

CAPÍTULO 5

Maltrato Infantil: Creando Alianzas Terapéuticas en el Trauma Relacional

La mente reproduce lo que el corazón no puede eliminar

–Bob Marley

Quizás el mayor desafío para la construcción de la relación terapéutica se produce cuando tu cliente es un niño que experimentó maltrato por parte de un cuidador y no confía en los adultos. En casos de abuso, abandono y negligencia severa, la mera oferta de psicoterapia, o cualquier otro tipo de ayuda o cuidado, puede ser suficiente para provocar el miedo, la vergüenza e incluso el terror del niño.

En este capítulo, proponemos estrategias de empoderamiento de la alianza para trabajar con familias que experimentaron “trauma relacional” (Sheinberg y True, 2008). Específicamente, describimos estrategias para crear un ambiente terapéutico propicio para el proceso de curación. En nuestra experiencia, la seguridad y un fuerte vínculo personal con el terapeuta son esenciales para ayudar a los niños especialmente temerosos al recibir cuidado, afecto y protección del progenitor que no abusó o de cualquier otro cuidador (un miembro de la familia extensa, padre/madre adoptivo o de acogimiento).

Sin lugar a dudas, los terapeutas sentimos una gran responsabilidad de ayudar a las personas, especialmente a los menores, cuando su seguridad física y emocional ha sido fracturada o violada. Los terapeutas familiares solemos ser muy conscientes de la complejidad que implica trabajar con niños que fueron atacados o abusados sexualmente por miembros de la familia o que fueron testigos de violencia contra o entre sus padres. Con frecuencia atendemos también a niños cuyas familias sufrieron otros tipos de trauma, como un divorcio muy conflictivo, la muerte súbita de un padre (por ejemplo, por accidente o suicidio), aislamiento social severo, alcoholismo u otras dependencias.

En la siguiente reflexión sobre el maltrato infantil, nos referimos globalmente a todas estas circunstancias adversas, a pesar de sus obvias diferencias. También nos referimos a lo que Van de Kolk (2005) describió como Trastorno Traumático del Desarrollo, es decir, la exposición prolongada de un niño a un trauma interpersonal, incluido el abandono y la traición, así como presenciar violencia en la pareja. El término trastorno se refiere al hecho de que la exposición crónica al trauma tiene efectos predecibles en muchos aspectos del funcionamiento del niño.

En un sentido general, cuando hablamos de trauma psicológico, nos referimos a (a) la exposición a un evento peligroso o potencialmente peligroso que representa una amenaza real para la vida o la integridad psicológica de una persona, o (b) la exposición al daño grave o posible muerte de alguien cercano con quien la persona se identifica. Consideramos que la respuesta fue traumática cuando el evento o situación generó miedo y la incapacidad de ejercer control. En el caso de niños pequeños, las respuestas traumáticas tienden a expresarse conductualmente por desorganización extrema, explosividad y/u oscilaciones entre la evitación

y la agresión. Otras reacciones comunes incluyen confusión, desorientación y disociación (Van der Kolk, 2005, 2014).

En todo tipo de situaciones traumáticas, los terapeutas familiares encontramos dificultades similares para establecer una fuerte relación terapéutica con los niños, adolescentes, o jóvenes, así como con los cuidadores adultos que participan en la red de apoyo del niño. Es común encontrar en estos casos efectos cognitivos, emocionales y físicos del trauma en el menor y la pérdida de confianza en relacionarse con los demás. Este último efecto puede ser variado. Algunos menores que han sufrido estas situaciones traumáticas desarrollan un trastorno de apego reactivo. Otros solo pierden la confianza en los cuidadores abusivos. Y otros pierden la confianza en cualquiera que les ofrezca cariño o intimidad.

Obviamente, como contexto de cuidado, es probable que la psicoterapia provoque temores de apego en los niños maltratados. Para los terapeutas familiares, es aún más difícil realizar sesiones conjuntas con el niño y su progenitor/cuidador protector (o potencialmente protector).

¿Cómo puede desarrollarse una alianza favorable en este tipo de casos? La respuesta es simple y fácil de entender pero difícil de llevar a cabo. Una alianza pobre puede exacerbar la respuesta traumática del niño, particularmente cuando los servicios sociales y el proceso judicial están involucrados, o cuando las evaluaciones psicológicas forenses son obligatorias. Por otro lado, una alianza positiva es curativa en sí misma. Un fuerte vínculo emocional puede proporcionar al niño traumatizado una experiencia emocional correctora (Castonguay y Hill, 2011), una especie de puente entre el vínculo del niño con el terapeuta y su vínculo con el cuidador no-abusivo.

Sin lugar a dudas, los terapeutas que trabajamos con este tipo de familias sentimos una enorme responsabilidad. Si la terapia no se administra con cuidado, el sufrimiento del niño puede aumentar enormemente.

Desafíos Específicos

"El Terapeuta Amenaza con Quererm... (quiere cuidarme)"

La terapia efectiva con niños maltratados no requiere obligatoriamente el recuerdo y descripción de las experiencias abusivas. Por el contrario, crear alianza con el niño implica crear una relación de apoyo y cuidado, nutriendo de esta manera su colaboración en la curación.

Para los niños, la colaboración requiere confiar en un adulto cuyo trabajo es ayudar. Sin embargo, la confianza no es precisamente algo de lo que disponen los niños maltratados. Por esta razón, no podemos nunca perder de vista el potencial daño que puede causar la terapia al menor por la carga emocional que conlleva.

El simple hecho de experimentar el interés y cuidado afectivo de una relación terapéutica puede recordarles a los niños traumatizados su vulnerabilidad, generando por ello una respuesta emocional negativa. Los terapeutas debemos estar preparados para afrontar bien

esta situación aparentemente contradictoria, ya que no es raro que los niños maltratados reaccionen a la defensiva ante la oferta de apoyo terapéutico o al terapeuta como persona. En casos extremos, simplemente tener que acudir a la terapia puede aumentar las respuestas de miedo de un niño.

El Círculo Vicioso de las Dificultades en el Manejo de las Emociones y la Identidad Negativa

La Figura 5.1 representa esquemáticamente los procesos emocionales circulares que un niño que ha sufrido un trauma relacional debe gestionar. Comienzan con una ansiedad intensa acerca de las experiencias adversas, dando como resultado un sentido negativo de identidad personal. Por gestionar, nos referimos a identificar diversos sentimientos y poder expresarlos –lo cual constituye un primer paso necesario en el proceso de recuperación. Para los niños, la capacidad de gestionar las emociones depende esencialmente de la disponibilidad y la seguridad de los cuidadores que pueden detectar, reconocer y responder adecuadamente a los estados afectivos volátiles del menor.

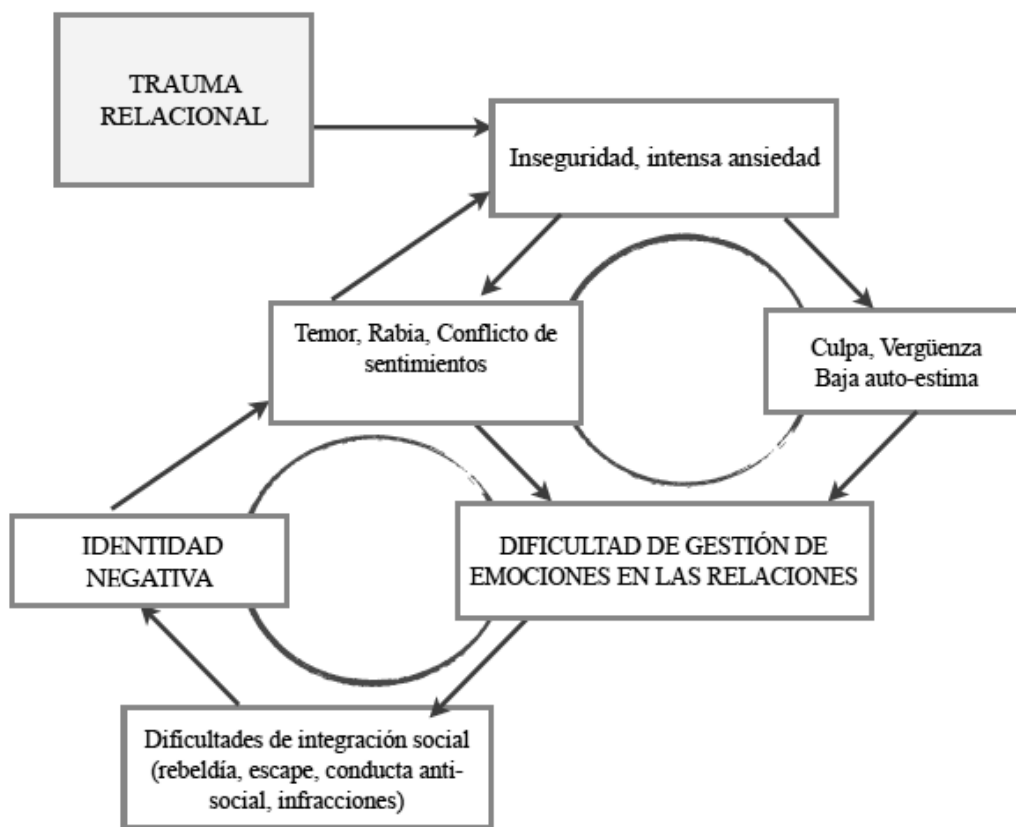


Figura 5.1 El Círculo Vicioso de la Gestión Emocional y la Identidad negativa en el Trauma Relacional

Rabia y miedo. Al trabajar individualmente o en sesiones familiares conjuntas con niños maltratados, es fácil detectar dos dificultades de manejo de emociones provocadas por el contexto de la terapia: enfado y miedo. La respuesta natural a cualquier situación amenazante es defenderse del miedo intenso con hostilidad o ira. Los niños generalmente expresan su enojo con agresividad, a veces en reacciones explosivas hacia los cuidadores. En otras ocasiones muestran una actitud quejumbrosa o manipuladora, o se vuelven muy exigentes y críticos con los demás.

El miedo provoca un deseo de escapar, de encontrar cualquier forma posible de aliviar la intensa ansiedad que despierta la situación amenazante. Desde un punto de vista psicobiológico (Van der Kolk, 2014), una respuesta de miedo al trauma relacional cumple una función básica de supervivencia: las personas quieren escapar cuando se sienten sumamente inseguras. Aunque la actitud evasiva o evitativa de un cliente suele resultar más cómoda para el terapeuta que la agresividad, particularmente cuando toma la forma de una colaboración superficial o pseudo-colaborativa, es importante comprender que el niño está tratando de posponer o transformar la angustia que siente y es incapaz de manejar.

En consecuencia, al construir alianza terapéutica con niños traumatizados, los terapeutas deben reconocer la hostilidad, el rechazo, la evitación y la actitud defensiva como adaptativos. En el contexto del trauma relacional en particular, el enfado y el miedo son totalmente comprensibles cuando las relaciones personales que deberían haber sido cariñosas y afectuosas fueron en cambio decepcionantes, frustrantes y amenazantes.

Culpa, auto-culpabilización y vergüenza. Paradójicamente, los niños que experimentaron relaciones inseguras con adultos o experiencias traumáticas de abandono, negligencia y abuso, a menudo se culpan por estas experiencias. En el caso del abuso sexual, los niños pueden interpretar sus respuestas corporales naturales a la manipulación física o penetración como si hubiesen deseado el abuso, incluso si lo hubieran causado. La auto-culpabilización se refuerza cuando el perpetrador acusa al niño de haberlo "deseado". Además, culpándose por el abuso, el niño razona que de alguna manera puede ganarse el amor y la protección de sus padres.

