

El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación [Silberg, J. L., 2019]

The child survivor: Healing developmental trauma and dissociation [Silberg, J. L., 2019]

Francisco Sánchez Serradilla

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña del libro de Silberg, J. L. (2019). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer S.A. 457 pp. [Versión en castellano del original *The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation* (2012). Nueva York, Estados Unidos: Routledge].

Debemos luchar para ser un ejemplo del mundo humano que estamos intentando crear para nuestros clientes (p. 371).

El modelo EDUCATE de Joyanna Silberg, presentado en este su último libro, traza un mapamundi del trauma infantil, ordenado, detallado y perfectamente abrochado en sus bases teóricas y en sus viñetas clínicas que, contemplando la multicapa del paisaje de la disociación, aúna la investigación especializada de numerosos enfoques y flanquea así los diferentes focos sintomáticos que esta presenta. Focos que se reactivarán en muchas ocasiones y que pondrán a prueba el carácter ignífugo de la piel del terapeuta (su historia personal, sus áreas disociadas, la inclinación de su apego, su plasticidad a la hora de intervenir...), la de los cuidadores del niño y la de las instituciones que le rodean.

El trauma y sus efectos

Con el objetivo de ubicar al lector en el mapa del trauma, Silberg comienza describiéndonos su perímetro, sus paisajes y la profundidad de estos, es decir, su prevalencia, su multifacialidad, la diferenciación ya clásica entre el trauma conocido como tipo I (eventual) y el tipo II (relacional, de inicio en la infancia y de larga duración) y los efectos clínicos que muestran quienes los han sufrido.

Para describir la extensión, cita el estudio que Felitti y su equipo realizaron en el Sistema Sanitario Kaiser Permanente en 1998 (Felitti et al, 1998), en el que se reveló que el 60% de los adultos de la muestra había vivido al menos una experiencia adversa durante la niñez.

Para ilustrar las distintas caras que el trauma puede adoptar, se referirá al maltrato físico, el abuso sexual, el maltrato emocional, la negligencia, la enfermedad, la exposición a desastres naturales o a violencia doméstica, entre otros. Esta diferenciación es importante porque más tarde la autora establecerá similitudes y divergencias clínicas entre ellas y la necesidad de un abordaje diferencial para cada una.

La negación

Contaminados por una sociedad que pone en duda, minimiza, niega, e incluso impugna judicialmente lo que les han hecho, los niños llegan a consulta habiendo tomado como suyos los mensajes del agresor. E invadida su subjetividad de esta forma, se debaten por dentro y por fuera entre mirarse como fueron mirados (cómplices, mercedores, exagerados) y mantener una hiperalerta ante cualquier respuesta adulta que subestime (o parezca hacerlo) su dolor. Esta reacción de incredulidad resulta retraumatizante y, lejos de tratarse únicamente de una mera objetivación del sufrimiento del niño por parte del mundo adulto, Silberg cita el artículo publicado por Rind, Tromovitch y Bauser en 1998, en el que afirmaron haber descubierto que el sexo entre adulto y niño no era nocivo, artículo que fue ampliamente publicitado por los movimientos pedófilos organizados, para defender lo que llamaron un estilo de vida alternativo (Dallam, 2002).

Para desarticular esta ceguera voluntaria y no ingenua ante el dolor que sienten las víctimas, Silberg presenta un panel de las principales heridas relacionales que los suyos les suelen hacer a un niño o, como ella titula, los efectos psicológicos del maltrato. Después de las relacionales, la herida en el cerebro: la huella neuroanatómica y funcional que el daño deja dentro, y lo que esto implica. A continuación, las heridas.

Efectos psicológicos del maltrato

Abuso sexual

Según el estudio de Putnam (2003) ningún estrato socioeconómico se libra en la perpetración de este daño que sufren entre 12 y 35% de las niñas y entre 4 y 9% de los niños. Y entre las cicatrices psicológicas más graves se encuentran las habituales autolesiones y un elevado riesgo de revictimización. Estas conclusiones son corroboradas por Trickett, Noll y Putnam (2011).

También se destaca en este tipo de abuso el habitual recurso a las racionalizaciones por parte de los agresores sexuales para justificar su conducta, como por ejemplo: “me has obligado a hacértelo”, racionalizaciones que las víctimas interiorizan y ante las que responden.

Por último, la autora señala el novedoso agravante de la difusión a través de internet de estos abusos. Cuando esto ocurre la víctima se siente expuesta para siempre porque la foto en cuestión no se puede borrar. Y esta es la prueba física, pública y congelada para siempre de la escena traumática, escena que hirió y que el otro mira excitado.

Maltrato físico

Con una prevalencia del 23% según los estudios de Kolko (2002) se ha descubierto que los niños que lo sufren duplican a los niños de su edad en la posibilidad

de cometer delitos violentos en la adolescencia (Widom, 1989) y se intentan suicidar con mayor frecuencia (Silverman, Reinherz y Giaconia, 1996). Maltrato que, asociado con abuso sexual, supone a largo plazo problemas de ajuste mucho más graves (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

Negligencia

Al contrastarlo con los anteriores, no debe parecernos este un problema menor, pues quienes lo sufren presentan numerosas y graves secuelas a largo plazo. Los problemas de desarrollo cognitivo, los altos niveles de disociación, o el elevado riesgo de suicidio, mencionado anteriormente, son una foto de muestra de ellos.

Ser testigo de violencia doméstica

Escenario siniestro para el niño, que queda marcado en su atención con una respuesta de hipervigilancia e hiperactivación ante detonantes como voces elevadas o rostros de enfado, desencadenando en él una respuesta de disociación.

El trauma del desarrollo

Acuñado por el psiquiatra experto en trauma Bessel van der Kolk e incluido en el DSM-V, esta nueva categoría diagnóstica se refiere a los niños que han sufrido trauma temprano crónico y recoge síntomas agrupados en los ejes de trastornos físicos o afectivos, trastornos de la atención o de la conducta y trastornos relacionales o con uno mismo.

Los efectos neurológicos del trauma

El trauma dobla la viga del desarrollo cerebral sobre la que se sostiene todo sujeto. Cada área comprometida en su funcionalidad o en su anatomía deriva en una sintomatología concreta e indica al profesional un tipo de intervención diferencial.

De entre las 10 áreas que quedan lesionadas y que recoge la autora y los diferentes cambios químicos del cerebro ante el trauma que describe, cabe destacar: las anomalías en el cuerpo calloso, encargado de integrar la información interhemisférica; y la deficiente conectividad entre la corteza orbitofrontal y las estructuras límbicas, cuyo cometido es pivotar de un estado interior a otro con el objeto de responder a demandas estresantes externas o una mayor activación del sistema dopaminérgico que permiten al niño desensibilizarse ante el dolor en situaciones de estrés crónico (Perry, Pollard, Blakley, Baker y Vigilante, 1995).

Un modelo de disociación integrativo desde el punto de vista del desarrollo

Preliminarmente, se ha de tener en cuenta que el diagnóstico del trastorno disociativo del DSM-IV lo define como “una alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad o percepción” (American Psychiatric Association (1994/2002, p. 916) y esto denota que está basado en una concepción de la disociación en los adultos, ya que en los niños dichas funciones no se encuentran integradas sino que se están ensamblando aún.

Esta concepción ha dado lugar al conocido modelo de disociación estructural de van der Hart (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006), cuya premisa clave plantea que tras el trauma la personalidad queda dividida en sistemas funcionales, posteriormente también divisibles si devienen otras situaciones inintegrables y frente al cual el objetivo terapéutico es la reconexión de las mismas, potenciando el apego y disminuyendo el miedo y la evitación.

Teoría de la evitación afectiva

Este es el marco teórico forjado por Silberg para fundar un mapa del trauma completo y con perspectiva del desarrollo. Dicho mapa está compuesto por 4 capas: el modelo de los estados conductuales discretos de Putnam (1997), la teoría del apego, la teoría de los afectos y la neurobiología interpersonal.

Teoría de los estados conductuales de Putnam

Basándose en la observación de Wolff (1987) de los ciclos observados en bebés (sueño profundo, fase REM, llorar, exigencia, alerta), Putnam observó que en los niños traumatizados esos estados se vuelven insensibles a la regulación, se presentan de forma segregada, quedan asociados al miedo, encriptan cada uno recuerdos exclusivos e inaccesibles y se vuelven con el tiempo rígidos y cambiantes.

Teoría del apego

Basándose en los estudios de Liotti (1999, 2009) sobre apego desorganizado, plantea cómo los cuidadores aterrados pueden generar múltiples modelos operativos internos (esto es, expectativas organizadas de las conductas del cuidador que determinan cómo los bebés y los niños pequeños se relacionan con sus cuidadores) que compiten entre sí dentro del bebé en desarrollo.

