

Una mirada psicoanalítica a la intervención con niños, adolescentes y familias de refugiados

A psychoanalytic approach to intervention with children, adolescents and refugee families

Elena Calvo Serrano

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña de cinco artículos de *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(4) (2019). Martha Bragin, Virginia Fernández, Phyllis Cohen et al., Anna Dobretsova y Elizabeth Batista Pinto Wiese y Kraplin et al..

Según el artículo 1 de la Convención Relativa al Estatuto de los Refugiados de 1951, podemos definir “refugiado” como

alguien que debido a un miedo bien fundado de ser perseguido por razones de raza, religión, nacionalidad, ser miembro de un grupo social específico o una opinión política, está fuera del país de su nacionalidad y no puede, o a causa de sus temores, no quiere acogerse a la protección de tal país. (Alto comisionado de Naciones Unidas [ACNUR], 1951, p.1)

No resulta difícil imaginar que los niños y adolescentes dentro de las familias de refugiados se enfrentan a diferentes experiencias traumáticas en su condición de refugiados. Abdi (2018) nombra cuatro tipos de estresores específicos: *traumático* (guerra, desplazamiento, pobreza, violencia familiar y comunitaria, etc.), *acultural* (desencuentros culturales entre la familia y el niño, idioma, identidad cultural integrada, etc.), *soledad* (pérdida de la red social, discriminación, acoso, *bullying*, etc.) y *reasentamiento* (economía, hogar, empleo, etc.).

En el número 18 de la publicación del *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* encontramos varios artículos que nos muestran las aportaciones que desde el psicoanálisis se pueden hacer para la intervención con niños, adolescentes y familias de refugiados. Esta reseña es una aproximación a cinco de ellos:

- Myth, memory, and meaning: Understanding and treating adolescents experiencing forced migration [Mito, memoria y significado: comprender y tratar a los adolescentes que experimentan migración forzada], de Martha Bragin.
- Triggering safe attachment waves to foster healing in international protection-seeking environments [Desencadenar ondas de apego seguro

para fomentar la curación en entornos de búsqueda de protección internacional], de Virginia Fernández.

- Our immigration and human rights work group in action: Psychoanalyst evaluating asylum seekers, trauma and family devastation [Nuestro grupo de trabajo de inmigración y derechos humanos en acción: psicoanalistas evaluando buscadores de asilo, trauma y devastación familiar], de Phyllis Cohen, Bob Bartlett, Barbara Eisold, Sharon Kozberg, Lisa Lyons y Zina Steinberg.
- Sandplay: Psychotrauma signs in asylum seeking adolescents [Sandplay: signos de trauma psicológico en adolescentes solicitantes de asilo], de Anna Dobretsova y Elizabeth Batista Pinto Wiese.
- A review of the use of trauma systems therapy to treat refugee children, adolescents and families [Una revisión del uso de la terapia de sistemas de trauma para tratar niños, adolescentes y familias refugiados], de Daniel Kraplin, Kristen Parente y Francesca A. Santacroce.

Mito, memoria y significado: comprender y tratar a los adolescentes que experimentan migración forzosa, por Martha Bragin

A lo largo de este artículo, la autora hace una reflexión y explora diferentes aspectos de la narrativa del psicoanálisis con el objetivo de mejorar en el tratamiento con adolescentes refugiados. Sugiere modos para conectar con su experiencia y así ayudarles a entenderse, integrar su experiencia pasada con su presente y construir de ese modo su identidad adulta.

La política y poética del trauma de los refugiados

En esta parte del artículo, la autora nos acerca a la disputa que existe hoy en día en relación a la palabra “trauma”. Sugiere que en la actualidad, la palabra trauma se utiliza como un modo de explicar el sufrimiento experimentado por aquellos que son objeto de eventos históricos (abusos sexuales en la infancia, violencia de género, persecución política o genocidio). De esta manera, la presencia de trauma diagnosticable no responsabiliza al que ha sufrido de su sufrimiento, sino que nos informa de que una persona ha sufrido y merece atención.

Sin embargo, nos explica también que existen autores que piensan que el concepto “traumático” patologiza lo que es una respuesta normal a unas circunstancias anormales. Teniendo en cuenta esto, la autora explica que a veces las experiencias traumáticas no pueden concebirse separadas de la vida e historia de la comunidad donde se vive. Todo el mundo en la comunidad experimenta las mismas conductas violentas, todo el mundo lo sufre conjuntamente, aunque cada uno lo haga a su manera.

Entiende que a la hora de trabajar con refugiados necesitamos tener en cuenta, además de nuestro marco teórico, sus mecanismos culturales y tradicionales ya que entonces la terapia hará de enlace entre su entonces y su ahora y favorecerá la efectividad de las intervenciones. Para clarificar su idea, pone varios ejemplos. Por un lado se apoya en Alcinda Honwana (1999) donde explica cómo en Camboya, la psicoterapia llevada a cabo por psicoterapeutas actuales resultó inefectiva al no contar con el lugar que los

espíritus ancestrales y las fuerzas espirituales tenían en los procesos de causalidad y curación dentro de la comunidad.

También relata su experiencia en Liberia trabajando con el Dr. Harris donde este, a través de la historia de los Kru, le marcó la importancia de trabajar no solo con lo literal y consciente, sino también con lo inconsciente y simbólico.

Los Kru, para reintegrar a los excombatientes en el pueblo una vez que la batalla había terminado, tenían que pasar por un proceso determinado. Al principio, al ser personas que habían matado, les impedían entrar en el pueblo por haber permitido la expresión de los instintos violentos más primitivos. Entendían que antes de volver necesitaban volver a controlar su agresividad y de ese modo utilizarla en el trabajo de vivir. Dejaban sus armas y ropa manchada de sangre en unas cabañas especiales fuera del perímetro del pueblo. Durante el tiempo que estaban allí no comían carne y se les preparaba una comida especial de limpieza. Participaban en una ceremonia de limpieza seguida de reflexión y otras ceremonias para honrar a los espíritus de los que habían matado. Solo a partir de entonces, se les permitía volver al pueblo y retomar una vida normal.

Con esta historia, la autora pudo aprender la dimensión psicológica que los rituales tienen para hacer la transición entre lo que los soldados necesitaban en tiempos de guerra (como guerrero) y en tiempos de paz (como hombre de familia pacífico). Tal y como nos explica, también Freud (1913/1974) en sus estudios resaltó que la experiencia de emociones intensas y conflictivas y la transición de un estado mental a otro, requiere de alguna forma de ritual que permita la simbolización y el manejo del poder y la intensidad del conflicto. Él destacó tres tipos de rituales fundamentales, uno para malas conductas sexuales, uno para asesinato y otro para dolor y duelo.

Para la autora, si no tenemos estas dimensiones en cuenta corremos el riesgo de que las personas estén motivadas por emociones no conscientes. Apoyándose en esto, propone que cuando se trabaja con niños y adolescentes inmigrantes y refugiados y sus familias, es necesario tener en cuenta que la transición de un espacio mental a otro requiere un duelo por lo dejado atrás y también un espacio mental para hacer el cambio entre los distintos requisitos que se necesitan en función de cada experiencia y momento de vida. También remarca la importancia de considerar que la violencia rompe el código moral y destroza el orden simbólico, por lo que la restauración de ese orden es esencial para hacer la vida completa después de un trauma violento.

Exposición a la violencia extrema y el efecto en la formación de símbolos

En esta parte del artículo la autora empieza explicando cómo cuando ocurren hechos violentos, la capacidad de los niños para hacer uso de su capacidad mental se ve afectada. Se genera un decremento en la capacidad para la formación de símbolos y en su capacidad reflexiva, con consecuencias a corto y largo plazo de inatención, bajo rendimiento escolar, dificultades en las relaciones interpersonales o agresividad en su comportamiento.

Considera que a lo largo del desarrollo, es necesario ayudar a los niños a manejar su propia agresividad haciendo el tránsito desde algo que ellos experimentan como bebés, a algo que juegan de niños y que como adultos transforman en energía para hacer otras cosas en la vida.

Cuando existe una exposición constante a hechos violentos, a una privación extrema que no pueden entender o a una separación forzosa de sus seres queridos, este proceso se ve alterado. Al no poder dar significado a lo que les está ocurriendo, se desorientan y escinden partes de su propia experiencia, lo que les lleva a actuar todo aquello que no pueden expresar con palabras.

La autora piensa que cuando trabajamos con niños que han estado expuestos a situaciones de este tipo, el objetivo es ayudarles a aceptar su propia agresividad. Para ello, la terapia de juego facilita la expresión de sentimientos a través de historias y juegos y ayuda también en su manejo. El objetivo es poderles transmitir que aunque ellos sientan una rabia muy grande, nosotros como terapeutas en la sala de consulta mientras jugamos, vamos a poder sostenerla, manejarla y así, cuidarles.

A veces se da por hecho que el cambio de entorno para un niño o adolescente refugiado desde su país de origen al país residente le va a proporcionar más seguridad, pero esto no siempre representa la realidad. La autora lo explica exponiendo el caso de Carlos, un adolescente de 14 años residente en El Salvador, que fue enviado con su padre a los EE.UU. para protegerlo después de haber sido amenazado de muerte por una pandilla local si no era entregado para formar parte de la misma. Cuando llegó a EE.UU., tras pasar dificultades para conseguir la reunificación, su padre quería lo mejor para él y lo inscribió en una escuela y en diferentes actividades extraescolares. Al tener que trabajar muchas horas, su hijo pasaba mucho tiempo en soledad y no pudo darse cuenta de que tenía poca capacidad para protegerse a sí mismo, estaba siendo amenazado y aterrorizado por un compañero y además, tenía mucho miedo de no poder aprender.

Multiplicidad de voces: lenguaje, memoria e identidad

En este apartado, Bragin resalta la relación que existe entre la memoria, el contexto y el lenguaje. Para ello se apoya en las palabras de Pérez-Fosters (1996) quien señala que hay muchas formas en las que la dependencia entre los recuerdos y el lenguaje afectan al significado que se le da a la historia personal. A veces la información recordada en una lengua, puede no estar disponible o ser llevada con diferente significado a otra.

También nombra la importancia de tener en cuenta que cuando los niños migrantes van a otros países, no solo dejan atrás las situaciones que les hicieron migrar (situaciones violentas, carencias alimenticias, muertes de seres queridos, etc.), sino que también dejan atrás aquellas cosas y personas que han sido importantes para su desarrollo (abuelos, amigos, olores, paisajes...). A veces estos recuerdos están desaparecidos de la historia oficial y aparecen codificados en otra lengua.

Co-construyendo la narrativa: facilitar la simbolización

La autora nos explica la parte de la historia de Bion que le condicionó a la hora de desarrollar su trabajo. Apoyándose en la biografía de Bléandonu (1994), nos cuenta que Bion nació en la India siendo hijo de unos padres colonos burgueses y fue criado por una niñera india que hacía de compañera constante mediando así su experiencia con el mundo exterior. A los 8 años fue separado abruptamente de ella para ser enviado a un internado donde estuvo solo y deprimido al sentirse extraño y forastero. Nunca más la volvió a ver. Con 55 años, en su segundo análisis pudo recordar a su niñera, las historias que ella le contaba del canon hindú y llorar su pérdida.

Bragin expone que Bion en su trabajo (Bion, 1957/1988a, 1961/1988b), desarrolla una teoría del vínculo en la que explica que hay tres formas de vincularnos con un otro: a través del amor, a través del odio y a través del conocimiento. Bion describe el mundo no interpretado del niño como compuesto de *elementos beta*: objetos que habitan en el mundo pero no tienen ningún significado o efecto que se les atribuya. A través del cuidado amoroso del cuidador principal, estos elementos se cambian a *elementos alfa*, cosas con significado y sustancia.

