

Intervención terapéutica con víctimas

José Luis Gonzalo Marrodán

Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta por la FEAP

Quiero empezar dando las gracias a mis pacientes, sobre todo a los niños y niñas, porque ellos me han enseñado a ser mejor persona y psicoterapeuta. Las víctimas siempre nos dan una lección sobre la increíble capacidad para crecer y rehacerse desde los traumas y la adversidad.

También quiero testimoniar mi agradecimiento a mi profesora y colega Maryorie Dantagnan, del Instituto para la Investigación Acción sobre la Violencia y la Promoción de la Resiliencia (IFIV), en Barcelona, pues a ella debo mi formación y mucho de lo que en estas líneas se expone. Su modelo de intervención en Traumaterapia Infanto-juvenil sistémica es el que desarrollo en esta comunicación como el modelo idóneo al estar diseñado y adaptado al sufrimiento infantil.

Quiero proseguir esta comunicación invitándoos a que os pongáis en la piel de una persona menor de edad víctima de un tipo de abuso que puede ser devastador para su desarrollo, esto es, el abuso sexual, en el momento en el que es invitada a hacer una terapia psicológica. Una intensa neurocepción de terror e inseguridad pueden invadirle sin ser totalmente consciente de ello. **Neurocepción** es un término utilizado por Porges (2011) Dicho concepto es diferente del de percepción. En la percepción existe un componente de valoración cognitivo. La neurocepción en cambio son sensaciones y emociones que se experimentan por debajo del nivel de la conciencia y que se graban en la memoria implícita (un tipo de memoria inconsciente que registra emociones y sensaciones: olores, sabores, reacciones corporales...) y que transmiten el mensaje de que la expectativa prevista y la consecuencia que se va a dar con respecto a las personas con las que vas a estar es segura. (Ogden, 2016) Es una especie de palpito, de *feeling*, que siente el niño en su cuerpo y en su piel, de que esas personas le van a dar seguridad y cuidados empáticos.

Cuando un niño o niña llega a la consulta y se encuentra con un desconocido a solas en el espacio cerrado de una sala durante una hora, solos los dos, con el propósito de hablar

de lo que tengo apartado de mi mente porque su recuerdo me desregula, la neurocepción que pueden experimentar es de terror e inseguridad. Su cuerpo neurocepta registra el mensaje de que con el psicoterapeuta –aunque no sea así- está en peligro. Por eso, los niños pueden no querer venir o excusarse, bloquearse durante las sesiones y no decir nada, como si no estuvieran presentes (es una reacción de su sistema nervioso ante la neurocepción de peligro, algo no voluntario y que no debe confundirse con la actitud, esta es mucho más consciente) e incluso escaparse de la sala de la psicoterapia. La persona del psicoterapeuta –un adulto, solos los dos en una sala- puede evocarles el recuerdo inconsciente del abusador y la escenificación del abuso, y por consiguiente dispararse estas reacciones neuroceptivas defectuosas.

Así pues, por ello, mi profesora Maryorie Dantagnan (2014) siempre recuerda a los psicoterapeutas que hacer psicoterapia con un niño o joven víctima de abuso sexual es *“como invitarle a dar un paseo por un campo de minas de la mano de un desconocido”*

El primer aspecto que hemos de tener muy en cuenta como profesionales es esto último. Por ello, hemos de cuidar muy mucho y hemos de conseguir que la persona menor de edad a quien un adulto traicionó su confianza sea capaz de bajar las defensas neuroceptivas de terror e inseguridad por las de confianza, tranquilidad y seguridad en la persona de su psicoterapeuta. Y hablo de *persona* porque el profesional es una persona que debe de poseer unas cualidades –y tener muy bien elaborada su historia de vida y su historia de apego y vínculos afectivos con sus padres y familia- que harán que él o ella sea el principal instrumento de generación de cambios positivos y logro de restauración del bienestar en el niño o joven. El modelo de interacción con nuestro pequeño paciente ha de ser relacional, basado en una comunicación afectivamente resonante, donde mostremos receptividad empática y el niño o joven sientan que pueden *dejarse caer* porque vamos a responder como si fuéramos unos *brazos seguros* (afectivos, empáticos y contenedores de lo que surja) Una terapia analítica, interpretativa, interrogadora, basada en el uso de la palabra mediante la conversación vis a vis... es muy probable que esté abocada al fracaso.

Por ello, es requisito fundamental durante toda la psicoterapia:

- Ser capaz de generar confianza y seguridad en el menor de edad.
- Dejar bien claros los límites y normas de funcionamiento de la psicoterapia, ello le da predictibilidad al niño o joven.
- Asegurar que un adulto de la confianza del niño o joven les acompaña a las sesiones y les viene a recoger antes o después (con los jóvenes puede compartirse la conveniencia o no de esto, se les puede ofrecer)
- Explicar al niño qué vamos a hacer, en qué consisten las sesiones, cómo trabajamos, para qué va a venir, si está por voluntad propia, la estructura de las sesiones, lo que es confidencial o no (especialmente si la información relevante ha de trasladarse a un informe que irá al juzgado) y que nada haremos en la psicoterapia a la fuerza porque a él o ella bastante le han forzado ya en su vida. Respeto total por la persona del niño, las resistencias son normales y esperables en una psicoterapia de este tipo y su resolución –usando la empatía- un motor de avance durante el tratamiento.
- Recibir al niño o joven en una sala de psicoterapia infanto-juvenil, con materiales adecuados para que pueda expresarse con un lenguaje que le pueda ser apropiado, mediante técnicas adaptadas a su nivel de desarrollo y a los bloqueos verbales que los traumas psíquicos suelen conllevar. Son completamente inadecuados modelos de salas de adultos traspasados a los menores. En este sentido, apostamos por el modelo de sala de psicoterapia que puede verse en la fotografía, denominada *sala de los valientes*, con un mensaje metafórico de la consideración que tenemos del niño, como el héroe de una historia.
- Las sesiones deben estar basadas en una metodología semi-directiva, con un tiempo para que el menor de edad pueda expresarse mediante las técnicas que él elija (juego, juego con el cajón de arena, dibujo, títeres, arteterapia...) y otro tiempo en el cual el profesional elige qué tipo de trabajo realizar con el menor de edad. Tanto si este elige como si lo hace el profesional, el niño sabe que la psicoterapia es un espacio de trabajo, por lo que, pasada la fase de evaluación, ambos convendrán unas metas y objetivos psicoterapéuticos, que serán compartidos con el referente del niño o joven (adulto o adultos responsables de su cuidado y acompañamiento)



'Sala de los valientes' de Maryorie Dantagnan en el IFIV de Barcelona, su centro de psicoterapia y sede de formación de profesionales en el Modelo de Traumaterapia Infanto-juvenil sistémica.