Teoría de los afectos

Apoyándose en la clasificación de los afectos de Tomkins (1962, 1963), según la cual las experiencias positivas y negativas quedan amplificadas gracias al color del que las tiñe el afecto, lo que en consecuencia permite un aprendizaje rápido y eficaz de lo que es dañino y lo que es beneficioso, Nathanson (1992) y Kluft (2007) han descubierto que dichos afectos quedan asociados a los estímulos que los provocaron y a las respuestas que desencadenaron. Y todo ello se encripta en *guiones mentales* que se disparan bajo umbrales desencadenantes mínimos y una vez que lo han hecho, cobran autonomía.

Aplicado esto al trauma nos encontramos con niños enfrentados a múltiples desencadenantes que automáticamente les disparan ráfagas de afectos temibles e inmanejables. La consecuencia derivada es que terminan desarrollando nuevos esquemas mentales de evitación, para intentar manejar el tiroteo emocional, cognitivo, fisiológico y conductual al que se ven expuestos. El resultado final es que en los niños traumatizados los afectos se convierten en una señal de alarma en vez de en una brújula.

Neurobiología interpersonal

Aludiendo a los estudios de Schore (2009) y Siegel (2010), que plantean que el trazado neuronal del niño se dibuja y profundiza a partir de la repetición de la interacción reguladora con sus cuidadores, lo que deriva en una autopercepción de los estados

afectivos y del cambio de uno a otro y en la capacidad de autorregulación de los mismos, Silberg plantea que el entorno interpersonal de los niños traumatizados suscita en ellos un *cableado neuronal* rígido y repetitivo. Lo cual, a su vez, promueve en los padres respuestas hostiles, moldeando la mente de un niño cada vez más desconectado de aquellos a quienes necesita.

Esto último se evidencia en las TEP (Tomografía por Emisión de Positrones) de niños de un año, cuyos lóbulos prefrontales presentan millones de conexiones posibles, las cuales son podadas tan solo un año más tarde en función de utilidad adaptativa al entorno, incluyendo el concepto el entorno relacional.

Definición de disociación

Según la teoría de evitación afectiva planteada por Joyanna Silberg que combina los planteamientos de Putnam, Bowlby, Liotti, Tomkins, Nathanson, Shore y Siegel, la disociación queda reconceptualizada como la activación de guiones mentales afectivos que implican acciones, pensamientos, percepciones, identidad o relaciones y que funcionan como respuestas de evitación condicionadas ante la emergencia de afectos asociados con señales traumáticas.

¿Qué niños se disocian? Según su extensa experiencia clínica y la de otros autores, aquellos niños que se revelan especialmente dotados para la imaginación (Rhue, Lynn y Sandburg, 1995), aquellos que muestran un llamativo desarrollo de la teoría de la mente y aquellos que resultan más permeables a la sugestión hipnótica, tienen más posibilidades de desarrollar estrategias de afrontamiento disociativo.

Y citando a Kluft (1985) menciona que las variables que pronostican la tendencia a la disociación de un niño son: la predisposición biológica, la exposición temprana a un trauma, la crianza por parte de cuidadores que no alivian y el crecer en un paisaje relacional que perpetúa la división.

La mente sana

La definición engloba las características que ha de poseer una mente saludable y señala en consecuencia los focos terapéuticos a trabajar. Una mente sana es aquella capaz de seleccionar los estímulos relevantes en cada momento, para así poder transitar de un estado a otro, de una emoción a otra, de un contexto a otro, siendo adaptativa a las demandas fluctuantes del entorno.

Los momentos de transición

Son aquellos en los que la mente, detonada por algún estímulo, cruza la frontera entre dos de sus estados.

Estos momentos de aduana son claves y deben ser enfocados con detenimiento y agrandados mediante la técnica psicoterapéutica de la amplificación emocional. Esta consiste en prestarle palabras al niño de los posibles afectos que necesitó disociar en el momento del trauma, para que se conecte emocionalmente a lo vivido y pueda establecer una asociación entre esta emoción, la experiencia de origen que la generó y la reactivación actual del mismo. El objetivo es encontrar a partir de ello nuevas formas de afrontamiento ante los detonantes, proporcionadas y arraigadas en el presente.

Consideraciones diagnósticas

Con el objetivo de lidiar con la habitual solicitud por parte de los servicios médicos de una etiqueta diagnóstica para el niño, Silberg propone un diagnóstico de TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) al cual suma los diagnósticos adicionales para cada problema que esté presente.

Esto no es sino una gestión burocrática de la situación del niño, porque lo verdaderamente importante es que se comparta con él y con la familia constructos explicativos y sanadores que permitan entender los síntomas como estrategias de supervivencia que resultaron adaptativas en su momento.

La idea de la adaptabilidad es una de las 3 que la autora transmite a sus jóvenes clientes al llegar a consulta. Las otras dos son que ellos tienen la capacidad para cambiar sus conductas y que se han de desarrollar nuevas estrategias ante un entorno presente no traumático.

Esta psicoeducación guarda un *timing* diferencial en adolescentes y niños: a los primeros les proporciona la información en la primera entrevista; a los segundos, cuando se descubren junto a ellos las razones de alguna de sus conductas disociativas.

Lo que es necesario analizar en la fase de diagnóstico es por qué determinados síntomas han evolucionado y qué función cumplen en la actualidad. Entre las cuestiones importantes en la exploración está la conciencia de los significados simbólicos del niño y el conocimiento de las raíces fisiológicas de los síntomas y las respuestas traumáticas.

La consecuencia relacional de este enfoque es que a partir de ahí se va a sustituir la tendencia a culpar, por un interés por comprender profundamente lo que emerge en el niño.

Entre las dimensiones que se han de evaluar en la primera sesión se encuentran las motivaciones, las creencias sobre uno mismo, el trauma y su significado, la gravedad de los síntomas, la receptividad a la intervención, los citados momentos de transición y en qué medida el niño o la niña alberga un mundo interno disociado.

Crear una alianza y evaluar las motivaciones

En este punto, necesitamos conocer qué le gusta a nuestro joven paciente y cómo se siente al ser obligado a acudir a nosotros.

El primer aspecto nos va a permitir asociar el progreso con experiencias motivacionales para el niño y respetar el *timing* de abordar, primero, experiencias placenteras, y después experiencias traumáticas. El segundo punto ayudará a una disminución de la resistencia inicial y a conocer detalles importantes que nos permitan perfeccionar el enfoque y asegurar la confianza.

También es fundamental conocer los objetivos del niño (p. ej. tener amigos) y recordárselos a medida que vaya alcanzándolos con el tiempo. Pero, ¿qué logramos con esto? Dos cosas: que el tratamiento tenga sentido para él y que la esperanza del niño traumatizado hacia el futuro se mantenga alimentada y protegida.

Evaluar los momentos de transición

Dado que esos puentes de cambio de estado se encuentran rodeados por la niebla disociativa, necesitamos recabar muchos detalles, a fin de comprender lo que precede a los síntomas también disociativos.

Para ello intentaremos activar la memoria emocional del niño a través de la amplificación de sus afectos asociados al momento traumático, con el objetivo de que dicho volumen emocional atraviese la barrera de la amnesia disociativa y le permita acceder a los recuerdos que necesitó olvidar para no sufrir.

A nivel relacional hemos de transmitirle que no hay nada más interesante o importante que entender ese episodio y que lo que surja, sea lo que sea, no será juzgado.

Evaluar los episodios traumáticos

En este momento, podemos encontrar tres posibles situaciones:

- La primera, a la que llama “el elefante en la habitación”, es aquella en la cual se conoce el evento traumático, pero es evitado por el entorno. Las motivaciones de tal evitación suelen ser el temor de la familia e incluso de los propios evaluadores a que el niño se descompense. Su abordaje implica reconocer el elefante en la primera sesión, logrando llevar la conversación a un nivel cómodo para el niño.
- La segunda, cuando no se conoce del todo el evento; situación que encararemos con una actitud de indagación abierta sin juicios ni reacciones.
- Y la última, aquella en la que se está produciendo un trauma flagrante y en la que debemos intervenir para proteger al niño porque tiene que sentir que podemos proporcionarle esa seguridad.

Finalmente, entre las cuestiones importantes que hemos de tener en cuenta si un niño revela un trauma durante la fase de evaluación se encuentran: la interpretación que este da al evento traumático, ya que esto tiene muchísima repercusión en la sintomatología posterior; la comprensión de cómo los síntomas lo ayudan a adaptarse al post-trauma, lo que validará la lógica del funcionamiento actual; el comprender cualquier nuevo estresor que esté evocando la impotencia y exacerbando los síntomas, puesto que hemos de abordarlo y desarticularlo; y el tener en cuenta los medios electrónicos y las redes sociales, ya que aun tratándose estas de un medio público, es un medio que entienden como privado y alejado de los adultos y si no se pregunta por él directamente no hablarán de ello. En ese mundo es en el que se produce el acoso electrónico, que el niño siente como incontrolable y que puede producir síntomas tan severos como los intentos de suicidio.

