Servicios para Niños y Jóvenes, 34:360-386, 2013
Publicado con licencia por Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 0145-935X
impresión = 1545-2298 en línea
DOI: 2013.859906 10.1080/0145935X.

Intervención Relacional Basada en la Confianza (TBRI): Un enfoque sistémico para el Trauma Complejo del Desarrollo

KARYN B. PURVIS Y DAVID R. CROSS
Instituto de Desarrollo Infantil, Universidad Cristiana de Texas, Fort Worth, Texas, EE.UU.
DONALD F. DANSEREAU
Centro de Psicología Aplicada, en la Universidad Cristiana de Texas, Fort Worth, Texas, EE.UU.
SHERI R. PARRIS
Instituto de Desarrollo Infantil, Universidad Cristiana de Texas, Fort Worth, Texas, EE.UU.

Los niños y los jóvenes que han vivido en cuidado sustituto o que han crecido en orfanatos a menudo han experimentado un trauma complejo del desarrollo, mostrando un conjunto interactivo de problemas psicológicos y comportamentales. La Intervención Relacional Basada en la Confianza (TBRI) es un modelo terapéutico que capacita a los cuidadores para proporcionar apoyo y tratamiento eficaz para niños en situación de riesgo. TBRI ha sido aplicado en orfanatos, los tribunales, lugares de tratamiento residencial, hogares de grupo, hogares sustitutos y adoptivos, iglesias y escuelas. Se ha utilizado eficazmente con niños y jóvenes de todas las edades y niveles de riesgo. Este artículo proporciona la base de investigación para TBRI y ejemplos de cómo se aplica.

PALABRAS CLAVE adopción, trauma complejo del desarrollo, cuidado sustituto, intervención informada en trauma.

Ya sea que vengan de un trasfondo de abuso, negligencia o trauma, los niños en estas subpoblaciones suelen compartir expresiones de comportamiento similares porque comparten una experiencia común-trauma complejo del desarrollo. El trauma puede ser ampliamente inducido por estos factores de riesgo como el abuso físico, emocional o sexual; desastres naturales; o acontecimientos traumáticos incluyendo intervenciones médicas, a largo plazo, hospitalización y mucho más. Sin embargo, para los propósitos de este

© Karyn B. Purvis, David R. Cruz, Donald F. Dansereau, y Sheri R. Parris
Dirección para correspondencia Karyn B. Purvis, Instituto de Desarrollo Infantil, la Universidad Cristiana de Texas, TCU Box 298920, Fort Worth, TX 76129, EE.UU.. E-mail: K.s.purvis@tcu.edu

artículo tratamos de dilucidar los efectos del trauma entre niños y jóvenes que han experimentado el cuidado sustituto o la institucionalización. La Universidad de Harvard, en 2005, dio a conocer datos que confirman que los niños en el sistema de cuidado sustituto de los EE.UU. experimentaron trauma en forma de trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) a un ritmo dos veces mayor que la de veteranos de combate (Pecora, Blanco, Jackson & Wiggins), haciendo de este un grupo de población especialmente vulnerable de los niños y los jóvenes.

El trauma complejo del desarrollo es un diagnóstico que reconoce el impacto global del trauma y es descrito por van der Kolk y Courtois (2005) como "la experiencia múltiple, crónica y prolongada de eventos evolutivamente traumáticos, la mayoría de las veces de una naturaleza interpersonal" (p. 402). El trauma y el estrés tempranos pueden tener un efecto duradero en el desarrollo, provocando retrasos en la competencia social (Becker-Weidman, 2009), el desarrollo de comportamientos de afrontamiento disfuncionales y alterar significativamente la química del cerebro de un niño, particularmente cuando las condiciones adversas son crónicas y hay una falta de apoyo de crianza (Bremner, 2003; Carrión, 2006). Para muchos niños adoptados y de hogares sustitutos, estas conductas disfuncionales crean barreras para el desarrollo saludable de relaciones en nuevos entornos familiares, y sin intervención, las conductas problema tienden a persistir e intensificarse en la adolescencia (Verhulst, 2000).

En la actualidad, hay una escasez de tratamientos eficaces que aborden del trauma complejo del desarrollo (van der Kolk & Courtois, 2005). Uno de los motivos de esta escasez es que, al momento de escribir el presente, el *Manual diagnóstico y estadísticas de los Trastornos Mentales* (DSM-5; APA, 2013) no ha hecho una distinción entre "trauma agudo", resultante de un único incidente y/o psicológicamente aislado (por ejemplo, experimentar un tornado, los acontecimientos del 11 de septiembre, o un accidente de auto) y "complejo", el trauma resultante de múltiples y diversos incidentes psicológicamente superpuestas (por ejemplo, abuso sexual, abuso físico crónico o incluso procedimientos médicos dolorosos permanentes inducidos por una condición médica crónica). Los niños y jóvenes que sufren traumas complejos más a menudo exhiben trastornos relacionados con sistemas de apego, regulación del afecto, la fisiología, la disociación, el control de comportamiento, cognición y autoconcepto (Cook, Blaustein, Spinazolla, & van der Kolk, 2003). Estos tipos de trastornos pueden conducir a una variedad de diagnósticos generalmente tratados con una combinación de diferentes enfoques. La mayoría de las veces, los niños son tratados a través del modelo médico tradicional-consistente en visitas a un consultorio del médico, con cuidadores jugando un papel superficial en el tratamiento del niño. Sin embargo, las intervenciones que incluyen los cuidadores pueden ser más eficaces porque el tratamiento se produce en el entorno del niño, donde se producen problemas. Mientras que los niños pueden pasar una hora a la semana en el consultorio del profesional, pasan largas horas bajo el cuidado de sus padres o cuidadores. En particular, se ha observado que la relación basada en trauma sólo puede resolverse a través de relaciones estables y amorosas, como las que pueden ser ofrecidas mediante cuidadores amorosos, cuidadores.

Hay tres factores, identificados por primera vez por van der Kolk (2005), y luego discutidos por Bath (2008) como los tres principales "pilares" que deben incluirse en cualquier programa diseñado para tratar el trauma complejo. Estos son: a) desarrollo de la seguridad, (b) promoción de relaciones sanadoras, y (c) enseñanza de auto control y habilidades de afrontamiento. Estos elementos son paralelos a los tres principios basados en la evidencia de la Intervención Relacional Basada en la Confianza (TBRI) desarrollados en la Universidad Cristiana de Texas Instituto de Desarrollo Infantil.

Los tres principios de TBRI son:

1. Empoderamiento-atención a las necesidades físicas;
2. Conexión: atención a las necesidades de apego; y
3. Corrección-atención a las necesidades de comportamiento.

Estos principios ayudan tanto al cuidador como al niño a aprender maneras saludables de interactuar, así, ambos son capaces de desempeñar un papel en el proceso de sanación.

TBRI se ha ido formalizado en el tiempo a través de la investigación continua en nuestro laboratorio; sin embargo, sus cimientos surgieron hace 14 años en nuestro primer día de campamento de verano para los niños adoptados y de hogares sustitutos que habían experimentado el abandono, abuso o trauma. En el primer campamento, llamado más adelante Camp Hope por los padres cuyos hijos asistieron, nosotros documentamos mejoras en el apego y comportamentales sin precedentes en nuestros participantes menores de 10 años. Los protocolos del campamento estaban previstos para hacer frente a las necesidades físicas, conductuales y relacionales de los niños, y el entorno del campamento fue rico en actividades sensoriales, grupos de habilidades sociales, “grupos de cuidado" (que se describe más adelante en este artículo) y mucho más. Los padres y los investigadores fueron tomados por sorpresa por las dramáticas mejoras en una intervención tan breve. Mientras nos regocijábamos por las ganancias que documentamos, dentro de los dos meses después del campamento, nuestra alegría se convirtió en dolor, al ver cómo se perdían los beneficios en algunos niños, ya que se deterioraron hacia sus antiguos comportamiento y estrategias relacionales anormales aberrantes. Esta pérdida devastadora nos impulsó a estudiar más las mejoras del campamento, para entender cómo estas mejoras ocurrieron, y para entender por qué algunos niños las habían perdido con tanta rapidez. Lo descubrimos, y nuestro camino hacia esa comprensión, está ilustrado aquí a través de datos e historias individuales de un amplio conjunto de datos recogidos durante la última década y media. Como parte de ese viaje, a través de la investigación y evaluación de programas, TBRI ha surgido como un conjunto claro de principios de desarrollo para traer sanación a los jóvenes en riesgo.

Publicaciones anteriores resumen brevemente los principales componentes de TBRI (Purvis, Cruz, & Pennings, 2009; Purvis, Cruz, & Sunshine, 2007), y hay una creciente evidencia empírica que muestra resultados positivos para el modelo TBRI como un todo (Purvis y Cruz, 2006; Purvis, Cruz, Federici, Johnson & McKenzie, 2007). Sin embargo, hay todavía una necesidad de proporcionar un examen minucioso de las pruebas empíricas que apoyan cada componente de TBRI y una ilustración de cada componente, lo cual es el propósito de este artículo.

Los principios TBRI

En primer lugar, los principios empoderadores de TBRI abordan las necesidades ecológicas (externas/ambiental) y fisiológicas (internas/físicas) del niño.

Al velar que se satisfagan estas necesidades básicas, la eficacia de los principios de la conexión y la corrección se mejoran considerablemente. Segundo, los principios de conexión abordan las necesidades relacionales y de apego, centrándose en la toma de conciencia, la interacción(engagement), y la sintonía. En tercer lugar, los principios de corrección enseñan la autorregulación y límites adecuados y promueven comportamientos saludables para el cuidador y el niño (véase el apéndice para ejemplos de actividades típicas de cada uno de los principios).

