

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL TRABAJO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS NIÑOS CRÓNICAMENTE TRAUMATIZADOS

José Luis Gonzalo Marrodán*

RESUMEN

Se propone que la relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida del niño crónicamente traumatizado están estrechamente asociados. El segundo sólo se puede acometer en psicoterapia cuando la primera está sólidamente construida. Planteamos tres conceptos que han de estar presentes en la psicoterapia para construir la relación y ayudar al niño a desarrollar un apego seguro: el apego terapéutico, la relación sintonizada resonante con el terapeuta y el diálogo mentalizador reflexivo. Finalmente, se postula que la narrativa co-construida con el niño sobre su historia de vida, a menudo fragmentada, facilita la integración del trauma en su mente, ofreciendo sugerencias sobre cómo hacer esta tarea con el niño en psicoterapia.

Palabras clave: apego terapéutico, sintonizar, resonar, función reflexiva, integración.

* Psicólogo-psicoterapeuta. Práctica privada. San Sebastián-Donostia. Homologado por la Diputación Foral de Guipúzcoa para la realización de tratamiento psicológico a menores en situación de desprotección en los Programas Forales de Intervención Familiar Gizalan y Osatu. E-mail: joseluis@jose-luisgonzalo.com

ABSTRACT**THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP AND THE RECONSTRUCTION WORK OF THE LIFE HISTORY IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF CHRONICALLY TRAUMATISED CHILDREN**

It is proposed that the therapeutic relationship and the work of the life history of the chronically traumatized child are closely linked. The latter can only be attempted in psychotherapy when the former is solidly built. We consider three concepts which should be present in psychotherapy in order to build a relationship and help the child develop a strong attachment: the therapeutic attachment; the synchronised resounding relationship with the therapist and the reflexive mental preparation dialogue. Finally, it stands that the co-constructed narrative with the child about their life history, often fragmented, aids the integration of the trauma in their mind, offering suggestions on how to perform this task with the child in psychotherapy.

Key words: therapeutic attachment, synchronize, resound, reflexive use, integration.

INTRODUCCIÓN

Ambos conceptos (“relación terapéutica” y “reconstrucción de la historia de vida del niño”) son tan fundamentales en el tratamiento psicoterapéutico de los niños/as crónicamente traumatizados (como consecuencia de biografías en las que ha estado presente de manera prolongada el abandono, el maltrato o el abuso sexual) como inseparables. Utilizando una metáfora gastronómica, diríamos que forman un maridaje perfecto. El primero precede a la segunda, y aquél (el trabajo de reconstrucción de historia de vida) es imposible de acometer en psicoterapia si la relación terapéutica con el niño no está sólidamente construida.

En este artículo proponemos, en primer lugar, tres conceptos que el psicoterapeuta debe utilizar, dentro de su repertorio de habilidades, en la psicoterapia con el niño/a que ha padecido trauma crónico (Barudy y Dantagnan, 2005; Siegel, 2007; Steele, Nijenhuis y Van der Hart, 2008; Ziegler, 2002) pues son

los que pueden contribuir a la reparación del daño emocional (Gonzalo, 2009) que usualmente estos niños/as suelen presentar en mayor o menor medida, sobre todo si el mismo se ha producido en una etapa evolutiva en la que el neurodesarrollo es muy sensible (0 – 3 años).

A continuación, expondré por qué estimo importante incluir como objetivo psicoterapéutico, de una manera explícita, el trabajo de reconstrucción de la historia de vida con el niño que ha padecido trauma crónico a lo largo de diferentes etapas del desarrollo.

Finalmente, desde la propia experiencia en el tratamiento de los niños con trauma crónico, sugeriré cuáles son los aspectos a tener en cuenta antes de realizar el objetivo de la reconstrucción de la historia de vida y con que técnicas puede hacerse.

LOS TRES COMPONENTES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL NIÑO TRAUMATIZADO

Los tres componentes son tres conceptos: apego terapéutico, la relación sintonizada resonante con el terapeuta y el diálogo mentalizador reflexivo, y en la literatura científica vienen propuestos por el autor Daniel Siegel (Siegel, 2007).