Según la autora, la exposición a extrema violencia tiende a reducir el mundo a su forma beta, y es solo a través de la capacidad de conexión con alguien a lo largo del tiempo que el significado puede ser restaurado. Es aquí donde subraya nuestro papel como terapeutas a través de la fiabilidad de nuestro marco y de una presencia constante a lo largo del tiempo.

Tal y como expresa, mientras co-construimos o tejemos juntos la narrativa a lo largo del tiempo, se empiezan a unificar la multiplicidad de voces. Esta tarea no es fácil con los adolescentes. Con su dificultad para jugar o para expresarse, a menudo actúan la parte más disociada de sus historias como forma de comprobar nuestra tolerancia de lo intolerable o para forzarnos a sentir lo que no pueden fijar a través de las palabras (cancelación de citas, historias horribles, apariciones repentinas, etc.) (Bragin y Bragin, 2010).

Como conclusión del artículo, la autora remarca que nuestro papel con los niños y adolescentes refugiados va a ser ayudarles a co-construir una narrativa que comprometa sus recuerdos y les ayude a dar significado a la experiencia vivida. Ellos llegan con una carga de historia detrás y es necesario que en el trabajo con nosotros puedan unir pasado y presente para así crear la posibilidad de un futuro. Es necesario que tengamos en cuenta no solo la contratransferencia relacionada con nuestra propia historia personal, sino también los mitos colectivos y recuerdos que encarnan la historia de ellos y del psicoanálisis.

Desencadenar ondas de apego seguro para fomentar la curación en entornos de búsqueda de protección internacional, por Virginia Fernández

En este artículo, la autora nos explica de qué forma la construcción de un apego seguro por parte de los profesionales que trabajan con familias y niños en búsqueda de protección internacional, ayuda elaborar el trauma pasado y presente fruto de su experiencia de inmigración. Aporta sugerencias de cómo poder restaurar la confianza de estas personas dentro y fuera de las sesiones de terapia presentando la Psicoterapia Dinámica Experiencial Acelerada (Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy [AEDP]) como un marco de trabajo valioso dentro de este contexto.

Empieza el artículo citando a Kira y Tummala-Narra (2015) y Ostrander, Melville, y Berthold, (2017) para explicar como cuando se trabaja con niños y familias buscadoras de protección internacional, el sistema multifacético implicado en su adaptación para el país anfitrión frecuentemente continúa retraumatizándoles y obstaculizándoles su proceso de recuperación. Considera difícil separar el proceso de cura del contexto dónde se da, destacando de esta forma que si la terapia se apoya principalmente en un sentido de seguridad, nosotros como terapeutas necesitamos conocer qué sucede fuera de la sala de terapia cuando trabajamos con estos niños y sus familias.

El contexto de trabajar con menores no acompañados y familias buscadoras de protección internacional

En esta parte del artículo la autora nos enseña una muestra del contexto que rodea este tipo de intervenciones. Considera que entender el contexto, ayuda a darse cuenta de la necesidad de promover y restaurar la seguridad de las familias y los niños con los que se trabaja, y también a mejorar el cuidado de nosotros como terapeutas y de los profesionales con los que colaboramos.

Empieza explicándonos que los menores no acompañados y las personas que trabajan con ellos se mueven en un ambiente continuamente cambiante donde la llegada constante de información global (cambios políticos en los países de origen, redadas del servicio de inmigración, etc.) condiciona y marca la intervención.

Señala que las fuerzas que movilizan estos cambios vienen de todas las capas sistémicas en funcionamiento. Desde cambios para adaptarse a la crisis migratoria generada por el gran incremento de gente desplazada en los últimos años, a reconsideraciones legales para las Maras como grupo social particular (Comisión Española para la ayuda al Refugiado [CEAR], 2018), o nuevos programas de agencia y equipos multidisciplinarios con poca trayectoria profesional, una administración burocrática saturada para responder a las necesidades de asilo, etc.

Por otro lado, nombra también la dificultad detectada a la hora de encontrar un consenso para definir lo que es terapia y en consecuencia, para clarificar el rol de los profesionales en salud mental. La autora ilumina aquí cómo cuando trabajamos con inmigrantes, nuestro trabajo se presenta desde una perspectiva Occidental (Europea y Norteamericana) sin tener en cuenta que a veces nuestro rol de terapeutas no aparece y en consecuencia no se entiende desde otras culturas. Además, también incluye esta necesidad de redefinir el rol de terapeuta dentro de los equipos multidisciplinarios. Pone de ejemplo cuando otros miembros del equipo nos llaman para contarnos que “sus” menores no acompañados se portan mal en clase.

Resalta también las cualidades básicas del entorno en el que los menores no acompañados y los buscadores de asilo se mueven apoyándose en la descripción que hace el Centro de Estudios del Estrés Humano (CSHS, n.d.). El CSHS entiende que este grupo de menores se mueve en un “entorno N.U.T.S” (*Novelty, Unpredictability, Threat to the Ego and (lack of) “Sense of Control”*). Un entorno novedoso, impredecible, donde hay amenaza del Yo y donde aparece una falta de sentido de control. Todo ello en juego a nivel político, institucional, social, y familiar.

Fernández (2019) en esta parte del artículo nos enseña como los profesionales que trabajan en este entorno, suelen estar sujetos a cambios internos frecuentes para responder a las necesidades y las nuevas políticas de migración, con continuas reuniones y a veces sintiéndose abrumados, desamparados, entre la esperanza y la desesperanza. Enfatiza la importancia de mostrar la realidad en la que trabajan.

El proceso de cura implicado cuando trabajamos con menores no acompañados y familias buscadoras de protección internacional

Fernández empieza esta parte del artículo explicando que al ser el tiempo limitado, haber muchos problemas donde elegir y encontrarse con defensas elevadas, la necesidad de priorización es fundamental cuando se empieza una intervención con menores no

acompañados buscadores de protección internacional. Aclara que a menudo la intervención se sale del rol de terapeuta tradicional, no sólo por falta de espacio sino también porque va más allá del espacio de consulta (sesiones con padres de acogida, mediaciones entre trabajadores y beneficiarios, etc.).

Expone que en este tipo de intervenciones, marcar una estructura y rutina va a facilitar que tanto el niño como el terapeuta se adapten al ambiente N.U.T.S. Nombra cómo un equilibrio entre estructura, rutina y flexibilidad ayuda a niños y familias a establecer un contacto fiable y a crear un sentido de expectativa y predictibilidad y en consecuencia, de seguridad.

Otro punto que destaca la autora es la importancia de la mirada relacional a la hora de intervenir con niños y sus familias puesto que nos ayuda a entender y reparar mejor el dolor y trauma que se ha podido generar. Para ella, cuando validamos las experiencias relacionales de cada persona y les ayudamos a expresarlas, se crea una seguridad no solo en el niño sino también en todas las partes de su vida.

En este punto, la autora apunta la importancia que tiene convertirnos en *figuras de apego seguro* (Bowlby, 1969) en nuestras interacciones con las familias de refugiados. Esta forma de relacionarnos les aporta además de un modelo de interacción, una experiencia encarnada de lo que significa este tipo de interacción más allá del sistema temporal e inestable en el que se encuentran. De este modo los niños pueden construir una mejor capacidad para establecerse y desarrollarse.

Fernández (2019) explica que aunque no hay mucha investigación sobre menores refugiados y el rol de vínculo, el trabajo cualitativo de Bettmann et al. (2016) sobre el vínculo en refugiados adolescentes africanos, le sirve para apoyar la teoría del vínculo como un fenómeno transcultural que vale la pena considerar en su trabajo con ellos.

La autora, apoyada en Pitillas (2019) explica que en los programas de refugiados donde se puede trabajar la adaptación al país de acogida con todo o con parte del sistema familiar, la cura viene dada a través del vínculo seguro que se construye entre el terapeuta y las figuras de protección del niño. Esto sucede debido a que se fomenta en las familias unos modelos relacionales que seguirán surtiendo efecto en los niños. Cuando se ofrece al niño y su familia un ambiente seguro donde perciben que son aceptados, entendidos y se les puede sostener para expresar sus emociones, apoyamos que crezca la capacidad adaptativa de cada uno.

Es en este punto cuando la autora sugiere la Psicoterapia Dinámica Experiencial Acelerada (AEDP) como un marco donde trabajar lo explicado anteriormente.

Una nueva ola: psicoterapia dinámica experiencial acelerada (AEDP). Práctica informada

En esta parte del artículo Fernández (2019) sugiere que la AEDP proporciona estrategias para ayudar a los pacientes a completar sus experiencias afectivas centrándose no solo en lo que le ocurre al paciente, sino también en lo que ocurre entre paciente y terapeuta. Explica que desde el primer encuentro trata de construir un ambiente seguro para poder trabajar con lo que aparezca. La autora señala que proporcionar cuidados a la esfera emocional sirve para que los afectos del trauma sin procesar que permanecen en el paciente puedan ser experimentados de manera segura generando una acción adaptativa que emergerá posteriormente de manera natural (Fosha, 2000; Levine, 2010). Cuando el

sufrimiento emocional se acepta, se procesa y se resuelve se produce un cambio personal, y seguramente una mejor calidad de vida. Nos muestra un ejemplo:

Alba, una mujer venezolana, hablando acerca de sus reacciones físicas pudo expresar cómo se sentía incompetente para cuidar a su hijo debido a su historia de abusos y negligencias familiares e institucionales. Alba describía estas sensaciones corporales como una desesperación que la llevaba a la locura. La autora la invitó a centrarse en su cuerpo y compartir con ella todo aquello que experimentaba, acompañándola así en su ola emocional de miedo y ansiedad. En ese momento, la autora cuenta como sus dedos y sus brazos dejaron de temblar, su voz dejó de estar rota y no tartamudeó más y lo que considera más importante, pudo expresar que entendía su experiencia emocional y sentir más confianza para poder manejarla en futuros episodios. Alba también pudo verbalizar como sentía que la terapeuta conectaba con su sufrimiento sin juzgarla. La terapeuta pudo ser ese Otro que ella había necesitado en los momentos de sufrimiento emocional.

Más adelante nos explica como la AEDP se centra en la confianza de la persona para la restauración y guía la intervención de acuerdo a esta. Esto permite que los terapeutas no se sientan obligados a trabajar directamente con el contenido traumático específico de la migración. Entiende que conforme la persona va manejando sus afectos, está cada vez más preparada para afrontar otras vivencias emocionales que puedan llegar. Lo ilustra con un ejemplo:

Juan, un chico colombiano de mediana edad necesitó procesar primero la ansiedad y preocupaciones por su madre que vivía todavía en Colombia. Cuando estos afectos habían sido llorados y procesados, pudo hablar de su nudo en la garganta que guardaba todo el sufrimiento no expresado por el asesinato de su padre en manos de un guerrillero diez años atrás. Mediante el monitoreo, el reconocimiento, poder nombrar el sufrimiento y amplificar su experiencia afectiva, pudo explicar que el nudo que sentía desde hace tanto tiempo, había desaparecido. Explicó que ser acompañado durante su duelo con alguien receptivo, le permitió llorar en cada momento que lo necesitaba pudiendo controlar su llanto sin ser sobrepasado por él. Juan pudo darse cuenta cómo tuvo que guardar su duelo en soledad debido a estar perseguido por la guerrilla. Al empezar a trabajar con la terapeuta, empezó a hablar de nuevos planes y sueños, más sonriente, más animado y con más felicidad.

Otro de los ejemplos que la autora ilustra, tiene relación con lo que ella entiende que es la intervención más retadora de la AEDP, una invitación al terapeuta a no ser neutral y utilizar un juicio de afectividad. De nuevo lo ejemplifica con una ilustración clínica:

La autora nunca había expresado sus emociones acerca de lo importante que había sido para ella que Alba le hubiera permitido ver el miedo, ansiedad y vulnerabilidad escondidos tras sus crisis emocionales. Cuando pudo expresarle que estaba contenta de que se hubiera permitido liberarse de esa persona que no sentía nada, pudo decirle también que se sentía más cerca de ella y que podía ver una versión más completa de ella. Alba suavizó su voz y su expresión y respondió que también se sentía más cercana a la vez que explicó que a pesar de sentirse vulnerable valoraba el confiar en su terapeuta. Había descubierto que había una parte de ella que se sentía bien de poder confiar en los demás, y también lo había

empezado a hacer con su pareja. La autora pudo ver como sus defensas bajaron y su experiencia traumática se colocó en otro lugar. Aprendió a mostrar sus necesidades y querer empezar a explorar su trauma.