En la relación terapéutica, la culpa y la vergüenza pueden bloquear la conexión emocional que es tan importante para la curación. A los terapeutas nos resulta doloroso presenciar culpabilización en niños que han sufrido maltrato severo a manos de sus padres o cuidadores. El niño no fue valorado, ni protegido ni tratado con cuidado y respeto en la relación parental, que la sociedad identifica como amorosa. La lógica detrás de la auto-culpabilización de estos niños y su baja autoestima parece ser: "Si no recibo la atención y el afecto que necesito, debe haber otras cosas que son más importantes para mis padres, entonces esto significa que no soy nada valioso" (Escudero, 2013).

Sentimientos en conflicto. Parece también paradójico que para algunos niños maltratados la intensa necesidad de ser amados los haga ser altamente protectores de sus padres narcisistas y abusivos. En la terapia no es raro ver a niños maltratados que justifican incondicionalmente los excesos y el comportamiento impredecible/inestable de sus padres, incluso cuando la negligencia o el abuso causaron un sufrimiento severo.

Estos sentimientos en conflicto y contradicción pueden ser particularmente desafiantes y todo un obstáculo cuando intentamos construir una relación terapéutica fuerte con el niño. El desafío y la dificultad nos conmueve especialmente cuando el niño admite estar muy herido, incluso ofreciendo detalles sobre las acciones abusivas de los padres/cuidadores, y aún así se comporta de manera protectora hacia ellos.

La contratransferencia es común entre los terapeutas que trabajamos con niños maltratados que activamente protegen a un padre abusivo. Se necesita una sólida formación y en ocasiones el recurso de la supervisión para comprender y manejar los sentimientos naturales que afloran en nosotros: sentirse frustrado con un niño gravemente maltratado que se niega a exigir responsabilidades a sus padres o cuidadores. Esencialmente, los terapeutas necesitamos entender que el comportamiento contradictorio del niño se debe a la falta de seguridad experimentada en el hogar y en su vida.

Así precisamente se desarrolla el círculo vicioso de la gestión de las emociones. El miedo y la ansiedad expresados como enfado o evasión, superpuestos por sentimientos de culpa, auto-culpa y vergüenza, son la base de la dificultad del niño para establecer y administrar relaciones cercanas con los demás. La relación terapéutica no es una excepción. Incapaz de dejar que le reconforten, el menor ve el contexto terapéutico como un lugar más en el que él o ella es otra vez un fallo o un fracaso, y esta sensación de fracaso refuerza y amplifica su culpa y su frustración. Con la intensificación de los sentimientos en conflicto, el niño aumenta su postura de autoprotección defensiva contra cualquier relación personal que sugiera apego, cuidado y preocupación afectiva.

Esencialmente, el desafío para el terapeuta es evitar involucrarse en este círculo vicioso emocional. Muy al contrario, lo que se requiere es proporcionar al niño la seguridad, el cuidado y el respeto suficientes para crear un "ciclo virtuoso" de apego.

Identidad negativa. La seguridad emocional, o apego seguro, es la plataforma que les permite a los niños construir una identidad cohesiva o un sentido positivo de sí mismos. La adolescencia es el período más crítico en el ciclo de vida para que este proceso de identidad se arraigue. Sin embargo, cuando la seguridad emocional de un adolescente se ha visto comprometida de manera traumática dentro de la familia, el desarrollo de la identidad también tiende a derrumbarse.

Como se describió en el Capítulo 3, la seguridad emocional en la familia es crucial para el desarrollo del sentido de identidad de un adolescente. La adolescencia es un momento de transición, en el que las relaciones entre iguales tienden a ser más importantes que las relaciones con los padres. Por primera vez, los adolescentes miran fuera del hogar para satisfacer sus necesidades de pertenencia, intercambio y lealtad. A medida que crecen, su identidad se conforma y redefine continuamente según la forma en que los iguales los ven y responden. Experimentar sentimientos románticos por primera vez es otra parte natural de esta etapa de la vida. Inevitablemente, el estar enamorado y la actividad sexual tienen un precio: abunda la inseguridad, junto con las preocupaciones sobre la intimidad/privacidad y la auto-conciencia.

Cuando las dificultades para manejar las emociones comienzan a interferir con las relaciones sociales de un adolescente, es comprensible, incluso adaptativo, que busque iguales

que comparten los mismos temores y conflictos. Desafortunadamente, esta búsqueda puede resultar en la creación de grupos marginales, de riesgo, o en contextos de aislamiento social. Además, las dificultades del adolescente para establecer relaciones significativas con los iguales pueden trasladarse a otras áreas de funcionamiento.

A menudo los problemas surgen primero en la escuela. Dado que completar la escolarización es la principal tarea de desarrollo de los adolescentes, el fracaso escolar y los problemas de conducta en el aula son frecuentes en los adolescentes traumatizados. Surgen después complicaciones adicionales cuando desde la escuela se trasladan los problemas al ámbito de la justicia juvenil (denuncias, fiscalía del menor, etc.) en relación con las conductas de riesgo de un adolescente (con frecuencia sobre comportamientos antisociales y uso de drogas).

Cuando un adolescente traumatizado es enviado a terapia generalmente se debe a que un adulto se está "quejando" de su comportamiento. No es sorprendente que ella adopte una posición defensiva. Poniendo en evidencia y potenciando su identidad negativa, ella puede presentarse como "mala", en oposición o sin miedo al riesgo; es decir, reforzando la imagen de esa persona "a la que hay que temer". Desafiando la autoridad y las normas sociales, el menor se puede presentar como alguien que no necesita a ningún adulto, y mucho menos a un terapeuta. O puede por el contrario presentarse como vulnerable, victimizado, débil e indefensa. También cabe que se presente con una identidad marcada por la despreocupación, distanciamiento, aislamiento o desconexión. A diferencia de los niños más pequeños, los adolescentes corren el riesgo de desarrollar una identidad negativa más arraigada cuando responden mal a la oferta de ayuda profesional.

En resumen, es particularmente difícil trabajar con adolescentes cuya reacción al trauma relacional es involucrarse en conductas altamente problemáticas. Sin embargo, en el contexto de una historia de vida marcada por el abandono o el abuso, el comportamiento que parece altamente disfuncional es en realidad adaptativo. En otras palabras, el comportamiento aparentemente problemático refleja toda la forma de ser del adolescente, su identidad, por así decirlo: todo lo que puede hacer o todo lo que sabe hacer para expresar quién es él en el mundo.

Lamentablemente, una identidad negativa tiende a generar más problemas y no ayuda a la adolescente a manejar sus relaciones con los iguales. De esta manera, el círculo vicioso de la identidad negativa se perpetúa.

Para abordar y romper el círculo vicioso, los terapeutas podemos hablar con la adolescente sobre el "personaje" que ella misma ha creado. Mostrar aprecio por ese personaje y entender la necesidad del mismo, incluso reconociendo todas las deficiencias del personaje y las interpretaciones negativas hechas por otras personas, puede provocar un encuentro terapéutico más auténtico.

El Desafío de la Traición y el Abandono

Una de las consecuencias más conmovedoras del trauma relacional (Sheinberg y True, 2009) es el sentimiento de traición que sienten los menores cuando sus figuras adultas más importantes les hacen daño o les abandonan debido a situaciones como la adicción, el encarcelamiento, o un

conflicto muy dramático. Al trabajar con estos niños, es crucial entender cómo los sentimientos de traición o abandono tienden a afectar la relación terapéutica.

¿Cómo podemos los terapeutas mostrarles a estos niños que somos confiables? Además, ¿pueden los terapeutas ser considerados como confiables cuando se les exige que informen sobre el tratamiento obligatorio a agencias externas (como el sistema de protección o la fiscalía del menor) o a otros profesionales? En el contexto de una terapia encargada por los servicios de protección a la infancia es difícil que la relación terapéutica no se vea en alguna medida amenazada por procedimientos de denuncia de terceros, evaluaciones y juicios forenses, u otros tipos de controles judiciales; por ejemplo, cuando las visitas supervisadas de un padre a su hijo en un centro sólo se permiten después de que el padre haya completado con éxito la terapia.

Cumplir lo acordado y la lealtad son condiciones esenciales para construir una fuerte alianza terapéutica con este tipo de familias. Los niños pequeños, así como los adolescentes (y algunas veces sus cuidadores), a menudo comienzan poniendo a prueba al terapeuta. Obviamente, no es agradable para el terapeuta enfrentarse una prueba de lealtad, pero es comprensible. Los clientes deben estar seguros de que el terapeuta no los volverá a traumatizar con más traición o abandono.

Confusión de Roles en la Familia

La confusión de roles es una característica principal de las familias que sufrieron un trauma relacional, especialmente las familias que están experimentando otras adversidades en curso en sus vidas. En la literatura sobre familia (por ejemplo, Johnston, 1990), el término inversión de roles se usa para describir a padres asustados o inconsistentes que usan a sus hijos como cuidadores. Tales cambios de roles a menudo ocurren en el divorcio conflictivo o cuando los padres tienen una adicción crónica o un trastorno de salud mental. El padre con un estilo de apego desorganizado puede producir un daño emocional grave en el niño que trata en vano de estar cerca.

En muchos casos, la confusión de los roles familiares resulta de una transmisión transgeneracional de trauma. En otras palabras, los padres que sufrieron trauma relacional en su propia familia de origen tienden a ser emocionalmente inseguros, inestables o narcisistas (Miller, 1981). Debido a su aislamiento social y la inhibición en las relaciones personales, estos padres se comportan de una manera tan indefensa o incompetente que sus hijos se sienten obligados a asumir el papel de cuidador.

En las relaciones terapéuticas con este tipo de familias a menudo encontramos que los niños no pueden aceptar ayuda para sí mismos. Algunas veces estos niños se ven a sí mismos como el terapeuta de sus padres. No es por lo tanto nada sorprendente que este tipo de “hiperfuncionalidad” no sea adaptativa para el niño o para el padre/cuidador.

Confusión de Roles con Otros Profesionales

En ocasiones, la confusión sobre los papeles familiares se refleja en la confusión de una familia sobre los roles de varios profesionales en sus vidas. Cuando se trata de abuso o negligencia

infantil severa, el sistema terapéutico tiende a ser más amplio y, por lo tanto, más complejo que el formato de “una familia y su terapeuta”. Las familias tienden a sentirse confundidas y frustradas cuando múltiples profesionales tienen interés y parte en el resultado de la terapia, lo que es habitual en casos de maltrato o negligencia grave. La consecuencia perversa de esto es que tanto los adultos como los niños tienden a experimentar la misma falta de control y estructura en el sistema profesional que en el sistema familiar.

No es sorprendente que un sistema complejo de profesionales implicados pueda amenazar la seguridad del contexto terapéutico para las familias vulnerables. Una fuente de dificultad es la confusión sobre la función de diferentes profesionales (agentes de libertad condicional, jueces, trabajadores de protección a la infancia, etc.). Es comprensiblemente difícil para las familias diferenciar bien el (legítimo) control coercitivo ejercido por los representantes del sistema social versus el apoyo solidario ofrecido por el terapeuta. Desafortunadamente, la cautela natural y el cumplimiento pasivo que estas familias tienden a exhibir con las autoridades pueden terminar "contaminando" sus relaciones con los terapeutas.

