

Little Red: práctica clínica y visión integradora en un caso de trauma complejo con acento en lo vincular

Little Red: clinical practice and integrative vision in a complex trauma case with an emphasis on the relationship

Marcela Lockett Destri

Miembro de Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica
Miembro de la Asociación EMDR España

Resumen

A la hora de intervenir con mujeres con historias traumáticas, entre ellas la violencia de género ejercida por pareja o expareja desde las primeras relaciones en la adolescencia, es necesario reflexionar sobre la práctica clínica y la necesidad de una visión teórica e instrumental compleja e integradora. Un punto de partida se haya en el concepto de estrés posttraumático complejo o trastorno de estrés extremo, DESNOS (*disorders of extreme stress not otherwise specified*), para entender lo que les ocurre a las mujeres y evitar caer en el uso de etiquetas psicopatológicas, haciendo énfasis en las consecuencias que genera en la subjetividad la exposición al trauma desde cortas edades y su reiteración en situaciones de desprotección. La teoría de la disociación estructural ha ayudado a poder entender qué sucede en la sesión, cuando quedamos perplejos y sentimos que “no es mi paciente la que viene hoy”. En este trabajo se hará énfasis en el relato del proceso terapéutico, el vínculo que se establece con la paciente, único y particular, en función de sus modelos operativos de apego y el resonar en la subjetividad del terapeuta desde lo contratransferencial. El objetivo radica en potenciar los recursos yoicos de las mujeres, sus aspectos resilientes, en la medida que los mismos las han ayudado a ser supervivientes del trauma. Se busca transmitir a quienes inician el recorrido como psicoterapeutas la complejidad del encuentro, en especial los casos en donde las politraumatizaciones han teñido la vida de las mujeres.

Palabras clave: Trauma complejo, Trastorno de estrés extremo (DESNOS), Teoría de la disociación estructural, Apego desorganizado; Violencia de género en la adolescencia

Abstract

At the time of dealing with women with traumatic stories, among other, gender violence made by partner or ex-partner, from the first

relationships in adolescence, is necessary to think about the clinical practice and the need of a theoretical, complex and integrating instrumental vision. A starting point is found in the concept of post traumatic complex stress or extreme stress disorder, DESNOS to understand what happens to women, and to avoid using psychopathological terms, focusing on the consequences made in subjectivity by the trauma exposure at an early age and the reiteration in situations of vulnerability. The theory of structural dissociation has helped to understand what happens in session, when we are astonished and we feel that “she is not my patient today”. In this report I will emphasize in the fact of the therapeutic process, and the link between the patient, particular and unique, depending on the affection operative models and the subjectivity of the therapist from countertransference. The objective is to enhance the personal resources in women, their resilient aspects, in the way they have helped to overcome the trauma. I would like to transmit to those who begin the way as psychotherapist, the complexity of the meeting, especially in the cases when the polytraumatizations have negatively affected women lives.

Keywords: Complex trauma, Extreme stress disorder (DESNOS), Theory of structural dissociation, Disorganized attachment, Gender Violence in adolescence

Marco teórico

Herman (2004) plantea la tendencia en los profesionales de la salud mental a intentar hacer encajar un diagnóstico psicopatológico en las víctimas, (los mismos han ido variando en la historia de la investigación psicológica desde masoquismo, trastorno *bordeline*, desorden de somatización y personalidad múltiple) en lugar de hacer foco en el origen, en las historias infantiles de entornos abusivos sufridas por las mismas y en el grave daño psicológico que el abuso crónico perpetrado por vínculos cercanos puede provocar. La autora lo relaciona con la tendencia social a juzgar a la víctima, a poner en tela de juicio su discurso y su conducta.

El uso del diagnóstico de trastorno de estrés post traumático (TEPT), asimismo, es considerado de carácter limitado, al no explicar el trauma reiterado y repetitivo que sufren las víctimas. Algunos autores (Herman, 2004; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005) han remarcado que los síntomas del TEPT solo son adecuados para describir las consecuencias de eventos traumáticos aislados, pero dicho diagnóstico excluye la mayoría de las características que son consecuencia del maltrato y negligencia tempranos, graves y crónicos. En 1992, Herman propone un concepto superador: el *trauma complejo*.

Van der Kolk, et al. (2005) han propuesto una nueva categoría para el DSMV: los trastornos de estrés extremo (*disorders of extreme stress not otherwise specified*, o DESNOS). Estos autores han organizado los síntomas en siete categorías: desregulación de (a) afectos e impulsos, (b) atención o consciencia, (c) autopercepción, (d) percepción del perpetrador, (e) relación con los demás, (f) somatización y (g) sistemas de significado (ver Tabla 1). Según refieren Van der Kolk et al. (2005), en pacientes traumatizados con historia de maltrato temprano y DESNOS, la principal prioridad radica en el tratamiento

de problemas como la falta de regulación emocional, la disociación y los problemas interpersonales, porque estos tienen mayor repercusión funcional que los síntomas de TEPT simple.

Tabla 1

Trastorno de Estrés Extremo (DESNOS)	
Subcategorías	
I – Alteración en la regulación de emociones e impulsos	Regulación emocional Modulación de la ira Conductas autodestructivas Preocupaciones suicidas Dificultad para implicarse en relaciones sexuales Correr riesgos excesivos
II – Alteraciones de la atención o de la conciencia	Amnesia Episodios transitorios de disociación y despersonalización
III – Somatización	Sistema digestivo Dolor crónico Síntomas cardiopulmonares Síntomas conversivos Síntomas sexuales
IV – Alteraciones en la autopercepción	Sentimiento de ineficiencia Sensación de daño permanente Culpa y responsabilidad Vergüenza Nadie puede entenderme Minimización
V – Alteración en la percepción del perpetrador	Adopción de creencias distorsionadas Idealización del perpetrador Preocupación por hacer daño al perpetrador
VI – Alteración en las relaciones con los demás	Incapacidad para confiar Re- victimización Victimización de otros
VII – Alteración en los sistemas de significado	Desesperación y desesperanza Pérdida de creencias previamente arraigadas

La importancia del sistema de apego

Si se parte de la construcción del sujeto en relación, se conoce la importancia del sistema de apego en la medida en que propicia el vínculo adulto-niño necesario para la supervivencia del recién nacido, dependiente de un otro, y permite la regulación de los estados emocionales del mismo. Se entiende que,

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada, o enferma, se siente aliviada en los consuelos y cuidados. (Bowlby, 1988, p. 40).

Se sabe que no nacemos con la posibilidad de regular autónomamente nuestras emociones: necesitamos de un otro que las interprete, entone afectivamente, produciendo la sensación de calma y de regulación de dichos estados. Al respecto:

En estados de activación incontrolable, el infante irá a buscar la proximidad física con el cuidador con la esperanza de ser calmado y de recobrar su homeostasis. La conducta del infante hacia el final del primer año es intencional y aparentemente basada en expectativas específicas. Sus experiencias pasadas con el cuidador/a son incorporadas en sus sistemas representacionales a los cuales Bowlby (1973) denominó “modelos de trabajo internos”. Por lo tanto, el sistema de apego es un sistema regulador bio-social homeostático abierto. (Fonagy, 1999).

En el caso clínico que se denomina en este trabajo bajo el nombre “Little Red”, existe una historia infantil caracterizada por un apego inseguro en relación a los cuidadores principales, y la pérdida de una figura de apego principal a edad muy temprana, generándose una sensación de miedo al abandono vital. Más adelante, se analizará en profundidad desde la perspectiva de trauma complejo con el acento puesto en lo vincular.

Acerca de sus consecuencias, “las formas desorganizadas y controladoras de apego representan un mal funcionamiento del sistema relacional de apego en la infancia que expone al infante a un estrés excesivo y no modulado” (Lyons Ruth, 2004). El hecho de sentirse amenazado, no protegido e inseguro ante los no cuidados genera la incapacidad de ocuparse de los logros acordes a la etapa evolutiva: jugar, explorar lo que le rodea, aprender. En conclusión, la constitución de la subjetividad va a configurarse a partir de patrones de relación entre el niño y sus cuidadores, los cuales se internalizarán, permitiendo la posibilidad de un *self* cohesionado, o deficitario.