Los Principios Empoderadores

Sabemos que el desarrollo emocional del niño, incluyendo la capacidad para crear apegos seguros, es afectada por factores ecológicos y fisiológicos (Bronfenbrenner y Morris, 1998; Lickliter, 2008). Los principios empoderadores establecen el escenario para un cambio positivo, asegurando condiciones saludables para los niños. Por ejemplo, un niño que tiene hambre crónica debido a la pobreza tiene poca capacidad para aprender o jugar alegremente porque su temor del hambre domina sus pensamientos y comportamientos. Asimismo, la creación de un entorno que fomente la seguridad percibida es un componente

crítico en este proceso. Este supuesto enfatiza la diferencia para un niño entre *estar seguro* y *sentirse seguro*. Aunque los padres adoptivos pueden saber con certeza que el niño que adoptaron de lugares difíciles nunca padecerá hambre o malnutrición devastadora de nuevo, el mensaje debe ser transmitido de manera que el niño pueda entender. Para estos padres, asociarse con su hijo para crear una sensación de seguridad puede incluir estrategias como ayudar al niño comprar refrigerios nutritivos (por ejemplo, frutas, nueces, uvas pasas) para poner en un recipiente especialmente preparado en su habitación. Usar un morral con refrigerios nutritivos puede también dar "pruebas" a los niños que no van a tener hambre de nuevo. Antes, el cuidador sabía que los alimentos siempre estarían disponibles, pero ahora con estas estrategias, el niño tiene una evidencia tangible de que sus necesidades serán satisfechas. Al proveer este tipo de pruebas concretas, un cuidador puede asociarse con su hijo para crear un poderoso sentido de seguridad percibida. Los principales principios de empoderamiento de TBRI se resumen a continuación.

Ambiente Seguro Y Estructurado

Un importante resultado perjudicial del trauma complejo del desarrollo es el miedo crónico, que influye tanto en el funcionamiento emocional como el cognitivo (Anda et al., 2006; Perry, 2001). Sin embargo, los niños que sienten que su entorno y sus relaciones son seguros y previsibles, pueden aprender a confiar en los demás y desarrollar emociones y conductas saludables que sean regidas en la confianza en vez de regidas por el miedo (Knight, Smith, Cheng, Stein, & Helmstetter, 2004). Todos los principios y prácticas de TBRI están destinados a crear esta sensación de seguridad percibida en los niños.

Un ingrediente clave para crear un entorno seguro y predecible es garantizar transiciones suaves para los niños. Los tres principales tipos de transiciones son (a) transiciones diarias, (b) las transiciones importantes de la vida, y (c) transiciones de desarrollo.

Transiciones diarias son las "articulaciones" que conectan las experiencias cotidianas, y estas plantean desafíos para los niños que están “en regidos por el temor y para aquellos con problemas de autorregulación. Al manejar las transiciones diarias de forma explícita (por ejemplo, avisando a los niños con antelación las transiciones) los problemas de conductas puede reducirse significativamente (Sainato, 1990). Simplemente alertando a un niño que, por ejemplo, está nadando, que en "cinco minutos tendremos que salir de la piscina" puede proporcionar estas transiciones. Un niño emocionalmente más frágil puede requerir alertas de transición en serie. Por ejemplo, dando alertas en 15, 10, 5 y 1 minuto antes de una transición.

Las transiciones importantes de la vida (p. ej., el primer día de escuela, unirse a una nueva familia) también son estresantes. Podemos ayudar a los niños a negociar estas situaciones difíciles a través de una variedad de estrategias, incluidos los libros de la vida, libros de recuerdos, narración de cuentos, y el registro diario (Cowan y Cowan, 2003; Pennebaker & Stone, 2004; Nicolopoulou, Barbosa de Sa", Ilgaz, & Brockmeyer, 2010). Los libros de la vida pueden utilizarse, por ejemplo con un niño que estaba en hogar sustituto y que ha tenido numerosos cambios antes de la adopción y que tienen miedo de los cambios o transiciones. Crear páginas con fotos, dibujos y notas personales puede ayudar a que el niño comience a asentarse con el conocimiento que ha llegado a su familia "para siempre". Contar cuentos es una poderosa herramienta que se ha utilizado en diferentes culturas durante muchas generaciones. Alrededor de una chimenea, una fogata, la mesa de la cocina, el relato de nuestras historias ha dado continuidad y transición a lo largo del tiempo. Un funcionario de los marines de alto rango reportó en una conversación personal, que el síndrome de estrés post traumático era desconocido dentro de los militares hasta la guerra de Vietnam debido a esta poderosa narración de historias. Anteriormente, los soldados eran transportados desde y hacia la guerra en grandes buques de transporte, pasaban semanas o incluso meses cruzando el océano. Durante los días de su largo viaje, se informó que

jugaban a las cartas por horas y contaban sus historias una y otra vez. Sentirse seguros con otros que entienden su historia y dar "voz" a sus temores, dolores, terrores y esperanzas, proporcionó una transición de curación para los militares que regresaban de la guerra.

Transiciones de desarrollo ocurren en tanto que el cerebro continúa reorganizándose a sí mismo durante los grandes hitos a lo largo de toda la vida (por ejemplo, la transición de ser infantes a párvulos, la transición de la niñez a la adolescencia) (Nelson, 2011). Estas transiciones pueden ser vistas como oportunidades para influir positivamente en un sistema mientras que es inestable y está reorganizándose (Brazelton, 2000; Niklasson, Niklasson, & Norlander, 2010). En general, nos puede ayudar a que los niños se sientan seguros al aumentar la previsibilidad y el control percibido a lo largo del día (por ejemplo, gráficos o acontecimientos de la vida diaria) (Pennebaker & Stone, 2004). Los rituales familiares o cotidianos son también un medio eficaz para aumentar la previsibilidad, gestionar las transiciones, y construir la cohesión familiar (Crespo, Kielpikowski, Pryor & Jose, 2011). Por ejemplo, saber que la familia va a cenar juntos cada noche a las 6:00 p.m. se convierte en un ritual de estabilización en la vida de un niño en desarrollo.

Contar nuestras historias ha sido un mecanismo para la curación a través de la historia en todas las culturas y todas las edades. En un reciente viaje a África, parte de nuestro equipo se reunió con la Primera Dama de una nación africana que experimentó el genocidio durante la generación anterior. Consciente de las profundas heridas abiertas que dejó su huella en todas las generaciones de esa nación, la primera dama preguntó cómo curar a las víctimas de genocidio para quien gran parte del desarrollo sano había llegado a un punto muerto. Nuestra respuesta fue categóricamente clara – durante todo el tiempo, nosotros nos hemos sanado contando nuestras historias.

NECESIDADES SENSORIALES

Los niños con historias de institucionalización a largo plazo (hospitalización de largo plazo o cuidado en orfanato), trauma y/o estrés prenatal o perinatal a menudo tienen trastornos de procesamiento sensorial que pueden influir negativamente en el comportamiento, las habilidades sociales, las habilidades motrices, y el rendimiento académico (Cermak, 2009; Cermak & Groza, 1998). Estos niños pueden presentar comportamientos desconcertantes. Por ejemplo, pueden parecer que son "Caprichosos para comer" rechazan alimentos con excepción de una textura particular de alimentos. La sensibilidad oral con los alimentos de textura diferente es a menudo un signo de trastorno de procesamiento sensorial. Además, pueden estar continuamente rompiendo lápices y crayolas si tienen un problema sensorial con la presión (llamado un déficit propioceptivo). Los niños que son inestables si sus medias o los suéteres de cuello de tortuga están demasiado apretados pueden también manifestar el mismo déficit propioceptivo. Uno de los niños de la escuela elemental que atendimos fue castigado por golpear a otro niño en el estómago mientras se encontraban en la fila para el almuerzo antes de que el rector y el maestro fueran alertados de su déficit en el procesamiento sensorial por los empujones del niño de detrás de él. El trastorno de procesamiento sensorial (SPD) limita la capacidad del niño para entender que el niño que le pegó no tenía la intención de hacerle daño, sino más bien estaba jugando alegremente mientras esperaba para almorzar. Comportamientos como este son a menudo mal entendidos como maliciosos, en lugar de defensividad sensorial, creando un riesgo adicional para los niños y jóvenes con SPD.

Sin embargo, los déficits de procesamiento sensorial se pueden superar con intervenciones apropiadas que abordan el sistema sensorial (Ayres, 1972a, 1972b; Fazlioglu & Baran, 2008; Kemmis y Dunn, 1996; Parham, 1998). Por ejemplo, un protocolo de tacto amoroso y cotidiano mejora la salud fisiológica, los problemas de apego y los problemas sensoriales (Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2005; Montagu, 1986). Por otra parte, los programas que incluyen un cronograma diario de estimulación frecuente y somatosensorial sistemático seguido por actividad física han documentado una mejora significativa para los niños con problemas sensoriales (Fazlioglu & Baran, 2008; Purvis, McKenzie, y Cruz, 2012; Purvis y Cruz, 2007). Las actividades sensoriales, dietas sensoriales (un programa diario de

actividades sensoriales y experiencias) y las habitaciones sensoriales todas han demostrado que ayudan a niños y adolescentes a organizar sus estados mentales y emocionales (Dorman et al., 2009; Kranowitz, 2006; Miller y Fuller, 2007).[1]

NUTRICIÓN

Sabemos que una buena nutrición es importante para el desarrollo del comportamiento (Pollit, 1988; Powell & Grantham-McGregor, 1985). Una nutrición adecuada, incluyendo multivitaminas y suplementos minerales múltiples, puede mejorar el funcionamiento cognitivo y emocional de los niños con trastornos de comportamiento (Kaplan, Crawford, Gardner & Farrelly, 2002; Kaplan, Fisher, Crawford, Campo & Kolb, 2004; Walsh, Glab, & Haakenson, 2004). Alimentos como el pavo, el pescado, los granos integrales, los frutos secos, las lentejas, y ácidos grasos Omega-3 proporcionan los bloques de construcción para una química cerebral sana y un comportamiento mejorado en los niños (Benton, 2007; Bourre, 2004; Garland & Hallahan, 2006; Uauy & Dangour, 2006). La investigación longitudinal documenta mayores niveles de agresión y violencia entre los jóvenes que sufren malnutrición temprana (Galler, Bryce, Waber, Medford, Eaglesfield, & Fitzmaurice, 2011; para una revisión ver Raine, 2002). Los cuidadores de quienes experimentaron una malnutrición temprana importante pueden encontrar un gran beneficio en pruebas especializadas e intervención, que pueden ser ofrecidos por una nutricionista certificada o médico especializado en medicina funcional.

