensibles al trauma” parten de la constatación de que las experiencias traumáticas pueden afectar al aprendizaje, al comportamiento y a las relaciones. Este movimiento plantea que los niños deben sentirse seguros para aprender, que la sensibilidad respecto al trauma es tarea de toda la escuela y que debería ser objeto de atención en las reformas educativas<sup>54</sup>.

## Conclusiones

La pandemia ha sido un trauma colectivo que ha afectado negativamente a la salud de todas las personas e instituciones que componen nuestra sociedad<sup>55</sup>. A los grupos más vulnerables, como los niños y jóvenes, ha alterado aún más su salud, especialmente a quienes presentaban antecedentes de trastorno mental o condiciones sociofamiliares adversas<sup>56</sup>. Es, por ello, por lo que, para los profesionales de la rama sanitaria, ha sido un reto –y continúa siéndolo– atender a la salud mental de las personas menores de edad, tanto en la pandemia como en la pospandemia; pues el virus aún continúa mutando y propagándose, y sus efectos negativos siguen influyendo desfavorablemente en la salud física y psíquica de las personas.

Dentro de las actuaciones que los profesionales de la salud mental podemos atender, está el necesario asesoramiento a los orientadores escolares, profesores y tutores de los centros de enseñanza en cuanto a lo que a psicoeducación e intervenciones

sensibles al trauma pueden hacerse dentro del aula, tanto a título individual para favorecer la regulación emocional y conductual de los alumnos –el trauma crónico deja como herencia en las personas un déficit, a veces grave, en la capacidad autoregulatoria– como para acompañar a los niños o adolescentes que presentan otro tipo de problemas que sugieren la presencia de impacto traumático, como las autolesiones, que actualmente se dan con alta frecuencia en este periodo del desarrollo<sup>36</sup>. Este asesoramiento puede verse completado con la implementación de un programa de intervención en el grupo aula para enseñar la regulación emocional y la actitud de aceptación hacia uno mismo.

Experiencias como la descrita, a pesar de sus limitaciones, son prometedoras en sus resultados para lograr mejorar la salud y calidad de vida de los alumnos y hacer de la vivencia escolar un lugar seguro, imprescindible para que los niños y adolescentes puedan estudiar y rendir académicamente. Propuestas de este tipo abren la puerta a modelos de conceptualización y gestión de las escuelas como espacios educativos sensibles al trauma, en las cuales toda la comunidad escolar se implica e involucra con los alumnos que hayan sufrido experiencias traumáticas en su vida, que, de acuerdo con el estudio *Trauma and adverse childhood experiences* (estudio ACE) llevado a cabo por el National Center Early Childhood Health and Wellness<sup>53</sup>, lo son en un número elevado de casos.

### Limitaciones

Esta experiencia surge de la necesidad de una intervención en crisis en una época donde los centros de enseñanza necesitaban apoyo y asesoramiento especializado

para acompañar a los alumnos. Somos conscientes de la necesidad de mejorar los aspectos metodológicos para un mayor rigor científico; por ello, animamos desde aquí a seguir investigando en este ámbito para obtener un mayor sustento y apoyo a los modelos del trauma y del apego como explicativos de la desregulación emocional de muchos adolescentes escolares. Sin embargo, de acuerdo con los informes de los profesores a través del cuestionario realizado, creemos que la experiencia presentada tiene valor.

Del mismo modo, hay otras limitaciones, como el rechazo de un porcentaje pequeño de profesores que no han visto como necesaria este tipo de intervención y que se adscriben a modelos puramente conductuales, o que ven en esta propuesta actuaciones más propias de terapeutas que de profesores de enseñanza. Por lo tanto, constituye un desafío para el futuro buscar el modo de motivar y atraer hacia este tipo de intervenciones sensibles al trauma<sup>54</sup> al profesorado más escéptico. Y lograr que puedan considerar que el valor de lo interpersonal como fuente de incidencia positiva en las áreas cerebrales responsables de la regulación emocional de los adolescentes (circuitos corticolímbicos)<sup>21</sup> está basado en la evidencia.

Otros condicionantes estriban en los escasos medios humanos y materiales con los que cuentan los profesores para ejercer este tipo de acciones psicoeducativas. El gran número de alumnos por aula, las necesidades específicas de cada uno de ellos (que lleva a *sobreatender* a unos en detrimento de otros), la necesidad de contar con un auxiliar en el aula que apoye su trabajo, los protocolos de cumplimiento de la calidad (que, paradójicamente quitan tiempo de calidad con los alumnos), el autocuidado del propio profesor (el cansancio y el agotamiento que experiencias como la descrita producen en la persona del docente) son algunos de los obstáculos que limitan los resultados de este trabajo, sin soslayar por ello el carácter positivo que esta intervención ha tenido.

## Referencias

1. Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes. Salud Mental en la era del desconfinamiento del covid-19. Posicionamiento de las Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica, especialmente en niños y adolescentes. 2020. [www.anpir.org](http://www.anpir.org)
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Benito, R. Sobre el alivio del desconfinamiento en población adolescente con antecedentes de adversidad temprana: los/as grandes olvidados/as. 2020. [www.buenostratos.com](http://www.buenostratos.com)
4. Johnson, S. B., Blum, R. W., & Giedd, J. N. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of adolescent health*. 2009; 45 (3): 216-221.
5. Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2020; 49(4): 279-288.
6. Porges, S. W. *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation*. New York: W.W. Norton & Company. 2011.

