

Cuando la historia traumática no es vista por el terapeuta

When the traumatic history is not observed by the therapist

Estrella Abarca

Psicóloga clínica. Máster en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen

En el presente trabajo se realiza una reflexión sobre el rol del terapeuta de adultos en la develación de sucesos traumáticos en la infancia, principalmente abuso sexual, profundizando en la responsabilidad que tienen los profesionales de salud mental para que este relato salga a la luz, los aspectos que pueden inhibir que el paciente logre narrar su historia, aquellos que favorecen el proceso de develación, y la relevancia de que esto suceda para lograr un trabajo terapéutico exitoso. *Palabras clave: trauma, historia, terapeuta.*

Abstract

In the present work a reflection is made over the role of the adult therapist in the unveiling of traumatic events in childhood, mainly sexual abuse, deepening in the responsibility that mental health professionals have for this relate to come to light, the aspects that can inhibit the patient to narrate their story, those that favor the process of unveiling, and the relevance of this happening to achieve a successful therapeutic work *Keywords: Trauma, attachment,*

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas se pueden imaginar que vivenciar episodios traumáticos durante la infancia puede traer consecuencias significativas en el desarrollo emocional y salud mental de la víctima, y que ante esto es bueno recibir apoyo para elaborar la situación traumática y mitigar los efectos que podría tener a lo largo de su vida, incluso cuando sea adulto. Puntualmente, frente al maltrato y abuso sexual, se han desarrollado programas por instituciones especializadas en el área y políticas públicas en diversos países que dotan de un protocolo de acción en los que se espera que los niños y niñas víctimas reciban la contención y el apoyo necesario para superar el o los acontecimientos vividos.

La relación entre episodios traumáticos en la infancia y sus posibles consecuencias es evidente para la mayoría de los profesionales de salud mental, sin embargo, cuando el paciente consulta durante su adultez o incluso adolescencia, pareciera que la asociación entre su patología o conflictiva de ese momento y la posibilidad de trauma en su infancia no es algo que se observe con igual claridad.

Existen diversas investigaciones que afirman que el trauma infantil se relaciona con dificultades en la salud psicoemocional de las víctimas en edad adulta, (Ibaceta Watson, 2007, Pereda 2010, Llanos & Sinclair, 2011) sin embargo es difícil identificarlo como un factor único o una relación directa entre determinado trauma y determinada patología, una de las limitaciones es la dificultad de aislar este fenómeno de otros aspectos arduos durante el ciclo vital que también podrían haberse convertido en factores de riesgo para desarrollar alguna psicopatología en la adultez. Independiente del evento traumático, se ha observado que aquellos individuos con antecedentes de estrés acumulado en la niñez tienen una significativa mayor probabilidad de presentar estrés crónico y una mayor frecuencia de eventos vitales adversos de adultos. (Trucco, 2002).

Dentro de la bibliografía revisada, se mencionan diversas patologías de adultos en las que se ha encontrado una asociación con historia de trauma durante la infancia. Se ha encontrado vínculo con trastornos depresivos y de ansiedad, abuso y dependencia de sustancias, trastornos de alimentación, trastornos psicóticos, trastornos disociativos, trastorno de estrés posttraumático y trastornos de personalidad. (Trucco, 2002, Cury, M. 2007, Ordóñez et al 2016).

La evidencia es clara en mostrar que el trauma infantil tiene secuelas en la adultez, solo tomando una muestra pequeña de la literatura, se puede observar cómo se relaciona con una amplia gama de patologías, abarcando muchos de los trastornos psiquiátricos por lo que se consulta a un profesional de la salud mental.

Por otra parte, respecto a los pacientes que han desarrollado problemas de salud mental en la adultez, se estima que, entre el 34 y el 53% tienen algún antecedente de abuso físico y sexual durante la infancia (Ordoñez et al, 2016).

Frente a tales antecedentes, y como se ha referido y discutido en reiteradas ocasiones en el curso de Experto en Psicoterapia Breve es de suma relevancia y urgencia que quienes trabajan en salud mental observen su práctica clínica y si se está considerando esta variable al indagar en la historia del paciente (Marín, 2017), que hacer para incorporarla y como trabajar con la historia de quienes si han sido víctimas de episodios traumáticos. Dicho de otro modo, que un paciente no hable de esta vivencia en un proceso terapéutico y que el profesional a cargo no se entere de ella, cuestiona al menos la eficacia de tal proceso.

La siguiente reflexión surge al observar en la práctica clínica con adolescentes derivados principalmente por depresión grave, que aquellos terapeutas con formación en temáticas de trauma violento en la infancia (abuso y/o maltrato físico) detectaban la vivencia traumática en la historia del paciente en mayor medida que terapeutas sin formación en el área. Una posible respuesta está en la disposición a preguntar-escuchar por parte del terapeuta sobre eventos traumáticos, permitiendo que el paciente explore y profundice en ésta área de su historia.

De esta forma, se realizará una reflexión y revisión bibliográfica que de luces del rol que tiene el terapeuta para favorecer que el paciente relate sus vivencias de trauma temprano, si es que las hay. Dada la dificultad de encontrar bibliografía y evidencia que profundice en el terapeuta, su posición y respuesta frente al trauma; para fines de este trabajo, el trauma temprano al que se hará referencia es principalmente abuso sexual, que es donde encontramos mayor información que nos permita llevar a cabo la reflexión.

Posteriormente se puede extrapolar a otros eventos de trauma complejo que también pueden generar un impacto en la vida y personalidad del paciente en su adolescencia y adultez. (Como por

ejemplo: negligencia, abandono físico/emocional, maltrato), donde también el terapeuta podría ocupar un rol central en que el relato se dé a conocer en psicoterapia y se incorpore en el proceso de análisis esta área de la vida del paciente. La evaluación y tratamiento de las experiencias de trauma, es de suma importancia de cara a la prevención e intervención de alteraciones psicopatológicas (Ordoñez et al., 2016). Parece ser imprescindible para que un proceso terapéutico avance y sea provechoso para el paciente, que historias de este tipo sean vistas/escuchadas y se puedan integrar en la historia de vida de la persona que ha sido víctima, conectando lo sucedido en la infancia con sus emociones y afectos, aspectos de su personalidad y con sus conflictivas actuales. Elaborar el trauma da la oportunidad de mejorar la calidad de vida, y salud emocional, a largo plazo.

IMPORTANCIA DE LA DEVELACIÓN

Se observan dos modos en que un adulto, con una historia de trauma temprano, puede realizar la consulta a psicoterapia. Está quienes van directamente y desean hablar sobre su historia traumática: porque se han decidido a develar, ya lo han hecho con algún amigo/familiar, buscan o son derivados directamente a ayuda especializada. En este caso, la relevancia será que el paciente pueda recibir una intervención apropiada.

Otro modo es que el motivo de consulta sea uno distinto a la traumatización sufrida en la infancia, sin embargo existe esa historia. En este documento se hará foco en este segundo aspecto, para canalizar la discusión en el rol que tenemos como terapeutas en que se genere el espacio propicio para develar la historia traumática, teniendo así la oportunidad de profundizar con el paciente en ello, o derivar si fuese necesario.