La autora remarca la importancia del monitoreo recíproco de la comunicación verbal y no verbal en la AEDP ya que entiende que además de reparar los desajustes, ayuda a conseguir un entendimiento compartido cuando se trabaja con pacientes de múltiples culturas, etnias y religiones, promoviendo la acción de los pacientes a través de dar valor a sus experiencias. Expone cómo poder explorar de manera sincera una relación resulta terapéutico en sí mismo y marca la guía del trabajo compartido. Nos pone como ejemplo varias situaciones vividas con algunos de sus pacientes, por ejemplo cuando aprendió de un hombre senegalés que entendía el no contacto visual como un signo de respeto hacia ella, o cuando descubrió que sus preguntas abiertas ponían más ansioso a un adolescente salvadoreño.

Como conclusión final, marca la importancia de la responsabilidad que tenemos como terapeutas de conseguir ser figuras de apego seguras cuando trabajamos con menores no acompañados, buscadores de protección internacional y sus familias.

**Nuestro grupo de trabajo de inmigración y derechos humanos en acción:
psicoanalistas evaluando buscadores de asilo, trauma y devastación familiar, por
Phyllis Cohen, Bob Bartlett, Barbara Eisold, Sharon Kozberg, Lisa Lyons y Zina
Steinberg.**

Este artículo nos muestra cómo los clínicos, podemos utilizar nuestro conocimiento y capacidades más allá de la consulta para apoyar las necesidades de los refugiados. Seis autores miembros del Programa de Postdoctorado sobre Inmigración y Derechos Humanos del grupo de trabajo de la Universidad de Nueva York, nos relatan su experiencia de evaluación a cuatro miembros de una misma familia de refugiados de América Central buscadores de asilo en los Estados Unidos. Esta evaluación tenía por objetivo escribir declaraciones juradas que apoyasen su solicitud.

El Programa Postdoctoral de Psicoanálisis y Psicoterapia de la Universidad de Nueva York, tras el incremento del número de refugiados buscadores de asilo en los Estados Unidos, creó en 2017 un grupo de trabajo de Inmigración y Derechos Humanos (HRG) de la mano de Spyros Orfanos,. Este programa ofrece servicios psicoanalíticos de bajo coste para incluir evaluaciones de aquellas personas que buscan asilo. Está asociado con la Escuela de la Universidad de Nueva York en Clínica de Derechos de Inmigrantes y también con Psicólogos por los Derechos Humanos (PHR).

Los autores nos explican que en EE.UU., una evaluación de asilo es solicitada por un abogado para ayudar a explicar al Tribunal la experiencia de los solicitantes de asilo. Este informe es un documento legal que describe los efectos de los traumas soportados, explica los miedos y razones que tienen los solicitantes de asilo para no querer volver a su país al mismo tiempo que se documenta la presencia o no de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Los autores consideran importante que para a hacer una evaluación de este tipo, se necesita un marco teórico de desarrollo y una comprensión de las diferencias entre las respuestas de niños y adultos a las experiencias potencialmente traumáticas. También consideran que las respuestas de los niños al trauma van a estar intrínsecamente

relacionadas con aquellas respuestas de su cuidador, razón por la que entrevistar a los padres y observar la relación con sus hijos forma parte también de la evaluación.

Este grupo tiene en cuenta el riesgo que existe para la re-traumatización cuando se intenta preguntar o hablar sobre el trauma y también que a veces, la experiencia traumática está más allá de la propia representación. Es por ello que además de la entrevista, utilizan el juego o el dibujo con el objetivo de que los recuerdos, conflictos y preocupaciones puedan ser comunicados.

A lo largo del artículo, además de descubrir la importancia de la entrevista de evaluación para hacer un diagnóstico de cara a la declaración jurada, se puede descubrir también el efecto terapéutico que tiene esta entrevista, al dar la posibilidad al evaluador de ser *testigo del trauma*. De esta forma se ayuda a poner luz a ciertos aspectos negados o disociados de las experiencias traumáticas y se facilita a la persona traumatizada a reconectar con otras personas y con la vida.

Introducción de la Historia de la familia

Luisa de 32 años vivía pacíficamente con su marido, sus dos hijos Juan e Isabel de 11 y 7 años, y su hermana Cristina adolescente de 17 en la casa que había construido junto a su marido en su país. Ambos padres trabajaban y los niños iban a la escuela y el instituto solos.

Cuando la inestabilidad política y las pandillas violentas se instalaron en su ciudad, su vida cambió de forma significativa. La familia empezó a ser amenazada, asaltada en la calle en numerosas ocasiones e instigada a pagar dinero. El padre tras ser atacado por unos pandilleros huyó del país mientras el resto de la familia permaneció en la casa sin que a los niños se les permitiera jugar solos afuera a partir de ese momento.

Después de que tres pandilleros entrasen a la fuerza en la casa, amordazasen a la tía, encerraran a los niños en otra habitación y atasen a la madre mientras le ponían una pistola en la cabeza obligándola a elegir entre entregarles a su hermana e hijos, asesinarlos a todos o darles su casa y huir inmediatamente, decidieron empezar su viaje hacia los EE.UU.

Siempre con el miedo de ser robadas o violadas llegaron a la frontera, donde se entregaron a los guardias fronterizos y fueron inmediatamente separados en tres instalaciones de detención diferentes durante 6 semanas. En este tiempo, no tuvieron contacto entre ellos. La madre informó que fue encadenada de manos y pies y la tía recuerda ser llevada a un lugar muy frío, con mucha gente llorando y poco para comer. Tras ser liberados, la familia fue reunida y llevada con sus familiares a Nueva York, donde contactaron con un abogado para solicitar asilo. Es este abogado el que los deriva al grupo de inmigración y derechos humanos para evaluación.

Evaluación de la madre: Historia de Luisa llevada a cabo por Lisa Lyons

A lo largo del informe de Lyons, observo una descripción de tres partes diferenciadas en el encuentro con Luisa para la entrevista de evaluación. El pre-encuentro, el encuentro y el post-encuentro.

Entiendo por pre-encuentro, a todo aquello que como terapeutas se nos moviliza antes de encontrarnos con un determinado paciente. En el caso de Lyons se observa muy

bien cuando nos describe cómo se encontraba ella y qué inquietudes se le despertaban antes de hacer la evaluación: Nos explica cómo pensaba acerca de la combinación de fuerza y desesperación que pudieron llevar a Luisa a abandonar todo lo que era familiar y meterse en un viaje hacia lo desconocido, cómo sentía inseguridad frente al miedo de no poder conectar con ella por tener orígenes de vida tan diferentes, como buscó información acerca de la historia política y social del país de Luisa, de su ciudad, de las pandillas, como forma de sentirse más segura. Nombra la vergüenza que a veces siente por su privilegio y cómo el activismo le ayuda a convertirla. En este punto, también describe su propia vivencia de cómo le afectan los traumas que escucha al hacer las evaluaciones y nos explica que cuanto más disociados tiene la persona su dolor y su miedo, más vivos se vuelven los suyos y más devastada se siente.

En la segunda parte, hace una descripción de su encuentro con Luisa. Lyons nos relata que cuando empiezan el encuentro, de partida observa a una mujer joven, bien vestida y sonriente aparentemente integrada en su nueva comunidad. Sin embargo conforme el encuentro va pasando, empieza a verla también desde otros registros: el pueblo lejano y remoto donde nació, donde viven sus padres y donde todavía no tienen servicio de teléfono, la ciudad con calles sin pavimentar a la que se marchó a vivir y trabajar con 14 años para ayudar a su familia, las bandas violentas, el caos de la frontera y el miedo de estar separada de sus hijos y su hermana durante 6 semanas, su dificultad para manejarse en una gran ciudad con otro idioma, edificios altos, coches y multitud de extraños.

Lyons le explica el motivo de su encuentro, que su trabajo va a ser poder documentar su estado mental y los traumas que ha vivido. Le anticipa que va a ser necesario hablar de su dolor e incluso de las cosas no hablables que le han ocurrido, invitándola a parar cada vez que lo considere necesario. Luisa elige empezar la entrevista relatando su viaje a la ciudad en ese día, sus hijos, el progreso en la escuela, su deseo de poder ofrecerles una vida de trabajo duro y con valores.

Lyons nos relata que poco a poco Luisa empieza a hablar de su vida anterior, su familia y su trabajo. La diferencia entre cómo se sentía antes y cómo se siente ahora al haber dejado su casa, sus padres y todo lo familiar. Luisa reconoce llorar a solas, soñar con lo que pasó y despertarse aterrorizada y gritando. En un momento de la entrevista, muestra una fotografía de ella con sus padres donde parece otra persona. En ese momento informa que desde que llegó a EE.UU. ha adelgazado alrededor de 12kg al presentar problemas para comer con náuseas y vómitos frecuentes. Además tiene frecuentes dolores de cabeza, espalda y hombros. Su periodo es irregular y ha perdido todo el interés por el sexo. Cree estar “fallando como mujer”. Cuenta que cada vez que intenta mantener relaciones sexuales, se sacude y tiembla aunque niega haber sufrido abusos sexuales.

Explica que intenta sentirse bien en su nueva vida pero el miedo y la tristeza la acompañan continuamente. Se siente terriblemente culpable por haber colaborado en las elecciones de su país como supervisora electoral de la parte perdedora en 2017. Informa que a partir de ese momento, es cuando empezaron las amenazas y el acoso a su familia.

En relación a sus hijos, cree que ellos no saben que fueron amenazados, ni que a ella le pusieron un arma en la cabeza y tampoco que han perdido su casa. Piensa que les protege al esconderles la verdad.

Lyons explica que durante el encuentro, observa a Luisa relajada, con una narrativa clara, organizada y fácil de seguir cuando habla de sus hijos, sus padres y su vida antes de que las pandillas aparecieran en su vida. Sin embargo, cuando habla de las amenazas, asaltos, y la invasión a su casa, llora, se sacude y tiembla. Su relato se vuelve desorganizado y fragmentado, con dificultad para poderlo seguir. En esta parte, la terapeuta describe que ella observa que las frases de Luisa son de tramos largos, pero la intérprete devuelve frases cortas. Este hecho la lleva a pensar acerca de cómo la fragmentación, desorganización y el dolor de la historia de Luisa afectan a la intérprete a la hora de traducirla.

Al final del encuentro, Luisa pudo verbalizar que a pesar de la dificultad de hablar acerca de lo que había vivido, el hecho de sentirse escuchada le había ayudado y aliviado.

Como forma de cerrar el encuentro y con el objetivo de facilitar la transición desde su oficina al mundo, la terapeuta vuelve a preguntarle por sus hijos notando que Luisa se pone radiante de orgullo y amor. Le ofrece poderse llevar todos los snacks que había comprado para el encuentro y que, hasta ese momento, Luisa había rechazado tomar. Mete todos en su bolso para podérselos llevar. Lyons nombra como en ese momento, pudo sentir su corazón apretarse y pensar en el posible significado que este comportamiento de Luisa tenía, si era porque les había faltado comida a lo largo de su viaje, o quizás, podía haberle apetecido en la entrevista y no se había atrevido a cogerla, también podía ser que la comida fuera un recuerdo de su conversación o simplemente era algo amable dentro de un mundo no tan agradable..