Los niños y jóvenes con historias de exposición prenatal a sustancias (es decir, droga, alcohol) y quienes experimentan dificultades tempranas tienen a menudo cambios significativos en los sitios receptores de insulina, haciéndolos sujetos a cambios drásticos en el comportamiento cuando su nivel de azúcar en la sangre comienza a caer por debajo de los niveles óptimos. En nuestro trabajo con niños, podemos aplicar un protocolo de ofrecer refrigerios nutritivos cada dos horas. Los refrigerios y comidas en horarios regulares (que incluyen proteínas y carbohidratos complejos) son empoderadores porque garantizan niveles de azúcar en la sangre adecuados y sostenidos para apoyar comportamientos positivos, estados de ánimo estables y funcionamientos cognitivos óptimos incluyendo la atención y la autorregulación (Benton, Brett, y Brain, 1987; Benton & Stevens, 2008; Gailliot et al., 2007). Los cuidadores que hemos entrenado en TBRI reportan cambios positivos importantes en el comportamiento simplemente mediante la estabilización de los niveles de azúcar en la sangre. Esto es obviamente un reto en entornos donde la disponibilidad de alimentos es limitada y donde los costosos refrigerios nutritivos están fuera del alcance de una familia. En nuestro trabajo con personal orfanatos en Rumania, Etiopía y Ruanda, algunos lugares que hemos entrenado, sólo podían disponer de porciones más frecuentes pero más pequeñas del *gruel* (cereal cocido en leche o agua) que estaba disponible.

La hidratación también mejora el funcionamiento mental, incluyendo la atención y el rendimiento de la memoria (Edmonds & Burford, 2009; Wilson & Morley, 2003). Cabe anotar que un neurotransmisor, el glutamato, está asociado con comportamientos agresivos, convulsiones y diversos comportamientos inestables. Este neurotransmisor es más activo en condiciones de deshidratación. El comportamiento y la cognición puede mejorarse simplemente por hacer que el agua y otras bebidas hidratantes estén fácilmente disponibles (Bar-David, Urkin, & Kozminsky, 2005; Edmonds & Jeffes, 2009). Nosotros tenemos hallazgos análogos en nuestra investigación, en la que enseñamos a los cuidadores ofrecer agua y comida cada dos horas para los niños y jóvenes bajo su cuidado. En un lugar de cuidado residencial informado en TBRI en Texas, que alberga casi 200 adolescentes que no pueden vivir con sus familias, recientemente comenzó a ofrecer refrigerios y bebidas cada dos horas, y también las hizo disponibles en todo momento. Los cuidadores en ese centro han documentado mejoras significativas tanto en el humor como en el comportamiento. En entrevistas grabadas, el personal observó una profundización significativa de la confianza con la juventud, al experimentar seguridad-percibida en relación con sus necesidades de alimentos. En resumen, los refrigerios y las bebidas saludables y frecuentes pueden mejorar el comportamiento de los niños.

OTROS PRINCIPIOS EMPODERADORES

El sueño adecuado es un determinante principal del bienestar en niños y adolescentes, incluyendo el funcionamiento cognitivo y la regulación de las emociones (Mindell et al., 2011). Los niños de lugares difíciles suelen tener desregulación del sueño por múltiples motivos, incluido el hecho de que a algunos de ellos les hicieron daño en la noche. En la consulta de una institución residencial para el caso de dos jóvenes, de edades comprendidas entre los cinco y seis, que estaban en custodia de los Servicios de Protección Infantil, recomendamos que los hermanos fueran provistos con mantas con peso para la hora de dormir, que proporcionan un estímulo muscular profundo y tranquilizador (Novak, Scanlan, McCaul, MacDonald, y Clarke, 2012). Al llamar temprano a la mañana siguiente, el personal encantado informó de que ambos muchachos durmieron profundamente toda la noche por primera vez desde su entrada a los servicios de protección. Estas herramientas aparentemente simples pueden tener un impacto significativo en proveer un ambiente de sanación para los jóvenes en riesgo. Además, la actividad física regular promueve el desarrollo cognitivo, social y emocional (Best, 2010) y los ejercicios de respiración profunda (por ejemplo, el yoga u otras) mejoran el bienestar y el funcionamiento mental (Peck, Kehle, Bray, & Theodore, 2005; Stueck & Gloeckner, 2005). Por ejemplo, un programa desarrollado para niños en edad escolar en la Universidad de Yale, ABC para Fitness (Katz et al., 2010), crea oportunidades de breves ráfagas de actividad física como saltar o correr en el lugar cada 60 minutos durante las horas de escuela. Los cambios documentados incluyen no sólo la reducción de la obesidad, el aumento de la aptitud física y la mejora de su rendimiento académico, sino también reducir los medicamentos como aquellos para el asma y el TDAH.

El campamento diario Hope Connection para niños con historias de abuso, negligencia y trauma proporciona la actividad física, movimientos de danza o las oportunidades para el juego al aire libre cada dos horas. Los datos del campamento documentan una drástica reducción en el estrés químico, cortisol, así como la reducción de los comportamientos negativos y una mejora significativa en los comportamientos positivos (Purvis, Cruz, Federici, et al., 2007). Hemos implementado actividades similares en las escuelas, CCR, hogares y orfanatos con igual éxito. En general, los principios empoderadores de TBRI satisfacen las necesidades físicas básicas de los niños y apoyan el desarrollo emocional, relacional y comportamental sano.

Los Principios De Conexión

Los principios de conexión permiten tanto a niños como a padres experimentar comportamientos personales e interpersonales que construyen confianza y conducen a un apego seguro. Este conjunto de principios se asemeja las conexiones de comportamiento entre una madre y su bebé recién nacido, consistente en el contacto visual sostenido, contacto cariñoso, y prestar altos niveles de atención a las necesidades de manera consistente. Las madres biológicas les “dan voz” naturalmente a sus bebés, y TBRI está diseñado para "dar voz" a quienes no tuvieron esa oportunidad con sus padres biológicos. Construir relaciones de apego seguro es importante, se incluyen los hallazgos en los cuales el origen de la autorregulación se deriva de las relaciones de apego de los niños (Geva & Feldman, 2008; Schore, 1994, 2001). Así como una madre solícita satisface las necesidades de su bebé, ella "impone", la regulación sobre el niño – dándole calor cuando el bebé tiene frío, comida cuando el bebé tiene hambre, comodidad cuando el bebé está incómodo. En cada caso, el padre proporciona una "módem externo" para la regulación de las necesidades físicas y emocionales. Esta satisfacción de necesidades tierna y consistente se convierte en la base sobre la que este niño en desarrollo aprende a regular sus propias necesidades y emociones. Los principios conectores proporcionan la base para el apego y la autorregulación e incluyen: conciencia (de los demás y de sí mismo), la interacción mediante el juego y la sintonía. A continuación un resumen de los *principios de conexión.*

Conciencia Observacional

Trabajar con niños traumatizados requiere una conciencia aguda (Endsley, 2006). Es crítico para los cuidadores observar las respuestas comportamentales y fisiológicas de sus niños durante las interacciones para controlar la ansiedad y el nivel de confort (Grietens & Hellinckx, 2003; Siegel, 1999). Al reconocer los signos de estrés y ansiedad, los cuidadores pueden responder de forma adecuada a los niños que son a menudo incapaces de verbalizar sus necesidades. TBRI enfatiza el reconocimiento de marcadores no verbales de la ansiedad como la dilatación de la pupila, la frecuencia cardíaca, la profundidad de la respiración, y la tensión muscular, de modo que las necesidades no atendidas (Perry, 1994).Cuidadores perspicaces, que son profundamente conscientes de las señales no verbales de pelea, huida, o congelamiento, a menudo pueden evitar episodios adversos del comportamiento a través de respuestas atentas.

Auto-consciencia

También es importante para los cuidadores ser conscientes de su estado emocional, su estilo de apego y su disponibilidad emocional. Los estudios empíricos han encontrado que el estilo de apego de un cuidador principal adulto predice el estilo de apego del niño (Dozier, Stovall, Albus, y Bates, 2001; Steele, Steele, & Fonagy, 1996; Steele, Hodges, Kaniuk, Hillman, & Henderson, 2003; Steele et al., 2009), y el bienestar del niño (Madigan, Moran, Scheungel, Pederson, & Otten, 2007; Cassidy, 2001; Ward, Lee & Lipper, 2000). En nuestro trabajo con niños y jóvenes de alto riesgo frecuentemente encontramos cuidadores que tienen historias propias significativas no resueltas de su infancia o adultez temprana e inadvertidamente disparan comportamientos inadecuados en los niños que están cuidando. Por ejemplo, una mujer que tuvo una muerte fetal de su bebé puede estar prevenida en su corazón, sin saberlo, de modo que ella no vuelva a experimentar esa desgarradora pérdida. Estos individuos, aunque plenamente disponibles para las necesidades físicas del niño, pueden encontrar que es difícil estar emocionalmente disponibles para conexiones sanadoras con su hijo.