Los tres aluden a patrones de relación y de comunicación entre los cuidadores y el niño/a, los cuales han estado insuficientemente presentes en la biografía del menor que ha padecido trauma crónico o se han establecido de una manera perturbadora y dañina para la mente del niño/a. Es por ello, como se verá más adelante, que el psicoterapeuta debe incluir estos aspectos en la psicoterapia porque construyen una adecuada relación con el niño/a (a menudo los patrones relacionales de los menores con trauma crónico suelen ser desadaptados y, en consecuencia, desde la relación terapéutica deben tratarse para que avancen hacia patrones más adaptados), contribuyen a reparar el daño emocional sufrido o parte del mismo y sientan las bases de seguridad y confianza para poder abordar otros objetivos terapéuticos (en particular, la reconstrucción de la historia de vida del niño/a).

El apego terapéutico

El primer concepto, el apego terapéutico, se fundamenta en la teoría del apego y sus trastornos (Bowlby, 1998a; 1998b; 2004; Barudy y Dantagnan, 2005; Fonagy, 2004; Siegel, 2007; Rygaard, 2008).

Los niños/as que han padecido trauma crónico presentan altas probabilidades de desarrollar un trastorno del apego. El apego remite a la memoria del individuo que recuerda, implícita y/o explícitamente, cómo le cuidaron las principales figuras afectivas de referencia. Y esa representación mental o memoria de trabajo interna (Bowlby, 2004) influirá sobre cómo el niño/a percibirá y sentirá a los demás y el mundo que le rodea. De igual modo, el papel de los cuidadores estables es fundamental para el ulterior desarrollo del bebé ya que sus pautas de cuidados afectivos y físicos óptimos juegan un rol crucial para la auto-organización mental y la regulación de las emociones (Siegel, 2007).

Los tres tipos de apego disfuncionales que el niño/a que ha padecido trauma crónico puede desarrollar son los siguientes: el apego inseguro evitativo; el apego inseguro ansioso-ambivalente y el apego desorganizado (Barudy y Dantagnan, 2005; Siegel, 2007).

En el apego inseguro evitativo el niño/a ha presentado numerosas interacciones con cuidadores emocionalmente indisponibles, no perceptivos a las necesidades de ayuda de sus hijos e inefectivos para satisfacer dichas necesidades (Siegel, 2007) En unas interacciones continuadas así, el niño/a maximiza una estrategia para adaptarse que minimiza la búsqueda de proximidad con los cuidadores.

Las implicaciones para la psicoterapia de un/a niño/a con un perfil evitativo son, sobre todo, que éste/a va a temer la posibilidad de conectar emocionalmente. Hay un miedo profundo a una relación íntima tras la estrategia adaptativa de la evitación, y la psicoterapia lo es. Además, usualmente, este tipo de niños niegan tener problemas o dificultades relacionales (“Yo no siento miedo”; “todo va bien, no tengo ningún problema”; “en mi familia todo va bien”). No suelen querer acudir a la psicoterapia y si lo hacen es forzosamente o para tratar

asuntos instrumentales (mejorar la lectura, mejorar el rendimiento escolar...), manteniéndose distantes y como si su vida fuera un desierto emocional.

En el apego inseguro ansioso-ambivalente los cuidadores del niño/a no han sido hábiles para saber cuándo aproximarse y comunicar en sintonía con aquél/lla y cuándo retirarse porque el bebé necesita un periodo de introversión. Los cuidadores han presentado numerosas interacciones con el bebé caracterizadas por intrusiones en los que han invadido al infante con sus propios estados emocionales negativos. De este modo, los cuidadores se tornan inconstantes y cambiantes en sus emociones e impredecibles en sus actos. Pueden introducir secuencias en las cuales ignoran las necesidades del bebé.

A diferencia del patrón de apego anterior, un apego ambivalente fuerza al niño a estar más preocupado por su propia angustia y a maximizar la atención hacia la imprevisible relación de apego (Barudy y Dantagnan, 2005).

Las implicaciones para la relación terapéutica son que el niño/a va a traer un patrón conductual que busca la proximidad ansiosa con el profesional y un miedo profundo a no ser lo suficientemente amado y valorado por el terapeuta. A diferencia del evitativo, este niño se implica en la conexión emocional y puede trabajar en psicoterapia de acuerdo al plan de tratamiento perfilado. Pero sus afectos hacia el terapeuta oscilan en la ambivalencia: el terapeuta puede ser idealizado (el mejor del mundo cuando satisface su ilusión de ser cuidado) pero pasar a la devaluación (el peor cuando el niño/a se siente frustrado por cualquier motivo con el profesional).