Al final de la entrevista, Lyons sugiere a Luisa la posibilidad de derivarla a terapia explicándole abiertamente de qué forma esta podría ayudarla. Aunque al principio se sorprende del ofrecimiento, después de la explicación lo acepta como posibilidad.

En la última parte, Lyons nos habla del post-encuentro. Describe su sensación de bloqueo de cara a escribir la declaración jurada. Para ella era importante poder mostrar en el informe el peligro al que se enfrentaría Luisa al volver a su país y el trauma que había experimentado, al mismo tiempo tenía la sensación de tener un relato revuelto con poco narrativa lógica acerca de lo que Luisa había experimentado en su país. Aquí la autora nos relata como pudo darse cuenta de que lo que le ocurría a Luisa es lo que Bessel Van der Kolk (2015) explica que ocurre cuando una persona está en una situación de trauma. El área de Broca, el centro del habla del cerebro, se apaga durante el trauma de forma que cuando alguien intenta reconstruirlo, no hay lenguaje. Lo que se recuerda es una experiencia fragmentada e inconexa de los hechos. Su desorganización y fragmentación eran signos de trauma. Pudo hacer el informe donde hablaba del TEPT y la depresión que Luisa estaba experimentando y cómo le dificultaban su adaptación a la nueva vida.

Evaluación de Cristina: adolescente de 17 años llevada a cabo por Robert Bartlett

“Siento como si no existo”, es la frase de Cristina que el autor elige como forma de empezar el relato de su evaluación. Describe que Cristina se muestra con voz suave, ojos abatidos, transmitiendo una plenitud llena de tristeza y mirando hacia la alfombra cuando responde de manera expansiva y larga a algunas de sus preguntas. Sorprendido porque esperaba encontrar a alguien reservado tras el grado de trauma informado por el abogado, Bartlett destaca cómo el intérprete ayudó durante la entrevista actuando como un segundo clínico calurosamente tranquilizador.

En la entrevista de evaluación, además de lo ocurrido antes de empezar el viaje a EE.UU., aparecen otros hechos traumáticos vividos por Cristina a lo largo de su vida. Barlett explica cómo al ir escuchándolos se da cuenta de que cualquiera de esos hechos por sí mismo le hubiera obligado a reducir velocidad si se hubiera encontrado en una sesión de terapia, sin embargo al ser una sesión de evaluación tuvo que continuar.

Nos cuenta que cuando era niña, fue abusada sexualmente por uno de sus profesores. Al hablar de ello informa de que se siente muy mal física y emocionalmente, destrozada, como si fuera una mercancía dañada. Continúa explicando como a los 12 años, camino de la escuela, el novio de su prima la agredió tirándola al suelo, quitándole la ropa mientras le ponía un cuchillo en la garganta y la amenazaba con violarla. Pudo escapar desnuda, haciéndose daño en la pierna. Además, informa que desde los 10 años sus padres dejaron de cuidarla, enviándola primero con sus abuelos y después a casa de su hermana.

Cuando se le pregunta acerca de los hechos que la llevaron a ir a EE.UU., el autor nos explica que mira a la alfombra más intensamente y empieza a relatar la violencia que empezó a sufrir su país y de la que fue testigo a partir de las elecciones de 2017. Cuenta que una mañana de febrero de 2018, mientras iba hacia la escuela, la asaltaron tres hombres para preguntarle por su hermana. Consiguió evitarlos la primera vez, pero no así la segunda donde la agarraron, le hicieron daño e intentaron pegarle forzándola a hablar de su hermana. La amenazaron con matarla o violarla si no se unía a su banda. Le quitaron la blusa y la estuvieron molestando. Aterrorizada y llorando pudo huir hasta un colegio cercano donde le pagaron un taxi para que la llevara a casa. No quiso contarle a su hermana lo ocurrido y empezó a no dormir bien, tener fuertes dolores de cabeza, de estómago, vómitos y bajó en su rendimiento académico. Explica cómo esta experiencia con estos tres hombres le recordó cuando fue abusada sexualmente en la escuela y que desde entonces, siente desconfianza hacia los hombres.

Tres meses después de este encuentro, sucedió el terrible incidente en la casa de su hermana. Describe como los niños no paraban de gritar y llorar hasta que los encerraron en otra habitación mientras ellas suplicaban que parasen. Ella, pensando que eso ocurría por su culpa, se ofreció a que abusaran de ella y así parasen pero ellos la rechazaron diciéndole que el problema no era con ella. Tiraron a su hermana al sofá, la golpearon y aunque intentó ayudarla no pudo. No podía hablar ni hacer nada porque estaba en pánico. Cristina informa que no es capaz de recordar qué más cosas ocurrieron hasta que se marcharon los hombres. Es a partir de que ellos se marchan, cuando ella puede volver a recordar.

Después de este relato, el terapeuta comprende mejor la expresión con la que eligió empezar “siento como si no existo”. Explica que la amenaza de asesinato había extinguido el sentido de estabilidad de Cristina, incluso a nivel de auto-experiencia, y la había inundado con demasiada impotencia.

Tras la descripción anterior, ambos siguieron trabajando acerca de su viaje hacia el norte, su miedo a ser violada en ruta, la gratitud hacia la presencia protectora de su hermana y su deseo de poder proteger a su familia no hablando con nadie de su experiencia. Ella lo explica diciendo “enterré todo”. El autor destaca que cuando Cristina habla de su experiencia en la frontera y del tiempo en los centros de detención, parece estar desconectada, y junto con el intérprete intenta profundizar un poco más los síntomas de disociación, depresión, pérdida de peso, somatización y ansiedad traumática.

Hacia el final de la entrevista percibe como Cristina relaja su postura corporal, levanta la cabeza para mirarlo con más frecuencia e incluso llega a sonreír varias veces. Bartlett explica que le llama la atención el contraste que encuentra entre la compostura y educación de Cristina, y su propio intento de absorber el impacto emocional de la historia.

Evaluación de Julio de 11 años llevada a cabo por Zina Steinberg

La autora empieza la descripción de su evaluación explicando las preocupaciones que aparecieron en ella antes de empezar la entrevista, generándole ansiedad. A pesar de su larga experiencia en una unidad de cuidados intensivos neonatal, esta era su primera entrevista de asilo. Pensar que en dos horas de evaluación tenía que llevar a cabo una declaración jurada que ayudase a la súplica de asilo, le generaba un sentimiento de gran responsabilidad. Por otro lado, acababa de pasar por un proceso gripal que la había dejado sin fuerzas y le hacía sentirse tremendamente insegura, además de pensar que la persona a la que iba a evaluar, era un adolescente en periodo de latencia, una etapa de desarrollo conocida como difícil para comprometerse.

Nos explica que un pensamiento obsesivo acerca de cómo sería mejor trabajar, qué juguetes llevar, qué comida podía ofrecer, qué preguntas hacer, etc.. la acompañó durante varias semanas, hasta que finalmente, un poco antes de la sesión de evaluación decidió llevar papel, pinturas, marcadores, dos muñecas (chico y chica), tres figuras de superhéroes, muchos soldados, un set de figuras familiares del lego, una pelota y algunos bloques de madera.

La autora explica que Julio llegó a su oficina acompañado de su madre después de haber estado varias horas en Nueva York ocupándose de otros aspectos legales. Describe a Julio como un chico atractivo, de aspecto afín y saludable, pulcramente vestido y muy educado. Percibe complicidad con su madre cuando le pregunta si le importaría que ella le esperase en la sala de espera y este la mira antes de contestar.

Empezó su evaluación con preguntas más ligeras relacionadas con el día, el tiempo, etc.. (a las que Julio contestó lacónica pero apropiadamente), para ir pasando poco a poco a preguntas acerca de su vida antes de llegar a los EE.UU. En este caso, contestó taciturno y con cierta distancia. En este punto, la autora se pregunta si estaría asustado o si quizás era la forma de estar a esa edad frente a dos desconocidas (ella y la traductora).

Tras estas preguntas, la autora le dio pinturas, lápices, marcadores y papel y le invitó a dibujar una casa. Para ello eligió lápiz y papel y dibujó una forma rectangular con rayas en el tejado, una pequeña ventana en el techo y una puerta diminuta. Una casa con pocos detalles a la que no quiso añadir nada cuando la terapeuta se lo propuso.

Después, le pidió que dibujase un árbol. En esta ocasión eligió pinturas y dibujó un árbol con abundante floración, una gran bola de hojas verdes y un tronco robusto. Las ramas eran gruesas y fuertes, pero estaban en exposición completa antes de que el follaje las pudiera cubrir, dejándolas parcialmente descubiertas. El árbol flotaba en la página, no estaba anclado a la tierra. Con estos datos, la autora hipotetizó acerca de si Julio le estaba mostrando la vulnerabilidad de su esqueleto emocional, si sus capacidades cognitivas e imaginativas, aunque llenas, quizás no eran tan efectivas como deberían ser, si no sabía dónde podía echar raíces, etc.

Cuando llegó el momento de dibujar a la persona, Julio rehusó hacerlo, lo que de nuevo despertó que la autora se preguntase si la actitud de Julio tenía que ver con la latencia, si era una forma de contenerse frente a la falta de familiaridad, si era fruto del estrés emocional o del trauma.

Después de la experiencia con los dibujos, la autora decidió retomar las preguntas acerca del viaje a EE.UU. En esta parte de la entrevista, Julio empezó a hablar de un “hombre malo” y los peligros de su ciudad. Cuando le preguntó por el incidente específico de su casa, no nombró nada de haber sido encerrado sino que explicó que él y su hermana estaban jugando y entonces sus primos cerraron la puerta para gastarles una broma. Contó que sus primos solían hacer bromas de este tipo y por eso él no se había asustado. En este punto la terapeuta/evaluadora explica como esta descripción le hizo sentirse confusa al encontrarse una versión tan diferente de lo que había contado su madre. Julio continuó relatando que él no escuchó ningún ruido de la habitación donde estaban su tía y su madre y que cuando sus primos abrieron la puerta, encontró a su madre llorando en el suelo y su tía estaba atada y amordazada. Recordaba que su hermana fue a ayudar a su tía y que él fue a ayudar a su madre. Negó haber visto a un hombre malo con un arma.

La terapeuta pudo percibir que Julio estaba más activado e inquieto cuando hablaba sobre esto, aunque todavía sin alterarse. Aquí, se preguntó si la versión de Julio era la forma que esta familia utilizaba para protegerse entre ellos, o si quizás Julio había convertido el hecho traumático en un juego con sus primos como un modo diferente de experimentar el trauma.

Después de esto, Julio añadió que su madre continuamente les decía que iban a estar todos bien, lo que le ayudaba a calmarse para poder dormir y que a veces, intentaba olvidarse de todo, aunque la imagen de su tía atada y su madre llorando no conseguía quitársela de la cabeza.

Al hablar de su viaje hacia el norte, nombró su miedo y también que cada vez que les ayudaron, le dieron paseos, comida, les ofrecieron cama, etc. Aquí la autora pudo observar que Julio era un chico que se relacionaba bien y guardaba en su memoria la gente buena con la que se había encontrado, lo que destacó como un signo de resiliencia.

Para poder recoger más información del funcionamiento de Julio, pidió a su madre que entrase a la sala invitándole a él a jugar mientras ellas estuvieran hablando. Pudo observar que Julio sintió alivio, se activó y empezó a jugar con el grupo de soldados.

Su madre hablaba orgullosa de él y a veces lloraba al recordar lo sucedido y nombrar sentirse sola y enferma en los EE.UU. Cuando esto sucedía, Julio se acercaba y le sonreía. Luisa pudo explicar que intentaba proteger a Julio no contándole mucho de lo que pasó. Nombró que Julio seguía teniendo pesadillas aunque habían bajado en frecuencia e intensidad. Lo observaba más triste y tímido de lo que solía ser.

Al terminar y llegar el momento de marcharse, la terapeuta les ofreció la comida que había llevado y que no habían tocado durante la sesión. Luisa de nuevo llenó sus bolsas con todo antes de marchar.