En nuestro trabajo internacional, frecuentemente encontramos un alto porcentaje de personal de orfanatos que ya de por sí fueran criados en orfanatos. Como nunca *recibieron* cuidado tierno, atento, es un reto significativo para ellos *dar*, cuidados atentos y tiernos. Normalmente se planea para implementar actividades amorosas con los cuidadores mismos durante nuestros días de entrenamiento del personal del orfanato. La buena noticia es que el estilo de apego de un adulto puede cambiar (Cassidy, 2001; Crowell, Treboux, & Waters, 2002) y uno de los objetivos de TBRI es proporcionar pasos que los adultos pueden seguir para facilitar cambios positivos en sus estilos de apego. Una familia que, bajo nuestra supervisión implementó los principios de TBRI en su hogar con su hijo violento de 11 años de edad, encontró que el estilo de apego de la madre fue cambiado drásticamente de apego evitativo a tener apego seguro en sus relaciones. El muchacho, que había tenido varios diagnósticos psiquiátricos y tenía una historia de agresión contra su madre y su hermana requirió una intensa atención a sus necesidades y, sin embargo, al aprender a reconocer las necesidades de su hijo, esta madre comenzó a reconocer sus propias necesidades insatisfechas y a lidiar con sus propias experiencias de apego en la infancia y sus necesidades en su apego.

Además de la educación sobre promover un apego sano, los cuidadores que implementan TBRI suelen tomar la Entrevista de Apego Adulto (AAI; George, Kaplan y Main, 1985). La retroalimentación de la AAI le informa a los cuidadores acerca de sus propios estilos de apego emocional y proporciona el conocimiento de "filtros" emocionales que influyen en las percepciones de sus hijos y sus comportamientos hacia ellos. Entonces a los cuidadores se les muestran pasos positivos que pueden tomar para formar relaciones de apego seguro con sus hijos.

Habilidades De Apego

Las habilidades de apego (Cassidy, 2001) son consistentes con TBRI. Estas son: prestar atención, buscar atención, sentirse cómodo con ser autónomo, y la negociación. Los principios de conexión cultivan el “dar atención y buscar atención”, lo que es modelado y practicado como parte de las actividades grupales cuidadoras de TBRI (algunas de estas actividades se derivan de las actividades de Theraplay (terapia de juego)) (Jernberg & Booth, 1999; Purvis, Cross, Federici, et al. 2007). Los principios de conexión también promueven el "sentirse cómodo siendo autónomos”, lo cual es importante para las relaciones saludables y deriva de un apego seguro. Los diferentes tipos de "negociación" y el compromiso se encuentran en los principios de conexión y corrección. Los cuidadores capacitados en TBRI pueden realmente reducir la agresión en los niños que ellos atienden al “darles voz”. En entornos informados en TBRI, un niño que se porta mal puede ser preguntado, "¿Puedes decirme con tus palabras y no con tu comportamiento?". Para un niño o joven que persiste en su mala conducta se le pueden ofrecer oportunidades de negociación, tales como "si no deseas apagar el televisor, ahora ¿te gustaría pedir que negociemos?". Este otorgar voz, como lo llamamos nosotros, a menudo se convierte en una base firme para el desarrollo de relaciones de confianza, especialmente para los niños que perdieron sus voces en la infancia a causa de los entornos abusivos o no responsivos en que fueron lesionados.

Interacción mediante el juego

La interacción mediante el juego produce calidez y confianza entre cuidadores y niños (Panksepp, 2000, 2002). Se desarma el temor, promueve el apego, y construye la competencia social (Brown, 2009; Jernberg & Booth, 1999; Robison, Lindaman, Clemons, Doyle-Buckwalter, & Ryan, 2009). Las madres que se dedican a sus bebés usando la interacción lúdica, naturalmente, mejoran el desarrollo de apego, la socialización y el lenguaje (Montagu, 1986). Sin embargo, si un niño carece de este tipo de principios de conexión lúdica, puede ser cultivada a través de actividades de juegos terapéuticos. Theraplay es un modelo basado en el la Interacción mediante el juego que se asemeja a aquella que naturalmente se observa entre padres amorosos y sus hijos. Las actividades de Theraplay pueden utilizarse para enseñar a los padres de los niños mayores a interactuar alegremente. Estas actividades se asemejan mucho al estilo de interacción que es el corazón de TBRI.

En una típica sesión de Theraplay, el terapeuta guía a padre e hijo a participar en interacciones divertidas, que tenga un contacto divertido y el contacto visual (Booth & Lindaman, 2000; Fesperman & Lindaman, 1998; Jernberg, 1984; Lindaman 1996). Nuestra experiencia ha sido que incluso los adolescentes que parecen resistentes y desafiantes realmente les gustan las oportunidades de risas tontas y juegos. A través de la interacción mediante el juego, los cuidadores pueden ponerse en sintonía y ser receptivos a las necesidades inmediatas de los niños. Cuidadores perspicaces pueden incluso redirigir comportamientos negativos alegremente, como el niño que exige enérgicamente que el padre le dé jugo puede ser preguntado alegremente, "estás preguntando u ordenando?" o "puedes intentarlo de nuevo con respeto?". Recientemente he observado al padre de un niño de cuatro años cuyo hijo no quieren que le ponga sus zapatos, y exigió "NO! Que mamá lo haga!". El perspicaz padre suavemente le guio a preguntar con respeto, a lo que el niño respondió, "Por favor, puede mamá ponerme mis zapatos?".

Sintonía

La sintonía ha sido definida por el diccionario Merriam-Webster como la capacidad de "poner en armonía" o "ser consciente o responsivo". Independientemente de la intervención utilizada, la eficacia de las intervenciones padre-hijo se correlaciona con el grado en que los padres estén involucrados y sean responsivos en crear este tipo de armonía (Mahoney, 2009). Al fomentar las comunicaciones verbales y no verbales entre cuidador y niño, la sintonía puede lograrse mediante comportamientos coincidentes, el contacto visual, la voz,

la entonación y la posición del cuerpo, y el contacto seguro. Por ejemplo, la calidad de la voz (tono, volumen, cadencia) es una parte poderosa en la interacción interpersonal (Finset & del Piccolo, 2011; Malloch & Trevarthen, 2010), y el contacto es una poderosa herramienta para la comunicación no verbal, pero se deben utilizar con cuidado con niños y jóvenes han sido maltratados (Campo, 2003; Finset & del Piccolo, 2011). La coincidencia (matching), es el acto de imitar las expresiones faciales, los sonidos o las acciones, el que se desarrolla naturalmente en relaciones saludables entre padres e hijos y fomenta el apego y la seguridad percibida (Campo, 1995; Jonsson, Clinton, & Fahrman, 2001; Schore, 1994). La coincidencia del estado conductual puede facilitar las interacciones sociales armoniosas con niños de cualquier edad (Bernieri & Rosenthal, 1991; Campo et al., 1992).

Mientras el niño maltratado puede tener poca o ninguna experiencia con la coincidencia, los padres sustitutos o adoptivos pueden aprender a iniciar interacciones coincidentes apropiados para la edad o actividades para desarrollar una fuerte conexión con su niño (Zuckerman & Spielberger, 1976). A veces en nuestro trabajo con niños en riesgo, ofrecemos refrigerios como Tootsie Roll Pop. Para anotar, en la medida que un niño se siente seguro bajo nuestro cuidado, él empezará a pedir el Tootsie Roll Pop del mismo color que su mentor. Sin embargo, también puede haber ocasiones en que un cuidador elige el mismo color de dulce que su joven amigo, solo para ver al niño devolver el caramelo al tazón y escoger otro color. Este simple comportamiento proporciona una pista importante acerca de cuán estrechamente el niño puede estar conectado a sus cuidadores en ese momento. Cuando a los cuidadores se les enseña a entrar de manera cuidadosa y atenta al espacio físico y emocional del niño, comienza a surgir una nueva base para la confianza, trayendo consigo ganancias comportamentales y fisiológicas. Los datos de nuestros campamentos de verano demuestran una drástica mejora en el comportamiento junto con la drástica reducción del estrés químico, cortisol. Aquellos niños cuyo miedo y reactividad se reduce (como lo demuestra la reducción del estrés químico cortisol), las mejoras en el comportamiento, la cognición, e incluso en el lenguaje son mayores (Purvis y Cruz, 2006).

En general, los principios de conexión proporcionan a los cuidadores herramientas para construir relaciones de confianza, apego seguro con sus hijos. Mejorar la relación niño-cuidador es clave para revertir los efectos adversos del estrés temprano en el cerebro, reduciendo el comportamiento relacionado con el estrés, y mejorando el funcionamiento psicosocial (Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce, y Pears, 2006). Se ha dicho que la relación basada en el trauma sólo puede curarse a través de una relación cálida y la capacidad para conectarse es el ingrediente básico para cultivar ese tipo de relación.