Evaluar los procesos disociativos

Es necesario familiarizarse a fondo con los cinco tipos de síntomas que se describirán en los apartados siguientes, a fin de comprender plenamente los cuadros disociativos.

La Escala de disociación para la población infantil (Putnam, 1997), la Escala de experiencias disociativas para la población adolescente de Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith (1997) o la Escala de experiencias disociativas para la población infantil/Índice de estrés postraumático de Stolbach (1997) son algunas de las herramientas para valorar dicha sintomatología.

Evaluar los cambios de conciencia desconcertantes (p. ej. estados de bloqueo que podrían durar horas)

Bajo la hipótesis de estar sustentados sobre base biológica de hipoactivación, potenciada por las capacidades autohipnóticas del niño, estos episodios puntuales o prolongados hacen que algunos de ellos no puedan responder a cómo se llaman o pierdan la conciencia de sí mismos durante horas. “Es como si no hubiera nadie cuando le miro”, responden los padres ante unos hijos bloqueados en su mundo interior.

Para diferenciar esta abstracción de un diagnóstico de TDAH, observaremos que el niño traumatizado, a diferencia del niño con TDAH, se angustia tras el lapsus momentáneo y además nos resultará más difícil recuperar su atención.

Acostumbrados los niños a responder “No sé” ante el intento del clínico de abordar estos momentos perdidos, la estrategia radica en repreguntar o por lo central de este agujero mnémico o por lo periférico. Siendo algunas de las cuestiones propuestas del tipo “¿Qué piensas, sientes u oyes cuando te quedas en blanco?”, “¿Tienes algún lugar imaginario en tu mente al que te gusta ir?” o “¿Hay momentos en los que estás reviviendo algo del pasado?”

Evaluar experiencias alucinatorias muy reales

Este apartado resulta crucial en la evaluación, ya que hace hincapié en un error de base enormemente extendido entre los profesionales. Este es que el síntoma de “oír voces” se había considerado hasta ahora la prueba irrefutable de que nos encontrábamos ante un cuadro psicótico. Sin embargo, diferentes autores han comprobado que estas voces obedecen en muchas ocasiones a un cuadro disociativo y no a uno psicótico, como se pensaba.

¿El diagnóstico diferencial entre las voces psicóticas y las disociativas? Las últimas presentan rasgos de personalidad e identidades organizadas, a diferencia de las primeras. ¿La forma en que debemos preguntar a un niño si las escucha? Introduciéndolo como un fenómeno que le sucede a muchos otros niños, antes de plantear si les sucede a ellos o no, con un formato similar al siguiente: “Algunos niños tienen amigos invisibles que las demás personas no pueden ver. ¿Tienes alguno ahora?” La presencia de los amigos imaginarios es adaptativa y las funciones que estos desempeñan, también. Por ejemplo, investirse en el rol de protectores de sus amigos imaginarios, ayudarlos en retos de desarrollo como las competencias sociales o ser lienzo de proyección de sentimientos difíciles.

El diagnóstico diferencial entre la aparición de esta compañía imaginaria como parte de un desarrollo normal o una grieta disociativa radica en las variables que aluden a cuestiones de fingimiento, dominio, posesión o confusión. Es decir, los niños disociativos suelen sentir que sus amigos imaginarios fingen cuando hablan, o se sienten

molestados o mandados por ellos, o experimentan que estos pueden poseer sus cuerpos o que muchas veces les hacen sentir confundidos sobre su propio comportamiento.

Evaluar los cambios desconcertantes de conducta

Pista clave de estas fluctuaciones de comportamiento que suelen sorprender a padres, pero no a niños, son los cambios en las relaciones, sobre los que habremos de preguntar, así como las variaciones bruscas en el nivel de apego a sus madres. Este es un aspecto que suele revelar la existencia de una o dos identidades en el niño: una vinculada amorosamente a la madre y otra contenedora de los sentimientos de rabia y hostilidad derivados del trauma.

Estos cambios de estados de ánimo y de conducta son experimentados por los niños como algo que les sucede, e implican cambios bruscos en su funcionamiento en el día.

Preguntas como “¿tus gustos cambian de un día para otro?” o “¿un día sientes que puedes hacer algo y al día siguiente te cuesta muchísimo?”, son algunas de las que plantea la autora para abordar estas cuestiones.

Evaluar la amnesia

La paradoja de partida es que evaluar la amnesia es un proceso que puede revertir la propia amnesia, al ser una exploración conjunta de lo que no se logra recordar.

Los niños disociativos pivotan entre la evitación voluntaria de los recuerdos desagradables y la amnesia disociativa. Este último es un hábito mental entrenado que les ha permitido rechazar sistemáticamente la información desagradable señalizada por afectos asociados a lo traumático. El resultado de esto es la memoria selectiva: un álbum de recuerdos “elegidos” que narran la historia pasada que el niño puede tolerar o necesita escuchar.

Dos son los objetivos frente a la amnesia: evaluar hasta qué punto y cómo podemos estimular la memoria de lo olvidado y crear un ambiente de protección en el que hasta lo más disociado pueda ser escuchado. Preguntas en esta dirección son “¿podrías recordarlo mejor si se te redujera el castigo?” o “¿en ocasiones olvidas lo que hiciste cuando estabas enfadado?”.

Evaluar los síntomas somáticos

“¿Sientes que no experimentas el dolor como los otros niños?” es una pregunta tipo para evaluar la relación del niño o el adolescente con su propio cuerpo, área normalmente dañada en los jóvenes que han sufrido experiencias traumáticas.

La reformulación que necesitamos hacerles en este punto es transmitirles lo disociado (por ejemplo, la ausencia de dolor) como una competencia adaptativa en su momento en lugar de como un déficit.

Conductas de riesgo

Los intentos de suicidio, la promiscuidad sexual o la agresión sexual, son algunos de los peligrosos comportamientos que pueden iniciarse durante los episodios

disociativos, y para los que habremos de evaluar si el niño o el adolescente tienen recuerdo de ellos, ya que muchos pueden tener consecuencias mortales.

La propuesta de Silberg es la modificación de los protocolos que abordan estos problemas específicos si existe un componente disociativo en el niño que pretenden evaluar.

Discapacidades de desarrollo

Los síntomas disociativos postraumáticos pueden darse juntamente con el síndrome de Asperger y del espectro autista u otros trastornos del desarrollo.

En este caso, se ha de tener en cuenta la vulnerabilidad del niño del que el abusador sabe que, de intentar comunicar lo sucedido, no podrá hacerlo con facilidad, por lo que es fundamental evaluar el entorno como fuente de posibles riesgos.

Instrumentos de evaluación

Varios son los instrumentos que se han desarrollado para evaluar específicamente la disociación en niños y adolescentes y complementar la informa recabada en las entrevistas.

La lista de síntomas de trauma para niños [Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC], desarrollada por Briere (1996) es una escala de autodetección compuesta por 54 elementos, que permite a los niños pequeños valorar con qué frecuencia experimentan determinados síntomas postraumáticos.

Por su parte, la lista de síntomas de trauma infantil [Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC], consta de 90 elementos, está dirigida al cuidador y evalúa los síntomas de hiperactivación e hipoactivación en niños de entre 3 y 12 años. Resulta especialmente útil en juicios en los que la evidencia traumática no puede sostenerse sobre un relato coherente del suceso.

La escala de disociación infantil de Putnam (1991) [Child Dissociative Checklist, CDC] se ha convertido en una herramienta de referencia para los clínicos ya que evalúa los síntomas disociativos en niños, logrando distinguir de forma fiable a estos de la población general.

Por su parte, la escala de experiencias disociativas para población adolescente [Adolescent Dissociative Experience Scale, A-DES], es el instrumento desarrollado por Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith (1997), aplicable a niños a partir de 11 años. Ayuda a explorar el campo de la disociación asociado a: la relación entre toma de riesgos y abuso sexual y disociación; abusadores sexuales adolescentes; traumas médicos y patrones de revelación en adolescentes víctimas de abuso.

Y tanto la escala de experiencias disociativas para población infantil [Children's Dissociative Experiences Scale, CDES] como el inventario de estrés postraumático [Posttraumatic Symptom Inventory, PTSI] (Stolbach, 1997) evalúan la patología disociativa en niños en edad escolar mediante la descripción de personajes que padecen síntomas postraumáticos y la petición al niño de que identifique a qué personaje se parece él.