La autora, al igual que le había pasado a su colega, explica que a la hora de llevar a cabo el informe, le costó días poder hacerlo. Ella lo atribuyó a diferentes factores como su desconocimiento en situaciones de asilo, el trauma y su impacto en la memoria y cognición, la etapa de desarrollo en la que se encontraba Julio o incluso la parte en que

Julio tomó el rol de hombre de la casa, escondiendo su vivencia acerca de lo que les había ocurrido.

En su informe pudo destacar la relación de protección mutua que existía entre Julio y su madre así como la confianza que Julio mostraba hacia otras personas. También nombraba los vínculos cercanos que había tenido que dejar en su país de origen (abuela, primos, profesora y amigos). Pudo darle el diagnóstico de TEPT y destacó que los síntomas podrían empeorar y sus habilidades de afrontamiento se podrían ver también afectadas, en el caso de que tuviera que volver a su país. Recomendó terapia familiar para la madre y los hijos.

Evaluación de Isabel de 7 años llevada a cabo por Phyllis Cohen

El autor empieza nombrando el miedo que percibió en Isabel cuando llegó a su oficina acompañada de su madre. Nos explica cómo se mostraba cautelosa, mirando todo lo que había en la habitación, en constante estado de alerta, buscando la mirada de su madre y muy pendiente del estado emocional de esta. También la buscaba para saber cómo comportarse dejando claro que no quería implicarse ni con él ni con el traductor.

Dos cosas ayudaron a comenzar la interacción. Por un lado, que el terapeuta fuera bilingüe y pudiera comunicarse con ella en español (el traductor únicamente intervenía cuando había un problema para entender o comunicar algo concreto) y por otro, que su madre se relajase y se empezase a comunicar.

En la primera parte de la entrevista de evaluación, el terapeuta ofreció a Isabel una caja con muñecos Lego para que pudiera jugar mientras él hablaba con su madre. Esta con cautela, después de que su madre le diera permiso, empezó a mostrar interés y a jugar cerca de ellos. Cuando su madre informó de la incomodidad que le generaba hablar delante de su hija, le propusieron ir a la habitación de a lado dejando la puerta abierta para que ella pudiera salir y entrar cuando quisiera.

Su madre explicó que no quería generar a Isabel más dolor, así que no le había explicado dónde iban y tampoco hablaba con ella acerca de lo que les había ocurrido. Le asustaba desregularla. Informó acerca de cómo era su vida antes de empezar con los problemas en el país, destacando que aunque eran pobres, eran felices con sus rutinas día a día. Nombró el terror que pasó con las amenazas, cuánto lloraba, cómo todo se complicó todavía más cuando su marido tuvo que huir y como cambiaron sus vidas completamente. Mientras su madre hablaba, Isabel dejaba de jugar y escuchaba atenta. El autor podía observar que al subir la angustia en su madre, también subía en Isabel.

En este punto decidió explicarle que, aunque ella creía que no, Isabel conocía todo lo que había sucedido, proponiéndole que Isabel se uniera de nuevo a ellos. Luisa, sin muchas ganas, terminó aceptando y continuó contando su historia. En ese momento, Isabel empezó a sujetarse la cabeza.

Luisa pudo contar que su hija había desarrollado muchos síntomas físicos que no tenía anteriormente (dolores de cabeza, de estómago y también en el pecho). A raíz de ser separadas en la frontera, estos síntomas habían empeorado. Explicó que a veces tenía pesadillas donde se despertaba gritando: “¡dejarme sola!, ¡no me toques!, ¡vete lejos de mí!, ¡ayúdame!”. Ella intentaba calmarla, pero no podía.

Cuando Luisa hablaba de esto, Isabel se acercaba a ella para aparentemente consolarla y también, ser consolada. Cohen aprovechó para explicarle que las pesadillas de Isabel eran un intento de explicar lo que le estaba sucediendo, remarcando así la importancia de dejar hablar a Isabel para que pudiera procesar lo que les había ocurrido.

Luisa continuó explicando el viaje de dos semanas hasta la frontera, su falta de conocimiento acerca de que la iban a separar de sus hijos, de cómo la engañaron diciéndole que únicamente iban a ser dos días y después habían sido seis semanas. Informó que estuvo esposada y encadenada y que Isabel rehusó hablar con ella por teléfono la vez que se lo habían permitido. Mientras Luisa hablaba acerca de todo esto, Isabel escuchaba atentamente. A partir de ese punto, accedió a sentarse a lado del terapeuta y ponerse a dibujar. De manera espontánea dibujó un superhéroe que salvaba a la gente buena y a mitad de camino, se paró a dibujar un dragón malo con la boca llena de dientes afilados que se encargaba de deshacerse de los “hombres malos”.

Tras estos dibujos, el autor le pidió dibujar una casa, un árbol y una familia. No nos habla acerca del dibujo de la casa y el árbol, pero en relación al de la familia, nos explica que hizo una caja rectangular donde aparecían cuatro figuras flotando en el tamaño y orden adecuado. La caja tenía forma de celda. Isabel explicó que eran sus padres, su hermano y ella. El padre y los niños tenían ojos pero no bocas, a diferencia de la madre que tenía una cara sonriente con dos ojos y una boca de medio círculo. Al terapeuta le surgió la duda: ¿Era la madre la única que podía hablar por los demás?

Isabel dibujó dos dibujos más, uno representando dónde vivía ahora. Dibujó una hilera de apartamentos en una colina con una gran bandera americana volando. Mientras Luisa veía dibujar a su hija, empezó a llorar. Isabel se movió a lado de ella y empezó a sollozar. Entonces miró al terapeuta y en español, le explicó que la gente mala estaba matando a la gente buena y que ella solamente había podido coger un muñeco, que su mamá había cogido una maleta que perdieron al caminar y caminar y que cuando llegaron a la frontera, le habían dado ropa. El terapeuta nos cuenta que fue la primera vez que se dirigió directamente al él.

Aprovechando que se mostraba ya más cómoda con él, le pidió permiso a Luisa para preguntarle a Isabel acerca de lo que había ocurrido justo antes de tener que abandonar su país. La madre accedió y rápidamente Isabel dibujó en detalle un dibujo que representaba el momento en el que los pandilleros habían entrado en su casa. En una de las habitaciones aparecían ella y su hermano acurrucados en la cama, en otra su tía atada y amordazada en la cama y después de preguntarle donde estaba su madre, la dibujó en otra habitación escaleras arriba, con un “hombre malo que le apuntaba en la cabeza con un arma”.

El terapeuta nos cuenta que Isabel, mientras dibujaba al superhéroe, el dragón y su familia, estaba muy animada. Sin embargo, al hacer y hablar del dibujo en su casa, su voz estaba carente de afecto, en un tono entrecortado, y aparentemente disociada. Una característica típica en personas que han sufrido un trauma severo.

El evaluador pudo explicarle a Luisa de qué forma a través del juego o los dibujos, podía ayudar a Isabel a expresar sus sentimientos y elaborar el trauma.

A la hora de hacer el informe, el terapeuta notificó que los síntomas de Isabel eran consistentes con el diagnóstico de TEPT. Apuntó que desde su llegada a los EE.UU. había estado experimentando hechos traumáticos a través de pesadillas y *flashbacks* y había

desarrollado síntomas de hiperactivación persistente, tristeza, dolor de cabeza y de estómago. Se disgustaba mucho cuando veía a su madre triste, razón por la que a veces trataba de esconder sus propios síntomas. Notificó que era importante que se le concediese el asilo junto a su hermano y sus padres, a la vez que expresó la importancia de que Isabel empezase un tratamiento para evitar futuros problemas físicos y psíquicos asociados con su trauma.

También nos explica como al finalizar el encuentro y pensar sobre él, se preguntó acerca del efecto que habría tenido en Isabel que Luisa hablase de forma clara sobre lo que había ocurrido, si el haber sido tenida en cuenta y haberle dado un espacio para hablar abiertamente de lo que no podía hablar, a lo mejor había facilitado el cambio y si quizás, hablarle en su lengua materna también habría ayudado en su apertura.

Discusión llevada a cabo por Barbara Eisold

La autora empieza explicando por qué la evaluación psicológica de un solicitante de asilo es efectiva de tres modos:

El primero, el resultado que se obtiene de la evaluación es presentado en un Tribunal junto con una declaración jurada escrita y formal. Este documento se acepta como una evidencia en el sistema legal de la persecución que sufrió el solicitante de asilo en su país de origen, y valida a su vez su miedo a volver de nuevo.

En segundo lugar, la declaración jurada es una declaración política. Según la autora, cuando como profesionales accedemos a rellenar un documento de este tipo, es inevitable hacer un posicionamiento político puesto que no podemos ser neutrales.

Y en tercer lugar, el proceso de evaluación es en sí mismo una experiencia que va a generar consecuencias emocionales de diferente tipo tanto al terapeuta (ansiedades, traumatización vicaria, etc.), como a la persona que está siendo entrevistada (efecto terapéutico). La autora explica que el efecto terapéutico se da puesto que la escucha que hacemos como psicoanalistas permite a los solicitantes de asilo que sus experiencias sean escuchadas, entendidas y *testificadas*, a veces incluso por primera vez. Para ella, cuando el dolor psicológico se comparte con una persona que es capaz de escucharlo atentamente “sobreviviendo” a su impacto, se convierte en más soportable para la persona que lo ha vivido. Esto se observa muy bien en las vivencias compartidas anteriormente.

Además, cuando la evaluación se hace a la familia completa, se facilita la comunicación intrafamiliar. En palabras de los autores, cuando esta comunicación intrafamiliar es posible, la familia sobrevive. En la experiencia compartida se ve cómo, debido a que la madre fue quien llevó a sus hijos a la evaluación, la puerta de comunicación entre ellos se abrió.

La autora nombra como limitación que una única sesión de evaluación deja una gran cantidad de información sin explorar.

Para terminar, valora la forma en la que haber trabajado en grupo les sirvió para aprender y reflexionar conjuntamente y, además, les dio contención y apoyo a la hora de compartir sus experiencias emocionales, disminuyendo así el riesgo de traumatización vicaria al haber estado expuestos al conocimiento doloroso e íntimo del horror ajeno.

Sandplay: signos de trauma psicológico en adolescentes solicitantes de asilo, por Anna Dobretsova y Elizabeth Batista Pinto Wiese

Este artículo describe una investigación llevada a cabo con la finalidad de identificar signos, temas y representaciones simbólicas de trauma psicológico en el primer escenario de Sandplay [caja de arena] de 12 adolescentes no acompañados buscadores de asilo en Países Bajos. El objetivo era determinar si el Sandplay podría ser usado como un método de evaluación del trauma en sujetos adolescentes.

Sabemos que ser menor no acompañado suele ir acompañado de experiencias traumáticas previas, dificultades culturales, experiencias de rechazo y falta de apoyo. Todo esto es inevitable que afecte a su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y sus relaciones sociales. Teniendo en cuenta estas consideraciones, las autoras piensan que es necesaria una detección y tratamiento temprano de las experiencias traumáticas, el estrés cultural y otras posibles patologías como forma de prevenir el desarrollo de disfunciones psicológicas más graves.

Sabemos que evaluar el trauma psicológico y sus dinámicas a menudo no es fácil debido a la dificultad para hablar de las experiencias traumáticas. Cuando además se trata de adolescentes traumatizados de otras culturas, donde puede haber una diferencia en la forma de reflejar los pensamientos y sentimientos, puede hacerse todavía más complicado. Es por esta razón que las autoras consideran que utilizar el Sandplay como método de evaluación e intervención, puede ser un modo de acceder al funcionamiento mental y las experiencias traumáticas del cliente.