LOS PRINCIPIOS DE CORRECCIÓN

La regulación de la comida por los padres, la calidez, al aporte sensorial y el consuelo emocional, durante la infancia y la niñez temprana proporcionan seguridad física y emocional que crea un cimiento para el desarrollo de comportamientos de autorregulación. El niño maltratado a menudo carece de este apoyo de regulación de base (Als, Lester, Tronick, & Brazelton, 1982; Brazelton & Greenspan, 2000; Tronick, 1995). Los bebés con desorden de regulación, con dificultades moderadas a severas no superan estos problemas sin intervención (DeGangi, Porges, Sickel, & Greenspan, 1993). En nuestro campamento de verano para niños en riesgo, jugamos juegos de regulación para enseñar la auto-relajación y la auto-conciencia. Por ejemplo, en uno de nuestros grupos de aprendizaje (llamado Grupos de Cuidado) ponemos en práctica varias habilidades de auto-regulación, tales como la respiración profunda, utilizar fidgets y presionar el punto de presión parasimpático encima de la mitad del labio. Al usar su dedo lateralmente para presionar en la parte superior de sus labios, los niños llaman esta actividad el “bigote mágico". Luego de que los niños practican la auto-relajación, después les damos pistolas de juguete Nerf con instrucciones: "Hay sólo dos reglas para disparar a alguien. En primer lugar, no se debe disparar en la cara y en el segundo, se debe pedir permiso y sólo disparar la pistola SI dicen que sí". Se practican habilidades reguladoras de muchas maneras a través de esta actividad lúdica. Los niños

practican la auto-calmarse/regulación tanto antes del juego como después del juego. Además, deben regular sus acciones, pedir primero permiso, segundo esperar una respuesta, y en tercer lugar, no disparar su pistola hacia un niño que dice "no" o hacia la cara de un niño que dice “si". Cuando estas habilidades se aprenden en este escenario lúdico, estas habilidades de regulación se generalizan a otros escenarios a una tasa impactante. Además del protocolo de nuestro campamento de verano, hemos implementado estas actividades en escuelas, hogares, instituciones, hogares grupales y orfanatos.

El objetivo de los principios de corrección es fomentar la competencia social del niño (Miltenburg & Singer, 1999), lo que sólo puede tener éxito después de establecer una base de empoderamiento y de conexión. Los principios de corrección también se basan en la terapia cognitiva-conductual (TCC), la cual es efectiva en el tratamiento de una amplia gama de desórdenes de la niñez, incluyendo la depresión (Stark, Sander, y Hauser, 2006; Verdeli, Mufson, & Lee, 2006), la agresión (Lochman, Powell, & Whidby, 2006; Sukhodolsky, Kassinove, & Gorman, 2004), y el trastorno de estrés postraumático (Cohen, 2005; Dalgleish, Meiser- Stedman, & Smith, 2005). El entrenamiento conductual que sea proactivo en lugar de reactivo, es eficaz en mejorar la solución de problemas sociales y aptitudes para el manejo de conflictos en los niños (Webster-Stratton y Hammond, 1997). En el ejemplo del juego Nerf, los niños están practicando conductas apropiadas, que empiezan a impregnar otras interacciones. Esta enseñanza proactiva reduce la necesidad de una acción correctiva por parte de los adultos. Al planificar cómo manejar problemas previsibles de antemano, el niño está preparado para reaccionar de manera más apropiada con el comportamiento practicado de reemplazo (Colvin & Sugai, 1988; Colvin, Sugai, & Patching, 1993). Los principios de corrección consisten tanto en estrategias proactivas como responsivas para promover comportamientos apropiados.

Estrategias Proactivas de comportamiento

Las estrategias proactivas de TBRI están diseñados como medidas de prevención en materia de enseñanza, y constan de recordatorios verbales, ensayos de comportamiento, juego de roles con otros o con títeres, enseñar valores de vida, y demostraciones de seguir las reglas o comportamientos socialmente apropiados que se presentan en los entornos donde el problema de comportamiento es probable. Por ejemplo, los juegos de rol implican practicar un "libreto" entre cuidador y niño para permitir que el niño practique respuestas apropiadas a las frustraciones que él o ella pueda encontrar. Trabajando con una joven de 16 años que estaba en una instalación de tratamiento residencial (RTC) debido a los actos de violencia contra su familia, encontramos que la práctica del libreto tiene validez incluso para los jóvenes de más edad. Practicábamos "mostrando respeto" a través de un libreto divertido, pero empezábamos mostrando el "NO respeto", dando a la joven la oportunidad de recrear-actuar su agresión, y sus respuestas típicamente soeces. Luego seguíamos con un comportamiento de re-hacer, y hacíamos la misma escena con la joven practicando palabras afectuosas. Los cuidadores adultos implicados en la secuencia así como la joven se reían con deleite, ya que se turnaban para ser, en primer lugar, el niño desafiante y, a continuación, el miembro del personal. Incluso una joven que había tratado de cortar la garganta de su madre con un cuchillo de carnicero pudo aprender nuevas habilidades prosociales en el contexto de este entorno lúdico, proactivo. Otro libreto que dio resultados positivos con este adolescente de alto riesgo fue "usa tus palabras". Antes de nuestro trabajo con ella, cuando se sentía abrumada, ella intentaba huir, tragar algo afilado para hacerse daño a sí misma, o incluso intentó ahogarse o colgarse con un cordón de su saco. A través de la práctica en escenarios seguros y lúdicos a través de representaciones teatrales y de obras de marionetas, aprendió a utilizar palabras como " me estoy sintiendo muy triste" o "estoy furiosa por eso!".

Los valores de vida contribuyen a crear un idioma y una cultura de respeto mutuo, con un propósito similar a los programas de educación de la personalidad (Lee & Perales, 2005; Purvis, Cruz, & Sunshine, 2007). Practicar los valores de vida proporciona a los niños las

herramientas necesarias para resolver problemas adecuadamente en situaciones de la vida real. Los valores de vida incluyen: con respeto, hacer contacto visual, el uso de palabras para sustituir los comportamientos negativos, ser gentil y amable, aceptar las consecuencias, aceptar "no", pedir permiso, y otros. Cuando se practican estrategias proactivas regularmente, los comportamientos problemáticos se hacen menos frecuentes a medida que los niños internalizan los comportamientos apropiados para conseguir satisfacer sus necesidades. Con la joven en el RTC, por ejemplo, los informes de incidentes violentos se redujeron en un 70% en unas semanas, a través de estos divertidos ejercicios interactivos. Aunque las mejoras en el comportamiento fueron casi inmediatas para esta adolescente, es importante recordar que se requieren repeticiones sostenidas y constantes, a lo largo del tiempo, para que un joven pueda autorregularse con el apoyo de un adulto atento. Sobre la base del entendimiento actual del desarrollo del cerebro y de nuestra propia experiencia, un cambio duradero requerirá, en promedio, un mes por cada año de edad, para un niño o un joven de lugares difíciles para que desarrolle nuevas creencias y nuevos comportamientos, apoyados por el desarrollo compensatorio del cerebro.

ESTRATEGIAS RESPONSIVAS DE COMPORTAMIENTO

Si bien la formación proactiva es eficaz, aún puede haber instancias en que se exhiban comportamientos desafiantes (aunque estos deberían disminuir con el transcurso del tiempo) y en estos casos las estrategias responsivas puede ser necesarias. Estrategias responsivas incluyen Niveles de Respuesta y el enfoque IDEAL, que se han desarrollado como parte de los principios de corrección de TBRI para orientar a los cuidadores en la solución de problemas de comportamiento cuando estos ocurren.

Los niveles de respuesta, que se describe a continuación, identificar prácticas sensibles que son coincidentes en intensidad hasta el nivel de riesgo o desafío, y sin embargo están decididos a mantener la conexión con el niño o joven:

Nivel Uno: Interacción mediante el juego-un desafío de nivel bajo, por ejemplo palabras soeces o irrespeto verbal, pueden manejarse con mucha interacción. Por ejemplo, en respuesta a un hijo que exige "dame esa Crayola!" el cuidador puede responder alegremente, "estás pidiéndolo u ordenándolo'?". A continuación, el cuidador guía a los niños a re-hacer la conducta en la cual el niño pide con respeto el lápiz.

Nivel dos: - Interacción estructurada con un desafío ligeramente elevado, como cuando el niño no responde adecuadamente a la interacción lúdica, el cuidador puede ofrecer opciones. Por ejemplo, a una niña de seis años en el patio de recreo que exigió que su maestro la alzara y la entrara, se le preguntó en el nivel uno, si ella estaba “pidiéndolo u ordenándolo”. La joven respondió enérgicamente que ella estaba ordenándolo, a lo que el profesor le respondió, "tienes dos opciones, puedes pedirlo con respeto o puedes simplemente caminar al edifico por ti misma". En este nivel, la niña preguntó con respeto, y entonces el profesor la llevó alegremente al edificio.

Nivel Tres: - Interacción para Calmar cuando hay un riesgo de escalada total, el cuidador debe estar cuidadosamente sintonizado con este peligro. En este nivel, los cuidadores son animados a dar al niño o al joven la oportunidad de tener un "tiempo" y pensar sobre lo que necesita, mientras que el adulto está cerca. Una alternativa que hemos utilizado en RTCs y hogares con adolescentes, es que antes de las conductas difíciles, el cuidador y los jóvenes pueden elegir un lugar "tranquilo" para que el joven pueda pedir ir cuando necesite tiempo para autorregularse. Normalmente después de unos minutos, el adolescente es capaz de volver a la conversación, sabiendo lo que necesita hacer o decir.

Nivel cuatro: - Interacción de protección en el nivel cuatro hay amenaza significativa de violencia o daño por el niño, ya sea para sí mismo o para otra persona. En este nivel, TBRI alienta a los cuidadores para contener la violencia mientras permanecen calmados y tranquilizadores. Los cuidadores deben buscar una formación formal en

una intervención aceptada por las leyes de su estado o los reglamentos de su organización. Cuando la violencia pasa, el cuidador permanece con el niño o joven hasta que la conexión es re-afirmada y el joven se siente a salvo y seguro de nuevo.