Por último, en las pruebas proyectivas estos niños tienen a dibujar o percibir imágenes con partes del cuerpo repetidas (p. ej. dos cabezas). Mientras que en el Test de Apercepción Temática (TAT) y en el Test de Rorschach, la autora encontró respuesta con un elevado número de imágenes de destrucción, de sangre y de muerte.

Iniciar el tratamiento

Cinco son los principios que rigen el abordaje de la autora desde el inicio de su intervención.

El primero, el respeto profundo por la sabiduría de las técnicas de afrontamiento de cada niño o adolescente, ya que, aunque en apariencia destructivas, son la única opción viable que existía. Y así debemos transmitirlo y manifestárselo explícitamente.

El segundo es mostrar una creencia intensa en la posibilidad de curación y la posibilidad de un futuro esperanzador. Creencia que no puede ser falsa, porque detectarían rápidamente esa falta de sinceridad, y con la que debemos prestarles la esperanza necesaria cuando se sientan profundamente desmoralizados o atrapados.

El tercero se refiere a que el enfoque que usemos sea práctico y realista en la gestión de síntomas, ofreciendo herramientas fáciles de implementar por el niño en su vida cotidiana, priorizando siempre el trabajo sobre aquellos síntomas agudos que interfieren con el desarrollo.

El cuarto, es “crear una relación de validación y expectativas al mismo tiempo”, es decir, tal y como menciona la autora citando a Linehan (1993), empujar al paciente hacia el cambio, pero respetando las defensas para el mismo.

Y el quinto y último, plantear los síntomas postraumáticos como algo automático, pero también aprendido, para confrontar desde el inicio la percepción del entorno y la intuición de nuestro joven paciente de que parte de lo que ocurre está fuera de su control, pero otra parte está dentro, debido esto último a recompensas secundarias no detectadas.

La relación terapéutica

El objetivo del vínculo ha de ser proporcionar un paisaje diádico en el que el niño pueda comprender las relaciones de otro modo, pero teniendo la precaución de no sustituir al entorno familiar como fuente de seguridad y confianza, a no ser que se trate de menores institucionalizados o que no dispongan de otra relación basada en el cuidado y en el respeto.

Cinco son también las premisas que propone la autora para forjar la estructura de la relación terapéutica con el niño o el adolescente, cada una de ellas planteadas estratégica y delicadamente en función de la cara de la disociación que se pretende abordar:

- “Puedo aceptarte por completo a pesar de lo horrible que tú creas que eres”, hace sentir al niño que podemos gestionar sus partes más ocultas, aterradoras o vergonzosas.

- “Deseo con todas mis fuerzas que estés bien, pero es algo que queda completamente bajo tu control”, le transmite una mirada donde ellos son autónomos y capaces, además de desmontar las posibles luchas de poder que se activan si el pequeño o el adolescente siente que queremos que esté bien, más que él mismo.
- “Puedo aceptar tu ira y tu decepción (incluso hacia mi persona) y no rechazarte”, comunica que son sentimientos aceptables y que no implicarán juicio o castigo.
- “Tú puedes abandonarme; yo ni puedo abandonarte, ni te abandonaré”, le descubre al niño la realidad de que en esta nueva relación él tiene más poder que el terapeuta, ya que este último es prescindible o sustituible. Esto invierte el rol que el pequeño ha experimentado hasta ahora.
- Y por último, la premisa “No tienes que hacer nada para agradarme. Estamos aquí para ti” se enfoca en desmontar patrones de sobreadaptación e intenta hacer saber al niño que lo que ellos sienten es más importante que lo que sentimos nosotros y que si logran comunicarnos esa parte de su interioridad podremos ayudarles mejor.

Educación y motivación. Presentación del modelo EDUCATE

El acrónimo EDUCATE bautiza el modelo de intervención diseñado por la autora, Joyanna Silberg.

Propone en él un plan de intervención sólido, estratégico, secuencial y coherente con toda la investigación clínica al respecto, aunada en su teoría de la evitación afectiva y en la definición del fenómeno de la disociación en niños y adolescentes, derivada de esta.

El punto de partida inicial es que la intervención temprana permite detener las secuelas negativas de los síntomas disociativos y que sin ella, estos se acaban convirtiendo en estados discretos de identidad.

E: educar

Explicar qué es la disociación y el trauma es el primer paso para establecer el lenguaje común con el que trabajaremos a partir de ahora con nuestros jóvenes pacientes.

Para ello habremos de plantear una serie de ideas claves y asegurarnos de que ellos las entienden y las van interiorizando poco a poco.

- A través de la metáfora de paredes que se alzan dentro de la cabeza para protegernos de pensar, sentir y recordar cuando algo muy malo ha sucedido, Silberg explica a los niños la idea de que los eventos traumáticos generan desconexiones en la mente. Y para ilustrarlo, los anima a dibujar el perfil de su cabeza y a continuación a escribir, en el exterior de este, sobre situaciones dolorosas que les han ocurrido y, en el interior de su cerebro dibujado, las emociones que se quedaron encerradas en círculos.

- Y para ilustrar que la salud radica en que esas islas circulares dispongan del mayor número posible de conexiones, los invita a dibujar líneas de un círculo a otro. De este modo comprenden de manera intuitiva este segundo concepto de la psicoeducación.
- Seguidamente, ayudándose de una marioneta en la que cada dedo es una cría de pájaro que emerge de un nido en busca de comida, ilustra la idea de que, para estar bien, todo el yo tiene que funcionar en grupo.
- El cuarto concepto es uno de los más importantes de hacer llegar a los niños ya que desmonta una confusión que ellos suelen experimentar. Y es que se trata de explicarles que lo que viven como voces, amigos imaginarios o estados de identidad son en realidad sentimientos, recordatorios o señales. Diferenciación que resulta fundamental, porque suelen sentir que la voz del maltratador que escuchan en su interior es realmente el maltratador en persona y no un recuerdo de este, por lo que, para intentar acallararlo, se autolesionan.
- La última idea que la autora plantea para esta primera fase de psicoeducación es la de que no se puede ignorar ni rechazar ninguna parte del yo. Esa idea sirve para corregir desde el inicio la creencia habitual de los pacientes de que una parte de su yo debe ser destruida. Y para ayudarnos a revertirla podemos hacer uso aquella literatura infantil que aborda este tipo de conflictos.

D: motivación de la disociación

Puesto que, en muchos casos, la disociación llega a convertirse en algo cotidiano es necesario desde el principio de la terapia analizar los refuerzos secundarios que pudieran estar manteniéndola. Y en este sentido la autora destaca cuatro tareas a realizar.

- La primera de ellas es introducir en el paciente una conciencia de futuro y una sensación de esperanza. Sin esta especie de memoria del futuro, será complicado que el niño sostenga su motivación en los momentos críticos.
- La segunda es dialogar de manera sincera con el niño sobre su dependencia de la disociación. Aquí los animaremos a elaborar una lista de pros y contras para poder comprender profundamente las motivaciones internas por las que la mantienen y, a partir de ahí, buscar una mayor adherencia al tratamiento.
- Establecer límites firmes, hacer que estos se basen en consecuencias realistas y en una sensación de responsabilidad global es el cuarto cometido. El mensaje implícito es, por un lado, que mantener los síntomas disociativos les está suponiendo una hipoteca mucho más cara de lo que se admiten a reconocer y, por otro, que ellos son plenamente responsables, tanto si tienen conciencia de lo que hacen como si no.
- Finalmente, necesitaremos proteger al menor. Es decir, analizar y luchar para cambiar cualquier elemento del entorno que mantenga la disociación. Esto significa que, si detectamos cualquier indicio de maltrato en el mismo, trabajaremos por retirar al menor. Y hemos de comunicarles que, si averiguamos que por el hecho de contarnos algún secreto temible podría

llegar a estar en peligro, nos esforzaremos junto a los otros adultos para asegurarnos de que no le puede ocurrir nada malo.

Tender puentes entre los distintos “yoes”. Sanar a través de conexiones de lo oculto

Como el dilema físico y mental que enfrentan los niños al inicio de la terapia es entre acercarse y evitarnos y entre desvelarnos su mundo interno o mantenerlo oculto ante nosotros, será necesario hacer gala de una actitud amable y empática.

El propósito aquí es preparar el camino para abordar la tercera fase del modelo EDUCATE: la sigla “U”, correspondiente al objetivo terapéutico de comprender [*understand*]. Es decir, ayudar a nuestros pequeños pacientes a que accedan a la información oculta en sus mentes y a que inviertan la energía psíquica que gastan en evitarla, en una nueva actitud de exploración y curiosidad.

