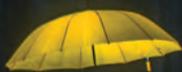


Joyanna L. Silberg



EL NIÑO SUPERVIVIENTE

Curar el trauma del desarrollo
y la disociación



2^a
edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

JOYANNA L. SILBERG

EL NIÑO SUPERVIVIENTE
Curar el trauma del desarrollo y la disociación

2^a edición

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
THE CHILD SURVIVOR
Healing Developmental Trauma and Dissociation
© 2013 Taylor & Francis Group
Routledge. Nueva York, USA. East Sussex, Reino Unido

Traducción: Mònica Castell-Giménez

1ª edición: mayo 2019

2ª edición: octubre 2021

© EDITORIAL Desclee De Brouwer, S.A., 2019
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edeslee.com
info@edeslee.com
EditorialDesclee
@EdDesclee

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3044-3

Depósito Legal: BI-695-2019

Índice

Prologo a la edición española	I
Lista de tablas y figuras	13
Agradecimientos	15
Prefacio	19
1. El trauma y sus efectos	27
2. Un modelo de disociación integrativo desde el punto de vista del desarrollo	47
3. Consideraciones diagnósticas	71
4. Evaluar los procesos disociativos	83
5. Iniciar el viaje del tratamiento	109
6. Educar y motivar: presentación del modelo EDUCATE . . .	121
7. Tender puentes entre los distintos “yoes”: sanar a través de conexiones con lo oculto.	147
8. “Intento olvidarme de recordar”: revertir la amnesia	177

9. Establecer amistad con el cuerpo: consideraciones somáticas para el niño superviviente	203
10. Permanecer despiertos: revertir el bloqueo disociativo.	229
11. Crear apego entre estados: la regulación afectiva en el contexto de las relaciones	263
12. Terapia familiar centrada en el niño: el tratamiento familiar como complemento de las intervenciones centradas en la disociación	293
13. Reescribir el guion mental: procesar los recuerdos traumáticos y resolver los flashbacks	315
14. Interactuar con las instituciones: el terapeuta como activista.	355
15. La integración del yo: hacia un futuro de sanación.	373
Bibliografía	393
Anexo A: Guía de intervenciones centradas en la disociación: programa EDUCATE.	417
Anexo B: Guía para la entrevista sobre síntomas disociativos en población infantil	421
Anexo C: Cuestionario sobre amigos imaginarios 2.0	424
Anexo D: Lista de comprobación para niños disociativos (CDC), Version 3	426
Anexo E: Escala II de experiencias disociativas en población adolescente (A-DES).	430

Anexo F: Escala de experiencias disociativas para población infantil e Índice de estrés postraumático (EDPI/TEPT)	436
Anexo G: Lista de comprobación clínica para amnesia autobiográfica	445
Anexo H: Lista de comprobación para terapeutas para la gestión de la incontinencia urinaria y fecal	446
Anexo I: Lista de comprobación de ¿por qué me lesiono?	447
Anexo J: Lista de comprobación para clínicos para la gestión de niños y adolescentes agresivos	449
Anexo K: Lista de comprobación para clínicos para trabajar en familia	450
Índice analítico	451

Prólogo a la edición española

Hace unos años, tuve la suerte de conocer a Joy Silberg y su obra dentro de un programa de formación en Disociación Infantil. Sus libros y su forma de abordar los casos me impresionaron por su profundidad y sencillez y además encajaban con mi forma de abordar y acercarme al trauma infantil. El libro “El niño Superviviente” me sobrecogió y me pareció un texto imprescindible para cualquier terapeuta que trabajara con niños traumatizados.

Un libro así, que habla con libertad rigurosa sobre el trauma infantil en desarrollo, es necesario. Nos empeñamos en querer mostrar la infancia de forma naif e idealizada y no nos atrevemos a mirar abiertamente el sufrimiento de muchos niños. No queremos ver cómo, muchas veces, su desarrollo se produce en entornos que vejan, dañan, abusan del niño y les roban su valor, el derecho a desarrollar su mente y su personalidad con seguridad y con confianza en los demás.