En particular, en cada uno de estos niveles, el objetivo es mantener la conexión mientras se guía al niño a conductas y respuestas apropiadas, y para que el niño sepa que un adulto seguro les ayudará a regularse hasta que sean capaces de recuperar la auto-regulación. Los niveles no están pensados como un castigo, sino como un apoyo normativo. La negociación es un componente fundamental de todas las estrategias TBRI, mientras tratamos de dar voz a los niños que han perdido a sus voces. En particular, la negociación es vital en ambas estrategias proactivas y responsiva porque muchos niños y jóvenes lastimados han aprendido a utilizar la violencia, la manipulación, el control o la triangulación para mantenerse a salvo y conseguir que satisfagan sus necesidades. Nosotros disminuimos significativamente la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de comportamiento al darles "voz" para la negociación. Una adolescente que hemos atendido que fue abusada sexualmente por muchos adultos y no discriminaba en su contacto a los adultos que trabajaban con ella en nuestro campamento. La involucramos en negociar su necesidad para un contacto saludable y abrazos demostrando primero, cómo obtener un abrazo preguntando (NO simplemente llegar donde los adultos y tocarlos indiscriminadamente). Además, le mostramos lo que es un contacto saludable y un contacto malsano, permitiendo que lo practicara con nosotros. Por último, le mostramos el espacio corporal con un juego de hula-hoops - con adultos y adolescentes cada uno sosteniendo un aro alrededor de su cuerpo. El adulto que sostenía un hula-Hoop en torno a sí a demostraba "Este es mi espacio corporal. Nadie puede entrar en mi espacio corporal sin mi permiso". Después, el adulto dice, "Ese es tu espacio y nadie puede entrar en tu espacio sin permiso. Entonces, ¿cómo puedo conseguir un abrazo tuyo si quiero uno?". A continuación, el adolescente practica las habilidades de negociación de su necesidad de abrazos y contacto seguro pidiendo con respeto afecto físico seguro.

La respuesta IDEAL, que se describe a continuación, es un acrónimo para recordar a los cuidadores los cinco principios que deben utilizarse cuando se producen comportamientos desafiantes:

I-responder de inmediato a la conducta (Hester, Hendrickson, & Gable, 2009) porque la investigación demuestra que el aprendizaje es mayor cuando la respuesta es veloz en relación a la proximidad temporal del comportamiento.

D-responder directamente al niño a través del contacto con los ojos, brindándoles atención no dividida, y llevarlos más cerca de usted físicamente para enseñanza y orientación (Danforth, 2006) porque la investigación ha documentado importantes cambios en la química cerebral y la actividad durante el contacto visual y la proximidad.

E-responder de una manera eficiente y medida. Esto se refleja en los niveles de respuesta, en la que los cuidadores utilizan la menor cantidad de firmeza, esfuerzo correctivo, y dirección verbal que se requiere para corregir el comportamiento (Hester, Hendrickson, & Gable, 2009). Esta estrategia también ayuda a los niños a adquirir confianza, sabiendo que los adultos no sobre-reaccionaran a sus comportamientos

A-La respuesta está basado en la acción. Redirigir al niño a practicar una conducta apropiada alternativa. Físicamente guiarlos a través de un "rehacer" de la vida real cuando sea posible. Una vez que el "rehacer" es correcto (porque utiliza la alternativa apropiada del comportamiento), felicitar al niño (Heimlich & Ardoin, 2008; Hohnke & Sur, 1999; Reed, 1996).

L-nivel de la respuesta en el comportamiento, no en el niño. Nunca rechazar al niño como una persona, sólo responder al comportamiento (Barber & Harmon, 2002; Mills y Rubin, 1998).

Otras intervenciones terapéuticas

Además de TBRI, hay otras intervenciones terapéuticas eficaces para los niños con antecedentes de trauma que son alternativas al modelo médico tradicional. Sin embargo, suelen centrarse en un número limitado de los síntomas, o están diseñados para una población determinada. TBRI aborda todas las cuestiones importantes que están vinculados con el trauma complejo del desarrollo y ha sido adaptada para una variedad de entornos, incluidos orfanatos internacionales, hogares residenciales para grupos y centros de tratamiento, hogares adoptivos y sustitutos, escuelas, campamentos terapéuticos de día, y para niños de todas las edades, incluidos los adolescentes. Seis respetados modelos que son eficaces en el tratamiento de los síntomas específicos, grupos de síntomas, o poblaciones, incluyen (a) el círculo de seguridad, (b) Theraplay (c) Apego e Indices de Bioconductismo Catch-up (ABC); (d) el modelo de Terapia Neurosecuencial (TNM), (e) el modelo santuario, y (f) El Apego, , autorregulación, y el modelo de competencias (ARC).

El Círculo de la seguridad (Hoffman, Marvin, Cooper & Powell, 2006) es un programa de formación basado en vídeo para padres que se centra en el mejoramiento de las relaciones de apego entre los padres y los jóvenes. (Theraplay Jernberg, 1984) enseña a los padres a utilizar la interacción mediante el juego para mejorar el apego y problemas de conducta. Como se mencionó anteriormente, las actividades Theraplay son utilizadas como un componente de la intervención TBRI y recomendamos el círculo de seguridad para aquellos que necesiten más asistencia intensiva en la formación de relaciones de apego con niños pequeños. El programa ABC (Dozier et al., 2006) incluye 10 intervenciones semanales en casa que mejoran la autorregulación y las relaciones de apego a los niños menores de 4 años, y mejora la sensibilidad del padre hacia sus hijos.

El Modelo Santuario (Modelo Rivard, Bloom, McCorkle, & Abramovitz, 2005) se utiliza en los centros de tratamiento residencial y se centra en la creación de un entorno comunitario terapéutico seguro y empodera a los jóvenes para que desarrollen la capacidad de influir positivamente en sus vidas y sus comunidades a través de la participación en un programa de recuperación del trauma y terapia cognitiva-conductual. El modelo ARC (Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2005) ofrece pautas de intervención para niños con antecedentes de trauma complejo. ARC se centra en cuatro principios: a) crear un ambiente estructurado y predecible mediante el establecimiento de rutinas y rituales, b) aumentar la capacidad del cuidador para gestionar afecto intenso, c) mejorar la sintonía entre cuidador-niño, y d) el aumento de la utilización de felicitación y de refuerzo. Sin embargo, mientras que ARC incluye una lista de posibles estrategias que los profesionales pueden utilizar, está diseñado para ser un marco teórico para guiar a los practicantes a hacer sus propias opciones de intervención.

Además de TBRI, otra intervención que trata todos los temas importantes relacionados con el trauma complejo del desarrollo es NMT (Perry, 2009). Los tres elementos centrales de este modelo incluyen: (A) la obtención de una historia de desarrollo del niño (incluida la historia conocida de maltrato, institucionalización, etc.), (b) realizar una evaluación actual de funcionamiento (incluyendo un mapa del cerebro), y c) la determinación de un conjunto de recomendaciones para la intervención y enriquecimiento. Normalmente, NMT prescribe una secuencia específica de intervenciones (por ejemplo, educación, enriquecimiento y terapéutico) para cada niño. Con NMT, la secuencia de las intervenciones es importante con el cerebro más primitivo de cuestiones tales como la autorregulación y la ansiedad, y abordar en primer lugar los procesos cognitivos de orden superior dirigida en fases posteriores del tratamiento. Como señala Bruce Perry (2009), una de las dificultades con el NMT es que requiere de un médico con experiencia para supervisar el proceso. Los gastos involucrados en la utilización de este enfoque pueden ser prohibitivos y está diseñado para su uso sobre una base individualizada.

Una de las principales diferencias entre el NMT y TBRI es que TBRI utiliza prácticas generalmente aceptadas y validadas científicamente que pueden utilizarse con (o fácilmente

adaptarse a) todos los niños y en todos los ambientes de cuidado. Hemos capacitado a personal de orfanatos en Rumania, Etiopía y Ruanda, así como a los tribunales, iglesias, escuelas, RTC, y familias sustitutas y adoptivas. Además de su adaptabilidad ambiental, cualquier cuidador amoroso puede ser entrenado. TBRI no es un modelo clínico sino un modelo de cuidado. Los niños pueden ser evaluados para determinar si tienen problemas específicos sensoriales o de conducta, pero incluso sin pruebas, TBRI puede utilizarse con poblaciones desarrolladas óptimamente y con poblaciones en riesgo para mejorar sus resultados globales. Para ambos NMT y TBRI, los resultados de estudios de investigación han sido positivos y se están realizando estudios adicionales para agregar a la base empírica para ambos modelos.

Resumen

Los niños con antecedentes de trauma complejo del desarrollo, incluyendo aquellos que han experimentado el acogimiento, institucionalización, maltrato y descuido, presentan desafíos únicos para los cuidadores que se esfuerzan por ofrecer la atención y el apoyo que necesitan. El tratamiento de los problemas psicológicos y conductuales comunes a estos niños ha sido generalmente administrado a través del tradicional modelo médico. Sin embargo, las largas listas de espera para recibir tratamiento médico y la falta de experiencia en el tratamiento con trauma complejo del desarrollo, han creado la necesidad de encontrar formas alternativas de tratamiento. TBRI es un modelo basado en relaciones que pueden ser administradas por cuidadores amorosos, perspicaces, y puede implementarse en prácticamente cualquier entorno con niños y jóvenes de cualquier edad y cualquier nivel de riesgo. De naturaleza holística, rentable para implementar, y respetuoso de los efectos del trauma en el desarrollo, TBRI parece tener un potencial significativo para crear un impacto positivo en las vidas de los niños y los jóvenes que vienen de los lugares difíciles.

NOTA

1. Para más recursos consulte los siguientes sitios Web: The Out-of-Sync Child, http://out-of-sync-child. com; and SPD Foundation, http://www.spdfoundation.net.