El tipo de conversación a plantearles puede iniciarse preguntando si escucharon alguna voz que les hablara antes de desencadenarse la situación en cuestión. Acostumbrados a responder “no sé”, tanto para ganar tiempo como para tantear la apertura real del terapeuta, necesitaremos repreguntar sin presionar y reforzar desde el primer indicio de comunicación de la parte disociada, porque esto permitirá que el niño hable de lo que mantenía silenciado.

Pero esta tarea de comunicación con lo oculto no debe deslizarnos a inducir en el niño cambios de identidad para obtener información. Según la autora, esto resultaría totalmente iatrogénico porque reforzaría las vías neuronales de la disociación al repetirla como modo de funcionar y convertiría al terapeuta de doble forma: como única persona capaz de recordar en la diada los cambios de estado del niño y como interruptor regulador del funcionamiento del paciente.

Para enseñarles a escuchar su interior, hemos de saber que muchos de ellos tienen una leve intuición de que hay algo en su mente que influye en su comportamiento y ayudarlos a comprobar sin demora que son capaces de acceder a esa información y que eso no resultará peligroso.

El dibujo es una de las principales herramientas simbólicas que el niño puede utilizar para replegarse y desplegar su mundo interior, con la ventaja de que no tiene que mantener el contacto visual directo, ni la cercanía íntima de una conversación. Los peluches o muñecos que por su diseño pueden transformarse en otras cosas, cambiar de expresión o disponer de compartimentos secretos son especialmente útiles para que el niño proyecte estos cambios y compartimentos internos al jugar con ellos.

Una vez comprendidos aquellos rincones, voces o identidades que hacen que el niño salte de la conciencia central a la evitación, avanzaremos a la siguiente fase del modelo EDUCATE: reclamar como propios esos lugares hasta ahora ocultos (“C” [*claim*], reclamar).

El objetivo es encontrar una manera de que hospeden en sus mentes lo que habían desahuciado hasta ahora; momento ideal para empezar con la reformulación de lo disociado. Por ejemplo: una voz que insta a ser maleducados puede revelar una forma de responder ante los sentimientos de impotencia ante el otro.

Tras identificar la parte problemática y encontrar una forma de redefinirla, necesitaremos ayudarles a conectar con una razón auténtica y personal para agradecerle a esta aquello con lo que sientan que ha podido ayudarles. Tal vez, protegerlos con su rabia actual de que las experiencias del pasado no se repitan con sus padres adoptivos.

Por otro lado, ante las voces o identidades regresivas (más fáciles de reformular que los estados negativos), habremos de negociar con el niño para limitar esa conducta a un momento oportuno, como la hora de acostarse.

Ante las voces o conductas sexualizadas (especialmente difíciles de abordar) necesitamos psicoeducarlos sobre la excitación sexual que sienten con una argumentación acorde a su edad y ayudarlos a comprender cómo la conducta sexual los ayuda.

Por último, cementaremos el puente entre la conciencia central y las islas disociativas de nuestros pacientes, entrenándolos en una negociación constante entre ambas orillas, como participar en un deporte intenso en lugar de agredir.

Revertir la amnesia

La *amnesia disociativa o psicogénica* y su reverso, la memoria selectiva (ambos, conocidos síntomas postraumáticos) presentan un nivel de gravedad proporcional a los siguientes factores (Freyd, 1996): la escasa edad del niño; el aislamiento de este; la perpetración del maltrato por uno de los padres y las peticiones o amenazas para mantener en secreto lo ocurrido. Amenazas que apuntarían a la teoría del olvido motivado ya que, movido el niño por la necesidad de evitar el dolor sentido, intentaría sortear constantemente el recuerdo asociado, convirtiéndose los recordatorios no en una señal para recuperar lo ocurrido, sino todo lo contrario, en un aviso para enterrarlo aún más. Y aunque debemos ayudar activamente en la excavación de la memoria, la prioridad ha de ser extraer los recuerdos recientes. Los remotos emergerán solos cuando el niño esté preparado, por lo que no debemos rastrearlos antes, a no ser que su olvido les suponga estar en peligro en el presente.

La frecuente pregunta por parte de cuidadores e instituciones de si el olvido que manifiesta el niño es sintomático o fingido, hemos de responderla planteando la amnesia disociativa como el extremo de un continuo, el olvido voluntario como el extremo contrario y a nuestro paciente ubicado en el medio de ambos.

El olvido de categorías enteras de momentos (p. ej. todas las situaciones de tristeza) potenciará la memoria selectiva y su distorsión, permitiendo recordar solo lo no tocado por esa emoción.

Para lograr aumentar la motivación de los niños para el recuerdo podemos ayudarnos de un programa de contingencias, herramienta útil tanto para lapsus leves como para lagunas severas. Pero para potenciar el recuerdo necesitaremos, además, legitimar los sentimientos posiblemente asociados a lo olvidado y desculpabilizar las conductas, traduciéndolas desde el sentimiento que las detonó.

Las consecuencias del programa mencionado cuando el niño no recuerde deben ser del tipo *servicios a la comunidad* y no privaciones de disfrute, ya que estos niños no han podido ser niños. Las consecuencias cuando recupere recuerdos deben ser recompensas positivas y/o la reducción de las negativas.

Puesto que, como se ha señalado, tras el trauma el afecto acaba disparando el olvido, es muy importante averiguar el afecto desencadenante para restablecer el recuerdo de las experiencias disociadas, y una manera útil de descubrirlo es imaginar junto al paciente qué habría podido sentir un niño al que le hubiera ocurrido esa situación. Otra es proponerle actuar como un aprendiz de detective, frente al enigma de su propio recuerdo. Habrá partes olvidadas, pero también detalles que a modo de pistas le ayuden a ubicar lo que no puede recuperar. La entrevista a posibles testigos de lo ocurrido también se incluye en esta actividad.

Pero si a pesar de todas estas estrategias el olvido persiste, significará que estamos ante un estado disociativo que continúa oculto. Y entonces, le pediremos al niño que en silencio escuche cualquier parte de su interior por si le llegara alguna información desde algún lugar de su mente. Es frecuente que los niños teman que al recordar lo reciente emerja lo remoto, pero en realidad lo que suelen recuperar es lo circunscrito al episodio tratado y al final, se sienten aliviados de que su comportamiento tenga una explicación lógica.

En el caso de que haya habido alcohol durante la experiencia traumática, las técnicas descritas no lograrán revertir el olvido. Y si estamos ante un menor cuyo consumo le produzca pérdidas de memoria, es probable que el abuso sufrido sea de gravedad.

Por último, los olvidos globales (es decir, crónicos) descritos frecuentemente por las personas de su contexto bajo la frase “Tiene muy mala memoria”, suelen diagnosticarse como TDAH. Pero en muchas ocasiones, la imposibilidad para concentrarse obedece a una estrategia que, frente a un entorno peligroso y abusivo, resultó adaptativa.

Entablar amistad con el cuerpo. Consideraciones somáticas para el niño superviviente

Encaramos ahora la “A” de EDUCATE [*activation*] enseñando al niño estrategias concretas para regular su activación y sus afectos en su círculo relacional. Esta sigla se refiere tanto a la modulación de la activación como a la regulación afectiva y al apego.

La mayoría de ellos no comprenden el significado del lenguaje de su cuerpo, al que sienten como un intruso o un enemigo, ya que sus señales han quedado asociadas a una sensación de peligro, que suelen acallar mediante la evitación. Los tres tipos de relaciones más frecuentes con el cuerpo los ilustran los niños hiperactivados, los que se sienten físicamente insensibilizados y aquellos que bandean entre ambos extremos.

La hiperactivación, caracterizada por la sobreactividad del sistema nervioso simpático (frecuencia cardíaca y de respiración, aumento del tono muscular y del nivel de azúcar en sangre y estrechamiento del foco atencional) termina por pasar de estado a rasgo de la conducta del niño.

Para apaciguar la evitación y trasladar al niño a un estado de activación óptimo, podemos optar por hacer uso de los elementos paralingüísticos (Yehuda, 2011) y mostrarnos tranquilos y amables, intentando así que se conecten con un nivel verbal o simbólico.

Por su parte, el modelo neurosecuencial (Perry, 2006) establece que el uso de rituales rítmicos como canciones o poemas cantados por el niño lo ayudan a estimular áreas subcorticales comprometidas durante el trauma, ya que, como explica la autora, crear un poema e ilustrarlo con dibujos activa el procesamiento cortical, al necesitarse el procesamiento de las palabras, mientras que recitarlo con rima y ritmo estimula las partes subcorticales.

Los juegos de activación sensoriomotriz controlada (como los videojuegos, los Legos o juegos tipo Jenga), preferidos entre los niños supervivientes de más edad y los adolescentes pueden ayudarles a recuperar el foco de atención, a motivarse para permanecer motrizmente tranquilos y a canalizar la hiperactivación, por la recompensa de obtener un buen resultado. Perspectiva que implica la tarea de reformularle a los padres las funciones de actividades que hasta ahora concebían como premios.