En casos de negligencia grave, generalmente se necesitan muchas sesiones de terapia antes de que una familia se sienta segura con el terapeuta. A pesar de las explicaciones claras y específicas sobre lo que puede y no puede hacerse en la terapia (por ejemplo, que el terapeuta no tiene el poder de devolver a los niños al hogar de los padres) y sobre los derechos de la familia en el contexto de una terapia obligatoria, a menudo prevalece la confusión. En casos exitosos, sin embargo, los miembros de la familia comienzan pronto a confiar en que el terapeuta está trabajando en su mejor interés dentro de los límites impuestos por las autoridades.

El Gran Muro (padre o cuidador no-maltratador que obstruye)

Hasta este punto, nos hemos centrado en la experiencia de un niño que sufrió abuso o maltrato a manos de una figura parental. Si bien es todo un desafío técnico crear seguridad y confianza con estos niños, a menudo no es menos desafío crear una fuerte alianza con el padre o cuidador no infractor. De hecho, muchos de los mismos desafíos que encontramos al trabajar con niños maltratados (sentimientos conflictivos, confusión de roles, etc.) también aparecen en nuestros intentos de involucrar al adulto que permanece en la vida del niño. La obstrucción es particularmente probable cuando el padre no infractor minimiza o niega el alcance o la gravedad del abuso del padre infractor o se ve amenazado/descalificado por la confianza que el niño está creando en el terapeuta.

Para abordar este tipo de obstrucción terapéutica, ayuda mucho comprender bien la historia personal del padre no infractor. En muchos casos, la madre que acompaña a su hija a la terapia ha sufrido su propia adversidad o trauma. A menudo ella fue victimizada de la misma manera que su hija. También son típicas las madres que, al igual que sus hijas, sufrieron abusos sexuales a manos de sus parientes masculinos. En otros casos, el padre no infractor tenía una madre o un padre alcohólico que estaba lleno de ira, era impredecible y violento. Debemos comprender el coraje que hace falta para que una madre tenga que reconocer que sus hijos han sufrido los mismos excesos por parte de su padre (el hombre con quien ella se casó!) que ella sufrió en su infancia por parte de su propio padre.

Tal vez la mayor obstrucción en la terapia conjunta con un niño traumatizado y su padre no abusivo es el "Gran Muro" entre ellos. A menudo, la barrera emocional es enorme y aparentemente insuperable. La comunicación está distorsionada, si es que existe, tanto en la terapia como en el hogar.

Por supuesto, la calidad de la relación padre/cuidador-hijo difiere dependiendo de la situación. Hay que considerar, por ejemplo, la diferencia entre un menor cuya madre también fue victimizada por el padre violento versus un menor cuyos padres no lo protegieron del abuso de su hermano mayor. La negligencia emocional es diferente. Un niño puede ser re-traumatizado por un padre de acogida o por un cuidador familiar (tía, abuelo) que está demasiado atrapado en sus propias luchas personales para atender al niño vulnerable bajo su cuidado.

A pesar de las circunstancias específicas en cada caso de trauma relacional, los terapeutas tienden a encontrar el mismo gran muro: la dificultad de (re)establecer la comunicación entre el niño traumatizado y su padre o cuidador no infractor. Solo facilitando una comunicación genuina y segura se puede contar con la figura de los padres para ayudar en el proceso de curación del niño.

Esta dificultad no es simplemente un inconveniente para la terapia. Por el contrario, las barreras de comunicación generalmente reflejan el profundo sufrimiento emocional y el aislamiento que sienten el niño y el padre/cuidador. Por esta razón, "romper el muro" lenta y cuidadosamente es un objetivo terapéutico en sí mismo.

Negación y Disociación

En los Capítulos 3 y 4 hablamos sobre los desafíos que surgen cuando un cliente comienza la terapia diciendo: "No tengo ningún problema", "El problema es mi hijo", "Lo haré ... pero él no vendrá a la terapia ", y así sucesivamente. Lo que todas estas situaciones tienen en común es la dificultad del cliente para reconocer un problema o situación que requiere ayuda profesional. En la terapia con víctimas de trauma relacional, sin embargo, la negación está más arraigada debido a la naturaleza misma de las dificultades emocionales del cliente. Por esta razón, la clave para construir una relación terapéutica con clientes traumatizados radica en la comprensión de los procesos psicológicos de negación y disociación.

La negación y la disociación fueron identificadas por primera vez por los psicoanalistas como mecanismos de defensa inconscientes que protegen a las personas de reconocer experiencias traumáticas. Estas defensas pueden distorsionar seriamente la representación mental de los hechos de una persona y su capacidad para interpretar esos hechos.

La negación puede persistir incluso cuando una persona es informada claramente de lo que sucedió por parte de otras personas que participaron directamente o presenciaron el hecho traumático. Por lo tanto, es comprensible que cuando se les pide que reconozcan el alcance del maltrato y los pensamientos y sentimientos que lo acompañan, es probable que tanto los padres como los hijos participen en la negación. Cuando el trauma se sufrió en el hogar, la negación puede tener una influencia muy negativa en la voluntad del cliente para participar en la terapia. Después de todo, aceptar que una experiencia relacional fue "traumática" es aceptar el hecho de

que la familia de uno era abusiva. Incluso cuando un cliente acepta la ayuda profesional y ve al terapeuta como una persona segura y atenta, la negación puede bloquear el progreso y causar rupturas en la alianza.

La disociación es esencialmente una distorsión de la negación. Es común que los clientes que experimentaron trauma relacional reconozcan que ocurrió el abuso u otro tipo de maltrato, pero sin embargo están completamente desconectados de los sentimientos que acompañan estas experiencias. La disociación es menos probable cuando ha ocurrido una adversidad específica reciente, como el suicidio de un padre o el descubrimiento puntual del abuso sexual de un niño, pero es más probable cuando la experiencia traumática es continua o repetida y secreta. En casos como estos, la disociación es un mecanismo de supervivencia, con el desafortunado efecto de que el cliente suele sentir la relación terapéutica como algo extremadamente amenazante.

En el trabajo familiar conjunto, la negación y la disociación pueden tomar muchas formas. Algunas veces, los miembros de la familia niegan que haya sucedido algo abusivo, o niegan la naturaleza extrema del hecho o bien sus consecuencias negativas. Por otra parte, la negación puede ser también el resultado de la dependencia de alcohol u otras drogas, lo que dificulta que una persona reconozca una situación por lo que es. La negación también puede deberse a la culpa, lo cual es comprensible cuando los padres se ven presionados a reconocer que el sufrimiento de sus hijos fue causado por sus propias acciones de negligencia.

Los terapeutas a menudo se sorprenden al descubrir que la disociación hace que las percepciones, los pensamientos y los sentimientos asociados con el trauma se desconecten por completo de la conciencia. Cuando esto ocurre, un niño puede interactuar con sus padres de forma natural, como si nunca hubiera ocurrido un abuso. Sin embargo, la disociación puede hacerse evidente cuando el niño se enfrenta con un factor estresante que inconscientemente le recuerda el trauma original, como cuando la terapeuta le toca la espalda a una niña cuyo padre la abusaba de una manera “sutil”. Su sobrerreacción a este gesto es desencadenada por la experiencia original de abuso sexual disociada.

El proceso terapéutico se ve aún más obstaculizado por la disociación cuando un menor traumatizado realiza el tratamiento con buen ánimo y habla con facilidad sobre sí mismo. Esta respuesta a la terapia no indica que la niña esté muy implicada en el tratamiento. Con demasiada frecuencia sucede lo contrario, no es un indicador de enganche sino de disociación. Y cuando la terapia amenaza ese mecanismo de defensa disociativo, es probable que el menor se niegue a ir a más sesiones.

Recomendaciones de la Literatura Especializada

Restaurar el Apego

Aunque no se han publicado investigaciones específicas sobre cómo construir alianzas con niños maltratados y sus familias, un enfoque terapéutico sustentado en estudios empíricos, Attachment Based Family Therapy (ABFT, Diamond et al., 2014), se basa en gran medida en la

creación de alianzas sólidas con los miembros de la familia. El modelo ABFT fue desarrollado para tratar adolescentes deprimidos y con conductas suicidas con padres negligentes, abusivos, o no que no están emocionalmente disponibles debido a conflictos de pareja, divorcio u otros factores estresantes de gran importancia vital.

Específicamente, la primera sesión familiar en ese modelo de terapia se utiliza para re-encuadrar la depresión del adolescente como algo que está relacionado con el hecho de no haber tenido una figura parental consistente a la que pueda recurrir para obtener apoyo y ayudar con su depresión. Posteriormente, el terapeuta ve al adolescente solo durante una o más sesiones para explorar la ruptura del vínculo entre hijo y padres/cuidadores. También en sesiones a solas con los padres, se les instruye sobre cómo escuchar las quejas del adolescente sin defensividad y sin juzgarle. Finalmente, durante la fase de “re-apego”, adolescentes y padres participan en sesiones conjuntas, durante las cuales se ayuda al adolescente a expresar su sensación de aislamiento y sentimientos de rechazo o traición por parte del padre(s). Idealmente, el padre ha de ser capaz de responder a esta revelación del adolescente con paciencia, aceptación y empatía. El resultado esperado es que, con la ayuda del terapeuta, se construya un vínculo más fuerte dentro de la familia, como primer paso hacia la recuperación del menor.

El éxito de la estrategia de separar al progenitor/cuidador y al hijo para hacer un trabajo individual se basa en gran medida en la creación de seguridad, confianza y fuerte vínculo personal del terapeuta con cada subsistema. Esencialmente, la fase de re-apego de padres e hijos es un fortalecimiento de la alianza dentro de la familia, o en términos de SOFTA, un Sentido de Propósito Compartido dentro de la Familia. En este contexto de un fuerte propósito compartido en la terapia, el terapeuta puede ayudar a los miembros de la familia a trabajar juntos para ayudar al adolescente a gestionar sus emociones negativas o turbulentas y volver a encarrilar su vida.

Centrarse en la Resiliencia Familiar

Es demasiado fácil perder de vista el hecho de que la negligencia y el abuso a menudo ocurren en familias que tienen múltiples problemas, están muy estresadas y tienen pocos recursos o apoyo social. Walsh (2017) escribió que en la "práctica orientada a la resiliencia" (p.313), los terapeutas que trabajan con este tipo de familias han de centrarse más en las posibilidades que en los problemas. Las posibilidades ofrecen opciones, mientras que la ahondar en los fallos puede resultar como un tiro que “sale por la culata”, como se muestra en esta viñeta de caso:

Crystal, de 14 años, fue remitida a terapia después de su segundo intento de huir de su casa. La terapeuta se enteró de que había sido abusada sexualmente por su abuelo cuando era más joven, y recientemente por el novio de su madre, Rick. Su madre había terminado esa relación después del incidente, pero Crystal la culpó airadamente por no haberla protegido. El terapeuta, con la intención de mostrar apoyo y comprensión a Crystal, también se centró en subrayar los fallos de la madre en proteger a su hija. Pero la consecuencia de ese apoyo fue que después de la sesión Crystal tomó un puñado de píldoras en un intento de suicidio. (Walsh, 2017:13)

El Concepto de "Ambos-y-Más"

Según Sheinberg (1992), es de vital importancia para los terapeutas ayudar a los niños y a otros miembros de la familia a explorar y reconocer sus sentimientos múltiples, a menudo contradictorios, sin verse obligados a privilegiar un sentimiento sobre el otro. En el libro *Relational Trauma of Incest*, Sheinberg y Fraenkel (2001) describieron la estrategia "ambos-y-más" como una alternativa terapéutica al pensamiento dicotómico "esto versus eso", que no refleja adecuadamente la complejidad de emociones experimentadas por las víctimas de abuso y negligencia.