Las pautas del modelo por fases que propone Joy denotan de forma magistral una delicadeza no invasiva, al mismo tiempo que se mantiene firme en descubrir los detonantes del trauma y las conductas evitativas y disociadas que mantienen al niño superviviente aislado, condenado a correr como el hámster en una rueda sin fin. Su esperanza en el potencial del niño y su acompañamiento incondicional permiten que los niños y niñas, paulatinamente,

descubran sus formas de evitación y vayan reconstruyendo su yo, conforme aprenden a diferenciar el presente del pasado y conforman con palabras su propio relato.

El interés para que este manuscrito pudiera ser traducido al castellano me llevo a entablar una relación personal con Joy que terminó con una invitación a Pamplona, donde he tenido la fortuna de aprender directamente de su mano.

En ese encuentro tuve el honor de conocer no solo a una profesional comprometida con ayudar a sacar del sufrimiento a los niños sino, además, a una mujer activista que va más allá de su labor profesional, promoviendo activamente campañas de visibilidad del sufrimiento infantil, aun a riesgo de comprometer su licencia sanitaria para luchar por los niños traumatizados y abusados con los que interviene.

Su ánimo y su fortaleza le permiten no desfallecer ante los impedimentos. Joy se convierte así en una fuente de motivación que renueva el entusiasmo para que nos impliquemos en una adecuada intervención clínica y nos mantengamos fuertes frente a los imprevistos e impedimentos que podemos encontramos en nuestro camino hacia la protección adecuada de los niños con los que trabajamos. Especialmente frente al sistema judicial que en muchas ocasiones retraumatiza y perpetua la interacción del menor con el perpetrador de abusos y maltratos.

Sus palabras hablan por sí misma “Mi principal petición es que no dejemos que el poder del sistema judicial nos intimide y nos haga hacer cosas que van en detrimento de los menores. Debemos mantener nuestra integridad al tiempo que educamos a los tribunales sobre lo que nuestro cliente necesita realmente... Nuestro trabajo a veces nos parece una ardua batalla porque buscamos mejorar las vidas de nuestros clientes mientras que las instituciones con las que interactuamos a menudo parecen olvidarse de cuáles son sus necesidades”.

Espero que este libro ayude a que sus palabras puedan convertirse en un estandarte y de esta manera nos ayuden a mantenernos

y no decaer cuando nos encontremos ante la incomprensión de tribunales que olvidan cuales son los derechos que todo niño merece y necesita.

Esto pasa por luchar por que se atienda y se escuche la petición de los niños cuando expresan que no quieren estar con uno de sus padres, profesores o cuidadores.

Que no sea suficiente el hecho de que un profesional no haya podido obtener una evidencia de un abuso o de un maltrato para considerar que este no se está produciendo y así se deje a un niño ante una indefensión absoluta frente a su agresor. El miedo roba el aliento y el lenguaje, las amenazas verbales o intimidatorias a las que se ven expuestos estos niños son terribles, y más terribles aún vistas desde su pequeñez y falta de armas para protegerse, especialmente si la agresión de un tipo u otro se ha vivido desde las primeras etapas de desarrollo. Siempre habrá que investigar y proteger antes que desatender. No nos podemos amparar en pensar que esas declaraciones son esgrimidas para obtener la custodia, o en cualquier otra idea que justifique nuestro inmovilismo, pues como afirma Joy, es sorprendentemente inusual, por ejemplo, que se produzcan acusaciones falsas de abuso sexual en niños (Faller, 2007; Thoennes y Tjaden, 1990).

Espero que además de promover una intervención acertada y adecuada, este libro nos sirva para llenarnos de valentía y nos involucremos activamente en proteger a los niños y niñas.

Pamplona, Noviembre de 2018

Cristina Cortés Viniegra

Psicoterapeuta infantojuvenil

Especializada en trauma y apego.