Es posible señalar que “la esencial contradicción inherente al apego desorganizado, lleva a la falta de integración: ¿cómo integrar un padre que se asusta cuando lloro o se altera cuando me enfado, con un padre que en ocasiones se muestra disponible y cariñoso?” (González y Mosquera, 2011, p. 20).

La disociación estructural

Como único mecanismo para mantener coherencia se encuentra el de la disociación, que surge como defensa frente al trauma, en un primer momento. Luego tenderá a convertirse en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo. Según el modelo de la teoría de la disociación estructural, ambas experiencias se almacenan en estados mentales diferentes, conformados por distintos sistemas de acción neurobiológicos.

Se puntualiza:

El padre “bueno” se conecta al sistema de apego, condicionado de modo innato para vincularse al progenitor. El padre atemorizante se vincula a un sistema de acción de defensa, mediado por la rabia, que se activa para que nos protejamos del peligro. Dado que el cambio en el otro siempre ha sido la norma, el individuo está constantemente alerta frente a una posible expresión negativa en los demás: examina la más mínima señal de rechazo. Un trauma previo deja un modelo de trabajo interno empobrecido desde el punto de vista de las representaciones claras y coherentes de los estados mentales en el propio yo y en los demás. Este sistema de representaciones es activado por la relación de apego, con la consecuencia de

que ya no se ven claramente los estados mentales del otro. (González y Mosquera, 2011, p. 20).

Van der Hart, Ellert, Nijenhuis y Steele (2008) entienden la integración como un

proceso adaptativo que incluye acciones mentales continuas que contribuyen a diferenciar y relacionar las experiencias a lo largo del tiempo dentro del contexto de una personalidad flexible y estable, de manera que favorece el mejor funcionamiento posible en el presente. (p.37).

Esto implicaría la capacidad de síntesis del sujeto que lo llevaría a sentirse agente de sus actos, sabiendo diferenciar el presente del pasado, así como la consciencia de sí mismo, su flexibilidad y adaptación, en el proceso del paso del tiempo, con un yo central coherente y sólido.

La teoría de la disociación estructural (Van der Hart et al. 2008) postula que, en el trauma, la personalidad del paciente se fragmenta como mínimo en dos subsistemas disociados: uno de ellos intentará continuar con la vida cotidiana de la persona evitando el trauma, mientras que el otro, *parte emocional* (PE), quedará ligada al pasado, a lo traumático y por ello carece de capacidades para vivir plenamente el presente. Las partes emocionales se encuentran fuertemente asociadas a los recuerdos traumáticos. Y

aunque se incluya un sentido de la identidad por rudimentario que pueda ser, no constituyen entidades separadas, sino que más bien son sistemas psicobiológicos diferentes y más o menos divididos que no están lo suficientemente unidos o coordinados dentro del contexto de la personalidad del individuo. (Van der Hart et al., 2008, p. 64).

Las partes emocionales están mediadas, principalmente, por los sistemas de defensa y de llamada de apego, que actúan frente a la amenaza percibida o auténtica a la integridad del cuerpo o la vida misma, así como las tendencias de acción relacionadas con la necesidad de apego y la pérdida del apego (Liotti, 1999). Es decir, la PE está básicamente fijada en recuerdos traumáticos que con frecuencia incluyen (una combinación particular de) maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia emocional y cualquier otro sustitutivo del cuidado o el apego, atemorizador o temeroso. Pueden ser guiadas en particular por uno de estos subsistemas: lucha, huida, congelación, colapso, sumisión total, hipervigilancia, cuidado de las heridas o estados recuperativos.

El otro subsistema o prototipo se denomina parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), (Van der Hart et al., 2008). Como PAN, el superviviente experimenta la PE y, al menos, algunas de las acciones y contenidos de las PE como egodistónicos. La PAN está fijada en la evitación de los recuerdos traumáticos y, con frecuencia, de la toma de contacto con la experiencia interna en general.

El self vulnerable

Las experiencias infantiles que se mencionan han dejado un *self* vulnerable, lo que trae en consecuencia la ruptura del termostato que regula la cercanía y distancia del otro. Esto produce muchas veces la tendencia a centrarse en el cuidar más que en el autocuidado (que lleva a priorizar las necesidades propias y la protección de los espacios personales).

Así las víctimas desempeñan el rol de cuidadora de sus agresores, el cual es sostenido por los mandatos de género. Se trata de situaciones en que las mujeres “salvan” a otro con la esperanza de provocar un cambio “por amor”. A esto se suma el sentirse identificadas con las historias traumáticas infantiles que muchos agresores han vivido, generando en ellas sentimientos de pena, deseos de protegerlos y, muchas veces, justificando el maltrato que ejercen como consecuencia de lo que han vivido.

Otro de los rasgos que se pone en juego es la confianza desmedida y la desconfianza en los vínculos. Van der Hart et al. (2008) habla del pasaje de la fobia al apego, al temor a perder las figuras de apego que lleva a buscar desesperadamente la presencia física del otro. Se vive en ambivalencia: los vínculos se tornan como algo peligroso, pero a la vez generan la búsqueda desesperada del otro en las relaciones.

Esto se percibe en las mujeres víctimas en situaciones de entrega sacrificada hacia los otros, exponiendo por ejemplo su propia salud o bienestar y, en otros casos, la actuación de mecanismos de evitación como intentos de protegerse de nuevas situaciones que pueden exponerlas al dolor. En estas situaciones la confianza significa exponerse a un nuevo posible abandono, donde la dependencia implica una zona de riesgo. Existe una tensión entre una supuesta independencia y la fusión en algunos vínculos, donde las mujeres suelen quedar expuestas a nuevas situaciones de maltrato.

En los relatos infantiles son frecuentes las historias de abandono físico de alguno de los progenitores, la negación de cuidado por negligencia, generando actitudes posteriores de desconfianza en relación a los otros, defensivas (“me las puedo arreglar sola, no necesito a nadie”), que rehúyen las relaciones. O, por el contrario, es posible que provoque una búsqueda constante de afecto, de cercanía física y una imposibilidad de tolerar la soledad. Como consecuencia, entonces, se produce el hecho de no poder estar sola, al tapar esos momentos con tareas compulsivas para evitar la angustia que produce el encontrarse consigo misma; la búsqueda constante de contacto físico como una búsqueda incesante de compañía, tales como parejas que sustituyen a otras parejas o vínculos dependientes que no pueden cortarse, aun siendo conscientes del daño que les producen. En el vínculo terapéutico se juega en tiempo y modo constantes: situaciones de reclamo al terapeuta de que les cuide, les aconseje, pendientes de su opinión y aprobación. El caso contrario, la evitación: el tanteo permanente del otro, cuando la paciente pone límites más distantes como por ejemplo el pedido de espaciar las sesiones justificándolo con “ya me encuentro mejor” (cuando llevamos pocas sesiones), o se cuestiona el encuadre: “¿para qué me pides que haga esto?, no entiendo para que me sirve”.

Creencias negativas

Como consecuencia de lo que se viene analizando, quisiera destacar el modo en que comienzan a imprimirse en la mente del sujeto ciertas creencias negativas, las que muestran una imagen que la mujer tiene de sí misma y del mundo que le rodea, que ha ido aprendiendo en base a esas experiencias traumáticas explicadas. Algunos ejemplos: estoy sola, no puedo confiar, no pertenezco al grupo, no valgo, estoy en peligro, algo malo va a pasar, algo malo hay dentro de mí, no merezco ser amada, cuando me descubran los otros me van a abandonar, yo estoy vacía por dentro.