Y, finalmente, en el apego desorganizado, la mayor paradoja que el niño/a ha vivido en la relación con los cuidadores es que éstos se convierten en los causantes del dolor físico y psíquico, pero el niño/a no puede escapar de ellos. Se quedan a su merced, por lo que en muchas ocasiones pueden quedarse en estado de trance, como “congelados”. Esta suerte de disociación aparecerá en el futuro. La vivencia de estos niños/a, lo que caracteriza la vida psíquica de estos niños/as con padres cuyo estilo parental es violento, desconcertante, temible e impredecible, es una vivencia de terror, impotencia y falta ab-

solita de control sobre lo que le ocurre (Barudy y Dantagnan, 2005).

Los niños/as con apego desorganizado contienen en su manifestación externa elementos de otros apegos inseguros (ambivalente y evitativo), sólo que no son capaces de organizar sus relaciones en una estrategia coherente y organizada. Su mente ha sufrido disrupciones y no puede organizarse coherentemente, a la par que las vivencias de terror le conducen a maximizar estrategias controladoras y dominadoras pues es el modo de defenderse del miedo y desconfianza hacia el adulto. Las conductas disruptivas son fruto de las disrupciones de mente provocadas por progenitores hostiles y violentos, a las cuales les suele acompañar una intensa desregulación emocional (Gonzalo, 2009; Siegel, 2007).

En la psicoterapia con el niño desorganizado, el psicoterapeuta debe mostrarse amable y suave pero seguro en sus comunicaciones verbales y no-verbales. El estilo terapéutico más adecuado es semi-directivo, priorizando en primer lugar la organización y seguridad del niño mediante la estructuración física del espacio de la psicoterapia y a través de la estructuración temporal (días, horarios, duración sesión, timbre que indica la finalización de la hora de terapia...) y de la estructuración metodológica (dividir la sesión en dos partes: una más directiva, otra no-directiva aunque dejando claro lo que hay que respetar: a la persona y objetos de la terapia) (Barudy y Dantagnan, 2005; Gonzalo, 2009).

Lo que el niño/a siente ante el terapeuta es pavor que trata de manejar mediante estrategias controladoras. Probablemente, tratará de dominar y controlar a la figura del terapeuta, pues su mente está inundada de experiencias dañinas. Este control ha resultado adaptativo para su supervivencia. Dicha estrategia controladora ha de manejarse con amabilidad pero con firmeza, de tal manera que el niño aprenda que cediendo el control no será dañado. Esto puede llevar tiempo y se hace en el contexto de una relación terapéutica que le ofrezca seguridad.

En consecuencia, ante los niños/as con sus capacidades relacionales afectadas, cuyo patrón de apego puede manifestarse en el ámbito de la psicoterapia a través de la desco-

nexión, la aproximación, la disrupción o una mezcla incoherente de todas, en suma, con niños con apegos disfuncionales o trastorno de apego provocado por el trauma crónico, es necesario conducirles hacia formas de apego más seguras como actuación psicoterapéutica prioritaria, ayudándole a aprender, desde el propio modelo del terapeuta, patrones de relación adaptados nuevos, tratando de que las estrategias más desadaptadas disminuyan en su aparición. De este modo, el apego terapéutico es, para el niño/a, una manera de poder vivir una experiencia de apego nueva, sana y constructiva, aunque teniendo en cuenta que es imposible dar al niño lo mismo de lo que ha carecido, hay que evitar la omnipotencia del terapeuta. No obstante, el cerebro muestra su plasticidad toda la vida y siempre es posible obtener beneficios y ganancias terapéuticas (Véase Blakemore y Frith, 2007).

En la relación terapéutica, el niño va a aprender a tolerar estados emocionales intensamente desregulados (una de las nefastas herencias de los apegos disfuncionales es la afectación al sistema de regulación bioconductual de la persona). La permanencia externa del terapeuta reemplaza el déficit en la permanencia del objeto del niño/a, sobre todo en los casos más graves, hasta que el menor vaya siendo capaz de estabilizar sus emociones, deseos, intenciones... en sí mismo y en los demás (Rygaard, 2008). También vamos a ayudar al niño/a a reflexionar (con técnicas verbales o no-verbales, en función de las posibilidades del menor para hablar o no) acerca de dónde provienen esos estados desregulados, de su naturaleza. Y, finalmente, facilitaremos el que haga más eficientes los estados internos, enseñándole a canalizarlos adecuadamente a través del aprendizaje de nuevas estrategias relacionales y habilidades mentales (Steele, Nijenhuis y Van der Hart, 2008).