Lista de tablas y figuras

Tablas

1.1. Síntomas del trauma del desarrollo	39
1.2. Objetivos de la terapia	45
3.1. Preguntas para orientar la evaluación inicial de un niño traumatizado	75
4.1. Cinco clases de síntomas relacionados con la disociación	85
4.2. Comparación de amigos imaginarios en preescolares normales y en niños disociativos internados	94
7.1. Maneras de reformular una voz interior tormentosa . .	164
12.1. Creencias traumáticas de las familias de niños traumatizados.	307
13.1. Ejemplos de pensamientos traumáticos con pensamientos contrarios	327
15.1. Información del grupo para chicas disociativas	384
15.2. Ideas saludables para niños supervivientes	387

Figuras

4.1. Un niño de seis años disociativo se representa como este personaje con dos cabezas	106
6.1. Dibujo de un cerebro para ilustrar los efectos del trauma en los niños	126
6.2. Títere de mano en forma de nido con pajarillos para enseñar partes que funcionan juntas.	129
6.3. Dibujo de Tina de la voz de Francis en su mente.	135
7.1. “Sr. Sonrisa”	148
7.2. Nota de agradecimiento de Ángela a la “otra Ángela” . .	167
7.3. Nota de agradecimiento de Mónica a la “Mónica Negra	169
7.4. Ángela llega a un acuerdo con la “otra Ángela”	175
11.1. Deborah dibuja los sentimientos de pena.	277
11.2. Gráfico de sentimientos que ayuda a los niños a plasmar la intensidad de emociones	279
13.1. Dibujo de Deborah de los sentimientos de abandono . .	323
13.2. Dibujo de Shantay de ella misma como una niña abandonada	325
13.3. Folleto: Adina pega piezas de puzle con una boca en la imagen para controlar los sentimientos de ser silenciada	332
13.4. Las palabras de Ángela para describir el dolor	336
13.5. El Ciclo de apego traumático.	339
13.6. Dibujo de Adina de un “Gooderator” que transforma los sentimientos malos sobre su padre.	342
15.1. Dibujo de Tanya titulado “Ser la misma persona de día y de noche”	374
15.2. Ciclo de desmoralización traumática	378

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi familia –Richard, Naomi, Shira, Dahlia, Adam y Avi– por todo su amor, apoyo y paciencia, gracias a lo cual tuve ánimo para seguir durante el largo proceso de escritura de este libro. También quiero dar las gracias a mi madre ya fallecida, Edite Samson, y a mi padre, Norman Samson, que cultivaron en mí la compasión por los más vulnerables y la búsqueda de justicia, dos elementos que motivan mi trabajo con los niños traumatizados.

También estoy muy agradecida por las ideas creativas y el talento terapéutico de mis colegas del Comité infantil de la Sociedad internacional para el estudio del trauma y la disociación: Els Grimminck, Sandra Wieland, Sandra Baita, Renée Marks y Na’ama Yehuda. Estoy particularmente agradecida a Frances Waters por su liderazgo en este campo, por el apoyo colegial y por las consultas de casos durante años. Nuestras colaboraciones han enriquecido mi forma de pensar y mi trabajo.

También tengo la suerte de formar parte de una comunidad muy rica y muy diversa de sanitarios de salud mental del centro sanitario Sheppard Pratt, que me han proporcionado un escenario en el que nutrir todas esas ideas. El Dr. Richard Loewenstein fue el primero que me abrió los ojos al campo de la disociación y el

Dr. Steven Sharfstein siempre ha hecho del tratamiento de los trastornos relacionados con traumas una prioridad. Gracias también a los jefes de servicio de las unidades de ingreso infantil del Sheppard Pratt que aceptaron mis propuestas de tratamiento: la Dra. Laura Seidel, el Dr. Michael Bogrov, la Dra. Meena Vimalananda y el Dr. Desmond Kaplan.

Gracias a los colegas de mi ciudad y de todo el mundo por haberme apoyado siempre en mi trabajo y por haberme ayudado a perfilar ideas con charlas estimuladoras, preguntas muy agudas e invitaciones para impartir clases. También quiero dar las gracias a la ya fallecida Elaine Davidson Nemzer, a Phyllis Stien, Joshua Kendall, Lisa Ferentz, Susan Straus, Bethany Brand, Bradley Stolbach y a Arne Blindheim.

También quiero dar las gracias a mis colegas del Consejo Directivo, en especial al Dr. Philip Kaplan, a Toby Kleinman, a la Dra. Ruth Blizard, a Nancy Erickson, a la Dra. Noémi Mattis y al Dr. Paul Fink, por haber sido mi cojín de apoyo y mi red de seguridad en un mundo que no siempre es agradable con las víctimas de maltrato infantil ni con las personas que les apoyan.