Van der Hart et al. (2008, p.60) destacan que el sentido que las personas le asignan a un acontecimiento es relevante para el desarrollo de un TEPT. Expresa que “los niños creen que los malos tratos y la desatención son responsabilidad suya porque los agresores y

demás personas suelen culparles, y porque puede que no sepan comprender de otra forma por qué les hacen daño sus cuidadores.” Ferenczi ya lo expresaba en 1933 (Frankel, 2002) bajo el concepto de la “introyección de los sentimientos de culpa del adulto”.

Atwood y Storolow (2004) coinciden expresándolo de la siguiente manera: “El niño traumatizado puede concluir que sus propias necesidades insatisfechas y su dolor emocional son expresiones de defectos repugnantes y vergonzosos de su self y por lo tanto deben desterrarse de su experiencia consciente” (p.193). Van der Hart et al. (2008, p.60), a su vez, toman en cuenta como variables influyentes la edad en que suceden los hechos traumáticos, la cronicidad, así como la falta de apoyo social, la pérdida de una figura de apego, y la no existencia de otro vínculo de apego seguro que sostenga al niño o la niña.

La violencia sobre las mujeres

En cuanto a la violencia que sufren las mujeres en la adultez, podemos considerarla como una de las expresiones más extremas de la asimetría de poder entre los géneros, en función de los roles fijos y estereotipados, distribuidos a partir de una supuesta naturalidad biológica dada por la diferencia sexual.

La declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas (ACNUDH, 1993) entiende por violencia hacia la mujer todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada.

La característica principal del acto violento es el uso de la fuerza (física o simbólica) para producir un daño. Para ello tiene que existir un desequilibrio de poder en la relación que posibilite doblegar al otro, poniendo en peligro su integridad. Este uso de la fuerza e imposición, anulando al otro en su carácter de sujeto, se establece como un modelo de relación que genera determinado ciclo que se repite, cronificado, estudiado y conocido como ciclo de la violencia.

Si bien estas características son comunes a las víctimas de malos tratos de todas las edades, en las mujeres más jóvenes la fragilidad y vulnerabilidad se encuentran a flor de piel, provocando en la terapeuta, ante la falta de figuras reales de cuidado, un sentimiento de cuidado que hace necesario tener permanentemente en cuenta los límites del encuadre. Si a esto le sumamos la experiencia de violencia que se inicia en las primeras relaciones de noviazgo, generalmente a partir de los dieciséis años, desde el instituto, la vulnerabilidad se multiplica.

En cuanto a las consecuencias de vivir situaciones de malos tratos por parte de las primeras parejas, destacamos la pérdida de voluntad propia como efecto de la agresión psicológica sistemática. La chica termina por hacer solo lo que el chico le dice que haga, renunciando a sus propios deseos, necesidades o intereses. Ello implica la renuncia a la vida social fuera de la que le proporciona él y la total desconexión con sus antiguas amistades. El alejamiento de las amigas íntimas de toda la vida (que, sumado a los celos del chico, posiblemente se produce porque estas insisten en cuestionar la relación), dejan a la adolescente o joven en situación de aislamiento y falta de intercambio de lo que le ocurre en la relación. Respecto del maltrato, al darse en fases tan tempranas, la idea del amor romántico sostiene prácticas de control y aislamiento que los chavales, en nombre del amor, comienzan a ejercer. Frases como "si me pongo así es por lo mucho que te

quiero", justifican los actos violentos que los mismos empiezan a ejecutar. Muchas chicas al venir a terapia siguen sosteniendo esa idea de amor romántico; se comparan a ellos en el tema de los celos, sin darse cuenta de que es lógico sentirlos cuando la doble moral de los agresores es lo que prima (no se comportan ellos de la misma manera que les piden a sus novias, incluso muchas veces, llegan a hacer explícito que ellos ligan con otras chicas pero "ellas son las escogidas para ser novias"), y que la desconfianza que sienten guarda relación con el no respeto por el otro con quien se comprometen. Muchas de las chicas dicen no haber sentido miedo en situaciones de agresiones físicas con sus parejas. Desconocen el bloqueo, la parálisis, la anestesia a nivel emocional, el fenómeno de la disociación como mecanismo defensivo necesario para que su mente sobreviva a dichas situaciones (ver Tabla 2).

Tabla 2

Visión teórica e instrumental necesaria a la hora de intervenir con víctimas

Teoría Para entender	Herramientas Para intervenir
Trauma: politraumatizaciones Duelo infantil temprano por pérdida de figura apego Apego desorganizado Maltrato infantil Relaciones tempranas de abuso y maltrato de pareja	Realizar un diagnóstico de las politraumatizaciones y las secuelas pudiendo devolvérselo al paciente desde la visión del trauma complejo sin patologizar ni poner "etiquetas"
Fases de trabajo con las víctimas de Violencia de Género (Herman, 2004)	Garantizar la seguridad de la víctima Integración de lo traumático Proyección futura: conexión con su proyecto vital
Modelo conceptual - Terapia de esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2013. p. 36) "Un esquema precoz desadaptativo es un patrón o tema amplio y generalizado; constituido por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales; relativo a uno mismo y a la propia relación con los demás; desarrollado durante la infancia o adolescencia; elaborado a lo largo de la vida; disfuncional en grado significativo" Habitualmente tienden a autoperpetuarse, "lucha por la supervivencia": se activan ante disparadores del día a día. Definir esquemas predominantes con los que se ve a sí misma y al mundo: esquemas más frecuentes (Young, Klosko y Weishaar, 2013, p. 48): 1. Desconexión y rechazo: incluye: abandono/inestabilidad; desconfianza/abuso; privación emocional; imperfección/vergüenza; aislamiento social/ alienación. 2. Dirigido a las necesidades de los otros: incluye: subyugación; autosacrificio; búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento	Trabajo con las cogniciones predominantes: confianza-desconfianza en los vínculos. -dependencia -sentimiento de soledad: "Estoy sola en el mundo y cuento solo conmigo misma" "Me van a abandonar; siempre me terminan fallando" -sentimiento de defecto: "Hay algo malo en mí"
Teoría del apego y de la regulación emocional a través de los vínculos (Fonagy, 1999)	Regular a partir del vínculo terapéutico: aprender a calmarse, autorregularse. Aprender a discriminar situaciones de alarma y aquellas que no lo son. Mentalizar: de lo emocional a lo racional.