Es importante ver que si una persona que ha sido víctima de agresiones en su infancia está pidiendo ayuda terapéutica, necesita -y merece- ser visto, que lo entiendan en su dolor y sufrimiento, que puedan conocerlo en profundidad, y desde ahí encontrar explicaciones a lo que le ha estado sucediendo a lo largo de su vida, integrando su historia, su forma de ser y su mundo afectivo para poder liberarse en parte de la carga emocional que significa sufrir traumas tempranos y vivirlos en soledad. Además de la esfera individual, en el documento de Ibaceta Watson (2007) podemos ver como se manifiesta como un problema de salud pública no detectar posibles traumatizaciones tempranas de los consultantes de salud mental que tienen como motivo de

consulta manifiesto diferentes problemas de salud que pueden estar relacionados con haber sufrido abuso sexual en la infancia - adolescencia. “Estas consultas resultan frecuentes y como tales imprimen presión asistencial al sistema de salud, siendo generalmente las respuestas de atención no resolutivas al no detectar ni enfrentar directamente el tema de la traumatización temprana, llegando incluso a la posibilidad de implementar acciones iatrogénicas”. (Ibaceta Watson, 2007). De esta forma, pensar en la relevancia de que el espacio terapéutico facilite la develación del paciente, va más allá de cada individuo que consulta, se vuelve una necesidad para que los dispositivos de salud pública se vuelvan más eficaces y atiendan apropiadamente a las necesidades de sus usuarios.

Para entender un poco más sobre la importancia que puede tener un terapeuta que facilite la develación, vale la pena profundizar en la relevancia de ésta, aun siendo adulto, aun cuando el abuso no esté sucediendo en la actualidad ¿Por qué valdría la pena relatar lo sucedido años después?

En términos generales, se entiende develación como el momento en que el abuso es conocido por una persona ajena a la situación abusiva. En este documento nos estaremos refiriendo a la develación intencionada (Capella, 2010), cuando la víctima decide contar (y no cuando es descubierta), A su vez, incorporaremos a esta definición la idea de que es un proceso que sucede desde los primeros intentos develatorios en la infancia, hasta las distintas develaciones exitosas en la adultez (Galleguillos, 2016). De esta manera, se sumarán a esta reflexión los casos de develación fallida, es decir, cuando la víctima lo contó en su infancia o adolescencia, sin embargo no obtuvo la escucha apropiada y se vio en la obligación de silenciar su relato. En ambas instancias, han pasado años de silencio, en los que el secreto ha sido guardado y el trauma y sus consecuencias se han vivido en completo aislamiento.

Respecto a trauma lo pensaremos como *“aquella experiencia que tiene las características de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona. Es inasumible porque cuestiona el mundo relacional del sujeto. Porque cuestiona la identidad del sí mismo.”* (Rodríguez, Fernández & Pérez, 2005, p.28). El trauma genera un quiebre biográfico, se marca un antes y un después para la víctima en su identidad, relaciones y la forma de abordar el mundo. El o los episodios traumáticos en la infancia temprana quedan en la memoria de forma fragmentada,

siendo el relato/la expresión lo que permite resignificar la vivencia transformándolo en un suceso abordable cognitiva y emocionalmente, retomando el control sobre el trauma. (Llanos & Sinclair 2011).

Se puede decir que el proceso de reparación se inicia una vez que la persona devela la vivencia traumática, siempre y cuando recibe el apoyo apropiado y el abuso esté detenido. A partir de este punto la persona puede dar paso a un proceso que le permita elaborar las vivencias traumáticas e integrarlas en su narrativa. Tendrá la oportunidad de situarse en el lugar *de víctima y entender desde ahí lo sufrido y las consecuencias emocionales vinculadas a este hecho. “Es decir, por medio del relato del hecho fáctico, en el contexto terapéutico, ante otro que escucha, se alcanzaría mejores posibilidades de integración de ese núcleo no integrado”* (Tkach et al., 2012, p.286)

De esta forma, que un paciente logre en psicoterapia narrar su historia traumática permite acompañarlo en el dolor más profundo y entender en conjunto sus sensaciones, miedos y conflictivas que lo han acompañado hasta la adultez y que están relacionadas con las vivencias de infancia y la falta de protección de ese momento, de tal modo que al avanzar en el proceso de psicoterapia vaya integrando su historia y aliviando un dolor que, hasta ese momento, había sido asumido como parte de sí mismo.

Así, el recuerdo puede convertirse en experiencia -conocida y entendida-, en la medida que el terapeuta ayude a conectar el afecto, la angustia, con las representaciones (Tkach et al., 2018). El valor que tiene la develación para quien ha sido víctima y la resignificación que puede surgir al narrar y elaborar junto a otro lo sucedido, queda muy bien expresado por Mónica Cury *“El trauma es invisible a su víctima y el miedo y el aislamiento lo tornará aún más invisible. La imagen puede devolverle entidad, su propia imagen, perdida en la memoria bajo el peso del dolor y dibujar nuevos horizontes. Rescatar del silencio y la invisibilidad a las víctimas y facilitar la expresión de las vivencias traumáticas y los sentimientos que albergan”*. (Cury, M. 2007, p73).

Con todo lo anterior, no se quiere decir que se debe interrogar y solicitar de forma insistente el relato de sus vivencias traumáticas a la persona, se quiere transmitir que es importante que esto suceda en algún momento y que el terapeuta deje la puerta abierta para facilitar que así sea. Es posible que la persona no esté dispuesta y/o preparada para abordar este tema, por tanto corresponda delimitarse a lo que el paciente refiere como problema mayor, sin embargo esto no

excluye al terapeuta de la responsabilidad ética de explicitar la relevancia de abordar el tema del abuso en terapia o cuando así lo decida. (Llanos & Sinclair 2011).

Se puede entender perfectamente que quien ha sido víctima requiera de más tiempo en la relación terapéutica y el proceso de autoconocimiento para profundizar en historias de trauma temprano y para elaborar los distintos afectos ligados a esta experiencia, contexto en el que se le puede acompañar y guiar; lo que no se puede realizar como terapeuta es “dejar fuera” este antecedente y continuar el proceso como si no hubiera sucedido, ya sea por no indagar en su existencia o creyendo que se respeta la voluntad del paciente de no hablar.

FACTORES QUE INHIBEN LA DEVELACIÓN

Contar a un tercero las agresiones que se han estado sufriendo, es una situación conflictiva tanto en la infancia, adolescencia y adultez. La persona víctima de abuso sexual es consciente que la develación supone consecuencias para sí mismo y la posibilidad de que otras personas a quienes la víctima quiere y protege, sean dañadas tras la ruptura del silencio. A su vez, de forma inconsciente, dada la gravedad del conflicto y a medida que permanece en el tiempo, pueden sumarse mecanismos de defensa que protegen a la persona del dolor que está llevando y actúan como otro factor inhibitorio. Sumado a lo anterior, los temas vinculados a la sexualidad y abuso sexual aún son temáticas tabúes en nuestra cultura.

Como se verá, el énfasis de los argumentos que dificultan expresar el fenómeno traumático, está siempre vinculado a lo que el paciente siente y percibe o de lo que se defiende inconscientemente. Es difícil encontrar en la literatura aspectos que inhiban la develación, donde la responsabilidad esté puesta fuera de la víctima, donde no se hable de todo lo que el paciente “tiene que superar” para hablar, sino más bien, de que responsabilidad tiene el entorno, y en particular los psicoterapeutas, para que su historia salga a la luz, aún años después de haberla vivido.