Para los detalles técnicos de la escritura de este libro tuve la suerte de contar con la ayuda de mis asistentes Elan Telem y Betsy Samson, muchísimas gracias a los dos por su paciencia y su minuciosidad. También estoy profundamente agradecida por la amistad, el conocimiento, el talento editorial y la sabiduría de mi querida colega Stephanie Dallam, sin la cual este proyecto hubiera sido imposible.

Por último, quiero dar las gracias a mis clientes y a sus familias por haberme enseñado tanto y por haberme autorizado a compartir sus historias con ustedes, los lectores.

* * *

Muchos de los niños y de los adolescentes que aparecen en este libro, como Ángela, Balina, Timothy, Jennifer, Lisa, y muchos otros, me dieron permiso para que compartiera sus historias, pero sus nombres y demás datos que pudieran identificarles han sido modificados para proteger su identidad. Sin embargo, algunos de los casos

son relatos ficticios fruto de experiencias clínicas de 30 años de práctica que ilustran conceptos importantes pero que no pretenden vincularse directamente con ningún cliente en concreto ni con su familia. En esos casos, todo parecido con nombres o circunstancias personales reales es pura coincidencia y no es fruto de ninguna intención expresa.

Prefacio

Los niños traumatizados y los sistemas de salud mental diseñados para ayudarles a menudo parecen estar enfrentados, en una batalla de voluntades virtual. Los niños desarrollan síntomas que resisten a la medicación y al control y parecen insensibles a todos los tratamientos que intentamos ofrecerles. Las consecuencias lógicas no parecen importar mucho y esos supervivientes de traumas suelen verse atrapados en lo que parecen ciclos repetidos de autolesión, provocación y autodestrucción.

No es fácil para nuestros sistemas de clasificación generar las etiquetas correctas y muchas veces esas etiquetas arrojan juicios de lo que parecen ser las consecuencias inevitables de las vidas difíciles que les ha tocado vivir. Los que trabajan regularmente con niños en nuestros sistemas de salud mental entenderán lo que quiero decir. A los niños que han pasado por varias casas de acogida se les suelen diagnosticar trastornos de apego, pero esos niños, sabiamente, no han puesto en riesgo el apego sabiendo que las casas de acogida cambiaban a la misma velocidad a la que se acercaba su próximo cumpleaños. ¿Se trata de una adaptación apropiada o de un síntoma de trastorno psicológico? A los niños que han sido expuestos a situaciones de maltrato extremo y a traumas se les suele etiquetar como “bipolares”, ya que sus estados de ánimo parecen contradictorios y cambiantes. No obstante, los estados de ánimo

cambiantes pueden ser adaptativos cuando el entorno del niño pasa rápidamente de seguro y adecuado a impredeciblemente aterrador y maltratador. Algunos niños traumatizados oyen voces que les ordenan contraatacar, o que les consuelan con palabras reconfortantes, y se les suele colgar la etiqueta de psicóticos. Aun así, ante la falta de orientación y de un apoyo parental consistente, los niños se adaptan proporcionándose a sí mismos el alivio o la protección que necesitan tan desesperadamente. Las etiquetas que colgamos a los niños traumatizados suelen restringir nuestra forma de pensar y nos impiden reconocer la sabiduría interior y la lógica de los síntomas que nuestros clientes han “elegido” como única esperanza de supervivencia en la “zona de guerra” de sus caóticas y violentas vidas.

En el caso de muchos niños con traumas crónicos, los síntomas aprendidos a lo largo de una vida de objetivos frustrados siguen siendo su único confort. Son síntomas que representan las herramientas que han desarrollado para navegar por los mundos impredecibles de su infancia –unas herramientas que no quieren abandonar, a pesar de nuestras intervenciones. En este libro el lector aprenderá a entender los síntomas de niños y adolescentes con traumas severos como mecanismos adaptativos que les ayudan a afrontar el mundo caótico que es su hábitat. Este libro se centrará en los jóvenes supervivientes de traumas durante los primeros años de vida –abuso sexual, maltrato físico, negligencia, abandono, haber vivido en múltiples hogares de acogida– que suelen utilizar estrategias disociativas para afrontar los dilemas de su mundo. Utilizan programas automáticos como la rabia, la retirada o la regresión, que les ayudan a evitar la implicación emocional. Además, son niños que suelen adaptarse a las exigencias contradictorias de su mundo emocional oculto atribuyendo la culpa de su conducta a unos personajes interiores que representan sus sentimientos o sus actitudes contradictorias. A veces sufren amnesia de episodios recientes porque han aprendido que recordar la realidad de su propia conducta y de la de los demás puede generar una ansiedad abrumadora que son incapaces de calmar.