<p>Perspectiva transversal de género, para poder entender la violencia sufrida como expresión de la desigualdad de poder. La violencia como: -un problema social -una violación de los derechos humanos -un problema de salud pública Ciclo vital adolescencia: mayor vulnerabilidad, primer vínculo afectivo. Construcción de la identidad y proyecto vital autónomo.</p>	<p>Psicoeducación en estereotipos de género, construcción de la desigualdad, indicadores de violencia, desnaturalizándola. Trabajo de la idealización y dependencia hacia el agresor, que le une a él. Mitos del amor romántico, ciclo de la violencia (Walker, 1979). Rol de cuidadora de sus parejas: “si me quiere va a cambiar”</p>
<p>Contratransferencia traumática / traumatización vicaria (Herman, 2004) “El profesional se siente abrumado por su papel de ser testigo del maltrato. Experimenta (en menor grado) los mismos sentimientos de terror, ira y desesperación que la mujer”. (p. 222)</p>	<p>Trabajo con el vínculo terapéutico: Posicionamiento del terapeuta en relación a la víctima: ¿En qué lugar me pone el paciente como terapeuta? Reflexión sobre el vínculo en sesión.</p>
<p>Trabajo desde lo intersubjetivo: “Los fenómenos psicológicos no pueden ser entendidos independientemente del contexto intersubjetivo en el que toman forma. Lo que constituye el área central de la investigación psicoanalítica no es la mente aislada individual sino el sistema más amplio creado por el interjuego mutuo entre los mundos del paciente y su analista, del niño y sus cuidadores”. (Atwood y Stolorow, 2004, p. 27).</p>	<p>Intervenciones afirmativas: El terapeuta cumplirá el rol de suministrar al paciente lo que no ha obtenido de sus vínculos primarios, como amor, aprobación o empatía. Las intervenciones de tipo afirmativo, son las aconsejadas al trabajar con pacientes con déficit. (Killingmo, 1989).</p>
<p>Resiliencia: “Capacidad humana que permite a las personas, que a pesar de atravesar situaciones adversas, dolorosas o difíciles puedan salir de ellas no solamente a salvo, sino aún enriquecidas por la experiencia”. (Cyrulnik, Tomkiewicz, Guenard, Manciaux, Vanistendael y Balegno, 2004, p. 12)</p>	<p>Capacidades del paciente (en su caso, trabajar con la escritura el poder de elaborar lo ocurrido: Cuaderno de escritura como simbolización de contención de su mundo interno). Potenciar y valorar sus capacidades yoicas, instrumentales: concepto de “sobreviviente”.</p>
<p>Capacidad de Autocuidado sano, como resultado del ser cuidado por las figuras de apego seguro. “El autocuidado positivo tienes tres elementos diferentes: una actitud o estado mental de valorar y querer al self; el no pelear con uno mismo; desarrollar acciones específicas que aporten beneficios, crecimiento o valor al individuo”. (González, Mosquera, Knipe y Leeds, 2012, p.107)</p>	<p>Trabajar el concepto de autocuidado, sus indicadores y de ser necesario elaborar un contrato terapéutico de manera conjunta donde se expliciten las estrategias de cuidado y búsqueda de ayuda, a ser revisado periódicamente, como estrategia ante las emergencias así como para que el paciente vaya interiorizando las estrategias de autocuidado que ha propuesto en lugar de la desregulación o maneras de calmarse que no le benefician. Gonzalez, Mosquera, Knipe y Leeds, (2012) desarrollan el procedimiento de Loving Eyes o “mirar con amor”, en el que el adulto mira al niño que fue en el pasado, sin juzgarlo y con aceptación y amor incondicional”. (p.107)</p>
<p>Concepto de integración: (Siegel, 2011). “La forma en que experimentamos nuestro ser, es decir, la sensación constante de quienes somos y las pautas de energía y de información que fluyen en nuestra vida interior, reflejará directamente nuestro grado de integración”. (p. 111)</p>	<p>Trabajo de integración de memoria traumática. Siegel habla de que la existencia de integración en un sujeto se prueba a través de la existencia de un proceso narrativo que permite crear la sensación de comprensión coherente del individuo en el mundo a lo largo del tiempo</p>

Esto es exactamente lo contrario a lo que produce la situación traumática vivida, como pueden ser sus historias de violencia vividas que tienden a la fragmentación de la memoria y en muchos casos de su propia percepción como sujetos.

El objetivo terapéutico estaría centrado en que, si bien no podemos cambiar lo que hemos vivido, sí podemos cambiar el significado de lo que aconteció.

Teoría de la disociación estructural:
Yo fragmentado: esquemas acción (vida cotidiana) y defensas: lucha, huida, congelación; protección (apego).
Partes emocionales (PE) y parte aparentemente normal: PAN.
(Van der Hart et.al, 2008)

Técnica de Integración del Ciclo Vital (Pace, 2015, p. 1). Es un recurso terapéutico que “integra estructuras neuronales y patrones de disparo a través del cuerpo-mente y a lo largo del ciclo vital”.

Se basa en la utilización en protocolos de una línea de tiempo de recuerdos previamente elaborada por el paciente, siendo el mismo el protagonista, pero a la vez el observador de su propia película permitiendo cambiar el significado de los recuerdos traumáticos almacenados.

EMDR o Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares.

Se basa en el reprocesamiento de recuerdos del pasado almacenados con alta carga emocional, los cuales siguen teniendo influencia en el presente debido a su carácter traumático. El proceso de las sesiones tiende a que el cerebro los almacene junto con pensamientos y sentimientos más adaptativos, produciéndose el proceso neurobiológico de reconsolidación de la memoria.

Desarrollo del caso clínico

Little Redⁱ, de aproximadamente diecinueve años de edad en el momento de conocerla, presentaba un aspecto frágil y aninado. El motivo de consulta vino dado por la relación de pareja que había vivido, sufriendo malos tratos físicos, psíquicos, sexuales y económicos, así como de control social. Acababa de terminar la convivencia con una orden de alejamiento de su agresor. La relación se desarrolló, aproximadamente, desde sus dieciséis años, al poco tiempo de hacer frente a las circunstancias para sobrevivir al ser echada de la casa de su familia de origen.

En el primer encuentro, no hizo contacto visual durante todo el relato, fue contando espontáneamente momentos de su vida de modo desorganizado, a manera de retazos de realidad vivida. La angustia la acompañó durante la narración, mezclando episodios traumáticos de su infancia, así como del momento actual y de la historia de violencia. Al finalizar la entrevista, desplegó un listado de situaciones que le sucedían en el presente, durante la convivencia, para preguntarme si era normal o no lo que le hacían “los otros”.

Al finalizar la sesión, Little Red me cuestionaba si “soy normal, o estoy loca” como le decían, ya que a ella se lo habían repetido muchas veces en su familia como así también su novio agresor. Transmitía una sensación de fragilidad extrema psíquica y física, sumada a una situación real de no contar con ningún apoyo familiar. Mi sensación, al finalizar la entrevista, fue de haber estado con una niña vulnerable y desamparada, en la medida en que los adultos que debían protegerla y cuidarla no habían estado presentes físicamente, como su madre, o habían sido los mismos que le habían hecho daño (malos tratos físicos y psicológicos de pequeña).

Esto me hizo hipotetizar sobre la muchacha que, como adolescente tardía, se encontraba con las secuelas dejadas en su psiquismo por el trauma complejo. Existían en ella la pérdida de una de las figuras de apego temprana, un vínculo de apego desorganizado con la otra figura primordial, así como un trastorno de la regulación emocional. La desregulación afectiva en lo interpersonal le había generado una difusión de la identidad y la falta de un sentimiento coherente e integrado del *self* y de los otros. Esto último la había hecho vulnerable en los vínculos que establecía, sufriendo situaciones de malos tratos, al no poder desplegar estrategias de autocuidado.

Como principal sintomatología se enumeran los siguientes puntos: la desconfianza hacia los demás, taquicardias, ansiedad; el descenso de más de cinco kilos de peso, pesadillas, desvelos (problemas para dormir desde los doce años) *flashbacks* del maltrato de su pareja; a nivel cognitivo lagunas de memoria, rumia sobre si estará bien físicamente, “¿estará loca como me dicen?”, “¿enfermaré por todo lo que he vivido?”, algunas conductas de regulación compulsivas.

En las sesiones posteriores, continué conociéndola, intentando entender su manera de ver el mundo y generando un vínculo terapéutico de seguridad donde se sintiese cuidada, escuchada y no juzgada. Intenté que el contexto de tratamiento sirviera sobre todo para evitar la repetición transferencial de situaciones emocionales traumáticas. Por todo ello, mi preocupación inicial estuvo en conseguir un ambiente donde ella se sintiera a gusto, respetada, y pudiéramos empezar a trabajar en el sentido de facilitar una alianza terapéutica.

Uno de los aspectos que más me llamaban la atención era que, a pesar de las politraumatizaciones que sufría desde corta edad, se trataba de una mujer con recursos yoicos e instrumentales que la ayudaban a salir delante de manera satisfactoria. Conseguía recursos habitacionales, se proponía estudiar, alcanzar un puesto de trabajo y lo lograba, sosteniéndose en esa situación de abandono material y emocional desde lo familiar y falta de red de apoyo social. El concepto de resiliencia venía a mi mente cada vez que ella me mostraba, a manera de tareas pendientes, las gestiones que había realizado para sostenerse y superarse. Esto fue valorado en la terapia y se le daba espacio para legitimar dichas capacidades.

El proceso terapéutico

Un ejercicio diagnóstico que utilizo en algunos procesos terapéuticos, por medio de cartas con ilustraciones (cartas asociativas COPE/OHⁱⁱ), es el armado de la historia denominada “La travesía de la heroína”, que a nivel proyectivo permite valorar temores, defensas y recursos de afrontamiento del sujeto.