La relación sintonizada resonante con el terapeuta

Una manera de regular al niño, dentro de un apego terapéutico, es poseer la habilidad de saber sintonizar con él. Esto nos remite al segundo componente que vamos a proponer para su inclusión en el tratamiento psicoterapéutico, y que en la literatura científica viene propuesto por Daniel Siegel (Siegel, 2007).

Llevando a la psicoterapia este concepto, “sintonizar” quiere decir alinear el estado emocional del terapeuta con el del niño/a, de tal forma que conectemos cuando se sienta preparado para la conexión emocional y desconectemos o nos retiramos cuando el niño/a necesite porque lo vive como una invasión. Muchos fracasos terapéuticos y resistencias suceden porque los profesionales no somos capaces de adecuarnos al *patrón de danza relacional* del menor, si se nos permite la expresión.

Lo que ha caracterizado un apego seguro vivido con alta probabilidad por un niño/a que ha tenido cuidadores competentes y estables, es el alineamiento de los estados mentales del cuidador con los del bebé, de una manera prolongada y *suficientemente buena*, parafraseando a Winnicott (Winnicott, 2006). Es, como hemos dicho, como una *danza* en la cual el cuidador sintoniza, por ejemplo, reflejando la emoción, pero no manteniendo interacciones comunicativas cuando el niño/a las sienta incómodas o invasivas, o retirándose cuando el cuidador perciba que el niño/a las siente así. Esto es, un cuidador sensiblemente perceptivo a los estados internos del niño/a (Siegel, 2007).

Son conexiones del hemisferio derecho del adulto cuidador con el hemisferio derecho del niño/a (Siegel, 2007), pues éste es dominante en los tres primeros años de vida del periodo crucial en el establecimiento del apego (Siegel, 2007) Fallos graves en este proceso de vinculación con un cuidador durante esta etapa suelen traer como consecuencia un mayor deterioro de las futuras competencias emocionales, sociales y cognitivas del niño/a y, probablemente, del futuro adulto. En esta etapa se construye la capacidad de atribuir a los demás intenciones estables, esto es, la permanencia de objeto. Si no se lleva a cabo una relación de apego sintonizada (ni, como veremos posteriormente, un diálogo mentalizador con el niño/a) con el bebé es muy probable que presente trastorno del apego sobre todo si ha habido malos tratos, abandono, abuso... de manera prolongada (no hay si quiera un apego de base o éste se es paradójico, dependiendo de si la intensidad del daño emocional sucede durante el primer o segundo año de vida) (Rygaard, 2008).

Por lo tanto, si el niño/a ha padecido trauma crónico y ha carecido de manera prolongada de la experiencia de un apego seguro, es muy probable, como decimos, que presente un apego inseguro de tipo evitativo, ansioso-ambivalente o desorganizado. En los casos de trauma crónico, el patrón de apego que aparece de manera más frecuente es el desorganizado. En función de que el niño/a manifieste uno u otro, la manera en que el terapeuta puede contribuir desde el espacio terapéutico a que el niño/a camine hacia un apego más seguro es sintonizando con su patrón alineándose con el mismo.

Por ejemplo, con un perfil evitativo el terapeuta será habilidoso para sintonizar delicadamente debido el temor del niño a la conexión emocional. La conexión emocional se construirá gradualmente respetando la tolerancia del niño/a.

“Resonar” quiere decir que el terapeuta recoge las emociones del niño y le comunica que las siente. Hace sentirse sentido al niño/a que ha carecido de esta vivencia de manera extensa y adecuada en el tiempo ante la ausencia de vinculaciones seguras. En los vínculos de apego seguros, recordamos la experiencia de haber sido sentidos por alguien, un cuidador, durante un tiempo prolongado. Y ello es lo que nos ha proporcionado un sentido de nosotros mismos, de *self* (Siegel, 2007).

¿Qué le permite todo esto a un niño/a que ha padecido trauma crónico y que comienza una psicoterapia? Entre otras cosas, sentirse seguro e ir rompiendo y modificando el esquema mental de que la terapia es un lugar peligroso. Porque aunque racionalmente sabe que no es peligroso, su mente, fijada en *posición de supervivencia* (Ziegler, 2002), recuerda que es así, a través de la memoria implícita (memoria de sensaciones, olores, sonidos, estímulos visuales...). Y sentirse comprendido y ayudado sobre todo por alguien que, al fin, le reconoce el derecho a sentir rabia legítima por el daño que ha sufrido, algo que todo terapeuta debe de reconocer a su paciente víctima de malos tratos y/o traumatizado (Barudy y Dantagnan, 2005).