Entender al niño como un superviviente adaptativo aporta la llave necesaria para desbloquear herramientas que promueven la curación. Y de ahí surge una solución sencilla: proporcionarles un mundo en el que recordar lo que ocurrió, confiar en los cuidadores, distinguir el pasado del presente y regular las emociones es adaptativo. Como terapeutas, nuestra propia consulta se convierte en ese nuevo hábitat repleto de recursos donde, con nuestra orientación, dejar atrás los síntomas de supervivencia se convierte en algo posible y que además vale la pena. En este libro, guiados por el conocimiento del ingenio y del potencial adaptativo de los niños supervivientes, analizaremos cada uno de los muchos síntomas que los menores disociativos y los que han sufrido traumas severos pueden presentar. Las técnicas que recogen estas páginas promueven la curación y abren la puerta a nuevas formas de afrontar el estrés de sus vidas.

Balina, como muchos de los niños que conoceremos a lo largo de estas páginas, presentaba síntomas disociativos importantes cuando la conocí a los 9 años. Entraba en estados de bloqueo durante los cuales costaba mucho estimularla y su conducta fluctuaba de la calma a la rabia sin motivo aparente. Su historial de abuso sexual, haber pasado por varios hogares de acogida y haber recibido unos cuidados inconsistentes eran los típicos de los muchos niños que conoceremos en estas páginas. Ante situaciones académicas e interpersonales difíciles, Balina adoptaba una posición fetal bajo su pupitre en clase; y ante reglas o normas que ella sentía que la limitaban injustamente, atacaba con rabia. Balina iba acumulando diagnósticos con cada nuevo hogar de acogida –trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante, depresión mayor con rasgos psicóticos... Tras haber pasado por nueve hogares de acogida, Balina aprendió a comprender sus conductas, no en términos de diagnóstico sino como adaptaciones a las circunstancias de la vida. Sus cambios de estado de ánimo se entendían como reacciones ante unas circunstancias que cambiaban rápidamente. La conducta negativista era la manera de Balina de dominar la impotencia inducida por sus circunstancias traumáticas. Balina aprendió que el

retiro disociativo era su método de escape ante unos requisitos inalcanzables y con terapia, aprendió que sus reacciones no la convertían en una “enferma” sino en una “superviviente”. Los problemas que afrontaba no tenían solución y sus propias fortalezas, aprendidas en un entorno de lucha, podían ayudarle a navegar por los altibajos de su vida.

A los 18 años y antes de acceder a la universidad, el responsable del centro de acogida de Balina le pidió que participara en una conferencia para trabajadores sociales como ejemplo del “éxito” del sistema de centros de acogida. La oposición de Balina, que en aquel momento fue la expresión de la renovada confianza en sí misma, empezó a hacer efecto y rechazó la invitación: “No voy a ser su chica del póster”, dijo. “Yo lo he conseguido a pesar de lo que ustedes me hicieron”. Nunca aceptó el mensaje implícito de su paso por centros de acogida que apuntaba a que tendría que estar agradecida por haber tenido un hogar. La terapia le ayudó a interiorizar el mensaje de que merecía seguridad, amor y un futuro prometedor, como los otros niños que había conocido y que vivían luchas similares. La terapia también le ayudó a entender su disociación como una herramienta útil para la supervivencia y no como un síntoma de disfunción severa.