Lahad (2011) señala que “contando una historia proyectada basada en los elementos de los cuentos y mitos, podemos ser capaces de ver la manera en que el *self* se proyecta a sí mismo en la realidad organizada para encontrarse con el mundo” (p.6).

Cuando la persona se encuentra desbordada por lo traumático, lo expresa escogiendo gran cantidad de cartas, no pudiendo organizarlas, y no se produce la desidentificación con el personaje principal: “Esta soy yo, y esto es lo que me ha sucedido”. Se queda pegada a lo real, sin producirse la simbolización o metáforas. Puede haber mucha carga emocional al narrar la historia. Esto fue lo que sucedió cuando Little Red formuló esta primera historia.

Como reflexión del trabajo realizado surgió la unión con el agresor desde la parte infantil de ambos, en la medida que él también fue un niño desprotegido: “Él nunca ha podido estar solo, nos unió el trauma. Los dos tenemos miedo a sentirnos solos; yo siempre he tenido miedo de perder a un ser querido y tengo la sensación de que la gente se acerca porque quiere algo a cambio”.

Comenzaba a mostrar sus primeros vínculos, cómo se vinculaba ella, estando en juego las variables confianza-dependencia-desconfianza. La rabia fue dejada aparcada simbólicamente en las cartas (hizo a un lado una carta en la que una mujer está prendiendo fuego a una figura masculina), y aparecía el temor a hacer daño a los otros.

Modo de vincularse. Desencuentro en la terapia

Al iniciar la sesión le pregunté cómo había ido todo y me respondió: “Muy bien”. Muchas veces al llegar hacía un resumen de las gestiones que había hecho satisfactoriamente. En esa sesión, yo me quedé con lo que me dijo y le propuse continuar con psicoeducación de maltrato viendo una película. Luego, al analizar la sesión tras lo acontecido, me di cuenta de que continuamos con la tarea en un estado en el que yo estaba cansada y, al ser la última paciente del día, no me permitía sintonizar plenamente con su estado emocional.

En un momento dado comenzó a llorar con la película, le propuse hablar de ello y me dijo que se sentía “mal, en general”, que no tenía que ver con lo que había visto. Empezó a narrar (con un tono de niña pequeña) fallos en las gestiones que no habían salido bien, se generó un efecto “bola de nieve”, donde concluyó, con mucha angustia: “intento hacer todo bien, no tener errores y sale mal”, mostrando un alto nivel de autoexigencia.

Le señalé que al decirme que “todo estaba ok” me quedé con ello y seguí adelante con la tarea psicoeducativa planificada sin darme cuenta del malestar que traía, explicitando mi fallo. Mi intervención aumentó su angustia y me dijo que había una voz que le decía que yo no le iba a ayudar más “porque no lo había hecho bien”. Aparecía el miedo a que yo la abandonase por no hacer lo que yo supuestamente esperaba de ella.

Atwood y Storolow (2004) entenderían este momento como una rotura del vínculo analítico, una situación de mala sintonía, consecuencia posible del encuentro de dos mundos intersubjetivos. Lo que los autores destacan es la posibilidad de acceder a partir de ese desencuentro a áreas del mundo interno del paciente. Las mismas tienen que ver con sus vínculos primarios, y aprovechar esta oportunidad permitió una actitud intersubjetiva diferente a la que la paciente no estaba acostumbrada.

En la siguiente intervención, le pregunté dónde había aprendido eso. Me contestó, “desde niña, con el maltrato de X, yo intentaba hablar con alguien (algún adulto) y no me creían: me lo comía sola”. La sensación que tenía era que no podía confiar en nadie. “La gente es hipócrita”, agregó. Comenzamos a trabajar la premisa interna: “Hay algo que yo estoy haciendo mal”. Narró situaciones de pequeña, donde surgía el temor a fallar y “me van a castigar”, siendo los castigos una constante en los vínculos primarios. “Ellos iban a llegar a casa y se me ponía el corazón a mil, no se podía predecir lo impredecible que iba a pasar”. “No se fiaban de mí, de que hiciese las cosas”. “Tengo una vocecita que me dice que procure hacer todo bien. Yo soy culpable de todo lo que pasa, no me gusta cometer errores”.

En otras situaciones, por ejemplo, donde tuvo un ataque de ansiedad por no aprobar un examen, comencé a trabajar con el enfoque terapéutico de EMDRⁱⁱⁱ (Shapiro, 2013), las situaciones actuales que le generaban igual emoción acorde a su alto nivel de sobreexigencia. Partimos del presente, de la sensación de inquietud, de no poder relajarse nunca por sentir, “yo no hago lo suficiente”. En el procesamiento de escenas que sostenían la cognición negativa sobre sí misma, venían a su mente imágenes del pasado donde aparecía la sobreexigencia de su familia de origen a la niña pequeña que fue, de no dormir por estudiar para los exámenes y que le dijeran: “eres tonta por no mirar bien” si se le caía algo al suelo. Relató escenas de castigos físicos y humillaciones, hasta llegar al momento en que fue echada de su casa en la adolescencia, antes de conocer al agresor.

La sensación de seguridad básica crece en el niño a través de la experiencia de haber sido mirado como alguien importante y especial por sus cuidadores, con una mirada de amor incondicional (González y Mosquera, 2011). El niño se acepta plenamente porque se siente aceptado al ciento por ciento. Muchas conductas pueden ser potenciadas, censuradas o redirigidas sin que el niño se sienta cuestionado como individuo. Si el niño se siente querido “con condiciones” desarrolla una creencia disfuncional de no ser totalmente válido, a menos que se cumpla dicha condición. Ello les convierte en adultos más inseguros, más dependientes de la validación externa.

Trabajo con las defensas de idealización del agresor

La ambivalencia afectiva en relación al agresor suele ser una característica en los casos de violencia, sobre todo cuando está en juego el apego, la sensación de soledad que viene del pasado ante la falta de sintonía de las figuras parentales. Los agresores tienen la característica de ser una figura de apego inseguro, la paradoja de que aquel que tiene un lazo afectivo y dice que te quiere es el que te hace daño de manera intermitente, siendo una característica la persistencia del vínculo, en la medida que no aceptan la ruptura e intentan seguir presentes en la vida de la mujer más allá que ella haya puesto el límite del mismo, muchas veces convirtiéndolo en acoso.

Al expresar Little Red la ambivalencia afectiva -y si bien racionalmente era consciente del daño provocado por su ex pareja- sentía la necesidad de saber sobre él, de efectuar llamadas telefónicas. Comenzamos a trabajar la defensa de la idealización por medio del método del procesamiento adaptativo de la información propuesto por Knipe (2014). El objetivo era lograr una imagen más completa del vínculo donde no solo se recordasen los momentos positivos con él. Al plantearle que valorase la relación con números, entre el cero y el diez, utilizando la metáfora de “quedar prendida a esa soga”, la puntuó en un seis, con la justificación de “porque lo sigo queriendo”. A medida que se iba produciendo el procesamiento, aparecían diferentes emociones como la culpa, el sentirse especial al ser escogida por él, la creencia de que él iba a estar ahí siempre, ante el “no lugar” que sentía en su familia de origen. Tras finalizar el ejercicio aparecieron indicadores de disociación: “Me veo desde afuera al hacer el ejercicio, sentada en la silla, es la vocecita interior que me ayuda a verme desde afuera”.

Avanzando en las sesiones, aproximadamente en la número treinta, ante una situación en la que se sintió vulnerable físicamente volvió a echar en falta al agresor, sintiendo sensaciones de soledad, de no ser querida, no tener a nadie.