De este modo, sentamos las bases fundamentales para establecer una alianza terapéutica, mostrándose el niño/a motivado y confiado para comenzar a trabajar sus miedos, problemas, preocupaciones, sentimientos, conductas...

El diálogo mentalizador reflexivo

Durante el primer año de vida el niño/a comienza a percibir la intención en otra persona, usualmente su cuidador o cuidadores. La mente dispone de la habilidad para detectar que otra persona tiene una mente con un foco de atención, con una intención y un estado emocional (Siegel, 2007).

En definitiva, el niño adquiere el concepto de mentes de los demás. También se denomina teoría de la mente (Fonagy, 2004).

Los estudios neurológicos han comprobado que el hemisferio izquierdo es analítico, interpretador de los datos, pero carece de la capacidad de situar su significado en un contexto. El hemisferio derecho cumple esta función y es el llamado hemisferio mentalizador: capta las mentes de los otros y se conecta con las mismas como si de una red *wifi* se tratara, pudiéndose hablar de un *wifi neuronal* (Goleman, 2006). El hemisferio derecho, tiene, como decimos, en cuenta el contexto que rodea los datos analíticos para otorgarles su justo sentido y también la información de los componentes no-verbales de la comunicación (gestos, entonación...). Necesitamos, para una óptima adaptación ambiental, que los dos funcionen íntegramente. Sólo así podemos optar a una mente integrada y coherente (Siegel, 2007).

¿Qué ocurre cuando las experiencias son adversas, esto es, cuando el niño/a ha vivido de una manera continuada e intensa en el tiempo el abandono, la negligencia o el terror de unos padres violentos, por ejemplo? ¿Puede deteriorarse esta capacidad de mentalización?

Si las experiencias han sido muy sobrecargantes para el niño/a, se postula que se produce en el cerebro el bloqueo de las fibras del cuerpo calloso (órgano que conecta la información que transita entre los dos hemisferios cerebrales). Este es un mecanismo que bloquea la mentalización, haciendo que el niño no sintonice con el adulto como forma de adaptación (Siegel, 2007).

Las implicaciones para la psicoterapia con el niño traumatizado son varias. En primer lugar, puede interpretarse como

aparición de la resistencia de un niño/a a abordar un determinado contenido, cuando en realidad el menor no es capaz de conectar con el mismo ni con el terapeuta porque la función reflexiva se ha anulado como forma de adaptación mental y no como mecanismo de defensa. Para desbloquear esta función, hay que ofrecer, como veremos, medios seguros de expresión que no retraumatizen.

En segundo lugar, antes de empezar a implementar cualquier técnica de tratamiento psicoterapéutico para la consecución de diversos objetivos que nos hemos planteado con el niño/a, al menos con los menores que han sufrido trauma crónico, ha de evaluarse en qué medida está bloqueada y afectada la habilidad para la mentalización. Y comenzar, por lo tanto, a ayudar al niño/a a desarrollarla, prioritario a cualquier otra intervención técnica. De lo contrario, las intenciones positivas del niño/a hacia la psicoterapia se desvanecerán pronto, sucediendo de momento a momento, sin estabilidad. En tercer lugar, con este trabajo previo, prepararemos al niño/a para otros objetivos terapéuticos ulteriores.

Ya nos hemos referido a la imprescindible tarea psicoeducativa de que el adulto cuidador (normalmente los padres, pero no siempre) haya resonado emocionalmente al niño/a a lo largo de su desarrollo, pero especialmente entre los 0 y los 3 años, estimulando (sincrónicamente con su estado emocional) el hemisferio derecho mediante juegos, actividades lúdicas, interacciones afectuosas, verbalizaciones reflexivas... Por ejemplo, algunos niños/as institucionalizados en casas de acogida que han sufrido numerosas carencias físicas (desnutrición...) y afectivas (ausencia de estimulación emocional, etc.) y/o han vivido muchas interacciones hostiles o violentas, y/o han padecido amenazas continuas para su integridad física y/o psíquica, suelen presentarse ante el psicoterapeuta, incluso pasado tiempo después de los sucesos traumáticos, de una manera que impacta: escasa manifestación de conductas no-verbales, baja energía, tono emocional bajo... Se ha producido, probablemente, una escasa maduración del hemisferio derecho en este tipo de niños/as. Y el hemisferio derecho presenta una maduración dependiente de la experiencia (Siegel, 2007).