Antes de iniciar la terapia, los menores maltratados y sus padres suelen ser presionados por los evaluadores y peritajes forenses para que narren una historia de "lo bueno y lo maligno". Por supuesto, esta presión refleja el intento bien intencionado de los funcionarios de ayudar al menor abusado, y de orientar a sus hermanos y cuidadores a tomar una posición unida contra el abusador. Sin embargo, para crear seguridad y un fuerte vínculo con un niño traumatizado, los terapeutas necesitamos acercarnos a la familia de una manera diferente y más compleja. Si bien es absolutamente necesario adoptar una posición clara y firme contra el maltrato, los terapeutas deben aceptar el hecho de que los miembros de la familia que han sufrido un trauma relacional a menudo expresan pensamientos y emociones contradictorios sobre esa experiencia, incluso la negación. Y estas contradicciones son patentes especialmente en el proceso de terapia.

Como ejemplo, consideremos el caso de Sandra, de 14 años, que tuvo un hijo como resultado de haber sido violada por su tío. Los servicios sociales pusieron a Sandra en acogimiento residencial cuando sus padres le dieron la espalda enfadados por haber contado a las autoridades lo que le hizo su tío (a pesar de que también el tío confesó el abuso y la evidencia del ADN demostró la paternidad).

Sandra comenzó la terapia poco después del encarcelamiento de su tío. Ella experimentó una tremenda sensación de pérdida, que sintió con especial intensidad cuando le vinieron a la mente los recuerdos felices de su niñez, o cuando se descubrió extrañando a sus padres y hermanos. Al mismo tiempo Sandra sabía claramente que eran las acciones de su tío, no las suyas, lo que la había abocado a perder su familia. Sandra no tenía dudas de que lo que el tío le había hecho a ella era "malo". Le preocupaba que su tío también hubiera hecho algo a sus primos. Sintió terror y traición, pero también dolor, tristeza, culpa, vergüenza y rabia.

A Sandra le ayudó mucho la terapia porque sintió que se validaban sus sentimientos de rabia y rechazo hacia el tío y su violación, pero también sus añoranzas de la familia y la pérdida de la unión que había sentido y que ahora echaba de menos. A partir de reconocer todos estos sentimientos contradictorios Sandra comenzó a abrirse hacia nuevas emociones y una identidad futura. Este es el trabajo de integrar "ambos sentimientos-y más", es decir, validar y organizar todo lo que siente la víctima y partir de ahí hacia una perspectiva de futuro nueva. A través de la aceptación y validación incondicional del terapeuta, Sandra salió de esta fase confusa y turbulenta de su vida, llegando a una visión diferente y más positiva de sí misma y de su nueva realidad. Sorprendentemente, se enfrentó mejor de lo esperado al desafío de ser madre con

ayuda social, aunque eso significó perder una adolescencia normal a causa al gran daño que le infligió su propia familia.

Compartir el Control

El modelo de tratamiento desarrollado por Sheinberg y sus colegas (Sheinberg y True, 2001, 2008; Sheinberg, True y Fraenkel, 1994) contiene varias recomendaciones útiles para construir alianza con familias traumatizadas. Dos técnicas en este modelo, el diálogo decisional y hablar sobre hablar, son particularmente congruentes con el axioma "Primero la Seguridad" de nuestro modelo SOFTA (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006) y con nuestro énfasis en el empoderamiento de la alianza a través de la Conexión Emocional.

Por definirlo de manera simple, el diálogo decisional se refiere a una conversación entre el terapeuta y el menor (sin nadie más en la sesión de terapia) en la que deciden juntos (1) qué se debe y qué no se debe compartir con los miembros de la familia, y (2) si ha de ser la menor o el terapeuta quien cuente aquellas cosas que se acuerden compartir. El segundo punto es importante ya que muchos niños abusados ni siquiera pueden imaginar hablar a sus padres sobre la experiencia del trauma o la magnitud de su sufrimiento. Al facultar al menor para que decida cómo y qué quiere comunicar a sus padres, el terapeuta básicamente comparte el control del tratamiento.

Los diálogos decisionales también implican explorar los temores del menor sobre el proceso de contar cosas. Un elemento central de este proceso es la garantía del terapeuta de que no tomará medidas ni hará recomendaciones a la familia sin el acuerdo y la preparación previa del menor. Compartir el control de esta manera suele ser una experiencia novedosa y bienvenida para cualquier niño o adolescente que haya sido sometido a abuso o negligencia por parte de adultos.

Estos diálogos deben tener lugar recursivamente, es decir, las preocupaciones del menor se comunican a los padres (en el momento y de la forma que el menor haya decidido), cuya respuesta y reacciones son a su vez tema de posteriores conversaciones individuales con el menor, según sea necesario (Sheinberg y True, 2008). Se recomienda tener sesiones individuales con un menor siempre que sea reacio a participar en sesiones familiares conjuntas debido a sentirse intimidado o avergonzado, algo que puede evidenciarse en conductas como la renuencia o la negativa al contacto ocular, o bien por una conducta altamente protectora hacia los padres (por ejemplo minimizando todo y evadiendo cualquier tema complicado). Todos estos comportamientos son indicadores SOFTA de falta de Seguridad, que en cualquier contexto pueden sugerir la conveniencia de una sesión individual con el menor.

La otra estrategia, hablar sobre hablar, se produce en sesiones familiares conjuntas cuando el terapeuta identifica la necesidad de tener sesiones individuales con el niño. Hablar sobre hablar va más allá de identificar esta necesidad; más bien, es una decisión colectiva con la familia sobre la importancia de las sesiones individuales y cuándo y cómo deben hacerse. Esencialmente, el hablar sobre (la mejor manera de) hablar es una estrategia para fortalecer el Sentido de Propósito Compartido en la familia.

En resumen, compartir el control con el menor y el sistema familiar es un aspecto crítico del proceso de curación en casos de trauma relacional. En todo momento el terapeuta debe enfatizar que (1) su papel es ayudar al niño a contar a sus padres/cuidadores todo aquello que crea que puede contar cómodamente, y (2) el objetivo de las sesiones individuales es explorar lo que el menor quiere comunicar directamente a sus padres, y cuándo y cómo ella prefiere hacerlo.

Contener y Conmutar

Rivett y Street (2009) describieron dos intervenciones específicas que son útiles para manejar las emociones extremas de un niño traumatizado en una sesión familiar conjunta: contener y conmutar. En primer lugar, contener se refiere a ayudar al niño a expresar sus sentimientos y al mismo tiempo prestar atención a la dificultad de otros miembros de la familia para escuchar estos sentimientos. Es aconsejable explicar a la familia que expresar y escuchar sentimientos dolorosos es un paso necesario en el proceso de curación (Rivett y Street, 2009). En segundo lugar, conmutar se refiere a cambiar el tema o cambiar el enfoque para aliviar la tensión cuando las emociones se están escalando demasiado. Varias intervenciones de la dimensión de Seguridad en nuestro modelo SOFTA reflejan la técnica de conmutación: el terapeuta cambia el tema a algo agradable o no ansioso cuando parece haber tensión o ansiedad y el terapeuta le pide a un cliente (o un subgrupo de clientes) que salga de la sala para hablar con un cliente solas durante una parte de la sesión.

Estrategias de Empoderamiento de la Alianza

Cuatro Amenazas para la Seguridad

La Seguridad, una condición previa para un trabajo terapéutico efectivo en prácticamente todos los contextos y particularmente importante en casos complejos de pareja y familia, tiene implicaciones específicas para el trabajo con personas víctimas de trauma relacional. En estos casos, la seguridad tiende a verse amenazada en cuatro niveles entrelazados, cada uno de los cuales debe manejarse con cuidado para construir y mantener alianzas sólidas con todos los participantes en la terapia (Figura 5.2).



Figura 5.2

Cuatro niveles inter-conectados de amenazas a la Seguridad que puede experimentar en la terapia una persona con trauma relacional

En el primer nivel el trauma relacional amenaza la seguridad dentro de la persona, es decir, la seguridad intrapersonal. Esencialmente, este tipo de trauma se vive como una ruptura de la base segura de una persona. Como hemos ya descrito más arriba, a nivel psicológico la falta de seguridad extrema causa negación y disociación. Para abordar esta amenaza, los terapeutas debemos hacer sesiones individuales y usar diálogo decisonal con nuestros pacientes de trauma. Desde la perspectiva del modelo SOFTA, estas sesiones proporcionan el espacio para generar una conexión emocional auténtica entre el menor y el terapeuta; una conexión

emocional que puede facilitar gradualmente el compromiso con otros miembros de la familia y, si es necesario, con profesionales importantes en la vida del niño, como profesores, educadores, entrenadores, o religiosos.

En el segundo nivel, el trauma relacional amenaza la seguridad en las relaciones sociales/interpersonales del niño, incluida la alianza con el terapeuta. Llamamos a este nivel Seguridad Relacional. Como se señaló anteriormente, la relación terapéutica no escapa a los serios desafíos que enfrentan los pacientes de trauma en cualquier relación personal. Cuando la resistencia extrema es evidente, es crucial ir con cuidado. El terapeuta debe evitar la tentación de arriesgar la seguridad del menor para enfrentar las adversidades y el sufrimiento causado por el trauma.

La Seguridad en este nivel puede aumentar cuando la menor ve al terapeuta como alguien como ella. Aunque la investigación sobre la coincidencia de las características demográficas del cliente y el terapeuta (género, raza/etnia, etc.) no es concluyente (ver por ejemplo, Flakerud, 1990), es obvio que la edad es imposible de igualar cuando el cliente es un menor. Por esta razón, cuando se asignan terapeutas a los casos, es importante prestar atención a cualquier característica que se pueda combinar bien, como género, religión, o etnia/cultura. Más importante aún es que el terapeuta trate de hacer coincidir el estilo de comunicación del menor, por ejemplo, ajustarse a un estilo animado o bien a un estilo reservado y precavido.

El tercer nivel de seguridad, intrafamiliar, tiene que ver con lo que hemos descrito antes como la Gran Muralla entre el niño maltratado y el padre o la persona que lo cuida sin abuso. Varios indicadores SOFTA revelan claramente este muro; por ejemplo el rechazo del niño o su negativa a responder o hacer contacto visual cuando es interpelado directamente por otro miembro de la familia. Para reducir esta amenaza los terapeutas deben usar intervenciones específicas de seguridad durante las sesiones individuales con el menor y con los padres/cuidadores, como proporcionar estructura y pautas sobre confidencialidad y señalar que la terapia efectiva implica asumir ciertos riesgos emocionales. En las sesiones individuales el terapeuta debe abstenerse de tratar de convencer al niño de que el abuso tuvo lugar, ya que este intento de romper la negación está equivocado y es probable que falle.