La animé a escribir sus emociones ya que tenía un potencial que le permitía poner en metáforas lo que sentía y le ocurría, instrumentando un “cuaderno de escritura” como

soporte y contenedor de su mundo interior. Winnicott (2013), a través de su concepto de *objeto transicional*, destacó cómo el objeto artístico es ese espacio intermedio entre mundo externo e interno del sujeto. Así, comenzó en las sesiones a compartir sus textos de poesía, los cuales en un principio hablaban del vínculo con el agresor desde la identificación de ambos en la sensación de desprotección y abandono, identificados como niños, nuevamente.

(...)
 quizás me importe cuánto nos dijimos
 quizás no,
 cuando nos miramos fijamente tras el roto cristal
 cuando nos bajamos en aquellas rocas de agua salada
 quizás me importe cuando te desnudabas
 y yo te miraba,
 todo lo que nos juramos tras aquel sueño
 o todo lo que gastamos supliendo carencias.
 Quizás me importe cuál era tu nombre
 quizás no
 cuál era tu futuro o cuando me contabas tu pasado
 quizás me importen tus pecados
 o cuando me mentías en alguna ocasión.
 (...)

Una de las maneras de trabajar la regulación de sus emociones en relación al pedido de ayuda, el alcance de la sensación de presencia del terapeuta, más allá de las citas, estuvo en aprender a regular los mensajes que enviaba por correo, de carácter urgente en un principio y sin discriminación. Pudimos trabajar el efecto que provocaba sobre mí la valoración de una urgencia que, a veces, no era tal y su necesidad de regulación. A su vez, la presencia del otro en la mente, aunque no lo estuviera físicamente, y cómo esto ayudaba al logro de la calma. Así aprendió a comunicarse, valorando de antemano la urgencia, discriminando las situaciones que, al principio, la llevaban al desbordamiento emocional.

Bleichmar (2007) señala cómo algunos pacientes viven la angustia como sin límite en magnitud y duración y es el objeto externo, en este caso el terapeuta, quien debe codificar la realidad interna y externa como no angustiante. Considero que el terapeuta debe enseñar al sujeto a permitirse sentir las emociones que vive como sensación física, pero de una manera regulada, aprendiendo estrategias internas y sanas de regulación emocional. Por ello se proporcionaron herramientas para aprender a calmarse, como los recursos personales de respiración, lugar seguro, visualizaciones de imágenes de calma.

En una sesión, me regaló un poema en el que se expresaba, claramente, ese lugar interiorizado del terapeuta.

Al callar oigo tu voz
 Al morir te siento de nuevo.
 Cuando empieza un nuevo día, te recuerdo, pierdo el miedo
 Y salgo a la vida.
 Sola, pero contigo.
 (...)
 Y aun cuando la escucho

no es suficiente
yo aprendiendo de tu querer.
Pues no era tu manera de decir las cosas
Era mi manera de entenderlas.

En el poema expresa, a su vez, aspectos contratransferenciales percibidos y hablados como por ejemplo su preocupación: “¿Vas a poder tú con todo esto, con tanto dolor que traigo?”, además de la posición vincular en que me colocaba y el que yo me ubicara en un lugar maternal, al sentir muchas veces en sesión a su niña interior dañada. Surgían en mí la pregunta: ¿alguna vez se enfadará conmigo, llegará a expresar la rabia?

Destaco contratransferencialmente la presencia en mí de emociones negativas que surgían al ser testigo de situaciones de maltrato y desprotección por parte de los adultos que debieron cuidarla.

La niña enfadada

Tras la sesión escribió pidiendo que la llamase; después de ciertos desencuentros (no cogía el teléfono) me enfermé y no estuve presente por una semana. Al regresar tenía tres mensajes. Refería lo siguiente: “Quiero dejar todo atrás, creo que es mejor aparcar todo de una vez, quiero quitar la denuncia, pasar página, dejar de recordar lo malo”. Y finalizaba, a modo de reproche: “Quiero que sepas que solo quiero decírtelo desde el viernes pasado”.

Cuando llegó a la cita estaba distante, narraba fantasías de volver a estar con el agresor, de verle y hablar porque “está arrepentido”. Me sorprendí de su cambio, intenté contextualizarlo y ver de dónde surgía todo. Me expresó: “Estuve dos semanas en casa encerrada, pensando de todo, locuras que se me pasaron. Todo el mundo me pide que sea fuerte”. Y concluyó: “Si le he importado de verdad, seguro que cambia”.

Le dije que me parecía que estaba enfadada porque no había estado presente. Lo negó y minimizó. Me dijo que perdía tiempo viniendo semanalmente conmigo, que tenía que estudiar y que quería espaciar las sesiones. Igualmente me pidió que conservara la de la siguiente semana.

Mi reacción fue de perplejidad, algo en el vínculo se había roto. Noté su hostilidad y me sorprendió su discurso porque, a pesar de que ella podía echar en falta al agresor en los momentos de soledad, no había manifestado dependencia emocional que la llevase a la posibilidad de volver a vincularse con él. Pensé que debía prestar un espacio a sus emociones de rabia en la sesión siguiente. Le propuse expresarlo mediante dibujos o con las cartas asociativas. Ella escogió las cartas. El cambio de actitud fue notable, entró sonriente, colaboradora, activa. Me dijo que las había ordenado de la siguiente manera: “Están de mejor a lo peor, como estaba hace unas semanas. Ahora me encuentro muy bien, me he dado cuenta de que todo era una ilusión. No era amor, era una obsesión lo que él siente por mí”. Escogió una carta: “Cuando él me tocaba la cara para consolarme, ahora me la toco yo con cariño”; “tengo que ser fuerte, salir adelante y ver la luz, quererme a mí misma para tener la esperanza de algo mejor”.

Le transmití la sensación de abandono que pudo haber sentido por mi parte en la semana que no estuve, la posibilidad de ponerlo en palabras y reparar el vínculo, que en las relaciones se producían fallos de sintonía, pero que se podía reparar, que yo iba a seguir

estando, pero con ciertos límites como habíamos empezado a definir en la sesión en que venía desregulada.

Me dijo que se daba cuenta de que tenía rabietas de niña pequeña: “Estoy sin ver a nadie, sin verte a ti. Sé que tú no eres ni mi hermana, ni tía, ni prima. Sé que no te puedo exigir más”, mencionó todos los parentescos con la exclusión del de la madre. Le devolví que entendía que era la niña pequeña que se enrabiaba pero que a la vez sentía que no podía enfadarse porque podían abandonarla o castigarla como había sucedido en el pasado. Le dije que a veces sentía que me pedía que fuese su madre, que no era posible, que podía fallar como había sucedido y no pasaba nada si se enojaba, que eso no habría de hacer peligrar el vínculo. Como hipótesis de sus cogniciones, destaco: “Yo no lo hago lo suficientemente bien”; “los otros me van a abandonar por ello”. Desde esta perspectiva la emoción predominante era la angustia. En un segundo momento, al percibir que el otro podía fallarle se activaba “yo me las arreglo sola, no necesito de nadie”, lo que la hacía aislarse, llenándose de rabia y frustración.

En la sesión número cincuenta y cinco volvimos a realizar la misma consigna de “La travesía de la heroína”, es decir, la historia por medio de las ilustraciones. Esta vez se produjo un salto cualitativo, logró desidentificarse de la protagonista de la historia, no aparecía el trauma tan directamente ni en la manera desorganizada del principio. Little Red mostró su capacidad de autoobservación y de reflexión con menor carga emocional en el relato y mayor trabajo, aumentando su capacidad mentalizadora.

En esta oportunidad, ella destacó el colorido de las cartas. En la última carta donde estaba dibujado un paisaje, condensó su historia traumática, pero vista desde el lado de la recuperación, cambiando el significado: “Todos los colores están allí, los bonitos y los feos”. Hablando de la protagonista de la historia dijo: “Ella puede mirarse, se refleja a sí misma, y así el pasado le sirve de guía hacia el futuro”. Además, identificó en dos cartas las partes emocionales que le habían ayudado a sobrevivir: “la guerrera” (llena de sangre) y “la bonita”, la imagen que daba a los otros, desde sus valores estéticos. Volvió a sentir una sensación de vergüenza al ser mirada por mí y refirió sentirse en la obligación de tener que hacer bien el trabajo que le proponía, porque yo podría juzgarla.