La disociación, un fenómeno clínico muy bien descrito entre adultos, ha empezado a recibir más atención en los últimos veinte años en la literatura clínica y de investigación. La disociación en niños traumatizados se manifiesta con aturdimiento, confusión de la identidad, voces o amigos imaginarios que influyen en la conducta, y diferentes trastornos de conducta, estado de ánimo, cognición, experiencias somáticas y relaciones. Descrita inicialmente en la literatura contemporánea por Kluft (1984) y Fagan y McMahan (1984), la disociación infantil y adolescente la han documentado más en profundidad otros investigadores y clínicos que han concluido que los síntomas disociativos suelen estar asociados con historiales de trauma importante (p. ej., Bonnano, Noll, Putnam, O’Neill y Trickett, 2003; Collin-Vézina y Hébert, 2005; Hulette, Fisher, Kim, Gan-ger y Landsverk, 2008; Hulette, Freyd y Fisher, 2011; Macfie, Cichetti

y Toth, 2001; Putnam, Hornstein y Peterson, 1996; Teicher, Samson, Polcari y McGreenery, 2006; Trickett, Noll y Putnam, 2011). La experiencia de clínicos de todo el mundo que tratan a jóvenes con síntomas y trastornos disociativos sugiere que muchos de ellos no responden a las técnicas convencionales para el tratamiento del trauma disponibles en la actualidad (Wieland, 2011a). Podría ser que los problemas de memoria dificulten que las formas de terapia convencionales resulten efectivas y algunos de los síntomas disociativos más severos, como el bloqueo disociativo profundo, se podrían diagnosticar erróneamente como síntomas neurológicos. Los niños disociativos presentan problemas de tratamiento exclusivos, dado que la intensidad de sus exteriorizaciones y sus conductas destructivas son difíciles de gestionar en un entorno ambulatorio e incluso cuando el paciente está ingresado (Hornstein y Tyson, 1991; Ruths, Silberg, Dell y Jenkins, 2002).

Las nuevas evidencias fruto de la investigación ponen de manifiesto que la disociación es, en efecto, un indicador de la gravedad clínica en las poblaciones infantil y adolescente. En un estudio llevado a cabo con 2.450 niños con acceso al sistema de bienestar infantil, la presencia de una disociación significativa fue un indicador clave de hospitalización psiquiátrica, y la disociación significativa fue el síntoma que predecía la urgencia de hospitalización de los niños asistidos (Kisiel y McLelland, resultados no publicados, comunicación personal, 28 de marzo de 2012).

Este libro presenta una serie de intervenciones terapéuticas denominadas Intervenciones centradas en la disociación (ICD) (véase el Anexo A). Las intervenciones centradas en la disociación tratan las necesidades de los niños y adolescentes que tienen síntomas disociativos y que son resistentes a las técnicas de tratamiento más convencionales. La técnica descrita en este libro puede utilizarse por sí sola o combinada con varias de las prácticas nuevas y en desarrollo que han demostrado ser prometedoras en el alivio de los síntomas de los niños traumatizados (Arvidson et al., 2011; Blaustein y Kinniburgh, 2010; Busch y Lieberman, 2007; Cohen, Mannario y Deblinger, 2006; Ford y Cloitre, 2009; Perry, 2009).

Aunque es necesario realizar más estudios centrados específicamente en la población infantil, existen razones para pensar que, bien utilizado, el tratamiento de la disociación infantil puede ser eficaz. En 1998, mi colega Frances Waters y yo misma presentamos los resultados preliminares de nuestro tratamiento a 34 pacientes disociativos (Silberg y Waters, 1998) y desvelamos una mejora moderada o significativa de los pacientes que permanecieron en tratamiento. Los resultados positivos que se pueden obtener con las técnicas centradas específicamente en la disociación han sido confirmadas por el trabajo de un grupo de clínicos internacionales que participan en el comité infantil de la Sociedad internacional para el estudio del trauma y la disociación, ISSTD por sus siglas en inglés (Baita, 2011; Grimmink, 2011; Marks, 2011; Silberg, 2011; Waters, 2011; Wieland, 2011b; Yehuda, 2011), que además en 2013 desarrolló una serie de pautas para el tratamiento de los síntomas y trastornos disociativos en niños y adolescentes.