Además de todos estos aspectos, fundamentales, cara a una psicoterapia, otros requisitos que neuroceptan seguridad (reducen la probabilidad de que el menor de edad reaccione con ansiedad, hiperexcitación, rabia, miedo, escape, agresividad; o con bloqueos, disociación o embotamiento afectivo) y que no debemos olvidar antes de prescribir este tipo de tratamiento son (Dantagnan, 2014):

Para hacer una psicoterapia un niño tiene que estar protegido. Hay muchas maneras de estar y sentirse protegido. Si un niño o joven no lo está no podrá llevar adelante una psicoterapia, porque se sentirá en peligro o inseguro y necesitará las defensas (ataque, lucha, huida, disociación...) para sobrevivir en el contexto

desprotector. La psicoterapia incide en reducir estas y en activar el sistema de conexión social (Porges, 2011), algo que no le será posible si se siente en peligro.

Debemos asegurarnos que:

El menor de edad disponga al menos de un cuidador que satisfaga sus necesidades y crea en él y en sus posibilidades. Nos hacemos bajo la influencia de otros. Un psicoterapeuta solo difícilmente podrá por si solo con una hora a la semana ayudar a sanar a un menor de edad si este no tiene cubiertas sus necesidades básicas.

No tenga contacto alguno con el abusador. Estar conviviendo con el agresor precisa de las defensas animales (ataque, lucha o huida, disociación) Si se consienten visitas o periodos de convivencia con el abusador estamos constantemente neuroceptando peligro al niño. Además de las consideraciones éticas o legales (interés superior del menor que no siempre es contemplado en un sistema judicial demasiado adultista) de estas medidas, la psicoterapia no será viable, se puede prever una intervención de otro tipo (por ejemplo, resiliencia, acompañamiento...) pero una psicoterapia *sensu estricto* no será recomendable y puede estar hasta contraindicada.

El contexto es muy importante que apoye y participe de la medida psicoterapéutica. No sólo el menor de edad debe de estar protegido y contar con un adulto –al menos uno- que le cuide y satisfaga sus necesidades, sino que dicho adulto y su contexto de referencia inmediato (personas seguras con las que conviva, tutor escolar, psiquiatra...) apoyen y se coordinen con el psicoterapeuta. En el modelo de psicoterapia que proponemos, el adulto que acompaña al niño debe de apoyar e implicarse en el proceso terapéutico. Su participación, tareas terapéuticas y trabajo junto con el profesional psicoterapeuta fuera de las sesiones se aprecia enormemente. Un menor de edad abusado necesita adultos sanos que sean capaces de ser personas que sintonicen con el niño, tengan la habilidad de regularle emocionalmente y darles seguridad y se muestren consistentes y coherentes con los límites y las normas. Adultos a cargo del niño o joven desregulados emocionalmente, inseguros, con un tipo de parentalidad desconectada y con muchas dificultades para

contener y ser firmes con el menor de edad tienen que hacer un trabajo en paralelo al niño con el mismo u otro profesional. Del mismo modo, la labor de coordinación multidisciplinar con otros profesionales que intervienen y conforman la red psicosocial del niño o joven es necesaria, pues nuestra visión es siempre sistémica.

Estamos de acuerdo con Maryorie Dantagnan, psicóloga, que una psicoterapia no debería de reemplazar el derecho del niño a ser protegido, que es su interés superior.

Los abusos sexuales pueden ser traumáticos

Cuando son perpetrados por una persona ajena a la familia, los recuerdos traumáticos se integran mejor en el cerebro/mente del niño o joven porque de un desconocido podrías llegar a esperar una agresión, lo cual no quiere decir, por supuesto, que un adulto abusador desconocido para el niño no deje secuelas. Lo que ocurre es que cuando el perpetrador es alguien vinculado afectivamente al niño hay una traición a su confianza.

Cuando el daño proviene de una figura con la que el niño tiene un vínculo de apego (progenitor), el abuso (el daño) se produce dentro de este vínculo. El vínculo de apego (Marrone y otros, 2001) es un tipo de vínculo específico que designa la estrecha unión afectiva que se genera entre el niño y su/s cuidador/es principales – usualmente los padres- desde el nacimiento y cuya función es la de proveer a aquel de una experiencia de regulación emocional y seguridad. El vínculo de apego garantiza la supervivencia de la especie, es imposible –en los casos de maltrato y abuso con figuras adultas que forman parte del universo afectivo del niño también hay un vínculo, otra cosa será el tipo, el cual será, probablemente, inseguro- no vincularse pues la premisa es *“apégate o muere”* Los seres humanos nacemos indefensos y prematuros, necesitamos completar nuestro neurodesarrollo –este, además, es muy prolongado en el tiempo, dura hasta los 25 años- fuera del útero materno. La relación de apego es fundamental a lo largo de toda la vida, pero especialmente entre los 0 y los 3 años, edades muy sensibles donde se construyen

los vínculos de seguridad y confianza en el mundo adulto. Además, en este periodo de la vida las estructuras neurobiológicas responsables de la regulación emocional están en desarrollo y son muy sensibles al impacto del entorno. Estas estructuras precisan de una figura de apego sensible, empática y que tenga total respeto por la autonomía segura del niño. Los buenos tratos que una figura de apego dispensa a un niño en forma de afecto, normas claras y coherentes, empatía, seguridad y confianza son necesarias porque orquestan el desarrollo y contribuyen al moldeado y adecuado desarrollo del cerebro/mente. (Barudy y Dantagnan, 2005; 2010) (Siegel, 2007) (Benito, 2015)