A continuación, se describirán tres aspectos del abuso que son comunes a la mayoría de las víctimas y que podrían intervenir negativamente en la develación. También intervienen factores individuales que no se abordarán en este momento. Estos aspectos se refieren a la develación en términos generales, sea ésta directa (a familiares, figuras protectoras) o indirecta. (Amigos, terapeuta) (Capella, 2010). En cada uno de ellos se puntualizará como pueden observarse en el proceso de psicoterapia.

Si bien, se ha intentado focalizar la información sobre la develación en adultos, dado los pocos antecedentes bibliográficos que existen al respecto, se mencionarán factores que inhiben la develación en términos generales, pero que pueden ser perfectamente aplicables a la vivencia de silencio de adultos que han sufrido trauma temprano.

Disociación como mecanismo de defensa

La vivencia de agresiones, sumado a la falta de protección cuando se es niño o niña y la mantención del secreto de lo ocurrido, muy posiblemente se transforme en un trauma complejo.

Cuando el sujeto vive una experiencia traumática, imposible de integrar por sí mismo con sus esquemas emocionales y cognitivos habituales, aparece la disociación como mecanismo de defensa que facilita al sujeto poder seguir viviendo con sus esquemas anteriores pero a costa de expulsar de la conciencia una parte dolorosa de la experiencia. (Rodríguez, Fernández & Pérez, 2005).

Es recurrente encontrar en pacientes que han sufrido trauma, síntomas disociativos, que hacen “olvidar” o no tener un registro claro y consciente de las vivencias ocurridas a temprana edad. Sin embargo, este olvido es solo consciente y el trauma y sus secuelas se dejan ver día a día: en el autoconcepto de la persona, la calidad de los vínculos relacionales, la desconfianza con que enfrenta el mundo, pudiendo llegar afectar en la adolescencia o vida adulta, *“La disociación, que es usada como mecanismo protector durante la infancia pero que en la edad adulta es desadaptativa, presentando la víctima confusión, desorientación, amnesia respecto a determinadas partes de su infancia ,pesadillas, flashbacks y dificultades para conectar con sus emociones”* (Lindert et al, 2014 en Pereda & Sicilia, 2017, p.132).

De esta forma, que la historia sea confusa y poco clara, es algo esperado, que pertenece al desarrollo del fenómeno traumático; con lo cual contar y relatar lo sucedido se vuelve aún más complejo. Asimismo, para quienes no recuerdan en absoluto o solo tienen imágenes sin ninguna asociación, el relato se hace imposible.

Carlos Tkach (2012) explica cómo se vincula la labor terapéutica con el efecto disociativo provocado por el trauma, señala que *“las situaciones traumatogénicas no se recuerdan si no que emergen de la conciencia de manera intrusiva, parecen recuerdo pero al no poder ligar afecto y representación*

producen sensación de vacío y no pueden procesarse como recuerdos. Es función y trabajo del análisis transformar las escenas desgajadas en recuerdos penosos y desde allí elaborar” (Tkach et al., 2012, p.283). Al hablar de tarea del análisis, involucra al terapeuta en un rol activo frente a historias de trauma, con un objetivo claro a seguir durante la terapia y con el cual guiar el proceso del consultante.

Silencio coercitivo como parte de la agresión

Con esto nos referimos al silencio propio del fenómeno traumático, es decir, cuando situaciones de maltrato y abuso se han silenciado por iniciativa del agresor, quien obliga a la víctima a guardar el secreto de lo sucedido.

Teóricamente se ha descrito el “atrapamiento” de la víctima en la dinámica abusiva, estando la víctima silenciada a partir de elementos como por ejemplo, el hechizo, la imposición del secreto, los sentimientos de culpa, etc. (Barudy, 1998, Crempien & Martínez, 2010). Todas situaciones que confunden y generan miedo e inseguridad en la víctima, donde el silencio cobra sentido para ellos. Para el agresor es fundamental que el abuso quede oculto y hace todos sus esfuerzos y estrategias para que así sea, de esta forma puede continuar con su agresión en el tiempo y se resguarda del delito que está cometiendo.

Según Barudy, el secreto también es mantenido porque cumple una función para la víctima, primero de autoprotección, dado el temor a ser rechazado, culpado o cuestionado y la segunda función del secreto es proteger al otro del impacto de la revelación, por temor a que no sea capaz de tolerarlo. (Barudy 1995, en Llanos & Sinclair 2011). Tiene sentido pensar que ambas razones acompañan a la víctima hasta adultos, dificultando su proceso de develación. Si bien, las capacidades cognitivas y la toma de independencia podrían ir liberando a la víctima del silencio coercitivo a medida que crece, la autoprotección de sí mismo y de los otros pueden ser los mecanismos que sostienen el silencio en la adolescencia y adultez.

El terapeuta debe conocer estas razones para evitar cuestionamientos al paciente en relación a su vivencia y mostrar su capacidad y tolerancia a escuchar los horrores vividos por quien ha sido víctima, dando cuenta que no será dañado por la historia, si no que está disponible para contener y apoyar a la víctima en su proceso de reparación. De esta forma se evita inhibir el relato del paciente o generar mayor malestar psicológico.

Como se ha visto, el secreto impuesto por el agresor ya supone una barrera difícil de atravesar siendo niño y que puede mantenerse hasta la adultez e incluso toda la vida, si a esto se suman vínculos poco seguros con las figuras protectoras, la develación espontánea se hace aún más compleja.

Cirillo (2009) se refiere a la relevancia del vínculo de apego como factor discriminante para predecir los efectos a largo plazo del abuso, por ahora, se hará referencia a que es crucial en las posibilidades de romper el silencio del niño y en que esta develación sea escuchada y creída.

En este punto es donde deben poner atención los psicoterapeutas, el buen vínculo terapéutico es central en permitir que adultos, silenciados por años, logren hablar de sus vivencias e inicien un proceso de elaboración. Acceder a estos momentos en que el paciente se siente capacitado para narrar acontecimientos duros, cargados de dolor, culpa y vergüenza, y que a su vez el terapeuta mantenga la disposición emocional para sostener el relato y contener al paciente, se hace posible dentro de una relación terapéutica *“estable, sólida y consistente que daría espacio para que las imágenes que han condensado el trauma afectivo puedan develarse, desintegrarse y constituirse en experiencias que permiten darle coherencia y consistencia a la vivencia de sufrimiento del Yo”* (Fenieux, 2009, p.232).

Tema tabú en la sociedad

Desde hace algunos años se está visibilizando el abuso sexual como un problema de alta incidencia en nuestra sociedad. Se reconoce como una realidad que afecta de forma frecuente y a la que los niños se pueden ver expuestos en distintos contextos. Muestra de ello es que se han desarrollado programas de prevención en el ámbito de la salud y la educación que buscan detener esta problemática y se ha visto como salen a la luz pública diversas historias de adultos, niños y niñas que han sido agredidos. Que este tema se hable con mayor frecuencia y se eduque sobre lo que es el abuso sexual y las consecuencias que puede tener, connotándolo como un suceso grave, ha permitido que se hable más de este fenómeno y por ende se facilite la develación. Sin dudar esto es un avance como sociedad y permite visibilizar el problema, sin embargo queda mucho por realizar, pareciera que falta dar un paso desde reconocer el tema como sociedad a reconocer que puede afectar al núcleo más íntimo y familiar.