REFERENCIAS

Als, H., Lester, B. M., Tronick, E. Z., & Brazelton, T. B. (1982). Toward a research instrument for the assessment of preterm infants' behavior (APIB). In H. Fitzgerald, B. M. Lester, & M. W. Yogman (Eds.), Theory and research in behavioral pediatrics (pp. 35–63). New York, NY: Plenum Press.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., . . . Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 4(256), 174–186.

Ayres, A. J. (1972a). Improving academic scores through sensory integration. Journal of Learning Disabilities, 5, 338–343.

Ayres, A. J. (1972b). Sensory integration and learning disorders. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Bar-David, Y., Urkin, J., & Kozminsky, E. (2005). The effect of voluntary dehydration on cognitive functions of elementary school children. Acta Paediatrica, 94(11), 1667–1673.

Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In B. K. Barber (Ed.), Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents. Washington, DC: American Psychological Association.

Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. Reclaiming Children and

Youth, 17(3), 17–12.
Becker-Weidman, A. (2009). Effects of early maltreatment on development: A descriptive study using the Vineland Adaptive Behavior Scales-II. Child Welfare, 88(2), 137–161.
Benton, D. (2007). The impact of diet on anti-social behavior. Neuroscience & Biobehavior Reviews, 31, 752–774.
Benton, D., Brett, V., & Brain, P. F. (1987). Glucose improves attention and reaction to frustration in children. Biological Psychology, 24(2), 95–100.
Benton, D., & Stevens, M. K. (2008). The influence of a glucose containing drink on the behavior of children in school. Biological Psychology, 78(3), 242–245.
Bernieri, F. J., & Rosenthal, R. (1991). Interpersonal coordination: Behavior matching and interactional synchrony. In R. S. Feldman & B. Rime´ (Eds.), Fundamentals of nonverbal behavior (pp. 401–432). New York, NY: Cambridge University Press.
Best, J. R. (2010). Effects of physical activity on children's executive function: Contributions of experimental research on aerobic exercise. Developmental Review, 30(4), 331–351.
Booth, P. B., & Lindaman, S. L. (2000). Theraplay as short term treatment for enhancing attachment in adopted children. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), Short term play therapy for children. New York, NY: Guilford Press.
Bourre, J. M. (2004). Roles of unsaturated fatty acids (especially omega-3 fatty acids) in the brain at various ages and during aging. Journal of Nutrition, Health, and Aging, 8, 163–174.
Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2000). The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish. Cambridge, MA: Perseus Books Group.

Bremner, J. D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12, 271–292.
Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology (5th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
Brown, S. (2009). Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul. New York, NY: Avery Trade.
Carrion, V. G. (2006). Understanding the effects of early life stress on brain development. In A. Lieberman & R. DeMartino (Eds.), Interventions for children exposed to violence (Vol. IV, pp. 45–64). New Brunswick, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute.
Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. Attachment and Human Development, 3(2), 121–155.
Cermak, S. (2009). Deprivation and sensory processing in institutionalized and postinstitutionalized children: Part 1. Sensory Integration and Special Interest Section Quarterly, 32(2), 1–3.
Cermak, S., & Groza, V. (1998). Sensory processing problems in postinstitutionalized children: Implications for social work. Child and Adolescent Social Work Journal, 15(1), 5–36.
Cohen, J. A. (2005). Treating traumatized children: Current status and future directions. Journal of Trauma & Dissociation, 6, 109–121.
Colvin, G., & Sugai, G. (1988). Proactive strategies for managing social behavior problems: An instructional approach. Education and Treatment of Children, 11, 341–348.
Colvin, G., Sugai, G., & Patching, W. (1993). Precorrection: An instructional approach for managing predictable problem behaviors. Intervention in School and Clinic, 28, 143–150.
Cook, A., Blaustein, M., Spinazolla, J., & van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. White paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force. National Center for Child Traumatic Stress, Los Angeles, CA. Retrieved from http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf
Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2003). Normative family transitions, normal family

processes, and healthy child development. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes: Growing diversity and complexity (pp. 424–459). New York, NY: Guilford Press.
Crespo, C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Jose, P. E. (2011). Family rituals in New Zealand families: Links to family cohesion and adolescents' well-being. Journal of Family Psychology, 25(2), 184–193.
Crowell, J. A., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. Developmental Psychology, 38(4), 467–479.
Dagleish, T., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). Cognitive aspects of posttraumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 33, 459–486.

Danforth, J. S. (2006). Parent training for families of children with comorbid ADHD and ODD. International Journal of Behavioral Consultation & Therapy, 2(1), 45–64.
DeGangi, G. A., Porges, S. W., Sickel, R. Z., & Greenspan, S. I. (1993). Four-year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. Infant Mental Health Journal, 14(4), 330–343.
Dorman, C., Lehsten, L. N., Woodin, M., Cohen, R. L., Schweitzer, J. A., & Tona, J. T. (2009). Using sensory tools for teens with behavioral and emotional problems. OT Practice, 14(21), 16–21.
Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., . . . Levine, S. (2006). Developmental evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. Journal of Social Issues, 62(4), 767–785.
Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. Child Development, 72(5), 1467–1477.
Edmonds, C. J., & Burford, D. (2009). Should children drink more water? The effects of drinking water on cognition in children. Appetite, 52(3), 776–779.
Edmonds, C. J., & Jeffes, B. (2009). Does having a drink help you think? 6–7-year-old children show improvements in cognitive performance from baseline to test after having a drink of water. Appetite, 53(3), 469–472.
Endsley, M. R. (2006). Expertise and situation awareness. In K. Anders Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich & R. R. Hoffman (Eds.), The Cambridge handbook of expertise and expert performance (pp. 633–651). New York, NY: Cambridge University Press.
Fazlioglu, Y., & Baran, G. (2008). A sensory integration therapy program on sensory problems for children with autism. Perceptual and Motor Skills, 106, 415–422.
Fesperman, L., & Lindaman, S. L. (1998). Theraplay reaches difficult to engage children in foster care. Bulletin of Zero to Three. National Center for Infants, Toddlers, and Families, 19(3), 34–35.
Field, T. (1995). Psychologically depressed parents. In M. H. Bornstein (Ed.), Handbook of parenting (Vol. 4, pp. 85–99). Mahwah, NJ: Erlbaum.
Field, T. M. (2003). Touch. New York, NY: Bradford Books.
Field, T. M., Greenwald, P., Morrow, C., Healy, B., Foster, T., Guthertz, M., . . . Frost, P. (1992). Behavior state matching during interactions of preadolescent friends versus acquaintances. Developmental Psychology, 28(2), 242–250.
Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego, M. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. International Journal of Neuroscience, 115, 1397–1413.
Finset, A., & Del Piccolo, L. (2011). Nonverbal communication in clinical contexts. In M. Rimondini (Ed.), Communication in cognitive behavioral therapy (pp. 107–128). New York, NY: Springer Science and Business Media.
Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Dozier, M., Bruce, J., & Pears, K. C. (2006). Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. Annals of New York Academy of Sciences, 1094, 215–225.
Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., . . . Schmeichel, B. M. (2007). Self-control relies on glucose as a limited energy

source: Willpower is more than a metaphor. Journal of Personality and Social Psychology, 92(2), 325–336.
Galler, Bryce, Waber, Medford, Eaglesfield, & Fitzmaurice (2011). Early malnutrition predicts parent reports of externalizing behaviors at ages 9–17. Nutritional Neuroscience, 14(4), 138–144.
Garland, M. R., & Hallahan, B. (2006). Essential fatty acids and their role in conditions characterised by impulsivity. International Review of Psychiatry, 18(2), 99–105.
George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. Berkeley, CA: University of California.
Geva, R., & Feldman, R. (2008). A neurobiological model for the effects of early brainstem functioning on the development of behavior and emotion regulation in infants: Implications for prenatal and perinatal risk. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(10), 1031–1041.
Grietens, H., & Hellinckx, W. (2003). Predicting disturbed parental awareness in mothers with a newborn infant: Test of a theoretical model. Infant and Child Development, 12, 117–128.
Heimlich, J. E., & Ardoin, N. M. (2008). Understanding behavior to understand behavior change: A literature review. Environmental Education Research, 14(3), 215–237.
Hester, P. P., Hendrickson, J. M., & Gable, R. A. (2009). Forty years later: The value of praise, ignoring, and rules for preschoolers at risk for behavior disorders. Education and Treatment of Children, 32(4), 513–535.
Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(6), 1017–1026.
Hohnke, C. D., & Sur, M. (1999). Development of the visual pathways: Effects of neural activity. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5(1), 51–59.
Jernberg, A. M. (1984). Theraplay: Child therapy for attachment fostering. Psychotherapy 21(1), 39–47.
Jernberg, A. M., & Booth, P. B. (1999). Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
Jonsson, C. O., Clinton, D. N., & Fahrman, M. (2001). How do mothers signal shared feeling-states to their infants? An investigation of affect attunement and imitation during the first year of life. Scandinavian Journal of Psychology, 42, 377–381.
Kaplan, B. J., Crawford, S. G., Gardner, B., & Farrelly, G. (2002). Treatment of mood lability and explosive rage with minerals and vitamins: Two case studies in children. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 12, 205–219.
Kaplan, B. J., Fisher, J. E., Crawford, S. G., Field, C. J., & Kolb, B. (2004). Improved mood and behavior during treatment with a mineral-vitamin supplement: A open-label case series of children. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 14, 115–122.
Katz, D. L., Cushman, D., Reynolds, J., Njike, V., Treu, J. A., Katz, C., . . . Smith, E. (2010). Putting physical activity where it fits in the school day: Preliminary