Un modelo de consenso para el tratamiento de adultos con disociación ha demostrado que cuando los pacientes con trastornos disociativos son tratados por clínicos con formación, experimentan una reducción significativa de los síntomas de disociación y de trastorno de estrés postraumático, una reducción de las hospitalizaciones y de los síntomas incapacitantes, y un aumento general de las conductas adaptativas y de la sensación de bienestar en la evaluación de seguimiento (Brand et al., 2012). Los 29 pacientes más jóvenes de la muestra (entre 18 y 30 años) progresaron incluso más en la disminución de las conductas autodestructivas y los intentos de suicidio que los de más de 30 años (Myrick et al., en prensa). En la misma línea que los resultados de ese estudio, mis observaciones clínicas confirman que cuanto más joven es el paciente, más fácil es lograr una rehabilitación significativa de la disociación. Las intervenciones basadas en el desarrollo orientadas hacia la sintomatología exclusiva de esta población podrían revertir los efectos severos e incapacitantes del trauma temprano a lo largo de la vida de estos sujetos.

La técnica que se presenta en este libro no se centra específicamente en el trastorno de identidad disociativo (TID), dado que los criterios del DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico*) requieren la observación de los estados de personalidad y de amnesia, no siempre presentes en las formas infantiles del trastorno (*American Psychiatric Association [APA], 2000*). En cambio, las manifestaciones de la disociación infantil se extienden por varios grados de severidad y en ciertos aspectos se asemejan a procesos de desarrollo normal, como el fenómeno de los amigos imaginarios muy reales en niños pequeños. Las etiquetas de todo o nada que ven al paciente como portador de un trastorno rígido, resultan menos útiles que la visión de los fenómenos disociativos como una gama de severidades en una línea continua. De ahí que los modelos adultos que manifiestan una visión normalizadora de la disociación hayan sido particularmente influyentes en el desarrollo de esta técnica (véase, p.ej., Chu, 1998; Gold, 2000; Rivera, 1996). También influyen en la base teórica de esta técnica los modelos de tratamiento basados en la teoría del afecto (Kluft, 2007; Monsen y Monsen, 1999; Nathanson, 1992; Tomkins, 1962, 1963), los modelos que destacan la interrupción del apego (Hughes, 2006; James, 1994; Kagan, 2004), y los modelos centrados en un enfoque relacional con los pacientes expuestos a trauma en los primeros años de vida (Pearlman y Courtois, 2005). El trabajo de los clínicos que forman parte del Comité infantil de la sociedad internacional para el estudio del trauma y la disociación también ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de las ideas y los conceptos que aquí se presentan (véase, p.ej., Wieland, 2011a).

El acrónimo EDUCATE (la inicial, en inglés, de cada una de las fases conforma la palabra “educate”, educar en inglés) responde a una secuencia de pasos de la intervención centrada en la disociación. Esos pasos empiezan con psicoeducación sobre el trauma y la disociación y una evaluación de la motivación del niño para sostener su disociación. El siguiente grupo de intervenciones ayuda al niño a entender lo que está oculto y a reivindicar las partes ocultas de su yo. La siguiente fase es la de regulación de la activación, el

afecto y el apego, e incluye la gestión de la hiperactivación y la hipoactivación, además de la regulación del afecto en el contexto de las relaciones de apego. El procesamiento traumático y la comprensión de los detonantes son la siguiente fase del modelo EDUCATE; procesar los eventos traumáticos implica prestar atención al contenido del trauma temprano, a sus asociaciones sensoriales y afectivas y al significado que tiene para el niño. La última fase del modelo organiza técnicas que ayudan al niño superviviente a hacer frente a nuevos retos de desarrollo, al tiempo que acepta plenamente el yo y el significado de su historial traumático. Como un yo integrado, los verdaderos supervivientes aprenden a abandonar al pasado en el pasado y a apreciar quiénes son a pesar de venir de donde han venido.

A menudo, personas de otros campos me preguntan si en ocasiones no me resulta deprimente trabajar con niños que han sido tan terriblemente dañados y maltratados. “No”, les respondo, “es muy estimulante descubrir de un modo diferente la sorprendente resiliencia y el potencial de cada nuevo paciente”. Espero que le parezca igual de estimulante cuando aplique algunas de esas técnicas a sus pacientes infantiles y que admire la fortaleza y el potencial adaptativo de los niños que conocerá en este libro y el de sus pacientes. A través del tratamiento de cada niño usted tiene el potencial de revertir los ciclos de maltrato y de ayudar a crear para la siguiente generación el mundo seguro, tolerante y amoroso que todos nuestros pacientes merecen.