El cuarto nivel de seguridad tiene que ver con la compleja red profesional que generalmente rodea los casos de trauma relacional. Llamamos a este nivel Seguridad inter-sistémica. No sólo los padres, sino también el menor, se ven afectados por la autoridad y el poder que otros profesionales (educadores, servicios sociales, responsables de libertad condicional, etc.) tienen sobre sus vidas. Por esta razón, el empoderamiento de la alianza implica facilitar la relación positiva (al menos “segura”) del niño o la familia con estos otros profesionales. Por ejemplo, el terapeuta puede ayudar a una niña en acogimiento temporal a prepararse para una próxima entrevista con un trabajador social o ayudar a un padre/cuidador a escribir una carta explicando la situación familiar al psicólogo u orientador de la escuela.

Para evitar una ruptura de alianza, el terapeuta debe compartir abiertamente todas sus comunicaciones relacionadas con el tratamiento. La coordinación de los servicios y las iniciativas con la red profesional deben compartirse abiertamente con la familia. En otras palabras, los miembros de la familia sólo pueden sentirse protegidos por el terapeuta si explica y aclara francamente todos los aspectos de su comunicación con los otros profesionales o agencias que tienen autoridad sobre la familia. Se puede respetar la privacidad de lo que otro profesional

nos ha dicho en relación con la familia que tratamos, pero debemos ser transparentes sobre la finalidad, las circunstancias y consecuencias profesionales de nuestros contactos con otros profesionales en relación con la familia.

¿Cómo debemos los terapeutas manejar estos diferentes niveles de amenaza a la seguridad? ¿Qué nivel debe ser priorizado? ¿Hay un camino particular a seguir para construir un sistema terapéutico seguro? Las cuatro amenazas de seguridad están interconectadas, de modo que un cambio en cualquier nivel puede influir positiva o negativamente en la seguridad del cliente en cualquiera de los otros niveles.

Generalmente, es preferible enfocarse primero en el nivel intrapersonal para establecer el escenario para una alianza fuerte y un proceso terapéutico productivo en el segundo nivel (seguridad relacional). Sin embargo, puede que no siempre sea prudente, o posible, comenzar en el nivel más interno, según las características del caso. Al evaluar los indicadores de amenaza en cada uno de los cuatro niveles, el terapeuta puede determinar el primer paso más seguro para el niño o la familia.

En muchos casos los terapeutas deben abordar la amenaza intrafamiliar a la seguridad, estableciendo reglas básicas para la terapia (por ejemplo, sin gritos o sin contacto físico en la sesión) o anunciando desde el principio un plan que intercala sesiones conjuntas con las individuales para los miembros de la familia más vulnerables. Cuando la experiencia previa de una familia con los servicios sociales (o con el juzgado de familia o la protección a la infancia, etc.) ha sido negativa o problemática, el terapeuta debería trabajar a nivel inter-sistémico aclarando los límites de la confidencialidad y prometiendo transparencia sobre sus comunicaciones con otros profesionales y técnicos de la administración. En otras palabras, aunque recomendamos abordar la seguridad intrapersonal primero debido a su posible impacto en la seguridad en los otros tres niveles, los terapeutas deben intervenir en cualquier nivel cuando una amenaza específica a la seguridad sea motivo de preocupación para la familia.

Sabemos por experiencia que el trabajo terapéutico en un nivel de seguridad facilita la seguridad en otro nivel. En el nivel intrapersonal, cuando no enfrentamos intensamente la negación del abuso por parte del menor, estamos promoviendo la seguridad relacional. La seguridad relacional también se mejora cuando el terapeuta puede reducir la amenaza inter-sistémica; por ejemplo, negociando con los profesionales que toman las decisiones para extender un período de contacto supervisado de la menor con su madre (si la menor tiene temor a volver a convivir con su madre). De manera similar, al contener interacciones familiares ansiosas u hostiles, el terapeuta mejora la seguridad intrapersonal del niño.

La Conexión Emocional NO Puede Prescribirse

Si bien la creación de conexión emocional con los clientes es un aspecto particularmente importante de la alianza en el trabajo con personas que han vivido un trauma relacional, el vínculo emocional no está garantizado ni puede prescribirse. ¿Cuáles son las implicaciones prácticas de esta limitación? Esencialmente, la terapeuta necesita adoptar una actitud humilde y cautelosa sobre la respuesta emocional del menor traumatizado hacia ella. Aunque es importante que transmitas una sensación de optimismo sobre tu trabajo con la persona traumatizada, cuídate mucho de que tus propias (altas) expectativas la desanimen a ella (que verá muy difícil

cumplir esas expectativas). Por el contrario, es importante que te focalices en apreciar cambios pequeños y positivos en el vínculo que creas con un menor traumatizado y perseverar incluso frente a la negación y la disociación (por muy frustrantes que pudiesen parecer, tienes que perseverar!).

En resumen, es el menor maltratado el que decidirá si acepta o no el vínculo personal ofrecido por el terapeuta. Del mismo modo, el menor es quien decide si se involucrará emocionalmente con los acogedores, o con los educadores, psicólogos y cuidadores en un entorno de acogimiento residencial u hospitalización. El desafío del terapeuta es interno: reconocer y aceptar de forma realista pero optimista la dificultad de ganarse la confianza del menor al que estas ayudando.

No obstante, se puede hacer mucho trabajo terapéutico para mejorar la alianza siempre y cuando el terapeuta canalice bien su posición relacional. La confianza en las relaciones terapéuticas se establece igual que entre personas en cualquier otra relación: a través de una actitud abierta, siendo fiable y confiable, respondiendo con sensibilidad a las necesidades particulares del cliente para su bienestar psicológico y evitando conversaciones o intervenciones intrusivas o que puedan provocar desbordamiento emocional.

Camina con Delicadeza

Dado que la dificultad para manejar las emociones es una consecuencia importante del trauma relacional, y dado que trabajar con las emociones es un aspecto importante del trabajo terapéutico con las personas que han vivido ese trauma, la forma en que se realiza este trabajo invariablemente afecta y se ve afectada por la alianza terapéutica.

Como una guía general, el terapeuta debe monitorizar de cerca la expresión de emociones del niño. En el modelo SOFTA indicamos que ignorar las señales de que un cliente se siente vulnerable debido a alguna emoción intensa como frustración, enojo, tristeza o miedo, puede comprometer seriamente la alianza (por ejemplo, el terapeuta no presta atención a las expresiones manifiestas de vulnerabilidad del cliente, por ejemplo, el llanto, estar a la defensiva, etc.). Por el contrario, tranquilizar o normalizar la emoción y la vulnerabilidad intensa contribuye a un vínculo fuerte con el menor, siempre que la tranquilidad no sea a expensas del sentido de seguridad de otros miembros de la familia.

Cuando un niño expresa sentimientos intensos en una sesión familiar conjunta, por ejemplo, mostrando mucha ira o acusación hacia un padre/cuidador, el terapeuta puede cambiar la conversación hacia algo menos tenso o ansioso; o también invitar al menor a que seguir la sesión a solas con el terapeuta para poder desahogar sus sentimientos adecuadamente. De hecho, el trabajo más productivo con las emociones a menudo tiene lugar en las sesiones individuales del menor, donde es menos probable que los estallidos obstaculicen el proceso de terapia de la familia.

Los terapeutas deben ser sensibles a las consecuencias de la reactividad emocional, prestando especial atención a la seguridad de cada participante en la sesión. Después de que ha pasado un momento emocionalmente intenso, el terapeuta debe iniciar una conversación sobre el significado y el impacto de ese momento en cada miembro de la familia. Puede preguntar, por

ejemplo, "¿Qué frase o palabras que ha dicho tu madre te han hecho sentir ganas de llorar en ese momento?", o bien "¿Puedes encontrar una palabra para describir lo que te hizo sentir el comentario de tu hija?".

Adaptarse al Estilo de Apego del Cliente

A lo largo de este capítulo hemos enfatizado que las dificultades de un cliente para relacionarse en general, invariablemente afectan también a la relación terapéutica. Y de forma especial en el contexto del trauma relacional. También es importante señalar que ignorar las dificultades de relación de las familias traumatizadas puede llevar a un terapeuta a hacer atribuciones negativas erróneas sobre el comportamiento y la comunicación de esas familias. En otras palabras, los terapeutas no deben ceder al pesimismo cuando trabajan con estas familias. Es particularmente importante mantenerse optimista con el menor maltratado y permanecer abierto a su necesidad de apego.

No obstante, es necesario ajustar las expectativas de conexión emocional según el estilo de apego característico de cada niño. Un estilo de apego desorganizado tiende a asociarse con trauma relacional, negligencia y adversidad severas. Los menores con este estilo característico generalmente se sientan muy amenazados en la terapia. Indican su incomodidad, por ejemplo, evitando el contacto visual, sentándose con una postura cerrada, negándose a participar o incluso marchándose enfadados de la sala. Pero también algunos niños y adolescentes de apego altamente desorganizado minimizan sus problemas o cooperan superficialmente y de forma inproductiva; pueden tener un comportamiento contradictorio o impredecible.

Para los menores con dificultades de apego, la alegría y el humor son muy útiles para mejorar la conexión emocional. Sin embargo, lo esencial al trabajar con estos niños es reducir su temor al rechazo o al abandono manteniéndose "centrados", "estables" y demostrando un nivel constante de cuidado y preocupación. Ser terapeutas consistentes y perseverantes.

Los niños con un estilo de apego ansioso-ambivalente también demuestran fluctuaciones en su respuesta al terapeuta. Es típico que muestren entusiasmo excesivo por la ayuda que reciben en algunos momentos y en otros momentos muestren una clara indiferencia hacia el terapeuta; por ejemplo, comentar que la terapia es inútil porque nada cambia, o incluso iniciar interacciones sarcásticas. Otros menores ambivalentes expresan su ansiedad de forma no verbal o hacen comentarios incómodos sobre algún aspecto de la terapia (equipos de grabación o notas que toma el terapeuta, espejo unidireccional, cuestionarios, etc.). Generalmente, el apego ansioso-ambivalente aparece no solo cuando el menor experimenta la interacción terapéutica de manera poco realista y positiva, sino también cuando vive la terapia como algo frustrante y/o amenazante. Con estos menores el terapeuta debe tener igualmente una presencia constante y estable resistiendo la tendencia a reaccionar negativamente ante el comportamiento inconsistente o desafiante del niño.

Cuando la actitud o el comportamiento relacional del niño sugiere un estilo de apego evitativo, el terapeuta debe controlar sus propias expresiones de cuidado y sus acercamientos afectivos para evitar situaciones de fracaso. Es decir, el terapeuta necesita medir cuidadosamente su distancia emocional para que cualquier comunicación de interés o preocupación no le

recuerde al niño el trauma que soportó a manos de otro adulto que aparentemente se preocupaba por él.

Evitar Amplificar la Negación

La negación de los problemas o de la necesidad de terapia pueden ocurrir independientemente de la naturaleza de los problemas del cliente. Sin embargo, en el trabajo terapéutico con personas maltratadas no debemos perder de vista la función de la negación, que es ayudar a las personas a sobrevivir en situaciones de alta amenaza. Esto es de vital importancia con niños y adolescentes dado que tienden a experimentar un profundo daño psicológico como resultado de un trauma relacional (Van der Kolk, 2014): su negación es altamente adaptativa.