Por otra vía, la visualización de un lugar seguro, plagada de detalles sensoriales agradables, su posterior representación a través del dibujo (como materialización de la interioridad) y la introducción de un elemento que los traslade a ese lugar (por ejemplo, un ascensor mágico), permite a los niños experimentar la conciencia corporal como algo positivo e instalar poco a poco en su interior un refugio en el que sentirse en paz.

Con los niños cuyo cuerpo está insensibilizado nos encontraremos con historiales donde el dolor ha sido incontrolable, como situaciones de maltrato infantil, problemas médicos como quemaduras o dolor abdominal crónico (Silberg, 2011). Y con la problemática clínica habitual derivada de estos: encopresis y enuresis.

Nuestra tarea ha de ser la de desestigmatizar los episodios mediante la psicoeducación, entrenar al niño en percibir los pródromos sin bloquearse y encontrar recompensas con las que premiar la conquista de nuevos espacios, en los que mantenga el control que antes no podía.

Respecto a la autolesión, Ferentz (2012) recopiló una lista de 29 motivos por los que alguien puede llevarla a cabo y Silberg se detiene en la polisemia que esta forma de respuesta puede tener para un niño traumatizado: transmitir un impactante comunicado de falta de autoestima; manifestar cuán difícil sienten la situación que están atravesando o detener un estado afectivo incómodo, son algunos de sus significados.

Según Ferentz (2012) el paso previo es ofrecerles otro “chaleco salvavidas” que sustituya al de la autoagresión. Posteriormente, encontrar motivadores internos para detenerla (por ejemplo, la imagen en verano de los cortes en sus brazos), cuidándonos de no reforzar la culpabilidad. A continuación, encontrar la forma de reformular la voz disociada para convertirla en aliada, para después pasar a identificar los momentos de activación emocional extrema, en los que puede dispararse esta conducta. Y finalmente, trabajar con el niño para diseñar varias conductas alternativas posibles si surge el impulso.

Nijenhuis (2004) sostiene que los niños traumatizados suelen experimentar la *disociación somatoforme*: síntomas somáticos sin causa física aparente. Y, según la propia autora, estos síntomas suelen reexperimentarse en el lugar en el que estuvo la herida original.

Para terminar de integrar la capacidad de control del menor sobre su propia activación, podemos tomar los ensayos de empoderamiento físico que propone la terapia

sensoriomotriz (Ogden y Minton, 2000; Rothschild, 2000), es decir, ayudar al niño a representar aquellas acciones que hubiera querido llevar a cabo durante el trauma y no pudo: salir corriendo a toda velocidad para sentir la potencia de escapar; inventar posturas y danzas para decir “no” con todo el cuerpo o imaginar visualizando una respuesta vigorosa ante el daño, son algunas de las escenas con las que encarnar una resolución simbólica de lo vivido.

Permanecer despiertos. Revertir el bloqueo disociativo

La manifestación de disociación más extrema conocida como síncope o desmayo encuentra una explicación en varios autores. La teoría polivagal de Porges (2003) postula que la actividad de la rama trasera del nervio vago, reguladora de nuestro escape ante la amenaza, reduce la presión arterial y la frecuencia cardíaca, haciendo que los músculos esqueléticos se relajen y generándose una liberación masiva de hormonas calmantes que amortiguan la pedrada física y emocional del dolor. Aspecto, este último, investigado por Perry (2006), quien plantea cómo el desequilibrio de los sistemas opioides del SNC durante estos episodios, acaba convirtiéndose en una cuestión de rasgo y disparándose ante mínimos recordatorios del trauma, desatando una reacción profunda. Por su parte, Barnier y McConkey (2003) han demostrado que los estados de hipnosis entrañan una actividad cerebral específica, y por parte de Bell, Oakley, Halligan y Deeley (2011), que los patrones de actividad neuronal de la corteza prefrontal en los estados hipnóticos son similares a los de los estados disociativos.

Y aunando todas estas teorías, Joyanna Silberg propone una explicación basada en la asociación, la generalización y la automatización. En esta, los eventos aterradores originales habrían producido respuestas de desmayo o congelación en el niño. Estos se habrían generalizado a estímulos, pensamientos y sensaciones. Y desarrollarían en el menor síntomas de despersonalización y la creación de un mundo imaginario en el que no ocurren cosas malas. Con la repetición, la huida a este universo interno se automatizaría, hasta llegar a ser detonada por un simple pensamiento, con lo que cualquier anticipación de peligro provocaría este retiro autohipnótico y la respuesta de bloqueo no consciente.

Para revertir el bloqueo, tanto si el niño se desmaya en consulta como si le sucede fuera, necesitamos: lograr activarlo y ayudarlo a salir de ese estado; descubrir el momento del desencadenante y qué lo ha promovido; detectar y desanudar los dilemas ocultos que puedan estar reforzando esta estrategia inconsciente; sacar al niño de todo entorno que refuerce el bloqueo (padres, escuela,...); practicar nuevas respuestas ante el desencadenante disociativo; ensayar *técnicas de conexión* para permanecer despierto como, por ejemplo, cantar mentalmente sus canciones favoritas, sentir la presión fuerte de sus pies en cada paso o portar un reloj o una pulsera cuyo peso o tacto les ancle al ahora; respetar la motivación para permanecer disociativo, ya que indicará que hay alguna amenaza externa o interna que aún no hemos identificado y celebrar como algo grandioso cada logro de conectarse y estar presentes.

Crear apego entre estados. La regulación afectiva en el contexto de las relaciones

Crecidos con cuidadores no moduladores de los afectos egodistónicos, las explosiones de rabia y violencia emergen rápidamente ante mínimas señales del entorno. La huella cerebral resulta inconfundible: una corteza orbitofrontal infradesarrollada incapaz de contener las avalanchas emocionales y su manifestación conductual (Schoore,

2009). ¿El resultado de esto? Un pseudoapego que se desmorona ante indicios que sugieren que la invulnerabilidad personal y relacional no es algo que esté asegurado.

Pero para enseñarle al niño una comunicación emocional más allá de la violencia y maneras diferentes de gestionar individualmente lo que siente, necesitaremos primero ayudarlo a identificarlo, para que pueda usar esa información para resolver problemas en sus relaciones familiares.

Tomkins (1962, 1963) nos explica que los afectos son sofisticadas señales ligadas a la supervivencia, y Silberg que debemos plantearles a estos niños las ventajas que supondría sentir lo que han aprendido a silenciar. Pero no es solamente que no quieren, nos aclara, es que no saben. Y por ello hemos de enseñarles a ampliar su vocabulario emocional para que puedan diferenciar sus sentimientos, para que puedan bautizar los no nombrados. Es decir, poner nombre a esos sentimientos que aún no sepa diferenciar y asumir, finalmente, que esos sentimientos que rechaza son suyos.

Dibujarlos, repartírselos en juegos de rol, reconocerlos en cartas faciales, trazarlos en gráficos de intensidad, son algunas de las herramientas que nos ofrece para ir ampliando el diccionario del afecto. Y si hay uno que el niño intenta encontrar sin conseguirlo, lo invitaremos a que describa cómo lo siente en el cuerpo.

Si los ayudamos a visualizar el oleaje del mar yendo y viniendo suavemente, podremos hacer que lo asocien con emociones que amainan según se acercan. Si los entrenamos en que detecten cualquier afecto desagradable que impacte en su parabrisas mental y activen el limpiaparabrisas para ver con claridad, practicarán el procesamiento continuo de la información emocional. Y si les describimos detalladamente el esfuerzo necesario para girar el manillar de una bici que, deslizándose por una pendiente, topa con una bifurcación del camino, visualizarán la imagen del empeño necesario para vencer la inercia y cambiar de dirección.

Pero para que sanen verdaderamente, necesitamos que todos sus estados del yo lleguen a ensamblarse. Ese yo que tras el trauma sintió cómo el vínculo con la madre se rompía y cómo, en efecto dominó, se rompía él también: una mitad apegada a la madre, una mitad desapegada. Y como se produjo esta división, todos los mensajes llegaban a una parte o a otra. Como terapeutas necesitamos vencer esta impermeabilidad para que lo que alcanza a una cara del yo del niño, cale también en la que está detrás.

Y si la violencia y el enfado no amainan, confiar en el niño, y darnos cuenta de que está percibiendo un peligro del entorno que aún no hemos logrado detectar.