Las autoras describen el Sandplay como una técnica psicológica proyectiva, no invasiva y no verbal, donde la persona en una situación de seguridad puede proyectar sus traumas y conflictos. Se compone de una bandeja de arena y un conjunto de miniaturas entregadas por el terapeuta. Las miniaturas son simbólicas y se consideran como una guía hacia el subconsciente. Con ellas, el cliente construye sobre la bandeja de arena, un escenario tridimensional. Este escenario se ve como un reflejo de las experiencias, emociones y realidad (pasada y presente) de la persona que lo crea, representando los pensamientos y sentimientos internos que de otra forma podrían ser difíciles de comunicar.

Evaluación e interpretación del Sandplay y técnicas relacionadas

En este apartado, las autoras nos explican el desarrollo histórico del Sandplay.

En 1920, el desarrollo de la *Técnica mundial* de Margaret Lowenfeld fue el primer ejemplo de intervención con Sandplay. Recogiendo la idea de Turner (2005), nos explican como esta autora, entendiendo los símbolos en los mundos del cliente como proyecciones de su estado mental, evaluaba el mundo de los niños analizándolos en 5 aspectos diferentes: tiempo, movimiento, coherencia/incoherencia, símbolo y patrón/diseño.

Más adelante, en 1936, Buhler, creó el *World Test* como un modo alternativo al de Lowenfeld de evaluar los mundos del cliente. El *World Test* incluía el análisis de los mundos basados en categorías y en el número de figuras. Llevó a cabo una de las primeras investigaciones comparando los mundos de los niños en tratamiento clínico con aquellos que no lo necesitaban. A través de esta investigación, clasificó las señales comunes presentes en el mundo de los niños con trastornos emocionales en Signos A (signos de mundo agresivo), signos E (signos de mundo vacío) y signos CDR (signos de mundos

cerrados, desordenados y rígidos). Turner (2005) explica que Buhler también sugería que las figuras utilizadas de forma coherente y de acuerdo a un tema eran posiblemente indicadores de un sujeto sano, mientras que la presencia y ausencia de determinadas figuras, nos podría indicar la presencia de patología.

En 1995 Grubbs nombra por primera vez un modelo estructurado y sistematizado para analizar y evaluar el escenario de la caja de arena. Tal y como explican las autoras, este modelo hace referencia a la *Lista categórica de la Caja de arena (SCC)* y comprende 20 categorías que remarcan los aspectos esenciales, incluyendo el contenido temático del escenario y el proceso de su creación, la historia personal y la descripción del escenario del creador, así como los cambios progresivos o regresivos que ocurren a lo largo de la sesión.

Temas y contenidos del Sandplay

En este apartado, las autoras nos muestran los temas y contenidos que evaluaron diferentes autores en los que se han apoyado para llevar a cabo su investigación.

En primer lugar nombran a Lowenfeld (1979) que hace una distinción entre varios “mundos de arena”: realista o representativo y completo o incompleto. Un *mundo representativo completo* es una representación realista del mundo conocido o imaginado. Un *mundo representativo incompleto* incluye elementos de realidad representados de manera incoherente y de forma irreal. Además, hizo la distinción entre fantasía y mundos mezclados. Para Lowenfeld, un *mundo de fantasía* representaba una escena irreal de la imaginación o recuerdo del cliente y entendía un *mundo mezclado* como la combinación de un mundo realista o representativo, completo o incompleto y/o tipo fantasía. Ella explicaba que personas con desarrollo intelectual por debajo de la media o emocionalmente o cognitivamente confusos, tendían a construir *mundos mezclados*. De la misma forma señalaba que personas con problemas psicológicos o trastornos mentales, a menudo construían *mundos representacionales incompletos*.

Continúan con Harper (1988), quien introdujo algunos temas que podían ser incluidos para el análisis cualitativo del mundo de arena. La identificación de los temas se basaba en la descripción que hacía el cliente. Propuso 8 temas: sexual, retiro de la gente, necesidad de cuidado, depresión y pérdida, necesidad de protección, conflicto frío donde la violencia fue silenciosa, controlada y sin implicación del yo, caos y cumplimiento de deseos en fantasía/ temas domésticos realistas.

Señalan también que Mitchell y Friedman (2003) sugirieron varios temas que indicaban daño en la persona y que solían aparecer representados en el primer escenario de pacientes que habían sufrido abuso, trauma, enfermedad y pérdida de un familiar en edad temprana. Estos eran: *caos* identificado por una disposición desordenada, fragmentada y puesta al azar, *amenaza*, *herida* y *ocultamiento* a través de figuras ocultas o enterradas, *proyección* representada por figuras verticales que fueron colocadas intencionadamente en una posición de caída o reclinada y *abrumación* representada con viejos problemas que parecen tan grandes y poderosos que obstaculizan las posibilidades de un nuevo crecimiento. También identificaron otros temas adicionales que sugerían movimiento hacia la transformación y la cicatrización.

Elementos de trauma en el Sandplay a lo largo de la literatura

Las autoras destacan que a pesar del uso que se hace del Sandplay como tratamiento terapéutico para el trauma psicológico, no hay demasiada investigación centrada en la identificación de los elementos de trauma. Según explican, en la investigación existente el foco está puesto principalmente en los temas de trauma como sexualidad y abuso.

Hacen un listado cronológico para contarnos algunas de las investigaciones en las que se han apoyado. En 1991, Juliet Harper llevó a cabo una investigación cualitativa durante 4 sesiones de una hora comparando a niños física y mentalmente sanos con un grupo de niños abusados física y sexualmente. Clasificó los mundos de Sandplay de acuerdo a los temas y contenidos de Lowenfeld (1979), Buhler (Buhler y Carrol, 1951) y Harper (1988). Los resultados mostraron que los mundos de los niños “sanos” reflejaban temas domésticos, presentando a menudo fantasías y mundos representativos. Los mundos de los niños abusados eran más diversos y estaban clasificados como representativos y mixtos, eran más cerrados, rígidos y desorganizados, y contenían temas de conflicto, sexualidad, agresión y caos. Incompletos en representación y fantasía.

En 1994, Grubbs realizó un estudio cualitativo con 5 niños entre 9 y 11 años. Dos de ellos abusados sexualmente y tres sin problemas. El contenido de los escenarios fue evaluado utilizando la lista categorial del Sandplay (Grubbs, 1994). Los resultados indicaron que los niños no clínicos construían escenarios positivos y congruentes con escenas donde la familia y comunidad estaban representadas. Las fronteras internas estaban abiertas a otras figuras y claramente definidas. En los niños abusados las escenas mostradas eran violentas y representaban destrozamiento por la guerra, soledad, aislamiento y auto-destrucción. Creaban límites internos y externos que o estaban rígidos y aislados del mundo, o bien se invadían violentamente.

En 1997, Zinni investigó a 26 niños entre 10-11 años que habían sufrido abusos físicos y sexuales y niños que no los habían sufrido (grupo control) para detectar posibles diferencias y similitudes en los temas representados por ellos. Su funcionamiento fue clasificado utilizando el *Listado de comportamiento infantil* (CBCL) (Achenbach, 2009). Los resultados mostraron que los niños del grupo control estaban en los grupos de alta competencia y bajos problemas y utilizaban temas domésticos y comunitarios con más frecuencia. Por otro lado, la mayoría de los niños abusados estaban en los grupos de baja competencia y altos problemas y utilizaban a menudo temas relacionados con accidentes o tragedias. También se pudieron observar diferencias en el modo como los niños construían su escenario, haciendo el grupo control escenarios más organizados y los niños abusados, escenarios desorganizados.

En 2015 Yeh y sus colaboradores publicaron un estudio sobre el uso del Sandplay durante 8 sesiones como modo de tratar la crisis desencadenada por los ataques del World Trade Center (Yeh et al., 2015) en 32 niños de 5 escuelas públicas elementales. Los escenarios fueron evaluados de acuerdo a los criterios de Mitchell y Friedman (1994) y revelaron que los temas de vacío, ocultación y poner hacia abajo aparecían en los primeros escenarios contruidos por los niños, mostrando su daño, e iban disminuyendo a lo largo de las siguientes sesiones.

Mitchell y Friedman (1994) citan un estudio con adultos llevado a cabo por Shaia (1991) donde encontraron una ausencia significativa de tocar la arena y una presencia significativa de crear círculos en aquellos adultos masculinos que habían sido abusados de niños. La autora asociaba la ausencia de tocar la arena a una ansiedad del cliente a ser

engullido o perder sus propios límites con el Sandplay. Sin embargo, interpretaba la presencia de uno o más círculos como una disposición para trabajar con el Sandplay.

Las autoras informan de que no han encontrado estudios de este tipo llevados a cabo con adolescentes.

Investigación

Método

Para llevar a cabo la investigación, las autoras analizaron el título, los temas representados y la descripción del escenario construido del primer escenario Sandplay de 12 adolescentes solicitantes de asilo en Países Bajos. El objetivo era identificar signos y elementos que sugiriesen la presencia de trauma psicológico. Los resultados se compararon con la literatura existente y fueron discutidos en relación a ella.

Se partía de tres hipótesis:

Pueden aparecer tanto elementos de caos y desorganización como ausencia de elementos resilientes en los escenarios de los adolescentes muestreados.

Los temas de herida, amenaza, división, ocultamiento y posición hacia abajo también estarían presentes sugiriendo la presencia de daño psicológico según los criterios de Mitchell y Friedman (2003).

El Sandplay puede ser un método de evaluación creíble que indique la presencia de trauma psicológico en adolescentes.

Participantes

Seis chicas y seis chicos entre 15 y 17 años, no acompañados, buscadores de asilo, de origen africano (principalmente África del Este) y en tratamiento psicológico en un centro de psicotrauma en Países Bajos.

Todos diagnosticados de TEPT y otras patologías por un equipo multidisciplinar compuesto por un psiquiatra y un psicólogo clínico. Todas las chicas y un chico decían haber sido abusados sexualmente y además, dos de las chicas y otro chico informaban también haber sido abusados físicamente.

Materiales

La primera de la sesión Sandplay formaba parte de las cinco primeras sesiones de evaluación e intervención de los participantes. Todos ellos firmaron un documento de consentimiento informado donde permitían el uso de sus datos y las fotografías para la investigación.

Se utilizó una caja de arena de 54x70 cm con una parte azul que representaba el agua o el cielo y estaba llena de arena seca. También una colección de miniaturas que representaban las categorías sugeridas por Mitchell y Friedman (1994) y que comprendían figuras animadas e inanimadas pertenecientes al mundo real, de la mitología y también de la fantasía, y objetos representativos de la cultura africana (brujos, palmeras

y tamborileros) y holandesa (zapatos de madera, molinos de viento, figuras con trajes tradicionales y casas con nieve).

Se evaluaron los títulos del escenario, la descripción del procedimiento y los comentarios de los participantes sobre la composición, además de los informes del procedimiento y fotografías de los escenarios tomadas desde arriba y desde la perspectiva de los clientes.

Los escenarios fueron analizados en base a: *los Temas del mundo* de Lowenfeld: representativo completo, representativo incompleto, fantasía o mezclado (Lowenfeld, 1979); *Test del mundo* de Buhler: agresivo, despoblado, vacío, cerrado, rígido y desorganizado (Turner, 2005); *Temas del mundo* de Harper (1988): sexual, retirado de la gente, necesidad de cuidado, necesidad de protección, conflicto frío, caos, fantasía con deseo de plenitud/ temas domésticos reales y *Temas que sugieren daño* por Mitchell y Friedman (2003): caos, vacío, fragmentación, amenaza, herida, ocultación, poner hacia abajo y abrumación junto con *temas que sugieren curación y transformación*: viajar, puentes, energía, ir profundo, reconstruir, centrado e integrado.

Procedimiento

En el procedimiento se cuenta con dos investigadores, uno que aplica el método Sandplay a los clientes y otro que analiza las fotografías y los materiales utilizados sin tener ni información personal ni de otro tipo acerca de los clientes, con el objetivo de evitar sesgar la investigación.