En la actualidad nos encontramos con que en nuestra cultura occidental europea aún existen tabúes en torno al sexo, la homosexualidad y el incesto, dificultando el relato de quienes se han

visto envueltos en abuso sexual. Junto a ello, el silencio se refuerza con que una gran cantidad de niños, desde muy temprana edad, reciben muchísimos mensajes de que los genitales o partes íntimas están prohibidos o censurados y que no se debe hablar de ellos. (Zubieta-Méndez & Montiel, 2016)

Si el mensaje ha sido de prohibición, es fácil entender que la culpa y la vergüenza sean sentimientos que invaden fuertemente a quienes han sufrido abuso sexual en su infancia, y que movilizados por estos sentimientos – además del miedo- se queden paralizados y soportando por largos periodos los actos de su agresor y que de adultos soporten el peso de esta historia en su infancia y las consecuencias emocionales que puede arrastrar. El no develar o el retrasar el develamiento parece estar asociado con la vergüenza. (Crempien & Martínez, 2010).

Se debe recordar que el tabú también actúa en la relación terapéutica, por ello es importante que el paciente esté al tanto de la disposición que tiene el terapeuta para hablar de todo lo que sea necesario, con esto se transmite que está preparado para vencer estos tabúes y escuchar la historia de vida de su paciente en su totalidad.

Al reflexionar sobre las tres características descritas, podemos ver que todos ellos se tienden a pensar como argumentos inhibidores de la develación, donde la responsabilidad de superarlos recae principalmente en el paciente y la posición que éste adquiere frente a lo vivido (mantener el secreto, quedarse en la culpa, superar el miedo y vergüenza...) Incluso al estar en el contexto de una relación terapéutica, podemos escuchar con frecuencia que se espera a que “esté preparado” o “Sea capaz” de contar lo sucedido. Vale la pena preguntarse qué se puede hacer como terapeutas para facilitar este proceso, ¿Cuál es nuestra responsabilidad? Si se conoce la alta incidencia de trauma complejo, su asociación con problemas de salud emocional en la adultez y lo difícil y confuso que puede ser hablar sobre ello, ¿Qué actitud se puede adoptar para aliviar la tensión que ronda el suceso traumático y favorecer que la historia salga a la luz?, y así continuar el proceso terapéutico.

Sin dudar de la realidad de los argumentos presentados como inhibidores de la develación y la obligatoriedad de tenerlos en cuenta para tratar con sumo cuidado la historia del paciente, en ocasiones pueden confundirnos como terapeutas, y se transforman en argumentos que detienen al momento de indagar, temiendo que el paciente se incomode o no sea capaz de soportar la

pregunta. Sin embargo se olvida con frecuencia, que si la historia de trauma existe, se tiene en frente a alguien que ya ha vivido el horror, que ha sido capaz de continuar a pesar del sufrimiento de su infancia y que está consultando para ser apoyado y continuar de mejor manera. De esta forma, como se ha planteado en el curso de Experto en psicoterapia breve (Marín, 2017), preguntar directa -y cuidadosamente- por historia de trauma permite que el terapeuta se vea dispuesto a indagar y hablar de estas temáticas, dando señales de que será capaz de contener y cuidar al paciente en el proceso que seguirá a la develación de lo traumático, muy posiblemente se alivie la tensión que generan los argumentos inhibidores de la develación, y permitan en lo inmediato o a corto plazo que el paciente revele su historia y de paso al proceso de elaboración.

Incluso si consideramos los antecedentes vinculados a la alta relación entre trauma temprano y dificultades psioemocionales en la adultez, es parte de la responsabilidad como terapeutas descartar o confirmar vivencias traumáticas en quienes consultan a psicoterapia. Post (2004) plantea que la agresión sexual es un factor pronóstico que debe ser activamente identificado de manera de intervenir más pronto, con el fin de evitar un curso adverso, esto es, mayor gravedad del cuadro, mayor número de intentos de suicidio, mayor comorbilidad y pérdida paulatina del apoyo social.(Post 2004, en Ibaceta Watson, 2007)

ROL DEL TERAPEUTA

Como es sabido, el vínculo que se genera entre paciente y terapeuta es fundamental para el éxito de un proceso de psicoterapia, a su vez, la personalidad del terapeuta puede ser un factor facilitador u obstaculizador para el logro de mejores resultados en el establecimiento de la empatía y la alianza terapéutica. (Izasa & Ocampo, 2015). Con esto, se quiere enfatizar la idea de que la actitud que tenga el terapeuta será crucial en la posibilidad que vea el paciente de develar historias de trauma en su infancia. *“Se encuentra una variedad de posiciones. Sean estas pensadas o no por el terapeuta. No preguntar o intervenir sobre el tema hasta que el paciente lo incluya por sí mismo, preguntar pero de forma inductiva o violenta, y preguntar como intervención terapéutica. El preguntar se entiende como una solicitud o invitación a un relato sobre la experiencia”*. (Tkach et al., 2012, p.287).

Así, se sugiere que mantener un rol más activo e indagar de forma directa, tranquila y cuidadosa al respecto puede favorecer la relación terapéutica (Marín, 2018) y transmitir al paciente que está en

el lugar apropiado y con la persona adecuada para profundizar en su pasado y conectar con su situación emocional presente. Ahora bien, no parece ser tan simple pasar a una actitud activa para indagar sobre las historias de trauma infantil, cuando en su mayoría el terapeuta se ha posicionado en un lugar de escucha y espera ante posibles eventos traumáticos, o incluso sin esperar que esto haya sucedido, quedando fuera de las hipótesis generadas en la evaluación clínica que vivencias traumáticas expliquen, en parte, la situación actual del paciente adolescente o adulto.

Al plantear un cambio en la actitud y disposición del terapeuta, es imprescindible revisar que puede suceder con él en lo personal ante la posibilidad de escuchar vivencias traumáticas en sus pacientes, de esta forma se pueden identificar aspectos que puedan funcionar como barrera en el profesional para llevar a cabo este cambio.

Si bien en la bibliografía revisada, se encuentra poca información respecto a lo que sucede con el terapeuta al enfrentarse a situaciones de trauma infantil en sus pacientes, principalmente en relación al abuso sexual se identifican algunas razones que dificultan que la historia de trauma sea vista y develada durante el proceso terapéutico. De igual forma, los argumentos que se expondrán están principalmente vinculados con barreras que se han observado en terapeutas en su trabajo con niños y niñas, a pesar de esto, y para continuar con el foco de este trabajo, se pueden considerar como aspectos a revisar en la psicoterapia con adultos.

Para revisar la información, se hará en dos categorías, primero pensando en aspectos más funcionales que preocupan al terapeuta, y segundo en aspectos emocionales que pueden afectarlo; ambos podrían inhibir una actitud activa y dispuesta a detectar/escuchar/ver historias de trauma infantil que pueden aquejar a su paciente.