La calidad de nuestro sistema nervioso depende de la calidad de las personas con las que nos relacionamos. Si hay calidad en nuestras relaciones, hay calidad en nuestra organización cerebral y, por ende, en nuestra personalidad. Si ningún ser humano adulto está preparado para un maltrato o abuso, menos aún lo está un niño. Que la misma persona que -como niño e indefenso- de la que dependes para tu supervivencia, en la que confías, sea simultáneamente la que te daña, abusándote, es inasumible para la mente infantil. De aquí es donde proviene el trauma: la traición a la confianza. El vínculo que hasta entonces era seguro se desorganiza y el menor de edad activará en su relación con el adulto tanto el sistema de apego como de defensa. Desarrollará una parte que se apegará al agresor, pero vivirá otra totalmente opuesta que se defenderá y que a menudo disociará de su mente (mecanismo de supervivencia), puesto que ni luchar ni huir del abusador es posible. Una gran confusión –pues el niño no tiene un sistema cognitivo suficientemente desarrollado para entender y los abusadores suelen ser manipuladores- y alteraciones de atención y memoria y en el desarrollo de la conciencia del self (sí mismo) sucederán en ese menor, máxime si no se detecta el abuso ni tiene una figura adulta alternativa que se haga cargo y le proteja, y el secreto perdure durante años. La posibilidad de desarrollar una personalidad fragmentada con partes o aspectos del yo no integrados –las partes emocionales que contienen los recuerdos disociados de las experiencias de abuso- y síntomas postraumáticos y disociativos (otros yoes que toman el control del sujeto) es alta (Liotti,2006) (Steele y otros, 2008)

La intervención psicoterapéutica con menores víctimas de abuso sexual: el modelo de tres bloques de Traumaterapia infanto-juvenil sistémica de Barudy y Dantagnan

No a todos los menores los abusos les afectan por igual ni tienen las mismas necesidades. La afectación depende de muchos factores: familiares, la existencia de vinculación segura con otros adultos, tipo y duración del abuso, la relación con el abusador (más tóxica si existe un vínculo afectivo), la reacción del entorno familiar del niño o joven, el grado de apoyo que encuentre tras la detección, la edad madurativa...

La psicoterapia debe estar diseñada para atender a las necesidades, síntomas y áreas afectadas concretas de ese menor. Ha de estar adaptada a él y no a la inversa. Los profesionales a veces tratan de que el niño o joven encaje en su modelo de psicoterapia y no a la inversa. Esperan que el menor de edad *traiga* a la sesión aspectos a trabajar o pueda hablar de ello cuando no es así porque el trauma bloquea las palabras y hablar puede no aliviar nada sino al contrario, retraumatizar más. El paso por los juzgados y las declaraciones a las que se ven obligados a realizar también incide en la desregulación y en la retraumatización.

El modelo de tres bloques de Traumaterapia de Barudy y Dantagnan (2017)

Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan (2017) refieren que en su modelo de psicoterapia denominada Traumaterapia Infanto-juvenil sistémica, difundido través de un Diplomado, *“compartimos y enseñamos a profesionales de la infancia provenientes de comunidades de todo el Estado Español, así como de nuestro país de origen, Chile. Nuestra metodología terapéutica está basada en una lectura sistémica del sufrimiento infantil y en un paradigma integrador cuyos principales dominios son el apego, el trauma, el desarrollo, las competencias parentales y la resiliencia”*.

Los cuatro pilares básicos de la traumaterapia (Dantagnan, 2014)

1. La evaluación comprensiva. Es el *qué* trabajamos, qué aspectos del niño están afectados por los abusos y hemos de evaluar cuidadosamente con un instrumento elaborado por Maryorie Dantagnan llamado ***Pauta de Evaluación Comprensiva***, donde se consignan todos los apartados de dicha evaluación. Sin esta, realmente se dan palos de ciego, se hace una mala práctica y se aplican técnicas sin ton ni son. La evaluación permite establecer objetivos de trabajo en función de las áreas que están afectadas en el menor de edad como consecuencia del posible impacto traumático de los abusos. Hemos de tener *in mente* que muchos niños y niñas, además de abuso sexual, han podido sufrir abandono emocional –ausencia de un adulto que fuera sintónico y empático con el niño y a quien pudiera recurrir- maltrato y negligencia, esto es, los abusos sexuales se pueden dar en un contexto de una desprotección mayor.

2. Metodología coherente. Es *cómo* trabajamos. Es el camino y la manera (coherente con las teorías en las que se sustenta) de poder llegar a la consecución del *qué*, de los objetivos y metas que nos proponemos en función de los resultados y conclusiones resultantes de la evaluación comprensiva del menor.

3. La co-construcción de una relación terapéutica: Apego terapéutico. Como Maryorie Dantagnan expresa, es *con qué* trabajamos. La persona del terapeuta es el principal instrumento de reparación y cambio del niño o joven. Precisamente, al afectar el daño del abuso –como hemos afirmado en párrafos precedentes- a una de las áreas fundamentales como lo es el vínculo de apego, los menores pueden estar alterados en la manera en la que establecen y mantienen los vínculos afectivos posteriores, pues sus vivencias y representaciones mentales (cargadas de inseguridad, abandono; o temor, miedo, desconfianza, ambivalencia...) influyen en dichos vínculos. Las representaciones mentales de apego del niño, codificadas en su memoria implícita (inconsciente), van a interactuar con las representaciones mentales del terapeuta, también codificadas en esta memoria y ambos las *enactuarán* (escenificarán, corporalizarán...) en el aquí y ahora de la terapia (Wallin, 2012) Por eso un terapeuta debe de trabajar su persona y su historia de vida y

elaborarla. Trabajarla para poder conducir su propio apego a la seguridad y poder manejar adecuadamente estas relaciones de transferencia-contratransferencia, ayudando y favoreciendo con sus fortalezas personales, a la creación de un apego terapéutico en el niño, fundamental a lo largo de toda la psicoterapia y la base para que todo lo demás (objetivos, técnicas...) funcione y contribuya a reparar al niño de los daños en el apego.