En la siguiente sesión, le pedí que pensase acerca de su mundo interno a partir de la selección de muñequitos miniaturas, que representasen a los personajes la llevaban a esos cambios de actitud en donde ella misma se sorprendía o luego se arrepentía de las mismas.

Como referencia de la técnica tomo la mencionada por Carvalho (2012), denominada *Play of Life*. Refiere que, por medio de figuras en miniatura tipo playmobil seleccionadas por el paciente, podemos externalizar la visión que tiene de su mundo interior, en cuanto a los roles y personajes que viven dentro de sí mismo. Afirma Carvalho que

al oír las quejas, necesidades y sueños de nuestros personajes internos, podemos comenzar a pensar en cómo darles lo que necesitan, sanar las heridas, y permitir que crezcan y alcancen la vida adulta en una integración emocional que lleve a una salud mental más comfortable. (Carvalho, 2012, p. 64).

Con frecuencia utilicé la metáfora de que siendo ella la “que lleva el timón de su barco” (la adulta), hay veces donde eran esas partes emocionales (infantiles y adolescentes) que habíamos hablado en sesiones, las que tomaban el toman el control, el mando, ante situaciones que se conectaban con lo vivenciado en el pasado. Así, se puso a la tarea,

seleccionó los diferentes personajes, acompañando con la narración de las características de los mismos, del porqué los había escogido. Debido a la interrupción del tratamiento no pudimos seguir desarrollando este contenido.

Escogió tres miniaturas a las que ubicó juntas sobre la mesa, separadas del resto: una era un playmobil pequeño, podría decirse un bebé, a quien le adjudicó el nombre “la Chiquita”. Dijo: “Esta soy yo cuando me siento pequeña y débil”. Luego seleccionó uno que representaba un pequeño ángel y expresó sobre la miniatura: “Ella es Angelita, es la que tiene que complacer, la parte buena y tranquila, la mejor parte: la que estudia, la que lee y escribe”. La última miniatura de ese grupo representaba a una niña que miraba hacia el suelo, a quien bautizó “Alicia”. De ella dijo: “Es a la que le falta protección, es una niña tímida, sumisa, con el corazón en la mano. Las tres son niñas”. Luego cogió otros dos playmobil y los agrupó a pares. El primero representaba a un personaje de Tim Burton, “el Chico Tóxico”, decidió dejarle el nombre y dijo: “el chico tóxico, Paco” y se refirió al personaje así: “Es un adolescente, surge a los trece años, le gusta la adrenalina, agrada el grupo, el que fuma”. A su lado, escogió otra miniatura de la misma serie que representa un personaje con ojos saltones y la “S” en el pecho, similar superhéroe. En relación a él expresó: “Yo le llamaré Súper, tiene diecisiete años, ha aprendido a estar alerta, por eso tiene ojos grandes, vigilantes y tristes”. En el otro costado de la mesa ubicó al personaje de la bruja de Blancanieves. Refirió: “La bruja es adulta, defiende a las niñas, pero es muy autoexigente”. Detrás de los personajes seleccionados colocó en línea cinco miniaturas más: las llamó “los miedos”. Escogió un león y dijo: “Es el más grande de la selva. Representa a la sociedad, lo que tienes que hacer y te impone”; un halcón que “representa la desconfianza a los otros, que te pueden hacer daño”. Una serpiente, a la que definió como “la traicionera, que se va arrastrando”. Un cerdo, a partir del cual habló de la sensación de asco que ha sentido por los hombres en el plano sexual. Por último, una miniatura de diablo de la que dijo: “Representa a los hombres que te pueden hacer daño.”

En relación a estos últimos personajes representados, hipotetizo que se produce una confusión de cuánto de ello pertenece a su mundo interno y cuánto al exterior, lo que hablaría de la confusión de los límites entre sí misma y los personajes reales, como su pareja agresora.

Interrupciones del proceso terapéutico

A lo largo del proceso terapéutico se produjeron dos momentos de interrupción de aproximadamente tres meses. El último llevó al cierre del mismo. En este trabajo hipotetizo que nuevas situaciones hicieron activar, una vez más, la sensación de abandono y la premisa de la “niña enfadada”: “me tengo solo a mí misma para seguir adelante”, llevando a Little Red a la interrupción de la terapia.

En los momentos de impás, cuando se explicitaban, mi discurso como terapeuta se centró en brindarle la seguridad de que seguía estando disponible y de la elección voluntaria desde la adulta de continuar el proceso terapéutico. Cuando este patrón se hizo evidente, comencé a nombrarlo como un mecanismo que se repetía. Al abandonar el espacio terapéutico, aislarse y sentirse nuevamente sola, comenzaba a haber más riesgo de volver a contactar con el agresor, el cual seguía siendo una figura que provocaba daño pero que permanecía leal, por su propia dependencia.

Ser testigo de la transformación de Little Red

Pasados unos años, fui citada al juicio penal como perito de Little Red. Me encontré con una mujer dispuesta a sostener su relato en relación a los malos tratos sufridos por su novio en la adolescencia. Después del juicio, pudimos reencontrarnos para hacer el cierre que no había sido posible unos años atrás. En esa sesión, esa vez en la consulta privada, me contó que a los pocos meses de haberse ido enfadada y haber dejado la terapia, regresó al servicio donde yo trabajaba con víctimas de violencia y no me encontró. Le dijeron que ya no trabajaba más allí. De la respuesta que le dieron, me dijo que no había podido evitar creer que el hecho de que no trabajara en el centro había sido por su culpa, otra vez orientando la falla en sí misma, tal como le habían enseñado a mirarse.

En esa sesión de encuentro, yo pude decirle que también había buscado explicaciones de lo que había ocurrido en el vínculo y en la manera de trabajar con víctimas reflexionando sobre mi propio marco de intervención, primando el entendimiento del daño psicológico como consecuencia de los traumas reales que había vivido desde niña, desde la falta de cuidado de los adultos. Ello me llevó a escribir este artículo que compartí con ella. Trajo su cuaderno de escritura terminado, confiándomelo para que lo leyese, haciéndome saber que se había presentado con su obra a concursos literarios. Su narrativa había cambiado, mostraba su crecimiento personal y la integración de aspectos traumáticos. Y seguía trabajando en aspectos problemáticos con otra terapeuta.

Reflexiones finales

He querido transmitir en el desarrollo del caso clínico la necesidad de un análisis complejo a la hora de entender los problemas y de intervenir con víctimas de situaciones traumáticas desde muy corta edad.

Este escrito se presenta como una oportunidad de reflexión a la distancia y una toma de consciencia de que, a la hora de la intervención en el trabajo con víctimas, prima la intensidad de la práctica, la urgencia de las situaciones ante el riesgo que viven, al atravesamiento de lo jurídico, así como la mirada social de la problemática de género en un momento histórico determinado. Por eso queda poco espacio del quehacer profesional para la sistematización de los procesos realizados en psicoterapia.

Coincido con Herman (2004) sobre la necesidad de tomar una postura ética a favor de las víctimas, en detrimento de intervenciones neutrales.

La representación de su tragedia pasada y de sus sueños de porvenir depende ahora de las reacciones de los espectadores, de la opinión de los jueces y de los estereotipos del discurso social. Si el otro le dice que su trauma no existe, que él mismo se lo ha buscado o que carece de esperanza, que está hundido y que jamás podrá recuperarse, entonces el trauma se convertirá en algo devastador puesto que impide todo proceso de reparación o incluso de cicatrización. (Cyrułnik, 2001, p. 128).