Por aspectos funcionales, se entiende toda barrera generada por falta de información o conocimiento cuando nos enfrentamos a historias traumáticas, cuestionamiento vinculados con “el hacer”, percibir ineficacia por sentirse desbordado por el trabajo, tener incertidumbre y no saber cómo dirigir la ayuda (Alonso Varea, 1995). Surgen preguntas del tipo ¿Qué le digo? ¿Cómo debo reaccionar? ¿Cómo se trabaja con la historia traumática? ¿Se debe denunciar este caso? La falta de formación en ésta área, de forma consciente o no, puede detener al momento de indagar para detectar trauma temprano.

La buena noticia es que éste aspecto se puede subsanar adquiriendo formación teórica y clínica respecto a la mejor forma de apoyar a un paciente con antecedentes de trauma complejo, obteniendo conocimiento sobre los aspectos legales respecto a delitos de agresión, conociendo la red de apoyo y el dispositivo institucional que existe al respecto y adquiriendo herramientas de intervención clínica, o bien realizando una correcta derivación que permita que el paciente se vea beneficiado. A su vez, es relevante tener en cuenta consideraciones tales como la etapa evolutiva del paciente, lo que lo ha llevado a consultar, las razones de una revelación tardía, la vivencia de las consecuencias del hecho traumático.

Podemos plantear la formación como una línea de especialización en el área clínica, sin embargo parece ser responsabilidad de todo terapeuta estar formado en esta área, considerando la abundante evidencia de la relación existente entre patologías de salud mental y trauma temprano. *“Deben sospecharse secuelas emocionales de experiencias traumáticas en toda persona con inestabilidad anímica, refractariedad a tratamientos convencionales, somatización, autoagresiones, suicidalidad crónica, trastornos de la personalidad y síntomas vagos y abigarrados”* (Figueroa, Rodrigo et al., 2016, p.651). Como se mencionó previamente también se vincula a otras patologías psiquiátricas como trastornos depresivos, ansiosos, psicosis, drogodependencias, trastornos alimentarios. La suma de la evidencia citada solo en este documento, nos indica que en la mayoría de las patologías psiquiátricas existe la posibilidad de encontrar un trauma temprano en el paciente.

Al hablar de aspectos emocionales que pueden funcionar como barrera por parte del terapeuta, será dirigido especialmente a las emociones y sensaciones que puede tener el propio terapeuta frente a las historias de trauma de sus pacientes. Hablar de abuso sexual es un tema difícil y es una realidad que puede generar angustia (Alonso Varea, 1995), sumado a que es un tema tabú, puede incomodar a muchos, sean terapeutas o no. El problema está cuando esta angustia invade al terapeuta llevándolo a intervenir –de forma activa o desde el silencio- de un modo inapropiado. Cabe la posibilidad que cuando la angustia del terapeuta sea excesiva para él, active sus propios mecanismos de defensa, y de modo consciente o inconsciente, deje de ver la historia traumática de su paciente, evitando indagar o profundizar en ella. Frente a esto, el paciente no encuentra el espacio y la contención necesaria para mostrar sus vivencias traumáticas y el dolor que lo ha acompañado hasta entonces.

A continuación haré referencia a una viñeta clínica extraída del estudio cualitativo “Los modos de relatar/contar/narrar el abuso sexual sufrido en la infancia por adolescentes en tratamiento psicoanalítico”. El estudio contempló diez casos de adolescentes que habían sido abusadas y habían tenido tratamiento terapéutico, donde se realizó un análisis sobre el material clínico elaborado por los psicoanalistas a cargo del tratamiento.

La terapeuta le pregunta con que idea viene al tratamiento, en que cree que la puede ayudar; ella se queda en silencio (adolescente 12 años). Con algo que hayas estado viendo con la otra psicóloga...La niña la interrumpe y menciona “hay algo, pero que a ella no le conté. Es algo feo, que no le conté a casi nadie. Mi tía no lo sabe” Luego se retrae y por algún motivo la terapeuta no pregunta y se limita a decir que “debe ser algo muy íntimo, porque las cosas íntimas se comparten con pocas personas, y que se ve que es algo que la pone muy triste. Ella asiente mientras escucha esto pero no sigue con su relato.

Esta viñeta nos permite observar cómo se puede inhibir el relato del paciente, al no animarlo a continuar con su historia posiblemente guiado por la angustia del terapeuta. (Tkach et al., 2012). Es cierto que aspectos funcionales también son generadores de angustia, sin embargo en esta viñeta pareciera que algo más profundo actúa en el terapeuta para evitar que la paciente narre el acontecimiento, algo que podría estar vinculado a su angustia e historia personal.

La disponibilidad emocional del terapeuta es algo que el paciente también evalúa, “*prueban si el analista tiene espacio y puede soportar este relato. Lo cuidan del horror, en algún sentido*” (Tkach et al., 2012, p.287). Si se piensa en un adulto que ha sufrido trauma temprano, su relato ha estado silenciado por años no porque no tuviera la inquietud de develar, sino porque quizás no ha encontrado la persona adecuada que será capaz de contenerlo y contenerse a sí misma ante la historia de trauma vivida por la víctima; una historia de dolor y sufrimiento que ha podido soportar a este momento, pero no sabe si los otros podrán.

Parte de la formación de un psicoterapeuta contempla el análisis de sí mismo, identificando sus recursos y aspectos generadores de angustia. Para el logro de mejores resultados durante el proceso psicoterapéutico, el terapeuta requiere como características esenciales de un profundo nivel de autoconocimiento y tener satisfechas sus necesidades básicas. (Izasa & Ocampo, 2015). De

esta forma, se tiene la certeza de no invadir al paciente con aspectos personales y lograr verlo en sus propias conflictivas.

Entonces, si el terapeuta está siendo una barrera para la develación del paciente, sea por aspectos funcionales o emocionales, se puede superar esto a través de formación; a nivel teórico e informativo, y a nivel de análisis personal que permita adquirir mayor conocimiento de sí mismo.

Cómo ser un facilitador de la develación

Como ya se ha mencionado, todos los aspectos vinculados a la formación como psicoterapeuta pueden influir en que el profesional tenga una actitud favorable a la develación del paciente, donde se observe su disposición y capacidad de contención: tener información sobre cómo actuar frente a la develación de historias traumáticas, formación teórica-práctica sobre trauma temprano y un profundo análisis personal, de tal forma que la angustia que puede generar esta temática no dificulte la intervención terapéutica.

Sumado a lo anterior, es imprescindible referirse al vínculo terapéutico. La evidencia empírica y el consenso clínico coinciden en que la calidad del vínculo terapéutico es el factor curativo más poderoso del cambio en psicoterapia (Jiménez, 1999, en Ibaceta Watson, 2007). En el caso de la experiencia traumática, el establecimiento de la alianza terapéutica puede tener que anteponerse a cualquier otra tarea exploratoria típica de esta fase. (Rodríguez, Fernández & Pérez, 2005) Como es de esperar, el vínculo también es central en la develación y posterior elaboración del trauma.