Por lo tanto, la primera directriz para construir una alianza fuerte con estos niños y adolescentes es evitar cualquier intervención que pueda amplificar la respuesta traumática de la negación. Para maximizar la seguridad, el terapeuta no debe confrontar la negación al insistir en que el niño (o el padre no infractor) reconozca el abuso. Tampoco debe solicitar detalles sobre los eventos traumáticos en la historia del niño o confrontar a la familia con evidencias (pruebas, datos) del abuso. Además, el terapeuta debe posponer cualquier intervención o requisito obligatorio hasta que la familia esté completamente preparada para ello. La Seguridad como prioridad nos exige que antes de entrar a trabajar sobre los episodios traumáticos, el menor debe tener un nivel mínimo de seguridad y confianza en su vida cotidiana y también en el contexto de la terapia.

Todas estas pautas que hemos citado se refieren a lo que no se debe hacer. ¿Entonces qué debemos hacer? En primer lugar, el terapeuta debe intervenir de cualquier forma que sirva para contra-restar las cuatro amenazas a la seguridad presentadas anteriormente. A continuación debe esforzarse por mejorar la conexión emocional con cada miembro de la familia, lo que le permitirá, delicadamente, realizar intervenciones orientadas al cambio; sobre todo intervenciones centradas en el manejo de las emociones del menor y su identidad negativa (auto-concepto negativo). Técnicas como el diálogo decisional tienen una doble función: promover la seguridad (para que el niño sepa que no será presionado para compartir todo con sus padres) y promover la confianza de la familia en el terapeuta como un adulto experimentado, capacitado y afectuoso. Las intervenciones SOFTA dirigidas a mejorar la conexión emocional incluyen expresar confianza en el cliente; mostrando interés y respeto en su persona (al margen y más allá del problema que tratamos); y tranquilizando o normalizando su vulnerabilidad emocional.

Somos conscientes de que puede resultar un poco extraño que la estrategia principal que planteamos para este tipo de casos se basa en no hacer algunas cosas que de entrada parecen muy lógicas. Sabemos que es realmente pro-activo y necesario evitar intervenir de una manera que parece lógica (y que podría ser adecuada en otros tipos de casos). Los terapeutas debemos anticipar que los menores que han sufrido maltrato, incluso cuando demuestran una mejoría en la Conexión Emocional y el Enganche, son propensos a volver a la negatividad y defensividad en el proceso terapéutico y en la relación con el terapeuta como persona. Esta inconsistencia es predecible debido al intenso miedo y desconfianza causados por el trauma relacional (Van der Kolk, 2014). No estamos, por lo tanto, teniendo una actitud terapéutica negativa o pesimista,

todo lo contrario: reconocemos la necesidad de ese miedo y desconfianza y nos planteamos ser resistentes y curativos.

Crear Espacios Separados

La estrategia de mantener alternativa y recursivamente sesiones individuales y conjuntas con diferentes subsistemas familiares se aplica de manera amplia y no sólo dentro de algunos modelos que hemos citado previamente. Esta estrategia a menudo es la única forma de crear y mantener la sensación de seguridad de todos debido a la extrema dificultad de analizar el maltrato infantil de una manera franca y abierta. De hecho, alternar sesiones individuales con sub-sistemas familiares es útil no sólo para discutir el alcance y las consecuencias del trauma relacional, sino también para (a) contener cualquier conflicto intenso entre los miembros de la familia que ha producido la discusión del trauma, y (b) unirse a cualquier miembro de la familia que está teniendo problemas para conectar emocionalmente con el terapeuta debido a la interferencia emocional de otros miembros de la familia.

El Sentido de Propósito Compartido es importante aquí. Es decir, cada vez que el terapeuta sugiere mantener sesiones individuales con un individuo o subsistema (por ejemplo, pareja, un padre y un hijo, hermanos), es esencial obtener el acuerdo de todos. Hay que mantener el consenso sobre la meta de que si variamos el formato es precisamente para fortalecer que "la terapia sea para todos". Si por el contrario los miembros de la familia interpretan que la sugerencia de una terapeuta quiere decir que ella está recomendando "diferentes terapias para cada uno de nosotros", el Sentido de Propósito Compartido en la familia podría verse comprometido. Por esta razón, es esencial explicar previamente el razonamiento y obtener el consentimiento de todos y cada uno de los miembros de la familia para proceder de esta manera.

Ejemplo de caso: Paz y Soledad

Paz, de 14 años, vivía bajo cuidado residencial en un centro cuando fue derivada para psicoterapia por los Servicios de Protección a la Infancia a petición del director del Centro. Antes de conocer a Paz, la terapeuta recibió un informe explicando que esta joven adolescente había sido violada repetidamente por su padre cuando ella vivía con él, después de que sus padres se separaran.

De hecho, Paz había sido testigo de los actos cada vez más violentos de su padre hacia su madre, Soledad, durante muchos años. La separación de los padres se produjo cuando Paz tenía 12 años, después de un episodio particularmente grave de violencia. Al día siguiente, Soledad abandonó el hogar familiar sin presentar una denuncia formal ante la policía, dejando a Paz sola con su padre.

En los cinco meses posteriores a la separación de los padres, Paz fue golpeada, torturada y violada por su padre. Afortunadamente, una denuncia que hizo la escuela, a la que Paz asistía de manera intermitente y con claros problemas de conducta, permitió a la policía iniciar un

proceso rápido que resultó en arrestó al padre. Los tribunales lo declararon culpable de incesto, violación, peligro para la menor, y lo enviaron a prisión.

La trabajadora social a cargo de la familia determinó que Soledad era extremadamente inestable y negligente con respecto a Paz, debido a que la había dejado sola con el padre. Cuando se le preguntó, Paz rechazó la oferta de visitas supervisadas con su madre. Paz también se negó rotundamente a considerar el cuidado de su educación a su madre, confirmando así el criterio de los técnicos de Protección. Por lo tanto, ella ingresó en un centro de atención residencial para adolescentes.

En su informe, el director del Centro indicó que Soledad estaba disponible y dispuesta a participar en sesiones conjuntas si se determinaba que la terapia familiar era beneficiosa para Paz. La terapeuta decidió sin embargo comenzar viendo a Paz individualmente.

Al principio, le resultó extremadamente difícil involucrar a la adolescente, que rara vez la miraba (CONEXIÓN EMOCIONAL negativa: *El cliente evita el contacto visual con el terapeuta*). Cualquier intento de explorar las emociones de Paz o sus reacciones a los acontecimientos en su familia se encontró con la negación o el silencio y una postura corporal cerrada (SEGURIDAD negativa: *El cliente se protege a sí mismo de una manera no verbal*). Así que la terapeuta intentó simplemente preguntar sobre su vida diaria. Paz sostuvo que todo estaba "bien" ?" (ENGANCHE negativo: *El cliente muestra indiferencia sobre las tareas o el proceso de la terapia*). Ella solo parecía interesada en quejarse de la comida en el Centro y en enfadarse porque su compañera de habitación usara sus cosas sin permiso. Cabe destacar que, a diferencia de otros adolescentes en el Centro, Paz no solicitó tiempo libre ni libertad para organizar su propio horario.

Al responder a un breve cuestionario después de cada sesión, Paz indicó una opinión neutral sobre la utilidad de la terapia. Sus respuestas a otras preguntas abiertas del cuestionario reflejaban una clara falta de interés.

La educadora del Centro que llevó a Paz a la clínica todas las semanas, informó a la terapeuta que era difícil convencerla de que asistiera a las sesiones de terapia. Paz parecía desmotivada, repetidamente le hacía a la educadora la misma pregunta : "¿Por qué tengo que ir?" (ENGANCHE negativo: *El cliente cuestiona el valor de la terapia*). Cuando el terapeuta le preguntó a Paz sobre su renuencia a venir a las sesiones de terapia, ella simplemente explicó que era "vaga", pero que "está bien venir, aunque no sé para qué sirve".

Este caso ejemplifica la dificultad que los terapeutas a menudo tenemos para involucrar a adolescentes traumatizados. La actitud negativa de Paz hacia la terapia y su negación del abuso y agresión sufridos bloquearon cada intento por parte del terapeuta de iniciar una relación personal con ella. Al mismo tiempo, los profesionales que habían derivado a Paz en busca de ayuda estaban ejerciendo presión sobre el terapeuta para "curarla". La terapeuta también se presionó a sí misma, conociendo la horrible tortura y abuso que esta niña había sufrido. Le resultaba desalentador sentarse con ella debido a su completa falta de interés en el proceso terapéutico ¡La terapeuta hubiese preferido incluso una actitud de rebelión activa por parte de Paz!

¿Qué hacer? La terapeuta era consciente de la importancia de permanecer positiva y abierta con Paz, sin mostrar desaliento ni decepción con ella. Conociendo su historia, la

terapeuta también entendió que era mucho más seguro para Paz negar lo que le había sucedido que enfrentar la magnitud de su sufrimiento hasta que sintiera con Taltal seguridad el apoyo y la aceptación incondicional de la terapeuta.

La terapeuta esperaba que su paciencia y el proporcionarle seguridad pudieran cambiar el rumbo. Y finalmente, dos eventos marcaron el primer paso adelante en la terapia de Paz. Primero, la educadora del centro residencial solicitó una reunión privada con la terapeuta para decirle que Paz se había abierto a ella sobre el abuso que había sufrido por parte de su padre. Con evidente afecto por la menor, la educadora explicó que después de que su madre se fue, Paz decidió vivir con su padre porque tenía buenos recuerdos de él desde su primera infancia. Muy preocupada e insegura sobre cómo responder a estas revelaciones, la educadora sugirió a Paz que debería expresar estos sentimientos y recuerdos con la terapeuta, le explicó que la terapia era el mejor lugar para hablar de ello. Pero Paz rechazó hostilmente esta idea, haciendo que la educadora se sintiese muy abrumada e impotente.

Con el permiso de la educadora, la terapeuta le explicó a Paz que a su educadora simplemente le resultaba difícil ser la única persona que escuchaba su historia. La terapeuta aprovechó esta oportunidad para explicar que su prioridad era mantener a Paz a salvo, que no permitiría que nada amenazara su seguridad (*SEGURIDAD: El terapeuta proporciona estructura para la seguridad*). A continuación la terapeuta hizo estas observaciones empáticas sobre las “emociones en conflicto” de Paz:

–*Terapeuta*: Sé que es muy difícil que alguien entienda que tienes todo tipo de recuerdos, buenos y malos, a pesar de haber sufrido todo el daño que tu padre te causó. Pero todo lo que has vivido desde que naciste es muy real para ti, es tu vida!. Me imagino que es difícil para ti organizar todos tus recuerdos y sentimientos (*CONEXIÓN EMOCIONAL: El terapeuta expresa empatía por las dificultades del cliente*).

–*Paz*: ¿Organizar? ¿Qué quieres decir?

–*Terapeuta*: Quiero decir que a muchas personas les gustaría poner sus malas y buenas experiencias en diferentes "cajas". Y estas "cajas" deberían tener etiquetas claras pegadas fuera... para que quede claro qué tipo de emociones hay dentro.

–*Paz*: Pues sí, la verdad, me gustaría lo de esas cajas con etiquetas; y también tirar algunas de ellas!

–*Terapeuta*: Claro, el problema es que no es nada fácil... nuestras experiencias de vida no se pueden poner fácilmente en una caja aparte y después tirarla sin más ¿no crees?