Terapia familiar centrada en el niño disociativo. El tratamiento familiar como complemento de las intervenciones centradas en la disociación

Aprender a tolerar los sentimientos de rabia y decepción y continuar conectados con sus hijos de forma afectuosa es una tarea fundamental para las familias de niños supervivientes. También, dismantelar la atmósfera de secretos familiares y temáticas traumáticas a evitar. Nosotros, como terapeutas, habremos de mantenernos del lado del niño durante cualquier sesión conjunta y preparar a los padres para las descargas que se puedan producir en el “sistema de cañerías” (emocionales) del niño (Silberg, 1999) una vez que este esté reparado. Hará falta que los cuidadores sean capaces de escuchar el dolor, la ira o los sentimientos de traición sin defenderse de ellos. Una sesión completa

dedicada a que se pongan en la piel del niño resultará de gran ayuda. Y como sus pequeños responden selectivamente a las expresiones faciales de enfado (Pollack y Sinha, 2002), en este trabajo con la familia podremos abordar directamente cuáles de sus propias expresiones resultan ser desencadenantes de la respuesta disociativa. Aunque, como se ha podido comprobar, esta tarea es transversal a todo el proceso.

Exploraremos junto a padres y niños qué frases y miradas los sacan de la realidad y negociaremos nuevas expresiones y gestos a fin de sofocar el incendio antes de las llamas. También necesitaremos que los adultos aprendan a explicar sus estados emocionales atribuyéndolos al contexto en que se han originado: “Estoy de mal humor, pero es por el trabajo”, es el ejemplo que da la autora respecto a esto.

Con demasiada frecuencia, estos niños no tienen amigos. Desconocen el tira y afloja de las relaciones entre iguales y esto da pie a que terminen siendo víctimas de *bullying* o funcionando como chivos expiatorios de los profesores, lo que hace fundamental guiar a los padres para que ayuden a su hijo a que tenga al menos un amigo, potenciando de esta forma actividades y vínculos adecuados a su edad.

Hemos de tener en cuenta que muchos padres de niños disociativos ya portan un historial de trauma propio, por lo que resulta fundamental descubrir las creencias traumáticas que ellos mismos manejan como familia y trabajarlas para evitar que las transmitan a sus hijos. La idea de que sus hijos nunca podrán ser normales, o de que sus pequeños están heridos como lo estuvieron ellos, o de que juntos lucharán contra el mundo, son algunas de estas creencias a trabajar.

En las familias que generan disociación se potencia el funcionamiento no integrado del niño al reforzar ciertos estados separados de conciencia. En las autoritarias, se elicitaba la sobreadaptación defensiva del menor y se prohíben firmemente las expresiones de ira o los malos modales. En las que los padres están demasiado involucrados, se favorecen los estados regresivos. Y en aquellos hogares en los que los padres están divorciados y uno de ellos es el maltratador del niño, el menor se enfrenta a un dilema generado por decisión judicial, del que solo puede escapar adaptándose y siendo dos personas.

Reescribir el guión mental

Ha llegado el momento del tratamiento en el que necesitamos procesar los recuerdos traumáticos y descifrar los *flashbacks*: la letra “T” del modelo *EDUCATE*.

Como terapeutas hemos de ayudar a reequilibrar tanto el desbordamiento psicosomático de algunos pacientes, como la negación de lo ocurrido por parte de otros, sin olvidar nuestras propias resistencias a profundizar en un pasado aterrador.

El momento adecuado para trabajarlo suele ser la fase intermedia del tratamiento, cuando el niño ya ha adquirido habilidades para sentir y recordar sin disociar. Pero si estamos ante un trauma flagrante, ante un menor derivado por abuso e inmerso en un proceso judicial abierto en el que deberá testificar, o ante uno cuyos síntomas revistan peligro o vayan en escalada, deberemos afrontar esos recuerdos lo antes posible, tarea para la cual podremos apoyarnos en el encuadre de terapia intensiva: sesiones todos los días durante dos semanas. Encuadre que la autora ejerce durante las vacaciones de verano, con sesiones de entre una y media y dos horas.

Será útil conocer las 6 piezas del puzle de la experiencia traumática, para ir procesando una por una: contenido (recuerdo de episodios), sensoriomotricidad, significado y emociones del episodio traumático, por un lado, y, por otro, experiencias de control que contrarresten y relación validadora.

Para hablar de lo que fragmentó, necesitaremos proporcionar al niño pequeño estimulación sensorial de seguridad a través de peluches u otros objetos, o permitirles alternar el relato con una tarea que los descomprima, distrayéndolos. Y en el caso de los niños más mayores, ofreciéndoles opciones como diarios especiales en los que plasmar lo no dicho.

Aprovecharemos esa distracción calmante para preguntarles por la experiencia sensorial de la situación traumática, por ejemplo, ¿recuerdas haber sentido algo en alguna parte de tu cuerpo?

Y respecto al significado otorgado por el niño al episodio, habremos de rastrear la asediante culpa que este siente (Kluft, 2007) y desengancharla de la experiencia de ruptura del vínculo a la que quedó asociada. Como se ha señalado, la amplificación emocional y su complemento (incluir en el relato del niño sentimientos que hubiera resultado sanador recibir, pero que no estuvieron, como por ejemplo la empatía), es la principal herramienta para conectarle con los afectos del momento traumático.

Para transmutar la desesperación en empoderamiento y control, podremos usar lo que Silberg llama “la máquina del tiempo”: una visualización guiada hasta el momento justo anterior a cuando se produjo el abuso, en el que el niño elige los superpoderes que más le fascinen para autorrelatarse un final diferente. Relato que será repetido por nosotros de principio a fin, mientras permanece con los ojos cerrados, y que él ensayará con frecuencia hasta que los *flashbacks* intensos se reduzcan y desaparezcan.

Lo último, necesario para la cura, es que el niño o la niña superviviente tenga la opción terapéuticamente preparada y supervisada de relatar su dolor a sus cuidadores. Solo así se producirá la verdadera reparación.

La integración del yo. Hacia un futuro de sanación.

Llegados aquí, nuestro trabajo con nuestros pacientes disociativos toma su recta final, la “E” [*ending*].

En este punto, darán muestras a través de sus dibujos de su forma de estar presentes, de su manera de recordar, relatar y sentir las piezas de su yo que se han reintegrado. Y se enfrentarán, por supuesto, a los hitos de la vida (ruptura, enlaces, maternidad, paternidad, pérdidas de seres queridos...), y estos podrán reactivar la atmósfera del paisaje que los atrapó. Pero es una oportunidad idónea para practicar algo que deben aprender en esta última etapa: encontrar el sinfín de diferencias entre el “aquí” y el “allí”, entre el *ahora* y el *antes*, entre el presente y el pasado.

“Fue culpa mía, pero no pude hacer nada... pero fue culpa mía, pero no pude hacer nada...” Y así, hasta la obsesión: es el *ciclo de la desmoralización traumática*. Para sacar a estos niños del ring de boxeo mental que los arroja desde la esquina de una culpa insoportable a la esquina de una impotencia insoportable y así *round* tras *round* hasta caer en la lona, debemos tocar la campana y detener el combate. La metáfora del desastre

natural puede ayudarnos: plantearles lo vivido como si de un tsunami se tratara, frente al que no se puede hacer otra cosa que reparar los daños causados y mejorar los sistemas de predicción y de respuesta para el futuro. Pero si el niño no es capaz de perdonarse, porque sintió que sí podría haber hecho algo, elaboraremos con él un ritual de autoperdón: necesitará aceptar por completo la conducta por la que se culpa para después desentrañar los motivos de la decisión que tomó y, finalmente, establecer consigo mismo un *nuevo compromiso* que manifieste la lección aprendida.

Y frente a las preguntas existenciales que les surgen en este último tramo, Silberg recomienda buscar apoyo en los referentes religiosos de la comunidad, en función de la tradición espiritual del niño. No solo por apoyarlo a él, sino también a nosotros mismos como terapeutas en el duro trabajo con esta cara del dolor.

Incluirlos en grupos de tratamiento en esta fase final permite que conozcan el apoyo entre iguales, que aumenten su motivación y que practiquen y mejoren sus habilidades sociales. Una tarea tipo en el trabajo en grupo es pedirles que identifiquen todas las habilidades necesarias para lograr un objetivo como sacarse el carnet de conducir y en qué formas la disociación podría interferir a la hora de conducir correctamente.

Escribir cartas de reconocimiento (padres e hijos) de todo lo logrado y aprendido en el proceso ayuda a remachar el apego y a reconocer las propias fortalezas. Y el empoderamiento que genera puede ser una catapulta perfecta para el llamado *crecimiento postraumático* (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Un paso más puede ser el estado de *fluir* y el *yo trascendente*, de los que habla Csikszentmihalyi (1993), esa sensación de estar en un momento dado completamente integrados y conectados con nuestro centro y nuestra esencia. Si nuestros pacientes sintieron eso en algún momento, su recuerdo sensorial puede servirles para calibrar su nivel de integración ahora mismo.