En primer lugar, un vínculo que otorgue seguridad permite a quien ha sido víctima detectar un espacio protegido para relatar-tras años de silencio- su historia, recuerdos, sensaciones y la confusión propia de un trauma temprano; es capaz de confiar con la expectativa de que las cosas mejoren de ese punto en adelante. Es decir, un buen vínculo y un terapeuta abierto a escuchar y creer las diversas experiencias de su paciente, independiente de lo duras y dolorosas que sean, permiten una develación que dará inicio a un proceso psicoterapéutico posiblemente exitoso. Esta actitud depende de la *“coherencia interna del terapeuta en tanto observador y sólo es posible en la medida que estemos formados, tanto cognitiva como emocionalmente, para aceptar la realidad de lo impensable. (...) Una condición terapéutica fundamental en estos casos es la disposición del terapeuta a escuchar los aspectos más terribles del abuso y su capacidad para tolerar el impacto que, inevitablemente, generan este tipo de contenidos”* (Llanos & Sinclair 2011, p.56)

Capella (2016) refiere respecto a la develación en niños y niñas que se verá facilitada al percibir una oportunidad para hablar –disposición del terapeuta, preguntar sobre ello-, un propósito-beneficios de hablar- y una conexión de lo que estaban hablando con su confidente – vínculo-. Esta descripción es extrapolable a la develación en los adultos, quienes también han esperado por años un escenario adecuado que les permita hablar, dejando en claro que no dependerá únicamente de que la persona que ha sido traumatizada sea capaz o esté preparada para hablar; depende también de que el ambiente le ofrezca ese espacio.

Segundo, pero con igual nivel de relevancia, el buen vínculo en psicoterapia actúa como reparador de la historia traumática en sí misma desde distintas perspectivas: Por una parte se caracteriza por ser una relación basada en el buen trato, con lo cual actúa como contraste de la relación abusiva que conllevan las agresiones sexuales. (Ibaceta Watson, 2007), de esta manera, el paciente tiene una experiencia relacional en que es respetado en su totalidad, donde su voz es escuchada teniendo peso y valor y se sigue su ritmo para profundizar en la o las experiencias traumáticas - incluso si su ritmo es más rápido del que se espera o se cree apropiado, cuidando la posibilidad de inhibir el relato por angustias propias del terapeuta-.

A su vez, el buen vínculo actúa de forma positiva en la reparación de trauma porque se experimenta una relación de confianza y cuidado por parte del terapeuta, al ser éste capaz de verlo, creerle, reconocer lo que le ha sucedido y como ha podido impactar a lo largo de su vida, la persona que ha sido víctima podrá sentirse contenido y protegido. La experiencia de ser reconocido en el sufrimiento devenido del trauma, el silencio y la falta de protección, puede significar la piedra angular de la reparación del daño y el alivio de los síntomas. (Ibaceta Watson, 2007).

Aunque en algunos adultos solo sea desde la experiencia emocional, esta vivencia es una nueva forma de relacionarse, aquella forma que no encontró en sus figuras principales cuando niño o niña, a quienes no les pudo develar su secreto y en quienes fue perdiendo la confianza y seguridad al no satisfacer sus necesidades de protección frente al peligro, generando una vivencia de desamparo, que provoca una desconfianza en los otros, incluido el psicoterapeuta. Es esperable esta desconfianza hasta, en algunos casos, encontrar en el vínculo transferencial un encuentro exitoso que permita generar una vivencia de amparo. (Tkach et al., 2012) El buen vínculo permite que la relación terapéutica, se transforme en una experiencia emocional correctora (Alexander, F.

en Marín, 2017), puede ayudar en reestablecer la confianza en el otro y mediar en la forma en que la persona se relacionará con su entorno, se abre así la posibilidad de fortalecer su mundo relacional, obteniendo mayor apoyo y contención.

Riesgos de no favorecer la develación en el contexto terapéutico

Se ha expuesto la relevancia de develar y que se puede hacer como terapeutas para favorecerlo. Pero aún queda por reflexionar sobre los efectos que puede tener que dentro de un proceso terapéutico no se haga explícito un trauma temprano, particularmente una experiencia de abuso sexual infantil.

Si bien es cierto que el abuso sexual no define a la persona, y tampoco impacta en todas las áreas de su vida, pasarlo por alto seguramente sí influye en la vivencia emocional del trauma por parte de la víctima e incluso podría confirmar que mantener el secreto es la mejor-o única- forma de seguir adelante.

Es fácil ver que al no existir develación, no hay proceso de elaboración del trauma; pero más allá de lo obvio, es importante preguntarse ¿qué puede significar en el mundo emocional y psíquico de quien consulta y ha sido víctima de agresiones estar en psicoterapia sin que sus vivencias traumáticas tengan lugar? ¿Qué se está transmitiendo al avanzar en el proceso de terapia sin reparar e identificar los daños emocionales de un abuso? ¿Dónde queda el lugar de víctima en su narrativa? ¿Y si intentó develar y no encontró el espacio apropiado? Son algunos de los cuestionamientos que surgen al pensar en el paciente que ha sido víctima, y que al omitirse sus vivencias de trauma podría ser re-traumatizado y a la vez experimentar nuevamente una relación con una figura protectora, en la que no se ha podido confiar plenamente en su capacidad de cuidado. Más grave aún en psicoterapia, al ser una instancia que promete contención y mejora en su calidad de vida.

Primero se profundizará en el riesgo de re-traumatización, para ello se acudirá al concepto de victimización secundaria, entendida como un fenómeno que surge de la relación entre víctima y las instituciones sociales, se incluye también la intervención psicológica o médica, que en algunas oportunidades brindan una mala atención a la víctima (Gutiérrez, Coronel & Pérez, 2009).

Si bien la omisión o no revelación del trauma temprano, no permite una intervención directa que sea perjudicial para el paciente, y la victimización secundaria se asocia principalmente a respuestas inapropiadas que da el sistema ante las víctimas de abuso sexual, parece elocuente entender la omisión o no detección de episodios traumáticos en la infancia del adulto bajo este concepto, primero porque es un constructo teórico que aporta visibilizando la responsabilidad de los profesionales de actuar correctamente frente a la víctima y segundo porque, efectivamente, la persona puede ser re-traumatizada al no ser reconocida y vista por el terapeuta. Tal como se afirma que *“las personas que fueron víctimas de abuso sexual tienen la sensación de ser nadie, poca conciencia acerca sí mismas y tienden a obviar sus necesidades, opiniones y sentimientos. Por tanto, alguien que las escuche, muestre interés por ellas y las trate respetuosamente es, en sí mismo, muy reparador”*. (Llanos y Sinclair, 2011, p.55) Se podría hipotetizar que al no verlo como víctima y posterior sobreviviente de trauma, se reafirma su autoconcepto débil, donde nuevamente sus necesidades y emociones desplegadas en relación al abuso sufrido tienen poca relevancia.

Para entender en mayor profundidad lo expuesto, se hará referencia al término “desmentida”, expuesto en el texto de Carmen Gloria Fenieux (2009), hace alusión a los abusos intrafamiliares, explica que para que éste se dé, debe existir un grado de renegación, silencio y consentimiento y/o complicidad entre los adultos que tiene el cuidado del niño o niña, donde el trauma estaría dado por el abuso sexual como tal y también por la “desmentida” que se hace en torno al abuso. Así, la desmentida multiplica la violencia del abuso, generando un profundo daño y temor a los vínculos, así como también erosiona la configuración de la propia identidad. (Fenieux, 2009).

Esta experiencia de que “nadie ve” “nadie se da cuenta” de lo que está sucediendo con la víctima, podría re-experimentarse en un proceso terapéutico, donde una nueva figura encargada de contener en términos emocionales al paciente, tampoco ha podido cumplir este rol, siendo potencialmente retraumatizante la experiencia “de no ser visto” nuevamente, dificultando el proceso de lograr una mayor integración de la personalidad.