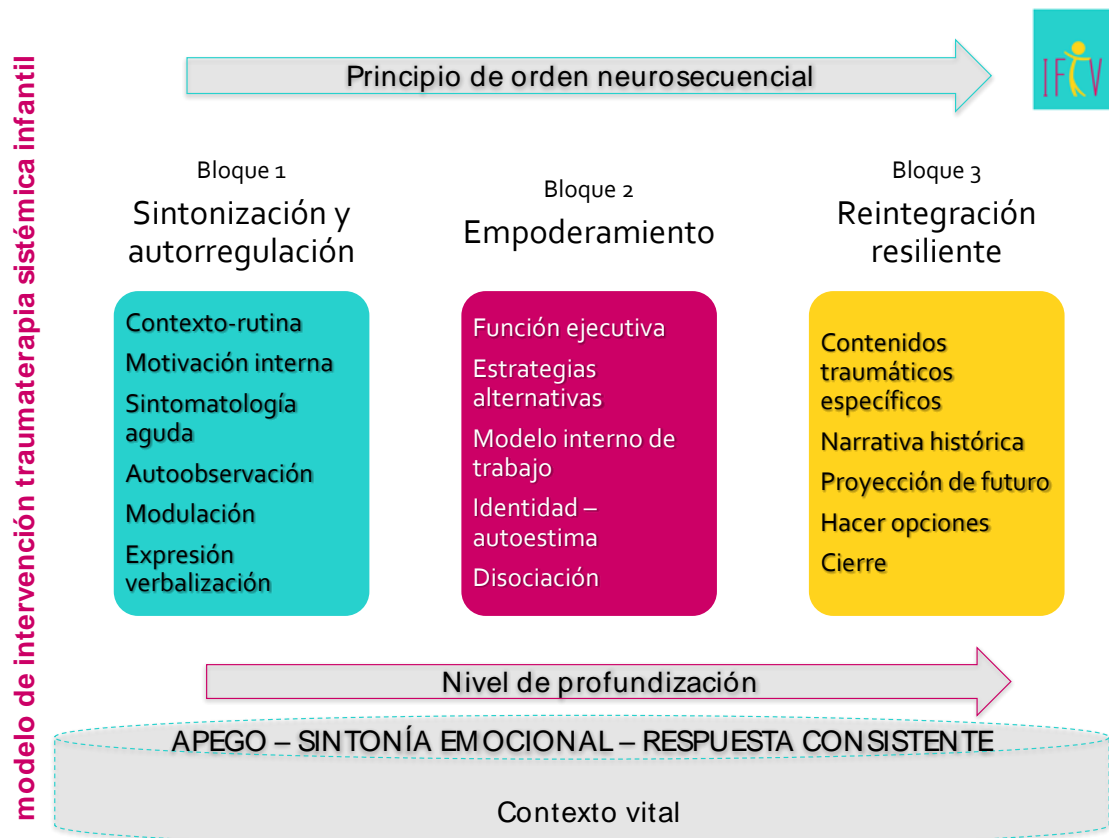
4. Apoyo y promoción de la resiliencia. Es el *para qué* trabajamos, como nos recuerda Maryorie Dantagnan (2014) Evidentemente, la finalidad es la consecución de la resiliencia secundaria. La resiliencia secundaria emerge en el niño gracias a los tutores de resiliencia (Cyrułnik, 2003) en los que nos podemos convertir explícita o implícitamente los psicoterapeutas.

Pero también el psicoterapeuta necesita trabajar (y el niño lo requiere para que pueda hacer un proceso de reconstrucción resiliente) con el referente del menor de edad (el o los adultos que se ocupan de su persona y le acompañan), los maestros, familiares significativos, educadores, monitores deportivos o de otras actividades... La resiliencia secundaria (Barudy y Dantagnan, 2005) son un conjunto de cualidades insospechadas que irán emergiendo en el niño o joven gracias a la disposición de recursos externos a lo largo de todo su desarrollo. No son rasgos, no son características estáticas, sino que están en constante proceso de cambio y evolución a lo largo de su desarrollo. Cualidades como el coraje, el orgullo, la perseverancia, el humor positivo, la experimentación creativa, los vínculos cada vez más sanos y positivos que va creando, los límites, las oportunidades de participación en la comunidad, el autocuidado, la toma de opciones más responsables, pedir ayuda, una regulación emocional cada vez más eficaz... son manifestaciones de que la resiliencia, el para qué, emerge.

La evaluación comprende la valoración del niño, del cuidador y del contexto. Maryorie Dantagnan basándose en sus años de experiencia y trabajo con niños y menores con trauma complejo, y recogiendo los aportes de la neurobiología interpersonal, incluye estos tres elementos porque son inseparables y se

interinfluyen unos con otros. "No podemos entender nada si lo aislamos de su entorno" El principio budista de que el todo contiene a las partes, y a la inversa (las partes forman un todo en estrecha comunicación) es llevado a su máxima expresión por Maryorie Dantagnan. Sería una psicoterapia negligente la que dejara fuera de la valoración y la intervención al cuidador o referente del niño, así como la que prescindiera de la influencia (y transacciones entre menor / ambiente) del contexto. Muchas veces este último (hemos aprendido con Maryorie Dantagnan) influye y hasta condiciona poderosamente la psicoterapia y su proceso.

Los tres bloques de intervención (Dantagnan, 2014, 2017)



© Barudy y Dantagnan, 2017. Reproducido con permiso.