Como el procedimiento se dirigía en el idioma original del cliente (francés, portugués o inglés), el investigador que se encargaba de aplicar la prueba lo traducía al inglés para dar acceso al material al segundo investigador.

Durante el momento de la composición, con la intención de interferir lo menos posible en la creación del escenario, el terapeuta estaba sentado cerca de la bandeja de arena pero lejos de los estantes de las miniaturas. Se tomaban notas del proceso y se permitía que durante la construcción, y al final de ella, el cliente hiciera comentarios. Una vez completado, se le preguntaba por el título de su creación y se le pedía permiso para hacer la fotografía y para cubrir la caja con una tapa. De esta forma, metafóricamente junto al terapeuta, se dejaban atrás los conflictos y experiencias emocionales del cliente.

Una vez hecho el análisis inicial por ambos investigadores utilizando el mismo método, la información personal de los clientes era revelada al segundo investigador para que conjuntamente pudieran hacer un análisis más completo, la interpretación de los resultados y la discusión final.

Resultados

Nos cuentan las autoras que los resultados se analizaron en función al título, las miniaturas, la organización, el proceso y los temas.

- *Títulos*: Los títulos eran neutros, una representación del contenido del escenario o una indicación de la transformación: “*Un mundo*”, “*Un barco*”, “*Un sendero*”, “*La Guerra*”...

- *Miniaturas:* Todos los participantes utilizaron varias miniaturas en sus escenarios variando entre 8 y 38 miniaturas, incluyendo al menos una figura humana. Las figuras más frecuentemente utilizadas fueron soldados (principalmente por las chicas) y vehículos (coches, barcos, camiones y ambulancias), esta vez, más usadas por los chicos. De las figuras humanas, las más utilizadas fueron una de un superhéroe y un tamborilero africano. Las miniaturas de bebés estaban más presentes en las chicas. Los animales también eran comunes (cerdos, cabras, ovejas y caballos los más utilizados). La vegetación no solía estar presente, pero cuando estaba presente, lo hacía en abundancia. Las casas fueron utilizadas únicamente por los chicos, aunque muchas chicas utilizaron elementos familiares como muebles, sillas de bebés y espejos. Los escenarios también incluían miniaturas relacionadas con la cultura holandesa.
- Estos resultados sugerían que el uso de soldados principalmente por las chicas podría significar experiencias de abuso y que el uso de barcos, probablemente indicaba que habían llegado a Países Bajos en barco.
- *Organización y proceso:* Aparecían similitudes en la organización de los escenarios. La mayoría no utilizó la parte baja, haciendo un mayor uso de la parte alta y media. El 63% de las veces no se tocó o jugó con la arena.
- Temas:
 - De acuerdo a Lowenfeld (1979) ninguno de los participantes construyó un mundo representativo completo. Los más utilizados fueron: representativo incompleto y tipo mixto (58%).
 - Temas de Buhler y Carroll (1951): Agresividad (20%), vacío (20%), cierre (20%) y desorganización (16%).
 - Temas de Harper (1988): necesidad de protección (20%), cuidado (16%), caos (16%), depresión y pérdida (8%), sexual (8%) y deseo de cumplimiento y fantasía (8%).
 - Temas de Mitchell y Friedman (1994) que sugieren daño: vacío (72%), amenaza (54%), fragmentación (45%) y ocultamiento (27%). Temas que sugieren curación: enérgico (82%) y viajar (42%)
- *Organización y proceso:* Apoyándose en la investigación de Shaia (1991) comentada anteriormente, las autoras valoraron que la renuncia a tocar e implicarse con la arena podría estar relacionada con el trauma psicológico. El 63% de las veces, los participantes no jugaron ni tocaron la arena. También consideraron que la falta de descripciones o comentarios del escenario podría ser un indicador de trauma al ser la representación de experiencias traumáticas muy dolorosa para poder hablarse.

Limitaciones

Las autoras entienden que el reducido tamaño de la muestra, la cualidad de la información dada por los participantes acorde a su edad, el que fueran no acompañados, las barreras culturales y el idioma, pudieron ser una limitación.

Discusión

Los encuentros confirmaron las hipótesis originales de que los primeros escenarios de adolescentes traumatizados eran caóticos y desorganizados. Al observar que los elementos que sugerían trauma en la literatura aparecían en los escenarios de los participantes, las autoras concluyeron que el Sandplay es un método fiable para la evaluación de los traumas en adolescentes.

Conclusión

Las autoras concluyen que esta investigación ha encontrado varios signos y elementos de trauma consistentes con literatura anterior tal y como el uso de muchas miniaturas en el escenario, la utilización de soldados, fronteras, señales y vallas, la no implicación con la arena, representaciones de mundos incompletos o mixtos, también agresivos, vacíos, cerrados y desorganizados con temas de caos, necesidad de cuidado y protección y presencia también de cuatro temas que sugerían daño psicológico como vacío, amenaza, separación, figuras hacia abajo y ocultamiento.

También sugieren la necesidad de hacer estudios con muestras más grandes entre adolescentes traumatizados y grupo control y la elaboración de unos criterios de análisis más claros con el objetivo de disminuir la subjetividad y parcialidad de la interpretación.

Para terminar, las autoras ejemplifican en el artículo cómo se hizo el procedimiento con una de las participantes de 16 años. Paso a resumirlo en los siguientes párrafos.

La paciente construyó un escenario titulado *la guerre* (la guerra) con dieciséis figuras, de las que siete eran muñecos soldado, había también una muñeca grande, un héroe fuerte, cuatro figuras humanas, un coche, un barco y la figura de un payaso. Empezó colocando una de las figuras humanas al fondo de la bandeja explicando que era una representación de sí misma. Al terminar, explicó que los hombres armados invadieron la ciudad donde solía vivir y asesinaron a sus padres. Ella intentó salir del país con dos de sus hermanas (7 y 12 años) en barco, perdiendo a la mayor de ellas a lo largo del viaje. Tal y como ella describe, esta situación le generó sentimientos de culpa al sentir que no la había cuidado bien y por eso la había perdido.

Las autoras nos explican que cuando se tomó la fotografía de la escena construida, la paciente movió la figura del superhéroe y una de las figuras de los soldados, haciéndole parecer que estaba rodeado. Colocó una de las figuras humanas separada del resto del escenario para representar a su hermana perdida. Al otro lado, cerca de un barco aislado del resto del escenario, dibujó un rectángulo sobre la arena y colocó otras dos figuras humanas en representación de ella misma y su otra hermana. Las tres figuras principales tumbadas (y sugiriendo que estaban muertos), estaban prisioneros de los guardianes personificados con soldados apuntándoles y representaban a sus padres y otra mujer. Utilizó la figura del payaso para representar a la persona de Cruz Roja que las recibió y también su sensación de desconfianza de que alguien, de verdad, las quisiera ayudar. Puso al barco y al payaso encerrados en el mar lejos de su alcance y del de su hermana.

Las autoras nos explican que había una manipulación de la arena en la escena, lo que sugería cierto movimiento de las miniaturas. La paciente utilizó la parte alta, media y central de la bandeja colocando el espacio de forma horizontal.

Tal y como explican las autoras, para el análisis tienen en cuenta:

- De acuerdo a los criterios de Lowenfeld (1979), al incluir el escenario Sandplay características realistas y de fantasía, sería un escenario tipo mixto.
- Según los criterios de Buhler y Carrol (1951), el contenido de la bandeja es agresivo y desorganizado con miniaturas tumbadas en la arena, algunas separadas y otras posicionadas de forma ordenada.
- En criterios de Harper (1988), al describir la separación de su hermana, nos hace ver que la depresión y la pérdida están presentes.
- Siguiendo los criterios de Mitchell y Friedman (1994), al aparecer seis temas que sugieren daño (vacío, separación, barco encerrado), amenaza, daño, posición hacia abajo (figuras acostadas y colocadas hacia abajo) y caos (apariencia de revoltijo) y ninguno que sugiera transformación, se puede interpretar que la cliente está severamente traumatizada.
- El título confirma el contenido violento de la escena y sugiere que la guerra estaba funcionando en su mente junto a los sentimientos de culpa y trauma.

Una revisión del uso de la terapia de sistemas de trauma para tratar niños, adolescentes y familias refugiados, por Daniel Kraplin, Kristen Parente y Francesca A. Santacroce

A lo largo de este artículo, los autores llevan a cabo una revisión del uso de la terapia de sistemas de trauma (TST-R) creada por (Ellis, Miller, Baldwin y Abdi, 2011) en su trabajo con un grupo de refugiados somalíes, somalí-bantú y butaneses dentro de los EE.UU., como un modelo de intervención para reducir los síntomas de trauma en niños, adolescentes y familias de refugiados.

La TST-R es un modelo de trabajo donde las intervenciones van dirigidas hacia los niños y adolescentes que experimentan el trauma, sus padres y cuidadores, y la comunidad (Ellis et al, 2011). Para ello, hace una aproximación en diferentes niveles intentando dar apoyo y reforzar cada uno de los sistemas con los que trabaja.

Los autores nos explican que El TST-R es un tipo de intervención que trabaja desde un modelo bioecológico que incluye intervenciones clínicas en el domicilio, en centros ambulatorios, la escuela y la comunidad, facilitando la conexión con el psiquiatra y los grupos de servicios sociales cuando lo considera necesario. Se hacen reuniones semanales y se supervisan los procesos de tratamiento. También nos dicen que dentro de este modelo, es importante el papel que tienen los intermediarios culturales al ser personas que forman parte de la comunidad local, tener experiencia en trauma y ser seleccionadas por miembros del equipo.

Este modelo de trabajo comprende cuatro niveles de intervención diferentes. Paso a resumir la descripción que hacen los autores de cada uno de ellos:

Nivel 1: Intervenciones basadas en la comunidad con el objetivo de obtener un compromiso comunitario y parental

Según los escritores, el objetivo de este nivel es poder hacer un alcance comunitario, identificar a las familias que se puedan beneficiar de este tipo de intervención y también reducir el estigma asociado a la salud mental. Para ello, se participa en ferias culturales, grupos de discusión con miembros de la comunidad y se anima a los padres a que participen en reuniones con los profesores (Benson, Abdi, Miller y Ellis, 2018).

Los autores nos exponen que con el objetivo de que se incremente la efectividad de la intervención y que disminuya el papel que juegan algunos factores en detrimento de la intervención (desconfianza, estigmatización de la salud mental, barreras con el idioma o la priorización de otras necesidades), el equipo de tratamiento proporciona información sobre preocupaciones culturales específicas y trauma a las personas que pueden ser clave dentro de la escuela y los sistemas de salud. En este sentido, el papel que juega el intermediario cultural es fundamental puesto que puede mejorar en parte la desconfianza, ayudar en la traducción y en proporcionar una explicación al equipo de tratamiento de los valores culturales críticos. Para evitar el riesgo de estigma asociado a la salud mental, Ellis et al. (2011) propusieron incorporar servicios de salud mental en los servicios ya existentes como la escuela.

Nivel 2: Grupos de habilidades basados en la escuela

Tal y como explican los autores, el objetivo de este segundo nivel es poder trabajar tanto el sentido de inclusión y pertenencia como el apoyo social de los jóvenes dentro de la escuela. Para ello, a lo largo de 12 semanas se realizan una serie de actividades dirigidas a trabajar las habilidades de comunicación, habilidades relacionales con sus iguales, estrategias de autorregulación, de toma de conciencia emocional, de resolución de conflictos y las diferencias interculturales entre sus países de origen y el país donde se han reasentado.

Cada sesión incluye un grupo de discusión sobre la actividad de grupo, se habla acerca de su experiencia de refugiados y se hacen ejercicios que les puedan ayudar a calmarse. Son grupos específicos de género, abiertos a todos los niños y adolescentes refugiados y se llevan a cabo por un miembro del equipo de tratamiento y un intermediario cultural.