Un segundo aspecto a observar como riesgo de que el paciente no realice la revelación de un trauma temprano en el contexto terapéutico, está relacionado con el daño en la experiencia vincular. Como es sabido, la experiencia de abuso sexual infantil –y otros tipos de maltrato- puede generar desconfianza en los otros, la confusión que proviene de que figuras que cumplen un rol

protector sean capaces de engañar, mentir y hacer daño, dificulta las futuras interacciones relacionales. A su vez, se asocia la imposibilidad de develar el abuso sexual con dificultades en la relación de apego con las figuras principales, al observar que no han sido capaces de satisfacer las necesidades de protección. Se plantea que existe relación entre el vínculo que tiene la víctima con sus figuras significativas y las distintas modalidades de revelación o no revelación. Observar este acontecimiento “nos conducirá directamente al corazón de las relaciones familiares, cuyo funcionamiento hace que el niño hable o se calle, casi como si el abuso fuera revelador de la calidad de los vínculos en los que el pequeño está inmerso” (Cirillo, 2009, p.292).

Si bien lo expuesto por Cirillo está dirigido a la develación de los niños, tiene sentido hacer esta observación en los adultos, si vemos la relación terapéutica como una posibilidad de experimentar una relación reparadora, centrada en un vínculo seguro, que la víctima pueda develar su historia traumática sería un indicador de que esta relación está siendo enriquecedora para el paciente. Ahora bien, si no se abre la posibilidad y el espacio apropiado para llegar a temáticas tan graves que han afectado al paciente, podríamos deducir que el vínculo con el terapeuta se mantiene en la misma línea que la pauta interaccional adquirida con sus figuras principales, sin llegar a cumplir su función reparadora en torno a las secuelas del abuso y -en la medida de lo posible- del tipo de apego adquirido en su infancia.

Para terminar, se expondrá brevemente como las reacciones que se pueden tener frente a una develación favorecen o no al paciente. Con lo cual, la formación como terapeuta para intervenir adecuadamente es fundamental para el bienestar del paciente. Se realizó un estudio en el que se observó cuáles eran las reacciones ante la develación que permitían un mejor estado psicológico de la víctima y cuales las que lo podrían empeorar.

Las víctimas identifican dos reacciones sociales que favorecen su estado psicológico: ofrecer ayuda e información y el apoyo emocional. (Pereda & Sicilia, 2017). Ambas reacciones hablan de un otro que escucha y realiza acciones concretas y directas ante la develación, mantiene una actitud activa, lo que es identificado por la víctima como favorable. Una vez develado surge la necesidad de que el acto abusivo sea visto, al realizar acciones concretas, se puede hipotetizar que se transmite directamente que la persona está creyendo y validando el sufrimiento de la víctima. Si bien el estudio habla de reacciones de personas en general, puede aplicar perfectamente para lo que se

espera de un psicoterapeuta una vez que la víctima haga su revelación. Se hará alusión a otras dos reacciones descritas por las víctimas participantes del estudio que se relacionan con un mayor malestar psicológico global: La reacción social de distracción y de tratar diferente a la víctima.

La reacción de distracción, entendida como no animar a la víctima a hablar de la experiencia de abuso o, incluso, impedir que lo haga (Pereda & Sicilia, 2017) nos resulta bastante clarificadora para lo expuesto en este documento, siendo un potencial riesgo para el bienestar emocional de quien ha sido víctima que el psicoterapeuta reaccione de esta manera. Se considera una respuesta dolorosa, la interpretación que hace la víctima es de que su reacción es exagerada, que no afronta adecuadamente la situación y que carga o angustia a la persona de apoyo, quien no quiere saber nada sobre la cuestión (Ullman, 2010; en Pereda & Sicilia, 2017).

Este tipo de respuestas también podrían darse en psicoterapia, cuando el profesional guiado por su propia angustia podría evitar corroborar o profundizar en la historia de trauma de su paciente. Esta actitud inhibe el relato y la expresión de emociones contenidas en quien ha sido víctima, sin poder recibir el apoyo social que esperaba, volviendo a su situación de soledad frente al trauma, pero esta vez re-confirmando que no hay otro que pueda contenerla y apoyarla en la superación de lo sucedido.

La segunda reacción que se identifica como negativa para el bienestar de las víctimas de abuso sexual es que una vez realizada la revelación se le “trate diferente”. Esta reacción reporta como una de las consecuencias más graves la pérdida de relaciones cercanas. Posiblemente percibir que el trato cambia y se ve al paciente de forma distinta una vez haya revelado, podría desestabilizar el vínculo que se ha adquirido con el terapeuta y generar distancia o incluso la deserción del tratamiento.

La reacción de “tratar diferente”, también se aprecia en “tratar a la persona con cautela, como si fuera frágil y vulnerable, por miedo a decir y hacer cualquier cosa que la pueda hacer sentir peor”. (Pereda & Sicilia, 2017). Mantener esta reacción es relacionarse solo con la parte en que ha sido “víctima”, olvidando que se tiene en frente a una persona que incluso tras vivencias impensadas como lo son las de abuso sexual, ha sido capaz de seguir adelante.

Según reporta el estudio, para las personas víctimas de abuso sexual en su infancia, este trato cauteloso las hace pensar que *“los otros no la ven capaz de superar el trauma (...) la fuerza interior y la confianza en la propia capacidad de recuperación de la víctima queda anulada”* (Pereda & Sicilia, 2017, p.135). Si esto sucede en psicoterapia, si el paciente percibe que no se confía en sus recursos, comprobando así su débil autoconcepto –consecuencia propia de las víctimas de abuso sexual- ¿De qué forma se podría realizar un proceso de psicoterapia exitoso? Finalmente, la motivación de que se saldrá adelante, sumado a la vivencia de empoderamiento son aspectos fundamentales en todo proceso terapéutico.

A modo de síntesis, se recomienda que el terapeuta de adultos ante una revelación de abuso sexual en la infancia, reaccione de forma activa: entregando información y apoyo emocional, acompañando a la víctima de forma clara y directa. Y sea precavido para evitar reacciones del tipo “distracción” y “trato diferente” que no hacen más que confirmar ideas y sensaciones del paciente que le generan malestar psicológico.

Entonces, ¿Preguntar directamente o esperar que surja por parte del paciente?

Si bien depende del estilo terapéutico, es decir de las características que el terapeuta aplica en su quehacer profesional, que resultan de su manera de ser y su personalidad, también tenemos que las características del estilo terapéutico son susceptible de entrenamiento y puede modificarse por aspectos teóricos de la base de la psicoterapia (Izasa, & Ocampo, 2015). En resumen, el terapeuta debe buscar su propio estilo, en concordancia con su forma de ser y lo que acomoda a su personalidad, y a la vez fortalecerlo y adecuarlo a través de la formación para un mejor desempeño de su rol profesional.