Bloque I

Conscientes de que los menores de edad víctimas de los traumas provocados por los abusos sexuales presentan déficits en esta área, en este primer bloque nos

centramos en trabajar los siguientes aspectos (los que se encuentren afectados tras la evaluación):

Estabilizar las rutinas en el menor de edad.

Potenciar los elementos del contexto que permiten la vinculación positiva, la contención y la regulación.

Tratamiento de la sintomatología aguda que el menor pueda presentar con las técnicas adecuadas e, incluso, con tratamiento farmacológico si es preciso (interconsulta con psiquiatría)

Desarrollar las habilidades de auto-observación del menor de edad para que aprenda a conocer sus estados internos y los disparadores que en las distintas situaciones los gatillan.

Proporcionar psicoeducación sobre los efectos del trauma en el cerebro. Del mismo modo, es necesario proporcionar psicoeducación sobre sexualidad y vínculos afectivos sanos.

Desarrollar habilidades de expresión y modulación adecuada de las emociones.

Bloque II

Una de las nefastas consecuencias del trauma de abuso sexual suele ser la sensación de vulnerabilidad, de indefensión y sensación de amenaza permanente que acompaña a la persona. **Por ello, los autores expertos en trauma hablan de *devolver a la víctima el poder perdido*.**

Específicamente:

Que el menor de edad vaya siendo protagonista de su propio proceso de terapia, de tal manera que el trabajo terapéutico es co-dirigido.

Hacer consciente al menor de edad de su propio modelo interno de trabajo (representaciones mentales que pueden contener rasgos del abusador) y trabajar con los contenidos del mismo tratando de modificar estas representaciones.

Tratamiento de las partes o *estados del yo* disociados.

Tratamiento de la identidad y la autoestima del menor de edad.

En este bloque se utilizan también técnicas diversas expresamente diseñadas para trabajar estos contenidos. La técnica de la caja de arena es idónea para el tratamiento de las víctimas de abuso sexual porque permite acceder al trauma desde lo no-verbal y de un modo lúdico y metafórico que ofrece la distancia suficiente para que recordar no sea una fuente de sufrimiento adicional.



Caja de arena elaborada por una menor abusada de 12 años: la muerte viene a llevarse a los niños al matadero, mientras las que viven en casa no lo ven.

Bloque III

Es el bloque de tratamiento más delicado y de gran profundización, en el que más apoyo requiere el menor de edad del psicoterapeuta -y de la red- para poder tener suficiente coraje y valentía para hacer este trabajo.

Específicamente:

Desarrollo de una narrativa histórica con el menor de edad.

Tratamiento de los contenidos traumáticos específicos del abuso.

Proyección de futuro.

Opciones y consecuencias.

Cierre de las sesiones. Éste se planifica con tiempo y se trabaja específicamente pues la despedida y la separación en una psicoterapia vincular se cuida especialmente.

En este bloque se utilizan también técnicas diversas expresamente diseñadas para trabajar estos contenidos.

Respecto a la caja de arena que hemos mencionado, en este bloque esta se revela también como un potente instrumento terapéutico que favorece que el menor de edad pueda expresar sin tanto dolor y de una manera segura, procesando la experiencia (desde los tres modos: intelectual, corporal y emocional) con niveles moderadamente altos de ansiedad y activación, los contenidos traumáticos específicos y la elaboración de historias de vida.

Solamente terminar esta comunicación sensibilizando a todos y todas de la enorme importancia que tiene creer a las víctimas de abuso sexual (los casos en los que la víctima se lo inventa o son falsos recuerdos son escasos) y estar dispuestos a escuchar, sentir y conectar con lo que nos transmitan y no imaginar cómo pudo ser.

REFERENCIAS

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2017) *Prólogo*. En Gonzalo, J.L. y Benito, R. (2017) *La armonía relacional. Aplicaciones de la caja de arena a la traumaterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Benito, R. (2015) *Neurobiología del trauma*. Powerpoint presentado en el Postgrado en traumaterapia infantil sistémica de Barudy y Dantagnan. San Sebastián: Documento no publicado.

Cyrulnik, B. (2003) *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.

Dantagnan, M. (2014) *La trauma-terapia sistémica aplicada a los niños, niñas y adolescentes afectados por traumas. Un modelo basado en los buenos tratos y la promoción de la resiliencia*. Powerpoint presentado en el marco del Diplomado en trauma terapia infantil sistémica. Bilbao: Documento no publicado.

Marrone, M.; Diamond, N. (2001) *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Barcelona: Psimática.

Ogden, P.; Fisher, J. (2016) *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Liotti, G. (2006) A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (4), 55-73.

Porges, S.W. (2011) *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation*. New York: W.W. Norton & Company.

Siegel, D. J. (2007) *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Steele, K., Nijenhuis, E. y Van der Hart, O. (2008) *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Wallin, D. (2012) *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

XXXVII Cursos de Verano de la UPV

Intervención terapéutica con víctimas

José Luis Gonzalo Marrodán

Psicólogo clínico y psicoterapeuta





Terror e inseguridad

- ▶ “Hacer terapia para un niño traumatizado es como invitarle a dar un paseo por un campo de minas de la mano de un desconocido”
(Maryorie Dantagnan)



Proteger a los niños

- ▶ Para hacer una terapia un niño tiene que estar protegido:
 - ▶ Al menos disponga de un cuidador que satisfaga sus necesidades y crea en él y en sus posibilidades.
 - ▶ No tenga contacto alguno con el abusador.
 - ▶ Judicialmente pueda declarar sin tener que verse con el perpetrador (cuidar a los menores a este nivel)
- ▶ El contexto es muy importante que apoye la medida terapéutica.
- ▶ Una terapia no debería de reemplazar el derecho del niño a ser protegido, que es su interés superior.