Cómo activar la función reflexiva en el niño/a

- Conectarnos emocionalmente cuando el niño/a se vaya mostrando dispuesto y confiado, respetar su nivel de tolerancia a la intimidad emocional y hacerlo gradualmente (apegos evitativos)
- Aceptar fundamentalmente al niño/a: su persona es siempre aceptada por el terapeuta (y así se lo explicita al niño/a) pero su conducta (si daña al terapeuta o a sí mismo) no es aceptada. Con el niño/a con apego desorganizado (usualmente disruptivo, que puede manifestar *acting out* incluso en la consulta) esto debe de verbalizarse claramente: "En este espacio no nos hacemos daño", por ejemplo.
- Realizar previamente a cualquier otra intervención terapéutica, una fase inicial de psicoeducación emocional, teniendo en cuenta que la mayoría de los niños/as con trauma crónico no han podido experimentar las emociones adecuadamente y no saben regularlas. Pueden situarse en una fase de desarrollo que no coincide con la edad cronológica. Tal y como sostiene Rygaard (Rygaard, 2008), la edad del niño con trastorno del apego hay que dividirla por 2, por 3 o por 4. Pueden estar en la fase entre los dos y los tres años en la cual la excitación emocional no es regulada por el lenguaje con suficiente eficacia, con lo cual pasan al acto con facilidad. Por lo tanto, juegos y actividades que impliquen el aprendizaje de las emociones son necesarios, aportando el psicoterapeuta el etiquetaje verbal de las mismas. También se puede realizar una psicoterapia de juego en la línea que propone Janet West (West, 2000) donde el terapeuta, jugando con el niño/a, refleja y amplifica las emociones y conductas del niño. Todo esto se postula que potencia la función reflexiva y así lo he podido comprobar en mi práctica clínica con los niños/as que han sufrido trauma crónico.
- Las técnicas de arteterapia (dibujo, plástica...) son una manera adecuada de favorecer la función reflexiva, además de que ofrecen al niño/a la posibilidad de trabajar sus problemas emocionales desde un *tercer elemento*, resultando así ser unas técnicas que no retraumatizan. El niño/a también aprende con ellas a atribuir intenciones, emociones, deseos...

a los personajes de los dibujos o a las creaciones artísticas. Actualmente, se está experimentando un auge de las técnicas de arteterapia en el tratamiento de los traumas. (Véase, por ejemplo, Malchiodi, 1998; López y Martínez, 2006).

- La técnica de la caja de arena, según la usa terapéuticamente Eliana Gil (Gil, 1991) es también una técnica que favorece la función reflexiva. Es una técnica muy útil cuando las personas no pueden hablar porque las palabras no están disponibles a consecuencia de un trauma y facilita la integración de lo disociado (ese mecanismo adaptativo que padecen las personas traumatizadas para hacer frente a una realidad que ha puesto en riesgo la integridad física y psíquica de la persona, distanciándose o separándose de recuerdos, percepciones, sensaciones... dolientes).

El uso de un *tercer o terceros elementos* (unos símbolos: muñecos, árboles...) constataría que esta técnica estimula la función reflexiva: El niño desbloquea la mentalización y va siendo capaz de depositar sus emociones, deseos, fantasía, temores... en un universo seguro (dentro de un espacio terapéutico que también debe ser seguro) que es un contenedor de la propia psique, pero vistos desde otros (los símbolos). De ahí que proceda lo de la teoría de la mente. Y por eso funciona como técnica, pues el menor percibe un suceso desde otras referencias, ayudándole a la comprensión de sus estados internos. Los muñecos, los árboles, las casas, los objetos, los seres no humanos... son las palabras; la escenificación en una caja de arena, es la gramática.

La consigna que se le da a la persona es atractiva de por sí: "Crea un mundo imaginario" o "Cuenta una historia" El niño/a coloca los elementos en la caja de arena (árboles, muñecos, piedras...) como desea. No hay reglas predeterminadas. El terapeuta actúa como un yo auxiliar que acompaña el proceso en todo momento. Después, cuando se termina, se observa el escenario desde distintos ángulos. Finalmente, se comenta y se habla del mundo, de los personajes, de lo que ocurre... siguiendo las preguntas y la guía del terapeuta. Se cuenta o se comenta si se quiere, no es imprescindible. Se termina fotografiándolo, pues después se recoge.

EL TRABAJO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA DEL NIÑO

s historias de vida de los niños/as que han padecido trauma crónico suelen acompañarse de un epíteto que solemos utilizar los profesionales que trabajamos, desde distintos ámbitos, en la protección a la infancia: dureza. El niño/a que presenta un apego inseguro, evitativo, ansioso-ambivalente o desorganizado como consecuencia del trauma del abandono, de los malos tratos y/o el abuso sexual está en una situación de vulnerabilidad.