–*Paz*: No todos entienden eso. Siento que soy un monstruo cuando tengo pensamientos malos o raros.

–*Terapeuta*: sé cómo funciona eso. Para ti, ¿qué tipo de pensamientos son raros?

–*Paz*: Bueno, echar de menos la vida que teníamos con mi padre cuando estaba bien...o sentir odio a veces hacia mi madre.

–*Terapeuta*: Eso a mí no me parece raro ni malo (CONEXIÓN EMOCIONAL: *revela sus reacciones personales sobre algo*), pero entiendo que puede ser difícil para tu educadora y para otras personas saber qué decirte cuando les dices cosas así.

–*Paz*: Supongo que es por eso que mi educadora me pidió que lo explicara aquí. Pero no quiero sentirme como un monstruo. No quiero que una psicólogo me remueva el cerebro.

–*Terapeuta*: ¡yo tampoco quiero eso! De hecho, no quiero que me expliques nada que no quieras (CONEXIÓN EMOCIONAL: *tranquiliza o normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente*).

–*Paz*: ¿En serio?

–*Terapeuta*: Totalmente. Para que no haya dudas, te ofrezco un trato.

–*Paz*: ¿Un trato?

–*Terapeuta*: Sí. Podemos hacer terapia de esta manera: tú haces las preguntas que quieras y yo te responderé. Tu sugieres de qué quieres que hablemos, tus dudas o tus pensamientos extraños, y cuando quieras que paremos, puedes hacer otra cosa, puedes hacerme una señal (SEGURIDAD: *proporciona estructura para la seguridad*).

–*Paz*: ¿Qué tipo de señal?

–*Terapeuta*: ¿Ves esta pequeña cartulina roja? (se la da) Tómala en tu mano y cuando la dejes caer al suelo, inmediatamente me callaré y dejaré de hablar de todo lo que hayamos estado discutiendo.

Paz tomó la tarjeta roja y la dejó caer nada más que la terapeuta comenzó a decir algo más. La terapeuta se interrumpió inmediatamente y cerró exageradamente los labios. Con una sonrisa de sorpresa, Paz preguntó: "¿De verdad va a funcionar así?". La terapeuta asintió, pero se mantuvo en estricto silencio.

–*Paz* (riendo mientras levantaba la cartulina roja del suelo): Esto es divertido, venga hablemos un poco, lo intento (ENGANCHE: *indica acuerdo con los objetivos del terapeuta*).

Este diálogo no requiere interpretación. Fue directo y abrió la puerta para que Paz tuviera una nueva sensación de seguridad y poder en la terapia. De hecho, este fue el comienzo de una fase de tratamiento más productivo.

El segundo evento que marcó un paso más en la Conexión Emocional de Paz con la terapeuta ocurrió algunas sesiones más tarde. En ese momento, había muchos indicadores de Seguridad de Paz en el Sistema Terapéutico, pero ella permaneció cerrada ante cualquier sugerencia acerca de incluir a su madre en la terapia.

En una sesión en particular, Paz volvió a estar muy ansiosa y silenciosa, cruzando los brazos sobre el pecho (SEGURIDAD negativa: *se protege a sí mismo de una manera no verbal*). La terapeuta le recordó que tomara el cartón rojo y sugiriera algo de lo que pudiesen hablar en la sesión (ENGANCHE: *El terapeuta pregunta de qué quiere hablar el cliente en la sesión*). Paz respondió que no tenía nada que sugerir, diciendo que "todo es lo mismo de

siempre" (ENGANCHE negativo: *muestra indiferencia sobre el proceso de terapia*). Su tono sugería ansiedad, pero ella no parecía triste o molesta.

Después de un tiempo sugiriendo posibles temas, similares a los que habían discutido en sesiones anteriores (específicamente sus dificultades en la escuela), la terapeuta se dio cuenta de que Paz estaba retorciendo nerviosamente un pedazo de papel en sus manos durante toda la sesión. Decidió preguntar sobre el papel, ya simplemente con la esperanza de completar el tiempo de la sesión con un poco de conversación. Muy nerviosa, Paz respondió que el papel eran partituras de una canción que estaba ensayando.

–*Terapeuta*: ¡No sabía que cantabas! ¿Qué canción es? (CONEXIÓN EMOCIONAL: *expresa interés en el cliente, al margen de la discusión terapéutica*)

–*Paz*: Bueno, es esa famosa canción llamada Aleluya, una versión Soul. Mi profesor de canto me pidió que lo cantara en un festival escolar.

–*Terapeuta*: ¡Qué buena noticia! ¡No sabía que cantabas! Imagino que debes cantar muy bien para que te pidan que seas la solista.

–*Paz*: No creo que lo haga. No me veo subiendo al escenario, cantar delante de tanta gente...

–*Terapeuta*: Bueno, cantar bien es un regalo de la naturaleza. (Pausa). Yo canto muy mal (CONEXIÓN EMOCIONAL: *el terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal*).

–*Paz* (riéndose): ¿Cantas mal?!

–*Terapeuta*: Mal no, ¡fatal! ¿Quieres que te lo demuestre? (CONEXIÓN EMOCIONAL: *el terapeuta comparte un momento de humor con el cliente*)

–*Paz* (con expresión y tono muy divertido): ¡Sí, venga, hazlo!

La terapeuta le pidió la partitura y comenzó a cantar. Como era tan evidente que la terapeuta cantaba fatal, Paz estalló en carcajadas.

–*Terapeuta*: No he subido nunca a un escenario porque la audiencia me arrojaría todo tipo de cosas en cuanto abriera la boca, pero me hubiese encantado, ojalá cantase bien. (Pausa) ¿Por qué no cantas solo el comienzo de esta canción, así podré reconocer esta versión?

Lo que sucedió después fue un descubrimiento sorprendente, uno que solidificó el vínculo emocional entre Paz y la terapeuta. Resultó que Paz tenía un gran talento. La terapeuta estaba francamente admirada de su voz y de su virtuosismo, y se lo expresó con sinceridad. Para Paz, esta admiración era muy difícil de aceptar –ser valorada, ser admirada, sentirse especial como persona era algo completamente nuevo para ella. La Conexión Emocional surgida por este breve intercambio resultó ser el comienzo del "círculo virtuoso" que llegó a cambiar el auto-concepto y la propia identidad

de Paz.

Una consecuencia del horrible abuso y agresión que Paz había sufrido fue su identidad negativa, que la hizo oscilar entre varias conductas extremas. Como su auto-imagen era bastante pobre, tanto sobre sus habilidades como sobre su apariencia física, por lo general era muy cohibida y tímida. Si bien tenía arrebatos de vergüenza cada vez que alguien hacía algún comentario sobre ella, no importaba cuán insignificante fuera, también frecuentaba lugares donde había drogas y tenía un comportamiento promiscuo con chicos que apenas conocía. Este fuerte contraste, que resultaba tan contradictorio, fue uno de los aspectos más difíciles de entender y prevenir para sus cuidadores.

Afortunadamente, después de la "sesión de música" con el terapeuta, Paz quiso hablar con ella sobre ese comportamiento contradictorio. Una intervención que resultó ser particularmente efectiva consistió en descubrir las bases para la inhibición y la vergüenza de Paz. Primero, la terapeuta exploró con ella todas las situaciones en el que ella se sentía insegura. También sugirió algunas "tareas para casa", por ejemplo, probando algo que Paz pensó que "sorprendería" a sus compañeros, como contar un chiste o usar un sombrero gracioso. Después de hacerlo (ENGANCHE: *el cliente indica que ha hecho una tarea*), Paz estaba desconcertada porque sus compañeros no se sorprendieron por su comportamiento, ni la vieron como ridícula. Más bien, el comportamiento que esperaba ser "sorprendente" pasó completamente desapercibido o incluso fue alabado por sus amigos.

En medio de este trabajo terapéutico, Paz le hizo al terapeuta una pregunta específica:

–Paz: ¿Cómo llamarías a alguien como yo? ¿Qué tipo de persona soy?

–Terapeuta: ¿Qué dirías tú sobre cómo eres? Yo te voy conociendo pero TÚ eres la EXPERTA en "Paz"!(CONEXIÓN EMOCIONAL: *el terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente*).

–Paz: Creo que estoy "indecisa".

–Terapeuta: ¿Puedes explicar por qué? O mejor, dame un ejemplo.

–Paz: Me pasa siempre. Ayer estuve con [mi amiga] María, y hablamos sobre qué hacer por la tarde. Ella propuso ir a una plaza donde tenemos amigos que fuman porros. Bueno, son amigos del hermano de María. Y yo nunca digo nada, me es igual. Vamos allí o a cualquier sitio, María me pregunta y yo no digo nada. Así que yo soy "Indecisa", está muy claro ¿no?

–Terapeuta: ¿En realidad tu querías ir allí?

–Paz: No

–Terapeuta: ¿Querías ir a otro sitio?

–Paz: Ayer tenía un poco de dinero y hubiese ido a comprar una camiseta que me gusta.

–Terapeuta: Entonces no eres "Indecisa"

–Paz (con gesto de mucho interés): ¿Por qué?

–*Terapeuta*: Indeciso quiere decir que dudas y no sabes decidir. Lo que a ti te pasa es que "no sabes decir" lo que has decidido, no expresas lo que realmente quieres o piensas.

–*Paz*: Tienes razón! decido en mi mente pero luego no lo digo, no me atrevo.

–*Terapeuta*: ¿Quizás tienes miedo?

–*Paz*: Sí, siempre tengo miedo a que pase algo, a que lo que yo digo no guste a los demás. No quiero que me vean como una rara o que pasen de mí y me dejen sola.–

–*Terapeuta*: Pues tenemos que buscar una palabra para eso, pero no es Indecisa. Tu sabes decidir, sabes lo que quieres en realidad, pero no lo dices.

–*Paz*: Entonces soy “IN-DECIDA”, o sea que NO-DICE

–*Terapeuta* (aplaudiendo divertida): ¡Genial! Es la palabra perfecta, y acabas de inventar una nueva palabra!

– Paz (levantando los brazos): ¡ La Paz Indecida!

Esta simple intervención incrementó el interés y el entusiasmo de Paz. De hecho, fue el punto de inflexión en cambiar la percepción de sí misma. Y desde un punto de vista terapéutico, fue un gran paso adelante: aprender a expresar lo que ella quería y lo que honestamente pensaba, así como enfrentar su miedo al rechazo. Estos resultaron ser objetivos terapéuticos saludables y alcanzables. Obviamente, todo este trabajo fue tremendamente significativo en el contexto de la historia de Paz. Habiendo sido abandonada, torturada y violada, Paz había experimentado una total negación y destrucción de su voluntad y su dignidad como ser humano. A medida que se permitía sentir complacida y atendida por la terapeuta, de horma natural comenzó a aumentar su participación en el proceso terapéutico. Las sesiones se volvieron altamente productivas, aunque la terapeuta nunca dejó de prestar mucha atención a cualquier signo de vulnerabilidad, pérdida de control o falta de seguridad de Paz.