Los abusos sexuales pueden ser traumáticos

- ▶ Cuando son perpetrados por una persona ajena a la familia, se integra mejor porque de un desconocido podrías llegar a esperar una agresión.
- ▶ Cuando el daño proviene de una figura con la que el niño tiene un vínculo de apego (progenitor/a), el abuso (el daño) se produce dentro de este vínculo.
- ▶ La misma persona de la que dependes para tu supervivencia es a la par la que te daña.
 - ▶ Puede desorganizar el vínculo de apego.
 - ▶ Es inasumible para la mente infantil, con lo cual es posible que el niño disocie una parte de sí mismo apartándola de la conciencia = parte emocional contiene el dolor.
 - ▶ La traición a la confianza.

Terapia I

- ▶ No a todos los menores los abusos les afectan por igual. Depende de muchos factores (familiares, tipo y duración del abuso, relación con el abusador, reacción del entorno, grado de apoyo que encuentre tras la revelación, edad...)
- ▶ La terapia debe estar diseñada para atender a las necesidades y síntomas concretos de ese menor.
- ▶ Afianzar una seguridad.
 - ▶ Establecimiento de un apego terapéutico.
 - ▶ Cualidades del terapeuta: receptividad empática, estabilidad emocional, predecibilidad y conexión emocional. Capaz de generar confianza.
 - ▶ Sexo terapeuta: del mismo sexo normalmente mejor, pero hay excepciones.
 - ▶ “Sentirse seguro para dejarse caer”
 - ▶ Un terapeuta empático
 - ▶ Un terapeuta capaz de contener el dolor, que transmita su capacidad para contener lo que surja.
- ▶ Creer los relatos de los niños y validar su experiencia interna: la culpa.
 - ▶ Proceso de reconstrucción víctimas: culpable – víctima – superviviente - viviente



Terapia II

- ▶ Modelo de terapia adaptado al sufrimiento infantil.
- ▶ Una sala de terapia acorde con las necesidades de los niños y adolescentes.
- ▶ Un programa como la traumaterapia infanto-juvenil sistémica de Barudy y Dantagnan.

Fase de evaluación: La evaluación comprensiva

3 focos de atención



1. En el niño/a

- Evaluación del niño “ecobiográfica” de su funcionamiento y desarrollo.
- Recursos y habilidades



2. En el/la cuidador/a

- Competencias parentales: aspectos de la parentalidad que necesitan ser revisados, reforzados y/o modificados (Crianza terapéutica)
- Parte activa del proceso terapéutico



3. En el contexto:

- Qué factores dificultan, amplifican o mantienen un determinado funcionamiento en el niño/a o impiden su desarrollo.

Ejes de la evaluación en el niño/a



Traumaterapia sistémica infantil

Evaluación
comprensiva.

La construcción
de una relación
terapéutica.

Buena
práctica

Una metodología
coherente.

Apoyo y
promoción de la
resiliencia.

**MODELO DE INTERVENCIÓN
EN PSICOTRAUMATISMO INFANTIL**

Contenido en orden neurosecuencial

Bloque 1
SINTONIZACIÓN Y
AUTOREGULACIÓN

Bloque 2
EMPODERAMIENTO

Bloque 3
REINTEGRACIÓN
RESILIENTE

Nivel de profundización

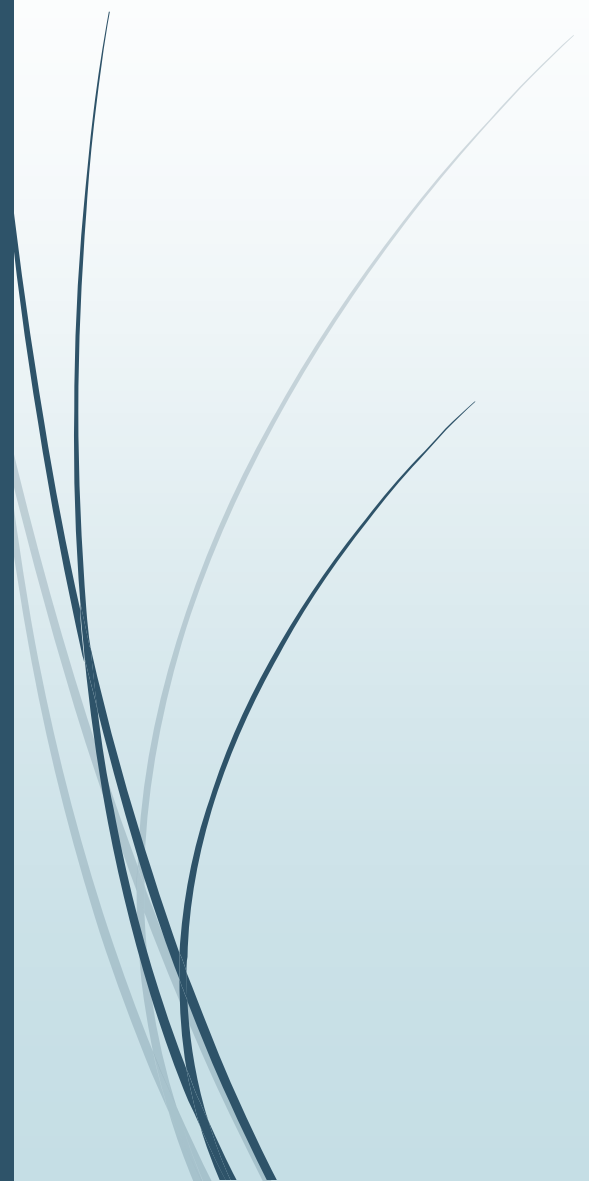
APEGO – SINTONÍA EMOCIONAL- RESPUESTA CONSISTENTE

CONTEXTO VITAL



Bloque I

- ▶ Promovemos el tratamiento de la desregulación emocional que el trauma del abuso sexual puede generar en la persona.
- ▶ Atendemos a la sintomatología y a los posibles cuadros o trastornos presentes (depresión, ansiedad, estrés postraumático)
- ▶ Establecemos una vinculación segura y sólida con el niño: confianza.
 - ▶ El niño o adolescente nos pondrá a prueba y hemos de pasar esa prueba.
- ▶ Trabajo con los coterapeutas (padres o cuidadores)