En el marco terapéutico nos encontramos con niños/as traumatizados que se caracterizan por presentar narrativas de su vida incongruentes, fragmentadas y con un flujo restringido de información (Siegel, 2007). A menudo eluden hablar de ello por el profundo sentimiento de terror y desgarramiento interno que les invade. O presentan una incapacidad para la verbalización por diversas causas (retrasos del desarrollo, el trauma bloquea el lenguaje verbal...). También es posible que el impacto de los traumas se haya producido entre los 0 y los 2 años, edad en la cual la memoria que predomina es la implícita y no exista una memoria de los hechos. Entonces, se postula que el menor recuerda sin tener la sensación de que está recordando cuando actúa el trauma (Siegel, 2007).

Es conocido que una narración da sentido y orden a la mente. Necesitamos de las narraciones para organizar nuestras mentes y llegar a comprender y aceptar nuestras vivencias.

Cuando incluimos el objetivo en la terapia de ayudar al niño/a a construir una narrativa que dé sentido a sus duras vivencias debemos hacerlo desde la convicción de que vamos a ayudar a integrar los recuerdos de sentimientos, vivencias y pensamientos que permanecen apartados o disociados. Son como partes emocionales escindidas de una parte de la personalidad aparentemente normal (Steele, Nijenhuis y Van der Hart, 2008).

Una narrativa co-construida con el terapeuta ayuda a la integración de la mente haciendo que ésta se torne más coherente. Entonces, los patrones de mente del niño/a, y de su

conducta, se vuelven más flexibles, que son los propios de un apego seguro (Siegel, 2007).

La integración es, pues, un reto y un objetivo ineludible de la psicoterapia para el niño/a crónicamente traumatizado. Puede incluso marcar la trayectoria de los futuros jóvenes y adultos hacia la resiliencia o hacia la vulnerabilidad y la probabilidad alta de aparición de trastornos mentales (Barudy y Dantagnan, 2005).

El trabajo terapéutico de construcción de historia de vida con el niño/a se acomete en las fases finales de la terapia, cuando ya existe un apego terapéutico y cuando el niño/a se ha sentido *sentido* por el terapeuta a través de los procesos de sintonización, resonancia y mentalización que hemos descrito. También es necesario subrayar que este trabajo se lleva cabo con los niños/as que tienen cubiertas las necesidades básicas, viven en un entorno protegido y no están sometidos a estrés o vaivenes como el *síndrome del peloteo* al que Jorge Barudy se refiere. Una muestra de este síndrome lo tenemos en el menor tutelado por la administración que circula de la familia de origen al centro de acogida, y de éste a la familia de acogida. Y si fracasa el acogimiento porque administrativamente no se evaluó adecuadamente la viabilidad del mismo, de nuevo al centro de acogida. Y de aquí quizá se plantee, de nuevo, el regreso a la familia de origen aún a sabiendas de que no es posible... Pero el niño/a escucha que quizá vuelva a su casa y se siente, como muy bien metaforiza Jorge Barudy, como una pelota, (Barudy y Dantagnan, 2005). Esta es la realidad con la que nos enfrentamos muchos profesionales en nuestro trabajo en el ámbito de la protección a la infancia.

En estos casos, la psicoterapia está contraindicada. Pues trata de actuar sobre conductas y síntomas que el niño/a necesita para su propia supervivencia. Es más adecuado proponer una *tutorización de resiliencia*, tal y como sugieren Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan, psicoterapeutas que llevan muchos años trabajando con los niños/as víctimas de traumatismos provocados por los malos tratos. (Barudy y Dantagnan, 2005).

La demanda de tratamiento psicoterapéutico debe ser, pues, analizada cuidadosamente por el profesional atendiendo

al análisis del contexto del niño y sobre todo a que sus necesidades y derechos básicos estén satisfechos.

Muchas veces, la psicoterapia no es la medida de tratamiento o atención que un menor precisa y hemos de plantearnos su conveniencia (véase también Soriano Sala, 2009).