7. Bowlby, J. The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 1979; 2(4): 637-638.
8. Benito, R. La regulación emocional. Bases neurobiológicas y desarrollo en la infancia y adolescencia. Madrid: El Hilo Ediciones; 2020.
9. Barudy, J., Dantagnan, M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2005.
10. Pitillas, C. El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión transgeneracional del trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2021.
11. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
12. Poli, A., Gemignani, A., Conversano, C. The psychological impact of SARS-CoV-2 quarantine: observations through the lens of the polyvagal theory. *Clinical Neuropsychiatry*. 2020; 17 (2): 112-114. <https://doi.org/10.36131/CN20200216>
13. Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y salud*, 31(2), 109-113.
14. Van der Kolk, B. El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Eleftheria. 2020
15. López, P. V., Pedreira, P. A., Martínez-Sánchez, L., Cruz, J. M. G., de Luna, C. B., Herrero, F. N., ... & de Pediatría Social, S. E. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de pediatría*. 2023; 98(3): 204-212. Elsevier Doyma.
16. Bowlby, J. Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Barcelona: Paidós Ibérica. 1989.
17. Bowlby, J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psychoanalysis. 1973.
18. Cozolino, L. *The neuroscience of psychotherapy: healing the social brain*. New York: Norton; 2017.
19. Siegel, D. *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
20. Schore, A. *Affect Dysregulation and disorders of the self*. London: Norton; 2003.
21. Schore, A. Prólogo. En *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. (pp 18-55). Madrid: Ágora relacional; 2011.
22. Barudy, J., Dantagnan, M. y Gonzalo, J.L. *Pauta de Evaluación Comprensiva versión cuarta*. 2021.
23. Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. *Manual for ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
24. Geddes, H. *El apego en el aula*. Barcelona: Graó; 2009.
25. Delage, M. *La resiliencia familiar*. Barcelona: Gedisa; 2010.
26. Barudy, J. *El florecimiento resiliente después de los traumas. Los fundamentos de la resiliencia infanto-juvenil*. Madrid: El Hilo Ediciones; 2021.
27. Gonzalo, J.L. *Vinculate. Relaciones reparadoras del vínculo en niños adoptados y acogidos*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2015.
28. Perry, B. Szalavitz, M. *El chico al que criaron como perro y otras historias del cuaderno de un psiquiatra infantil*. Madrid: Capitán Swing Libros; 2017.
29. Seoane, A. *Adolescencia y conductas de riesgo*; 2015.
30. Uriarte, J. D. Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de Psicodidáctica*. 2006; 11(1): 7-23.
31. Ogden, P., Fisher, J. *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2016.
32. Gómez, A. M. *EMDR and adjunct approaches with children. Complex trauma, attachment and dissociation*. New York: Springer Publishing Company; 2013.
33. Barudy, J. y Dantagnan, M. Prólogo. En *La armonía relacional. Aplicaciones de la caja de arena a la traumaterapia* (pp. 13-22). Bilbao: Desclée de Brouwer; 2017.
34. Teicher, M., Samson, J., Anderson, C. y Ohashi, K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016; 17: 652-666.
35. Silberg, J. *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2019.
36. Yehuda, N. *Comunicar el trauma. Criterios clínicos e intervenciones con niños traumatizados*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2019.
37. Barudy, J., Dantagnan, M., Gonzalo, J.L. *Pauta de Evaluación Comprensiva*. 2020.
38. Young, C. *M-MAT Multi-Modal Attachment Therapy: Healing Attachment Injuries in Children and Families*. Groveland: Granite Swan Press; 2019.
39. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*; 2019. <https://icd.who.int/en>
40. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
41. Bromberg, P. *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. Madrid: Ágora relacional; 2011.
42. Siegel, D., Paynes, T. *El cerebro del niño: 12 estrategias revolucionarias para cultivar la mente en desarrollo de tu hijo*. Barcelona: Alba; 2012.
43. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press; 2002.
44. Mosquera, D. *La autolesión. El lenguaje del dolor*. Madrid: Pleyades; 2008.
45. Gonzalo, J.L. *Guía para el apoyo educativo en el ámbito escolar de los niños con trastornos del apego*. Libros en red; 2009.
46. Simón, V. *Aprender a practicar mindfulness*. Madrid: Sello Editorial; 2011.
47. Greenland, S. *Juegos mindfulness: Mindfulness y meditación para niños, adolescentes y toda la familia*. Madrid: Gala Ediciones; 2017.
48. López y Santamaría. *Mindfulness en el aula: 12 - 18 años*. Madrid: San Pablo; 2020.
49. Gargurevich, R. La autorregulación de la emoción y el rendimiento académico en el aula: el rol del docente. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. 2008, 4: 1.
50. García Peña, L. V., Valencia Carvajal, M. F. *Regulación emocional en aulas multigrado del ITA Nuestra Señora del Socorro*; 2022.
51. Schore, A. *Psicoterapia con el hemisferio derecho*. Barcelona: Eleftheria; 2019.

52. Cozolino, L. La enseñanza basada en el apego. Crear un aula tribal. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2019.
53. Felitti, V. J., Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., ... & Koss, M. P. ACE Study Publications May, 2009. *Medicine*. 1998; 14: 245-258.
54. Plumb, J. L., Bush, K. A., Kersevich, S. E. Trauma-sensitive schools: An evidence-based approach. *School Social Work Journal*. 2016; 40(2): 37-60.
55. Heitzman, J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatr Pol*. 2020; 54(2); 187-198.
56. Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18 (7): 3432.