Todos estos avances terapéuticos llevaron a otro punto de inflexión cuando la madre de Paz fue invitada a participar en la terapia. Antes de hacerlo, la terapeuta le preguntó a Paz si estaría de acuerdo en permitirle realizar algunas sesiones individuales con Soledad, su madre (ENGANCHE: *el terapeuta pregunta al cliente sobre su disposición para hacer algo en la terapia*). Paz estuvo de acuerdo y se realizaron algunas sesiones individuales a solas con Soledad. El siguiente paso de la terapeuta era interesarla en alguna de las preocupaciones de su madre, aquellas a las que Soledad le había dado permiso para compartir con su hija (sin romper la confidencialidad de la madre ni comprometer su Seguridad). Finalmente, después de un arduo trabajo para garantizar la seguridad y desarrollar fuertes conexiones emocionales con ambas por separado, la terapeuta culminó un tercer paso de gran importancia cualitativa: inició sesiones familiares conjuntas, que iban a ser intercaladas con sesiones individuales para cada una de ellas.

Sin embargo, desde el principio, la *Gran Muro* entre Paz y Soledad amenazó con romper las alianzas que el terapeuta había construido cuidadosamente con cada cliente por separado. Los sentimientos detrás de ese muro eran fáciles de entender. Aunque tanto la madre como la hija fueron abusadas por la misma persona, ambas se sintieron culpables. Soledad se

sintió culpable por no proteger a su hija, y por haber confiado en que su esposo trataría bien a Paz a pesar de lo que le había hecho a ella misma. Se martirizaba insistiendo en que había cometido un gran error al pensar que el respeto de su esposo por Paz evitaría que le hiciera daño. Por su parte, Paz se sintió culpable por no querer vivir con Soledad y por haberse quedado con su padre incluso después de presenciar el violento maltrato a su madre. Paz también se sintió culpable por haber rechazado a su madre, sabiendo que Soledad sufría mucho por este rechazo.

Buscando un pasadizo en ese Gran Muro, la terapeuta trabajó individualmente con Soledad para prepararla para las sesiones conjuntas, en particular para decidir qué podía hacer para mostrar su amor por Paz. El aspecto más difícil de este trabajo fue ayudar a Soledad a encontrar la manera de explicarle a Paz que no era posible que vivieran juntas. La terapeuta usó un “re-encuadre” para construir una perspectiva que no se asociase a culpabilidad. La clave era entender y aceptar que las limitaciones que les impedían vivir juntas como familia no eran incompatibles con su cariño mutuo.

Con Paz, el objetivo principal de la terapeuta era asegurar que las sesiones conjuntas se fuesen muy seguras y que cualquier conversación estresante se evitara o se detuviera a tiempo. Este es un extracto de una sesión individual orientada a consolidar la Seguridad de Paz:

–*Terapeuta*: ¿Qué preguntas te gustaría hacer a tu madre? ¿Hay algo que no te atrevas a preguntar o que tengas miedo a que le afecte negativamente?

–*Paz*: Quiero saber si le tiene miedo a mi padre.

–*Terapeuta*: ¿Te refieres a miedo ahora, en el presente, a pesar de que está en prisión? ¿O quieres decir si tuvo miedo antes, cuando vivía con él?

–*Paz*: Ella tenía miedo entonces ... yo también, todavía lo tengo ahora.

–*Terapeuta*: ¿Y crees que será bueno preguntarle eso? ¿Lo quieres preguntar tu? ¿O quieres que se lo pregunte yo en la sesión con las dos? (ENGANCHE: *pregunta por su disposición para hacer una tarea en la sesión*)

–*Paz*: No.

–*Terapeuta*: Bueno, entonces, no lo haremos. ¿Qué te gustaría que hagamos? (ENGANCHE: *pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión*)

–*Paz*: ¿Puedes decirle a ella que tengo una pregunta que me hago, pero no quiero hablar de eso?

–*Terapeuta*: Vale...entonces...en la sesión juntas le puedo decir a tu madre que te preguntas si ahora le tiene miedo a tu padre, pero también diré que simplemente quieres saber su respuesta, sin más. Y que luego hablarás conmigo a solas, en nuestra sesión individual, sobre lo que ella haya dicho ¿Te parece bien así?

–*Paz*: Sí, eso queda perfecto. ¿Crees que a ella le gustará?

–*Terapeuta*: Estoy segura de que irá bien, pero observaré con atención por si acaso no le gustase y tenemos que pasar a otra cosa.

Trabajar conjuntamente con dos víctimas, que se sienten culpables, tiende a evocar un terrible sufrimiento. Se necesita gran delicadeza para preservar un clima de Seguridad. En el transcurso de una sesión conjunta, ocurrió algo particularmente conmovedor cuando Soledad pudo verbalizar claramente lo que sentía por su hija: "amor y admiración". Paz pareció sorprendida de que su madre eligiera la palabra "admiración", tanto que la terapeuta preguntó: ¿Por qué 'admiración'? La respuesta de Soledad fue específica y muy sincera: explicó que admiraba a Paz por su fortaleza, por tener calificaciones aceptables en la escuela y por su capacidad de "superar" lo que había sufrido sin culpar a su madre.

A pesar de este progreso, Paz y Soledad todavía tuvieron grandes dificultades para comunicarse fuera de la terapia. En las sesiones conjuntas, cada una de ellas describió aspectos útiles de su trabajo individual respectivo. Paz, por ejemplo, le contó a su madre cuánto le estaba ayudando la música y cómo se sentía mejor cuando cantaba. También hablaron sobre yoga, que cada una de ellas hizo por separado. Sin embargo, tuvieron grandes dificultades para pasar tiempo juntas cómodamente. Cuando comenzaron a compartir las vacaciones y los fines de semana, sus conversaciones se centraron en cosas cotidianas y nada íntimas; nunca hablaron de forma espontánea sobre la posibilidad de volver a vivir juntas.

En la fase final del tratamiento, la terapeuta les preguntó a Paz y Soledad sobre su afecto mutuo, sobre expresarse cariño:

–*Terapeuta*: Me pregunto si ahora que pasáis más tiempo juntas ¿os resulta más fácil expresar afecto? Quiero decir, si es más fácil dar un abrazo a la otra o decirle cosas como "te quiero".

–*Soledad*: Creo que ambas sabemos que nos queremos pero no solemos mostrarlo. Reímos juntas, hacemos bromas y tenemos contacto, pero es raro que nos abracemos o que nos digamos cosas cariñosas.

–*Paz*: Bueno, no hay necesidad. Pero hay algo que las dos tenemos que decirte [a la terapeuta]. Cuando estamos juntas, no decimos cosas como "te quiero" o "te hecho de menos", hablamos de cosas más normales, como la escuela o compras que hemos hecho. Pero cuando no estamos juntas hablamos mucho por WhatsApp, y ahí es donde nos decimos cosas muy bonitas. A veces mi madre me hace llorar con sus mensajes tan cariñosos.

La barrera de comunicación entre madre e hija les llevó a una decisión difícil, ocurrió dos años después de que Paz comenzara la terapia. Madre e hija acordaron formalizar el proceso de acogimiento de Paz con los padres de su mejor amiga. Se decidió que este hogar de acogida satisfaría mejor las necesidades inmediatas de Paz, incluida la continuación de sus estudios con una beca que había ganado para avanzar en su formación musical.

Aunque en muchos sentidos esta decisión fue el resultado de un trabajo terapéutico exitoso, sin embargo, volvió a despertar un sentimiento de culpa tanto en la madre como en la hija. Para Paz, esta "recaída en la culpa" era más pronunciada, expresada a través de nuevos miedos y síntomas psicósomáticos. Cuando comenzó a valorar todo lo que había logrado, una situación familiar estable y el reconocimiento de sus habilidades y talento, y cuando descubrió

valorarse a sí misma y su cuerpo (cuidando su apariencia, reconociendo su atractivo, etc.), también comenzó a tener algunas reacciones fóbicas. Tenía miedo de viajar en coche o en autobús, se mareaba y tenía palpitaciones cuando estaba con amigos, y un temor irracional a la muerte.

El tratamiento se reanudó debido a esta "recaída", pero ahora Paz no experimentó ninguna dificultad para recrear una relación terapéutica sólida desde el primer minuto. Encontró fácilmente su lugar en la terapia y vio a la terapeuta como una persona segura en quien confiaba para que la ayudara respetando sus propias ideas sobre las soluciones a sus problemas. Paz incluso aceptó la ayuda y el consejo de Soledad, reconociéndola como alguien que también se había enfrentado a grandes dificultades y por lo tanto tenía algo valioso que ofrecerle.

Ideas Finales

Crear alianzas terapéuticas con supervivientes de maltrato es, sin duda, un gran desafío. Como describimos en este capítulo, la dificultad inicial con la que habitualmente nos encontramos en estos casos es que el menor maltratado no quiere o no se ve capaz de relacionarse con los demás. Esta dificultad ocurre, en diversos grados, en cualquiera que directa o indirectamente haya experimentado un trauma relacional. Por esta razón, entrar en una relación personal con un terapeuta tiende a ser amenazante, simplemente porque la oferta de ayuda, cuidado y confianza, evoca recuerdos dolorosos de relaciones fallidas anteriores.

La negación y la disociación son características de los niños altamente traumatizados. Estos mecanismos de defensa varían en intensidad en función de la magnitud del daño psicológico infligido al niño. En consecuencia, el desarrollo de una alianza terapéutica positiva en estos casos requiere una gran perseverancia.

La dimensión de Seguridad debe ser monitorizada cuidadosamente durante cada sesión, y en realidad durante cada minuto del proceso de tratamiento. Como se muestra en el caso de Paz y Soledad, la seguridad puede verse simultáneamente amenazada en diferentes niveles: inseguridades intra-psíquicas del cliente, inseguridades dentro de las relaciones personales y familiares del cliente, e inseguridades del cliente con la red profesional que concierne a la terapia. Al abordar cuidadosamente cada una de estas amenazas, a veces podemos facilitar el "milagro" que los propios niños hacen cambiando heroicamente su vida bajo nuestro cuidado.

Referencias

- Castonguay, L. y Hill, C. E. Eds. (2011). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M. y Levy, S. A. (2014). *Attachment Based Family Therapy for depressed adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Escudero, V. (2013) *Guía Práctica de la Intervención Familiar II. Intervención en contextos cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León.

- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances with couples and families: An empirically-informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association. [trad. cast.: *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Editorial Paidós, 2009]
- Flaskerud, J. H. (1990). Matching client and therapist ethnicity, language and gender: A review of research. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 321-336.
- Johnston, J. R. (1990). Role diffusion and role reversal: Structural variation in divorced families and children's functioning. *Family Relations*, 39, 405-413.
- Miller, A. (1981). *The drama of the gifted child*. New York, NY: Basic Books.
- Rivett, M. y Street, E. (2009) *Family Therapy: 100 key Techniques*. London: Routledge.
- Sheimberg, M. (1992) Navigating treatment impasses at the disclosure of incest: Combining ideas from feminism and social constructionism. *Family Process*, 31, 201-216.
- Sheinberg, M. y Fraenkel, P. (2001). *The relational trauma of incest: A family-based approach to treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Sheinberg, M., True, F., y Fraenkel, P. (1994). Treating the sexually abused child: A recursive, multimodal program. *Family Process*, 33, 263-276
- Sheimberg, M. y True, F (2008) Treating Family Relational Trauma: A Recursive Process Using a Decision Dialogue. *Family Process*, 47, 173-195.
- 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. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking. [trad. cast.: *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria, 2017]
- Walsh, F. (2017). *Strengthening family resilience*. (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press. [trad. cast. de la primera edición: *Resiliencia Familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004]