Algunos aspectos a tener en cuenta al abordar el trabajo de reconstrucción de historia de vida del niño

- Comprende y así se lo hace saber al niño/a, que es una empresa difícil y dolorosa, pero que le ayudará a comprender lo que le ha pasado y que a la larga se sentirá mejor, más regulado emocionalmente. El niño/a siente que el terapeuta no tiene miedo a trabajar su historia, por lo que nuestra propia contratransferencia debe ser analizada. Los niños/as traumatizados generan una amalgama muy intensa de emociones en el terapeuta: pena, angustia, miedo... y éste ha de ser consciente de ellas.
- Le brinda todo su apoyo para recogerle emocionalmente, a la par que se muestra seguro para empezar y continuar el trabajo de elaboración de la historia de vida.
- Elige, juntamente con el niño/a, el momento más adecuado para hacer este trabajo, aunque no lo empezará hasta que exista confianza hacia el terapeuta.
- El terapeuta tiene fe en este trabajo y así se lo verbaliza y hace sentir al niño/a.
- El terapeuta echa mano de colaboradores (familiares, educadores...) si es preciso y conveniente para esta tarea.
- El terapeuta avisa a la red social del niño/a que va a comenzar esta narrativa elaboradora y pide que se le contenga y apoye emocionalmente. También pide a la red social que sea cálida pero firme para que el niño continúe.
- El terapeuta no trabaja historias de vida y ayuda a aportar narrativas si el niño/a no está protegido.
- El terapeuta trabaja la narrativa con técnicas que no retraumatizan y que se adapten al nivel de organización psíquica y de desarrollo del niño/a.

- El terapeuta primero indaga y explora qué sabe el niño de su historia, qué narrativa se ha construido y cuánto de componente de fantasías, deseos... hay.
- Técnicas adecuadas para trabajar (también permite hacer una valoración) la historia de vida son: (1) El álbum de historia de vida. Los niños/as que han padecido trauma temprano, que no han vivido con su familia biológica o han tenido diferentes lugares de vida, pueden llegar a tener una representación fragmentada de su historia y así mismo de su identidad, de esta manera, llega a ser más difícil tomar consciencia de su historia personal y familiar y asociarla a sus dificultades presentes. Con el álbum de vida, los niños/as pueden conectar con su historia, organizar sus ideas, sus recuerdos y construir una narrativa coherente e integrada que les permite desarrollar una identidad y personalidad integrada. Se trataría de organizar un álbum que incluya fotografías, textos, recuerdos, fechas, dibujos..., estableciendo una línea del tiempo. El terapeuta ayudaría, a partir de esta creación, al niño/a a estructurar el álbum, introduciendo una narrativa de su historia y apoyándole para afrontar los momentos más dolorosos. (2) El juego enfocado (West, 2000) Permite que el niño/a, a través de personajes, pueda jugar, con la labor facilitadora del terapeuta (West, 2000), una historia que sea similar a la que al niño le haya acontecido, introduciéndose una narrativa elaboradora. Es un procedimiento seguro y no retraumatizante. (3) La caja de arena también permite el trabajo de historia de vida. (4) Y, finalmente, la creación de una narrativa a través de cuentos e historias similares a las que el niño ha vivido.

BIBLIOGRAFÍA

- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- BLAKEMORE, S.J. y FRITH, U. (2007). *Cómo aprende el cerebro. Las claves para la educación*. Barcelona: Ariel.
- BOWLBY, J. (1998a). *El apego y la pérdida 1. El apego*. Barcelona: Paidós.

- BOWLBY, J. (1998b). *El apego y la pérdida 2. La separación*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (2004). *El apego y la pérdida 3. La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- FONAGY, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS.
- GIL, E. (1991). *The healing power of play: Working with abuse children*. New York: The Guilford Press.
- GOLEMAN, D. (2006). *Inteligencia social. La nueva ciencia de las relaciones humanas*. Barcelona: Kairós.
- GONZALO, J. L. (2009). *Guía para el apoyo educativo en el ámbito escolar para niños con problemas de aprendizaje y conductuales severos como consecuencia de un trastorno del apego*. Edición digital: Librosenred.com.
- LÓPEZ, M. y MARTÍNEZ, N. *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- MALCHIODI, C. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: The Guilford Press.
- RYGAARD, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- SIEGEL, D. (2007). *La mente en desarrollo: cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- SORIANO, A. (2009). La psicoterapia en el proceso de transición hacia la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 47, 35-50.
- STEELE, K., NIJENHUIS, E. y VAN DER HART, O. (2008). *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- WEST, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.
- WINNICOTT, D. W. (2006). *Obras escogidas I*. Barcelona: RBA Editores-Biblioteca de Psicoanálisis.
- ZIEGLER, D. (2002). *Traumatic experience and the brain*. Phoenix: Arizona Acacia Publishing.