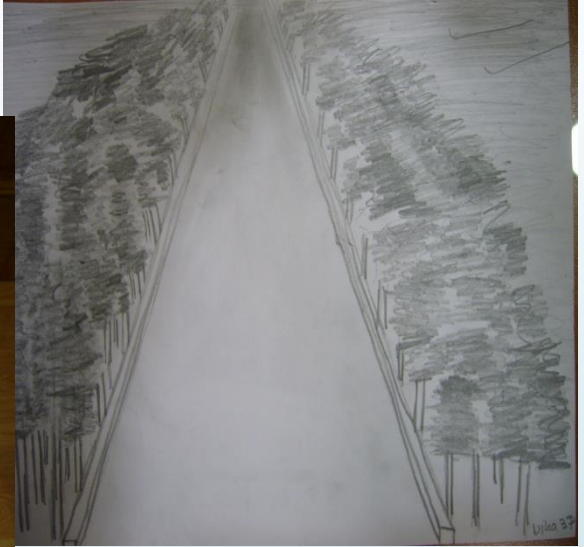
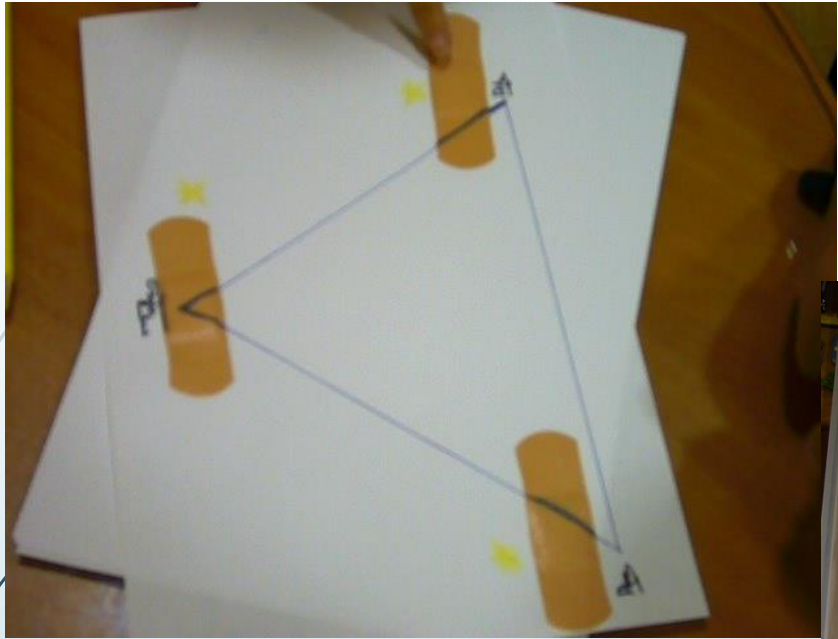
Bloque II

- ▶ Empoderamos al niño o adolescente frente al abuso:
 - ▶ Dotándole de recursos psicológicos.
 - ▶ Afianzando la relación con las figuras significativas de su entorno.
 - ▶ Trabajando las respuestas de lucha / huida / bloqueo / disociación.
 - ▶ Mejorando la función ejecutiva.
 - ▶ Trabajando la autoestima del niño o adolescente.
 - ▶ Psicoeducación sexual y aprender a protegerse.
 - ▶ Cómo se representa lo sucedido y de qué soy responsable y de qué no soy responsable (no de los abusos)
 - ▶ Trabajar para verse como víctima.
- ▶ Trabajo con los coterapeutas (padres o cuidadores)



Bloque III

- ▶ No todos los niños o adolescentes pueden llegar aquí.
- ▶ Reintegración resiliente:
 - ▶ Trabajamos los contenidos traumáticos para reintegrarlos en la biografía del menor (los contenidos están fragmentados en la memoria: por un lado lo verbal; por otro los componentes sensoriales y emocionales de la experiencia traumática que deben integrarse en un todo)
 - ▶ Utilizar técnicas que favorezcan el reprocesamiento (caja de arena, EMDR) que implican al cuerpo. La cura verbal sin implicar el nivel sensorio-motriz puede que no sane del todo.
 - ▶ La elaboración del relato reintegrador, resiliente, con una visión y un cambio de mirada: los hechos ya pasaron, estoy a salvo, empatía y promover la dignidad.
 - ▶ Cartas terapéuticas.
 - ▶ Trabajo con los coterapeutas (padres o cuidadores del menor)
- ▶ La resiliencia es posible, crecer y rehacerse desde el trauma, pero para ello es imprescindible que los adultos que rodean al niño le apoyen afectivamente. El cerebro tiene los recursos internos para sana pero hacen falta adultos facilitadores.