results of the ABC (activity bursts in the classroom) for fitness program. Preventing Chronic Disease, 7(4), A82.
Kemmis, B., & Dunn, W. (1996). Collaborative consultation: The efficacy of remedial and contemporary interventions in school contexts. American Journal of Occupational Therapy, 50(9), 709–717.
Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2005). Attachment, self-regulation, and competency: A comprehensive framework for intervention with childhood complex trauma. Psychiatric Annals, 35(5), 424–430.
Knight, D. C., Smith, C. N., Cheng, D. T., Stein, E. A., & Helmstetter, F. J. (2004). Amygdala and hippocampal activity during acquisition and extinction of human fear conditioning. Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience, 4(3), 317–325.
Kranowitz, C. (2006). The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory

processing disorder (rev. ed.). New York, NY: Penguin Putnam.
Lee, B., & Perales, K. (2005). Circle of courage: Reaching youth in residential care. Residential Treatment for Children & Youth, 22(4), 1–14.
Lickliter, R. (2008). Theories of attachment: The long and winding road to an integrative developmental science. Integrative Psychological & Behavioral Science, 42, 397–405.
Lindaman, S. (1996). Theraplay for adopted children. Adoption Therapist, 7(1), 5–8.
Lochman, J. E., Powell, N. R., & Whidby, J. M. (2006). Aggressive children: Cognitive behaviorial assessment and treatment. In P. C. Kendall (Ed.), Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (3rd ed., pp. 33–81). New York, NY: Guilford Press.
Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R., & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48(10), 1042–1050.
Mahoney, G. (2009). Relationship focused intervention (RFI): Enhancing the role of parents in children's developmental intervention. International Journal of Early Childhood Special Education, 1(1), 79–94.
Malloch, S., & Trevarhen, C. (2010). Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship. New York, NY: Oxford University Press.
Miller, L. J., & Fuller, D. A. (2007). Sensational kids: Hope and help for children with sensory processing disorder. New York, NY: Perigree Trade.
Mills, R. S. L., & Rubin, K. H. (1998). Are behavioral and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social withdrawal? Canadian Journal of Behavioral Science, 30(2), 132–136.
Miltenburg, R., & Singer, E. (1999). Culturally mediated learning and the development of self-regulation by survivors of child abuse: A Vygotskian approach to the support of survivors of child abuse. Human Development, 42(1), 1–17.
Mindell, J. A., Owens, J., Alves, R., Bruni, O., Goh, D. Y. T., Hiscock, H., . . . Sadeh, A. (2011). Give children and adolescents the gift of a good night's sleep: A call to action. Sleep Medicine, 12(3), 203–204.
Montagu, A. (1986). Touching: The human significance of the skin. New York, NY: Harper.

Nelson, C. A. (2011). Neural development and lifelong plasticity. In D. P. Keating (Ed.), Nature and nurture in early child development (pp. 45–69). New York, NY: Cambridge University Press.
Nicolopoulou, A., Barbosa de Sa', A., Ilgaz, H., & Brockmeyer, C. (2010). Using the transformative power of play to educate hearts and minds: From Vygotsky to Vivian Paley and beyond. Mind, Culture, and Activity, 17, 42–58.
Niklasson, M., Niklasson, I., & Norlander, T. (2010). Sensorimotor therapy: Physical and psychological regressions contribute to an improved kinesthetic and vestibular capacity in children and adolescents with motor difficulties and concentration problems. Social Behavior and Personality, 38(3), 327–346.
Novak, T., Scanlan, J., McCaul, D., MacDonald, N., & Clarke, T. (2012). Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. Australasian Psychiatry, 20(5), 401–406.
Panksepp, J. (2000). The riddle of laughter: Neural and psychoevolutionary underpinnings of joy. Current Directions in Psychological Science, 9, 183–186.
Panksepp, J. (2002). On the animalian values of the human spirit: The foundational role of affect in psychotherapy and the evolution of consciousness. Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 5, 225–245.
Parham, L. D. (1998). The relationship of sensory integrative development to achievement in elementary students: Four-year longitudinal patterns. The Occupational Therapy Journal of Research, 18(3), 105–127.
Peck, H. L., Kehle, T. J., Bray, M. A., & Theodore, L. A. (2005). Yoga as an intervention for children with attention problems. School Psychology Review, 34(3), 415–424.
Pecora, P. J., White, C. R., Jackson, L. J., & Wiggins, T. (2009). Mental health of

current and former recipients of foster care: A review of recent studies in the USA. Child and Family Social Work, 14, 132–146.
Pennebaker, J. W., & Stone, L. D. (2004). Translating traumatic experiences into language: Implications for child abuse and long-term health. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention (pp. 201–216). Washington, DC: American Psychological Association.
Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic stress disorders in children. In M. Murburg (Ed.), Catecholamine function in post-traumatic stress disorder: Emerging concepts (pp. 253–276). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. P., Benedek (Eds.), Textbook of child and adolescent forensic psychiatry (pp. 221–238). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. Journal of Loss and Trauma, 14, 240–255.
Pollitt, E. (1988). A critical view of three decades of research on the effect of chronic energy malnutrition on behavior development. In B. Schurch & N. Scrimshaw (Eds.), Chronic energy deficiency: Consequences and related issues. Lausanne, Switzerland: IDECG-Nestle Foundation.

Powell, C., & Grantham-McGregor, S. (1985). The ecology of nutritional status and development in young children in Kingston Jamaica. American Journal of Clinical Nutrition, 41, 1322–1331.
Purvis, K. B., & Cross, D. R. (2006). Improvements in salivary cortisol, depression, and representations of family relationships in at-risk adopted children utilizing a short-term therapeutic intervention. Adoption Quarterly, 10(1), 25–43.
Purvis, K. B., & Cross, D. R. (2007). Facilitating behavioral change in adopted children suffering from sensory processing disorder. In T. C. Atwood, L. A. Allen, V. C. Ravenel & N. F. Callahan (Eds.), Adoption factbook IV (pp. 375–379). Washington, DC: National Council for Adoption.
Purvis, K. B., Cross, D. R., Federici, R., Johnson, D., & McKenzie, L. B. (2007). The hope connection: A therapeutic summer camp for adopted and at-risk children with special socio-emotional needs. Adoption & Fostering, 31, 38–48.
Purvis, K. B., Cross, D. R., & Pennings, J. S. (2009). Trust-Based Relational Intervention ™: Interactive principles for adopted children with special social-emotional needs. Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development, 48, 3–48.
Purvis, K. B., Cross, D. R., & Sunshine, W. L. (2007). The connected child: Bring hope and healing to your adoptive family. New York, NY: McGraw-Hill.
Purvis, K. B., McKenzie, L. B., & Cross, D. R. (2012). A spontaneous emergence of attachment behavior and a correlation with sensory deficits: A brief report. Manuscript submitted for publication.
Raine, A. (2002). Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43(4), 417–434.
Reed, E. S. (1996). The necessity of experience. New Haven, CT: Yale University Press.
Robison, M., Lindaman, S. L., Clemons, M. P., Doyle-Buckwalter, K., & Ryan, M. (2009). ''I deserve a family'': The evolution of an adolescent's behavior and beliefs about himself and others when treated with Theraplay in residential care. Child & Adolescent Social Work Journal, 26(4), 291–306.
Sainato, D. M. (1990). Classroom transitions: Organizing environments to promote independent performance in preschool children with disabilities. Education & Treatment of Children, 13(4), 288–297.
Schore, A. N. (1994). Affect regulation and the development of self: The neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal, 22(1–2), 7–66.

Siegel, D. J. (1999). The developing mind. New York, NY: Guilford.
Stark, K. D., Sander, J., & Hauser, M. (2006). Depressive disorders during childhood and adolescence. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Treatment of childhood disorders (3rd ed., pp. 336–407). New York, NY: Guilford Press.
Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Hillman, S., & Henderson, K. (2003). Attachment representations and adoption: Associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. Journal of Child Psychotherapy, 29(2), 187–205.

Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Steele, H., Asquith, K., & Hillman, S. (2009). Attachment representations and adoption outcome: On the use of narrative assessments to track the adaptation of previously maltreated children in their new families. In G. Wrobel & E. Neil (Eds.), International advances in adoption research for practice (pp. 193–215). New York, NY: Wiley-Blackwell.
Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. Child Development, 67(2), 541–555.
Stueck, M., & Gloeckner, N. (2005). Yoga for children in the mirror of the science: Working spectrum and practice fields of the training of relaxation with elements of yoga for children. Early Child Development and Care, 175(4), 371–377.
Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. Aggression and Violent Behavior, 9, 247–269.
Uauy, R., & Dangour, A. D. (2006). Nutrition in brain development and aging: Role of essential fatty acids. Nutrition Reviews, 64(5), 24–33.
van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35(5), 401–408.
van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. Journal of Traumatic Stress, 18, 385–388.
Verdeli, H., Mufson, L., & Lee, L. (2006). Review of evidence-based psychotherapies for pediatric mood and anxiety disorders. Current Psychiatry Reviews, 2, 395–421.
Verhulst, F. C. (2000). Internationally adopted children: The Dutch longitudinal adoption study. Adoption Quarterly, 4(1), 27–44.
Walsh, W. J., Glab, L. B., & Haakenson, M. L. (2004). Reduced violent behavior following biochemical therapy. Physiology and Behavior, 82, 835–839.
Ward, M. J., Lee, S. S., & Lipper, E. G. (2000). Failure-to-thrive is associated with disorganized infant–mother attachment and unresolved maternal attachment. Infant Mental Health Journal, 21(6), 428–442.
Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(1), 93–109.
Wilson, M. M., & Morley, J. E. (2003). Impaired cognitive function andmental performance in mild dehydration. European Journal of Clinical Nutrition, 57, S24–S29.