Algunos de los pacientes citados han llegado ya a la edad adulta. Son estudiantes vocacionales, profesionales comprometidos y padres y madres conectados con sus hijos. Conscientes de lo que vivieron, conscientes de que lo superaron, también. Decididos a que el trauma no hiera a la siguiente generación. Esa es la cura.

Comentario personal

La ventaja de disponer de un atlas tan específico es no perderse en un territorio tan cambiante y, como dijo la propia Silberg (2018) en el seminario que impartió en Pamplona, gestionar el contagio emocional que el contacto con el trauma produce: la disociación disocia, subrayó. Sin un mapa claro, la desorganización, la frustración y los sentimientos de impotencia de cuidadores, profesores y terapeutas están asegurados.

Y aunque la autora especifica que su mapa del incendio difiere del de van der Hart y su equipo (van der Hart et al., 2006), porque la mente que arde no es un árbol adulto, sino joven, en mi experiencia clínica ambos planos comparten ciertas coordenadas. ¿La que he encontrado más útil? La de las voces disociativas y los amigos imaginarios. Porque es cierto que los adultos traumatizados, en vez de experimentar esos dos síntomas, hablan de cambios bruscos de conciencia, o de sentimientos o sensaciones repentinas e invasivas.

Pero, tal y como plantea la autora, considero que la repetición deriva en automatización. Y la automatización en invisibilización. Es decir, en tantas ocasiones debió de hablar esa voz a ese niño, a ese joven, a ese adulto que, momento a momento (Bleichmar, 1997), se mezcló con la atmósfera y se respiró y, una vez dentro, olvidó que esa voz provenía del exterior. Sin embargo, al plantearle a los pacientes adultos que vean los cambios bruscos que viven *metafóricamente* como voces externas y que dialoguemos con ellas para entender qué dicen, qué quieren, qué sienten... estos experimentan una capacidad de mentalización secuestrada hasta ahora. Y es que la metáfora de la voz les permite tomar distancia de lo que sentían como dentro de sus cuerpos o enredado entre sus pensamientos. Y entonces el cerebro, aliviado en ese momento de la dictadura del miedo, puede reflexionar.

Por otro lado, considero que muchas de las valiosas estrategias planteadas para comunicarse con las partes disociadas de los niños (dibujos, gráficos emocionales, cartas escritas por o dirigidas a las partes separadas, metáforas para ilustrar la disociación, visualizaciones dirigidas...), resultan de interés en el trabajo con las partes infantiles de los adultos traumatizados, puesto que esas experiencias encapsuladas suelen estar instaladas en edades infantiles o preadolescentes. Y en muchas ocasiones, cuando estas emergen, el lenguaje propio que estamos usando en la sesión con ese adulto se encuentra con una pared y carente de resonancia. En concreto, la amplificación emocional resulta de sumo interés para reconectarlos con los afectos que no escuchan. Pero es cierto que hace falta tener en cuenta las aportaciones de Wallin (2012), para contemplar qué tipo de apego maneja la parte disociada y pronosticar, en función de eso, la receptividad a nuestra empatía, no para no manifestarla, pero sí para prever si es el mejor camino en ese momento.

El concepto de pseudoapego descrito en la página 265, resulta ser una comprensión más profunda de la ruptura con la figura primaria, porque al hacer hincapié en cómo la parte del yo herido queda encapuchada con un yo adaptativo, señala la importancia de que explicitemos que los mensajes positivos o reparadores sean acogidos y alcancen a la parte oculta también. Esta apreciación, comentada abiertamente a los pacientes disociativos adultos, supone un señalamiento que deja ver cómo la parte adaptada da la espalda y no aprecia a la parte herida. Y cómo, cuando la primera recibe alimento emocional (como por ejemplo un comentario positivo), no lo comparte con la segunda, agudizándose así la sensación de falso *self*. He comprobado que significar esta falta de generosidad entre las partes produce una distensión y un acercamiento amistoso entre ellas.

Resulta brillante la planificación de objetivos terapéuticos que propone (p. 45), donde se relaciona el objetivo específico del tratamiento en ese momento con el tipo de intervención a realizar y con la estructura cerebral comprometida y a potenciar. Una cuarta columna que se podría incluir sería la de los períodos de desarrollo cognitivo, puesto que la descripción de la disociación parece coincidir con los planteamientos piagetianos en su epistemología genética. Por ejemplo, el niño preoperatorio maneja una lógica transductiva y puede hacer afirmaciones del tipo “el sol es amarillo porque es redondo”. Es decir, ir de lo particular a lo particular. El niño traumatizado puede sentir “mi padre adoptivo es malo porque tiene barba” (Gasquet, comunicación personal, 3 de septiembre de 2019). Me pregunto si estamos comprendiendo este fenómeno de aprendizaje como una *generalización* errónea por parte del niño en la que *deduce* equivocadamente que como su padre biológico le hizo daño y tenía barba, el adoptivo por tenerla también puede hacérselo. Sin embargo, el niño preoperatorio no deduce ni induce,

sino que aprende por próximo a próximo. Es decir, asociando características y estableciendo causalidad entre ellas: el sol calienta porque es redondo. De ser así, se estaría planteando que nuestro aprendizaje es cognitivamente disociativo en los primeros años, y que su naturaleza disociativa obedece a un desarrollo normal. Por lo que, al aprender de manera compartimentada, disponemos de un período crítico en la infancia para que la disociación traumática quede sembrada.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.) Texto revisado. Madrid, España: Masson.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., y Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-497.
- Barnier, A. J. y McConkey, K. M. (2003). Hypnosis, human nature, and complexity: Integrating neuroscience approaches into hypnosis research. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 51(3), 282-308.
- Bell, V., Oakley, D. A., Halligan, P. W. y Deeley, Q. (2011). Dissociation in hysteria and hypnosis: Evidence from cognitive neuroscience. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(3), 332-339.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children*. Odessa, Estados Unidos: Psychological Assessment Resources.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The evolving self: A psychology for the third millennium*. Nueva York, Estados Unidos: Harper Collins.
- Dallam, S. J. (2002). Science or propaganda? An examination of Rind, Tromovitch and Bauserman (1998). *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(3-4), 109-134.
- Felitti, M. D., Anda, R. F., Nordenberg, M. D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., ... Marks J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245-258.
- Ferentz, L. (2012). *Treating self-destructive behaviors in trauma survivors: A clinician's guide*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., y Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 32(6), 607-619.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Kolko, D. (2002) Child physical abuse. En J. Myers. L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny y T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp, 21-54). Thousand Oaks, Estados Unidos: Sage.
- Kluft, R. P. (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. (2007). Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of Dissociative Identity Disorder. En E. Vermetten, M. J. Dorahy y D. Spiegel (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*, (pp, 301-316). Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.

- Linehan, M. M. (1003). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. En J. Solomon y C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. En P. F. Dell y J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 53-65). Nueva York, Estados Unidos: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nathanson, D. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Nijenhuis, E. R. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Ogden, P. y Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Perry, B. D. (2006). Fear and learning: Trauma-related factors in the adult education process. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 110(21).
- Perry, B. D. (2006). The neurosequential model of therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children, En N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27-52). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L. y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Pollak, S. D. y Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology*, 38, 784–791.
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503-513.
- Putnam, F. W. (1991). *Dissociative disorders in children and adolescents: A developmental approach*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rhue, J. W., Lynn, S. J., y Sandberg, D. (1995). Dissociation, fantasy and imagination in childhood: A comparison of physically abused, sexually abused, and non-abused children. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 131-136.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. En P. F. Dell y J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 107-141). Nueva York, Estados Unidos: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Silberg, J. L. (1999). Parenting the dissociative child: *Many Voices*, 11(1), 6–7.
- Silberg, J. L. (2011). Angela (14 to 16 years old)—Finding words for pain: Treatment of a dissociative teen presenting with medical trauma. En *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents* (pp. 289-310). Nueva York, Estados Unidos: Routledge Press.

- Silberg, J. L. (octubre, 2018). *Cómo intervenir en la disociación infantil*. Jornadas formativas organizadas por Centro Vitaliza. Pamplona (España).
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., y Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 709-723.
- Stolbach, B. C. (1997). The Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory: Rationale, development, and validation of a self-report measure. *Dissertation Abstracts International*, 58(3), 1548B.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect imagery consciousness: The positive affects* (Vol. 1). Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect imagery consciousness: The negative affects* (Vol. 2). Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., y Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology*, 23(2), 453-476.
- Widom, C. S. (1989). Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 27(2), 251-271.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Wolff, P. H. (1987). *The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy: New proposals for investigation*. Chicago, Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Yehuda, N. A. (2011). Leroy (7 years old)—“It is almost like he is two children”: Working with a dissociative child in a school setting. En Wieland, S. (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents* (pp. 285—343). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.