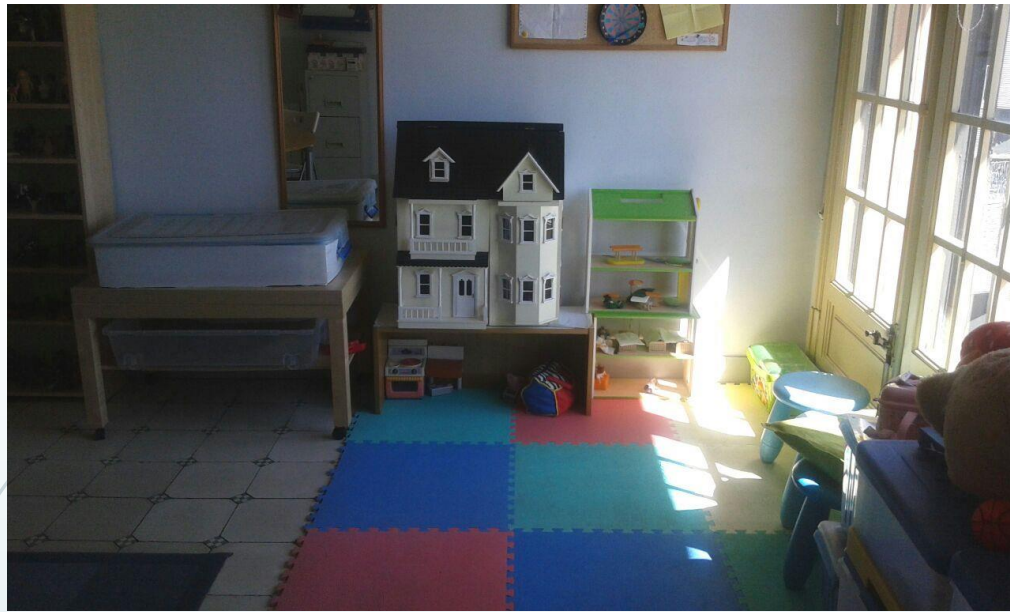


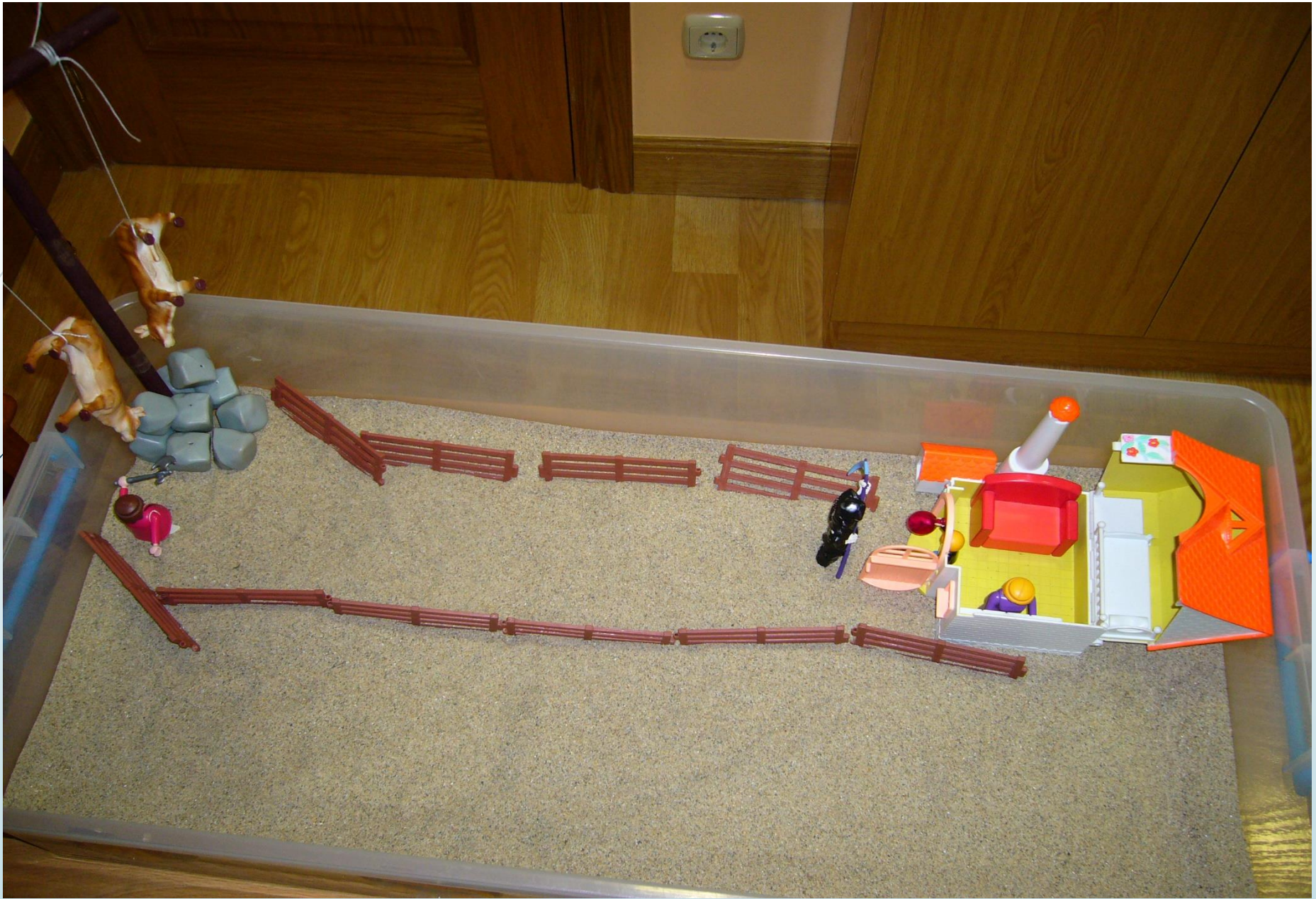














PHIL KLAY

Veterano de guerra

- ▶ “Si atribuimos a los traumas el carácter de un fetiche incommunicable, los supervivientes quedan atrapados, no se les permite sentir que conocen la verdad”.
- ▶ “No supone una muestra de respeto decirle a alguien: ‘No puedo ni imaginarme por lo que has pasado’.
- ▶ “Hay que escuchar la historia de estas personas y tratar de imaginar lo que es vivirla por difícil o incómodo que resulte”.



Si no se trabaja, el trauma no tiene noción de estar en el pasado.

Pervive en el tiempo.

Sientes que es presente, que está sucediendo

Las memorias emocionales son atemporales.

No se borra, se integra.

- ▶ https://www.youtube.com/watch?v=pwZET_O2m5s&t=24s
- ▶ Hay modos de “recordar”: acciones, sensaciones inexplicables (corporalizaciones) y enactuaciones.
- ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=QUUFb-1hBtw>

Referencias

- Se ha trabajado con:

- Dantagnan, M. (2018) *Postgrado en traumaterapia infanto-juvenil sistémica*. Documento no publicado.
- Benito, R. y Gonzalo, J.L. (2017) *La armonía relacional. Aplicaciones de la caja de arena a la traumaterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ogden, P. (2016) *Psicoterapia sensorio-motriz. Intervenciones desde el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Wallin, D. (2012) *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.