Se ha observado que la terapia de grupo dentro de la escuela es bastante efectiva en el trabajo con refugiados en riesgo puesto que permite trabajar los estresores pre-viaje, viaje y de reasentamiento, reduciendo el riesgo de estigmatización.

Los autores nos explican que cuando se detecta en alguno de los niños o jóvenes la necesidad de hacer terapia más intensiva, se hace una derivación a servicios individuales o familiares más específicos como los del nivel 3 o nivel 4. En estos niveles de intervención, se ofrece la posibilidad de hacer terapia individual en la escuela y terapia familiar desde el hogar.

Nivel 3: Terapia individual intensiva

Según los autores, en este nivel, los niños y jóvenes refugiados reciben terapia con el objetivo de ampliar su toma de conciencia acerca de lo que les ocurre, poniendo el foco en la regulación emocional y también en aprender habilidades cognitivas que les permitan obtener, tanto a los niños como a sus familias, nuevas perspectivas sobre sus experiencias

de trauma. De esta forma consiguen elaborar su situación mostrando un crecimiento post-traumático y una mayor estabilidad en el ambiente.

La intervención se empieza con una primera evaluación del nivel de desregulación emocional (emocionalmente regulado, emocionalmente desregulado y comportamentalmente desregulado) y también de la estabilidad social (estable, angustiante o amenazante). Después se utilizan diferentes estrategias de tratamiento como ejercicios de dibujo o arteterapia, *role-playing* y discusiones sobre las características somáticas del trauma.

Para los autores, conforme los niños y adolescentes desarrollan un estado emocional más estable, los clínicos les ayudan a reorganizar sus pensamientos a través de una toma de conciencia cognitiva. De esta forma, pueden desarrollar un sentido de sí mismos, del mundo y del futuro más positivo. Para ello trabajan con la reestructuración cognitiva de la triada negativa. Otra intervención que se utiliza en esta etapa es el desarrollo de una nueva narrativa del trauma (títeres, terapia de escritura, etc.). Tal y como explican los autores, dar a los refugiados la oportunidad de compartir sus historias, les ayuda a revertir el efecto de la experiencia traumática.

Según los autores, estas intervenciones están enfocadas para trabajar las emociones de los niños y sus cuidadores cuando existe una amenaza clara y están en situaciones estables. En este nivel se trabaja sobre el estrés traumático y el estrés por soledad.

Nivel 4: Terapia basada en la familia

Los autores señalan que en el nivel 4, se ofrece la posibilidad de hacer terapia familiar a domicilio cuando el niño y la familia vive en un entorno inseguro, peligroso, y con un ambiente emocional o comportamentalmente desregulado con el objetivo de trabajar la seguridad del niño. Se trabaja sobre el estrés acultural y el estrés de reasentamiento.

Estas intervenciones incluyen visitas a casa y terapia a domicilio. Cuando aparecen necesidades financieras y de alojamiento, se incluye también a los servicios sociales. Con este tipo de intervención se facilita a familias el acceso a la terapia que de otra manera no podrían tener.

Uso de TST-R en grupos de refugiados

Tal y como dicen los autores, los creadores examinaron la intervención con TST-R para los síntomas de TEPT, depresión, dificultades en los recursos, discriminación, competencias escolares y estrés acultural. En sus resultados, informaron de una mejora general de los síntomas de TEPT entre los 6 y 12 meses, aunque no encontraron diferencias significativas entre los participantes con la intervención en el nivel 2 y 4. También hallaron diferencias significativas en todas las puntuaciones de depresión a lo largo del tiempo, habiendo un nivel más alto de depresión en el nivel 3 y 4 en relación a los del nivel 2. En general, la dificultad de recursos decrecía a lo largo del tiempo. Los autores señalan que informaron de beneficios adicionales explicando que las familias involucradas en el proyecto TST-R, informaron de descensos en el estrés acultural y dificultades económicas. Los niños informaron de un incremento en las competencias escolares y una disminución de la discriminación percibida a nivel comunitario.

Fortalezas y limitaciones del TST-R

Fortalezas

Los autores explican que los creadores informaron de varias fortalezas:

Por un lado, este modelo da un marco de referencia multi-sistémico para abordar el trauma en niños refugiados y sus familias. Esto nos permite apreciar que ninguna intervención única abordará por completo las necesidades de tratamiento de los refugiados.

Por otro lado, es un modelo donde los clínicos utilizan múltiples intervenciones clínicas dentro y entre niveles, lo que facilita el ajuste de la intervención a las fortalezas, necesidades y habilidades de los niños, adolescentes y familias de refugiados.

Al ser un modelo de intervención incluido en la escuela, ofrece un fácil acceso y facilita que las familias de refugiados acudan a terapia.

El marco de referencia de este modelo de intervención, da prioridad a los factores que amenazan la seguridad y protección de las familias de refugiados.

La utilización de intermediarios culturales facilita el incremento de la confianza entre las familias de refugiados y los clínicos.

Limitaciones

Tal y como explican los autores, los resultados obtenidos están apoyados en una muestra muy pequeña y con poca población refugiada dentro de un país, lo que no permite diferenciar que estos hallazgos sean debidos a una representación precisa de los resultados o a la falta de poder estadístico. Serían necesarios estudios más amplios para fundamentar más el modelo.

Además, al haber múltiples tipos de intervenciones, no se ha podido clarificar qué tipo de intervenciones específicas han dado lugar a cambios en una persona determinada.

Una tercera limitación que plantean los autores es que no se sabe si estos resultados pueden ser extrapolados a otras poblaciones de refugiados dentro de EE.UU. y en un escenario internacional.

También supone una limitación la preocupación de si la implementación del TST-R puede ser económicamente sostenible.

Referencias

- Abdi, S. M. (2018). Mental health of migrant children. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.12>
- Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA): Development, findings, theory and application*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], (1951), p.1. *Convención sobre el estatuto de los refugiados*. <https://www.acnur.org/5b0766944.pdf>

- Benson, M. A., Abdi, S. M., Miller, A. B. y Ellis, B. H. (2018). Trauma systems therapy for refugee children and families. En N. Morina y A. Nickerson (Eds.), *Mental health of refugee and conflict-affected populations* (pp. 243–259). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97046-2_12
- Bettmann, J. E., Wright, R., Olson-Morrison, D. y Sinkamba, R. P. (2016). A qualitative exploration of African adolescent refugees' attachment relationships. *Journal of Comparative Family Studies*, 47(4), 501–525. <https://doi.org/10.3138/jcfs.47.4.501>
- Bion, W. R. (1988a). Attacks on linking. En E. Spillius (Ed.), *Melanie Klein today, vol. I: Mostly theory* (pp. 87–101). Routledge, (Obra original publicada en 1957).
- Bion, W. R. (1988b). A theory of thinking. En E. Spillius (Ed.), *Melanie Klein today, vol. I: Mostly theory* (pp. 160–178). Routledge. (Obra original publicada en 1961).
- Bléandou, G. (1994). *Wilfred Bion: His life and works 1897–1979*. (Pajackowska, C. trad.). Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Basic Books.
- Bragin, M. y Bragin, G. (2010). Making meaning together: Helping survivors of violence and loss to learn at school. *Journal of Infant Child & Adolescent Psychotherapy*, 9(2), 47–67. <https://doi.org/10.1080/15289168.2010.510986>
- Bragin, M., (2019) Myth, Memory, and Meaning: Understanding and Treating Adolescents Experiencing Forced Migration. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18:4, 319-329. <https://doi.org/10.1080/15289168.2019.1691892>
- Buhler, C. y Carrol, H. (1951). A comparison of the results of the world test with the teacher's judgment concerning children's adjustment. *Journal of Child Psychiatry*, 2(1), 36–65.
- Centre for Studies on Human Stress. (n.d.). Recipe for stress. <https://humanstress.ca/stress/understand-your-stress/sources-of-stress/>
- Cohen, P., Bartlett, B., Eisold, B., Kozberg, S., Lyons, L. y Steinberg, Z., (2019). Our Immigration and Human Rights Work Group in Action: Psychoanalysts Evaluating Asylum Seekers, Trauma and Family Devastation. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(4), 376-393, DOI: 10.1080/15289168.2019.1680938
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2018). *Las personas refugiadas en España y Europa* [Refugees in Spain and Europe]. <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe-CEAR-2018.pdf>
- Dobretsova, A. y Batista, E., Wiese, P. (2019) Sandplay: Psychotrauma Signs in Asylum Seeking Adolescents, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(4), 403-416. <https://doi.org/10.1080/15289168.2019.1583055>
- Ellis, B. H., Miller, A. B., Baldwin, H. y Abdi, S. (2011). New directions in refugee youth mental health services: Overcoming barriers to engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 69–85. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545047>
- Fernández, V. (2019). Triggering safe attachment waves to foster healing in international protection-seeking environments. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(4), 343-351, DOI: 10.1080/15289168.2019.1680937
- Fosha, D. (2000). The transforming power of affect: A model for accelerated change. Basic Books.
- Freud, S. (1974). Totem and taboo. En J. Strachey (Ed. Y Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 1–162). Hogarth Press. (Obra original publicada en 1913)
- Grubbs, G. A. (1994). An abused child's use of Sandplay in the healing process. *Clinical Social Work Journal*, 22, 193–209. <https://doi.org/10.1007/BF02190474>

- Grubbs, G. A. (1995). A comparative analysis of the Sandplay process of sexually abused and nonclinical children. *The Arts in Psychotherapy*, 22(5), 429–446. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00021-6](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00021-6)
- Harper, J. (1988). The inner world of children separated from their parents. *Adoption & Fostering*, 12(1), 14–19. <https://doi.org/10.1177/030857598801200106>
- Harper, J. (1991). Children's play: The differential effects of intrafamilial physical and sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 89–98. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90093-S](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90093-S)
- Honwana, A. (1999). Challenging western concepts in trauma and healing. Track two. *Culture and Conflict*, 8(1).
- Kalff, D. M. (2003). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche*. Temenos. (Obra original publicada en 1980)
- Kaplin, D., Parente, K., y Santacrose, F. A. (2019) A review of the use of trauma systems therapy to treat refugee children, adolescents, and families. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(4), 417-431, DOI:10.1080/15289168.2019.1687220
- Kira, I. A. y Tummala-Narra, P. (2015). Psychotherapy with refugees: Emerging paradigm. *Journal of Loss and Trauma*, 20(5), 449–467. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.949145>
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Lowenfeld, M. (1979). *Understanding children's Sandplay: Lowenfeld's world technique*. George Allen & Unwin.
- Mitchell, R. R. y Friedman, H. S. (1994). *Sandplay: Past, present and future*. Routledge.
- Mitchell, R. R. y Friedman, H. S. (2003). Using Sandplay in therapy with adults. En C. E. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults* (pp. 195–223). Wiley.
- Ostrander, J., Melville, A. y Berthold, S. M. (2017). Working with refugees in the United States: Trauma-informed and structurally competent social work approaches. *Advances in Social Work*, 18(1), 66–79. <https://doi.org/10.18060/21282>
- Perez-Foster, R. (1996). *The bilingual self: Duet in two voices*. *Psychoanalytic Dialogues*, 6(1), 99–121. <https://doi.org/10.1080/10481889609539109>
- Pitillas, C. (2019). Common therapeutic elements of interventions aimed at enhancing parent–child early relationships. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pap0000234>
- Shaia, A. (1991). Images in the sand: The initial sand worlds of men molested as children (Tesis doctoral). California Institute of Integral Studies.
- Turner, B. A. (2005). *The handbook of Sandplay therapy*. Temenos.
- Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Yeh, C. J., Aslan, S. M., Mendoza, V. E. y Tsukamoto, M. (2015). The use of Sandplay therapy in urban elementary schools as a crisis response to the World Trade Center attacks. *Psychology Research*, 5(7), 413–427 <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2015.07.004>
- Zinni, V. R. (1997). Differential aspects of Sandplay with 10-and 11-year-old children. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 657–668. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00025-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00025-2)