He intentado hacer un esfuerzo de síntesis de las teorías que nutren mi mirada, así como de los recursos terapéuticos a la hora de intervenir: variados, creativos, centrados en diferentes enfoques. Todos confluyen en la importancia de un vínculo diferente, seguro, que permita reparar el daño y las heridas de apegos inseguros, así como generar una narración y significado de lo acontecido para poder construir un proyecto vital propio, no determinado por el pasado. En relación a ello me resuena la palabra “arte”, tal vez porque

siempre he pensado que la terapia lo es en cuanto creación, posibilidad, artesanía en el hacer, conjuntamente, con otro, único e irrepetible.

Otra reflexión que me parece de suma importancia es cuáles son los marcos teóricos de los que partimos los profesionales de salud mental, muchas veces ortodoxos y rígidos, de allí el énfasis puesto en la complejidad de la mirada. La importancia de la diferenciación entre realidad y fantasía y la importancia del trauma como suceso real, que hace vivir en el sujeto la sensación de muerte, activando a nivel biológico, frente una amenaza inminente crónica, los subsistemas defensivos de lucha, huida, congelación o sumisión total. A la vez la búsqueda de las figuras de apego para la protección, generándose la paradoja de que las mismas son las que hacen daño, en los estilos de apego desorganizado.

Atwood y Storolow advierten:

Atribuir el caos afectivo o el retraimiento esquizoide de pacientes que sufrieron abusos en la infancia a ‘fantasías o a organizaciones de personalidad borderline’ equivale a culpar a la víctima y al actuar así se reproducen los rasgos del trauma original. (Atwood y Storolow, 2004, p.104).

Coincidimos con los autores que señalan que la única manera de aprender de los vínculos es por medio de relaciones intersubjetivas, y así el espacio terapéutico abre su abanico de posibilidades de subsanar en relación. Creemos que la relación terapéutica es un vínculo intersubjetivo de dos y podemos apostar por la riqueza de este vínculo a la hora de trabajar dichos déficits. Según Killingmo (1989) el terapeuta cumplirá el rol de suministrar al paciente lo que no ha obtenido de sus vínculos primarios, como amor, aprobación, o empatía.

En relación al vínculo que establecemos con nuestros pacientes:

considerando la psicoterapia como una relación de apego, se puede ir facilitando la capacidad reflexiva, al poder crear un vínculo de apego seguro de tal modo que puedan explorar sus estados internos mentales, sin experimentar el vacío y la desorganización. Hay teóricos del apego que consideran que un terapeuta sensible y responsivo marcará y reflejará de un modo explícito e implícito las activaciones y actitudes del paciente con un alto nivel de contingencia, fomentando el desarrollo de la capacidad mentalizadora en el paciente, para que aprenda que él es un ser mental”. (Casas Dorado, 2016, p. 219).

La teoría de la disociación estructural me ha ayudado a poder contextualizar y entender qué sucede en sesión, cuando quedamos perplejos y sentimos que no es “mi paciente” la que viene hoy. El tratar de nombrar los estados emocionales (sean más estructurados o no), ayuda a tener un mismo código con el paciente, que permite entender su modo de reaccionar, y tratar de indagar cuál es su origen, y de qué le ha protegido, es decir su funcionalidad, cómo le ha ayudado a sobrevivir. He aprendido sobre la necesidad del respeto de los tiempos del paciente más allá de la frustración que nos genera como profesionales.

Para finalizar es necesario resaltar el concepto de resiliencia, entendiéndolo como “resistencia al sufrimiento, señala tanto la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia” (Cyrułnik, 2001, p. 2). La fuerza de Little Red que la llevó a ser superviviente de lo vivido

nunca dejó de sorprenderme, sus recursos yóicos puestos en juego en momentos donde no había sostén o red de apoyo, más allá de la terapia y el servicio donde me desempeñaba, me llevan a preguntas que han quedado sin respuesta ante la interrupción del proceso.

Retomando el espacio terapéutico, destacar la necesidad de potenciar los recursos que traen nuestras pacientes, aquellos que les han ayudado a ser supervivientes del trauma, aquellos a descubrir o potenciar, Winnicott nos habla de que “El individuo solo puede descubrir su persona cuando se muestra creador” (Winnicott, 2013, p. 173). Así, Little Red pudo desplegar esa capacidad creadora y construir en base a su historia una narrativa dadora de sentido, despegándose de la realidad traumática y entrando en el mundo de lo simbólico, traspasando lo individual para convertirse en producción cultural.

Referencias

- Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (ACNUDH) (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Atwood, G. y Stolorow, R. (2004). Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Barcelona, España: Herder.
- Bleichmar, H. (2007). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona, España: Paidós.
- Carvalho, E. (2012). Sanando la pandilla que vive adentro. Cómo el EMDR puede sanar nuestros roles internos. Brasília, Brasil: EMDR Brasil.
- Casas Dorado, A. (2016). Comportamiento autolesivo como herramienta de autorregulación emocional en una adolescente de 14 años. *Revista Clínica Contemporánea*, 7(3). Recuperado de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2016v7n3a4.pdf>
- Cyrulnik, B. (2001). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona, España: Gedisa.
- Cyrulnik, B., Tomkiewicz, S., Guenard, T., Vanistendael, S., Manciaux, M. y Balengo, L. (2004). *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Fonagy, P. (noviembre, 1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, (3). Recuperado de <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=86>
- Frankel, J. (julio, 2002). Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, (11). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=201>
- González, A. y Mosquera, D. (enero, 2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y cerebro*, 46, 18-27. Recuperado de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/a-jugar-520/del-apego-temprano-al-tlp-8499>.
- González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Madrid, España: Pléyades.
- Herman, J. (2004). Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid, España: Espasa Calpe.

- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- Knipe, J. (2014). Caja de herramientas. Uso del EMDR y el modelo PAI en el tratamiento del TEPT complejo. Manuscrito no publicado. Madrid, España: Asociación EMDR España.
- Lahad, M. (noviembre, 2011). *El modelo integrativo de resiliencia. PH Básico, o qué sabemos sobre la supervivencia*. Presentado en las IV Jornadas en EMDR e Intervención en Catástrofes. Asociación EMDR España. Madrid, España.
- Liotti, G. (marzo, 1999). *Disorganized Attachment and Dissociation Pathologies*. Presentado en la conferencia Multiple perspectives on subjectivity. Roma, Italia.
- Lyons-Ruth, K. (julio, 2004). La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego. *Aperturas Psicoanalíticas*, (17). Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000290#contenido>
- Pace, P. (2015). Integración del ciclo vital (lifespan integration). Conectando los estados del ego a través del tiempo. Milton Keynes, Reino Unido: Eirene Imprint.
- Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado. Tomar el control de tu vida con EMDR*. Barcelona, España: Kairós.
- Siegel, D. (2011). *Mindsight: la nueva ciencia de la transformación personal*. Madrid, España: Paidós.
- Van der Hart, O., Ellert, R.S., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Trastornos de estrés extremo (DESNOS): La base empírica de una adaptación compleja al trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. Nueva York, Estados Unidos: Harper & Row.
- Winnicott, D. W. (2013). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.
- Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. España, Bilbao: Desclée de Brouwer.

ⁱ “Little Red” hace referencia al personaje del libro de ilustraciones de Beatriz Martín Vidal, versión del cuento clásico, “Caperucita y el Lobo”.

ⁱⁱ Las cartas COPE fueron presentadas por el doctor Lahad, en 2011, en las Jornadas de EMDR e Intervención en catástrofes. En esa oportunidad exhibió su utilización como herramienta de investigación y, en procesos terapéuticos, con población israelí que había vivido situaciones traumáticas. En su Modelo Integrativo de resiliencia PH Básico, investiga de qué manera las personas afrontan la situación estresante vivida, sistematizándolo en: creencias (B), emociones (A), social (S), imaginación (I), cogniciones (C), acción física (PH).

ⁱⁱⁱ EMDR significa “desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares”. Es un enfoque terapéutico que enfatiza el sistema de procesamiento de la información del cerebro y cómo se almacenan los recuerdos. Los síntomas actuales son vistos como el resultado de experiencias perturbadoras que no han sido procesadas adecuadamente y han sido codificadas de manera disfuncional.