Por tanto, desde el enfoque de este documento y siguiendo lo dicho por el Doctor José Luis Marín y la psicóloga Begoña Aznárez en reiteradas ocasiones (cursos de experto en Psicoterapia Breve y Medicina Psicosomática, 2018), se sugiere indagar y ser directo en la búsqueda de información de trauma complejo en el paciente. Como hacerlo y en qué momento ya pertenece a decisiones que debe tomar el terapeuta según su propio estilo. Cabe recordar que indagar al respecto, va de la mano con adquirir formación y disposición emocional para escuchar, el terapeuta debe saber qué hacer si existe y se relata una historia de trauma, al menos conocer cuáles son las reacciones más apropiadas y que favorecerán el bienestar del paciente.

Se propone mostrar una actitud de apertura hacia las distintas temáticas del paciente, incluso “lo impensado” y “lo tabú” como suele ser el abuso sexual. Esta actitud queda representada en el acto del terapeuta de preguntar sobre historia traumática- sin exigir respuesta- dejando abierta la posibilidad para el paciente de exponer su historia sabiendo que será escuchado y acogido, donde pueda percibir un terapeuta capaz de contenerlo.

Es cierto que es el paciente quien tiene que tomar la decisión de hablar, cuando ha habido historias y secretos de profundo dolor, sin embargo, como profesionales de salud mental creo que debemos hacernos cargo de la magnitud de este problema, la prevalencia que tiene y ver de qué forma, en concordancia con nuestro estilo terapéutico, se logra facilitar para el paciente la develación. Debe existir preocupación frente a la posibilidad que un paciente cierre su proceso sin haber mencionado esta historia como parte de su vida.

Es de riesgo que un paciente cierre su proceso de terapia sin hablar de ello. Lo que debería ser un proceso de apoyo, revalorización, resignificación de su historia, podría convertirse en una retraumatización, siendo ignorado, no visto y no acogido en el miedo y el horror de sus vivencias.

A modo de síntesis, se sugiere siempre indagar porque:

- Se ha visto una estrecha relación entre variadas patologías psiquiátricas en adultos y trauma infantil.
- Se observan altas cifras de incidencia de trauma complejo en pacientes que consultan en salud mental.
- Identificar la historia de trauma, puede prevenir futuras patologías en el paciente, colaborando en su bienestar individual y en la salud a nivel público.
- La develación es crucial para que la persona inicie un proceso de elaboración del trauma y mejore su estado psicoemocional.
- Desconocer u omitir estos antecedentes en un proceso terapéutico puede tener consecuencias negativas para la víctima.

Cabe tener en cuenta, que según los argumentos descritos sobre las dificultades del terapeuta para indagar al respecto, es relevante conocer los protocolos de acción y teoría sobre trauma y se debe

sumar a ello un proceso de autoconocimiento que identifique nuestros miedos y angustias para estar atentos a ellos y no permitir que interfieran en la exploración que se realiza con un paciente. En términos generales, se sugiere ser lo más sincero y directo posible, siempre con cuidado y respeto, tanto en la exploración como en el proceso de intervención. Especialmente relevante en pacientes que han sufrido trauma temprano, donde *“los mensajes ambiguos y confusos son frecuentes en las dinámicas abusivas, por tanto es importante fijar en forma clara y explícita los objetivos y las características de la terapia, asegurándose que el paciente tenga la posibilidad de transmitir sus expectativas, dudas y temores”* (Llanos y Sinclair, 2011, p.55). Otorgando seguridad al paciente, favoreciendo el vínculo terapéutico, y poniendo en acción un vínculo que puede actuar como reparador de la dinámica abusiva.

Respecto al abuso sexual, y la carga cultural, social y emocional que éste conlleva, existe el reto entre los profesionales de la salud mental de que seamos capaces de plantear este tema con objetividad, serenidad y eficacia, sin perder la riqueza social que supone la interacción abierta y confiada entre los adultos y los niños, (López, F 1994, en Alonso Varea, 1995). Lo mismo vale para una interacción en adultos-adolescentes, y adultos con adultos.

CONCLUSIONES

Existe una amplia evidencia de la relación entre trauma infantil y patología en la adultez, vinculándose con trastornos psiquiátricos de distinta índole, trastornos ansiosos, trastornos depresivos, psicosis, trastorno de la personalidad, entre otros. Abarcando de esta forma una amplia gama de las patologías que podrían verse en la práctica clínica.

Frente a tales antecedentes, surge la responsabilidad y urgencia que el terapeuta esté atento a tales acontecimientos e incorpore la dimensión de trauma en la práctica clínica. Se sugiere un rol más activo en la exploración de trauma infantil en la evaluación de cada uno de sus pacientes, descartando estos antecedentes o favoreciendo la develación de la historia traumática. La develación de acontecimientos agresivos, en particular de abuso sexual según lo abordado en este documento, es relevante para quienes han sido víctimas, incluso años después de los sucesos, permiten iniciar un proceso de elaboración y resignificar los acontecimientos para integrarlos en la

narrativa del individuo, logrando el control sobre el trauma, y dejando atrás la vivencia de que es algo confuso y desconocido.

Develar en la infancia puede ser la herramienta más poderosa para detener el abuso, asimismo, en la adultez podría proteger emocionalmente a quien fue víctima en su niñez. El problema está en la enorme dificultad de llevarlo a cabo, donde actúan como barrera fenómenos propios del abuso sexual (disociación, silencio), de la cultura y aspectos individuales.

Usualmente se espera que el paciente “supere” todas las barreras y de paso al relato de su historia, si bien es cierto que será su decisión develar y para ello se verá obligado a sobreponerse a muchas emociones (miedo, vergüenza, culpa...). Se quiere plantear una responsabilidad compartida para facilitar el proceso de develación, cuando se está en el contexto terapéutico, entre paciente y terapeuta.

Desde este punto de vista, existen barreras también en el profesional de salud mental que pueden actuar, de forma consciente o no, en la mantención del secreto, vinculadas principalmente a la falta de conocimiento frente a trauma y la dificultad para tolerar esta temática, lo que podría estar vinculado a aspectos personales.

Se plantea que para incorporar correctamente la exploración de trauma en la infancia en la evaluación clínica es necesario adquirir formación teórica y clínica sobre trauma, y un nivel de autoconocimiento profundo. La responsabilidad es aún más crítica al considerar que el paciente que ha sido víctima, puede verse afectado negativamente en la percepción sobre su historia traumática, existiendo riesgo de retraumatización.

Tras la información recogida y dado el poco material bibliográfico específico sobre el rol del terapeuta en general y su posición frente a la develación de trauma en sus pacientes, surgen algunos cuestionamientos que podrían ser materia de futuras investigaciones ¿En la práctica clínica, se está dando relevancia al trauma temprano? ¿Los profesionales de salud mental conocen los antecedentes de incidencia de trauma y patología en la adultez? ¿Estará el terapeuta actuando como inhibidor del relato del paciente que ha sido víctima de agresiones en su infancia?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Varea, J. (1995). *Abuso Sexual Infantil: Un reto para los profesionales*. *Revista Bienestar Y Protección Infantil*, 1(1), 80-94. Rescatado de http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/N1nov_dic1995.pdf
- Aznárez, B (2018) Cátedra, Curso de experto en evaluación psicológica y psicodiagnóstico, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Madrid.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona. Paidós Ibérica S.A
- Capella, C. (2010.) *Develación del abuso sexual en niños y adolescentes. Un artículo de Revisión*. SOPNIA, 21 (1), 44-57. Rescatado de <https://sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202010-1.pdf>
- Cirillo, S. (2009). *El niño abusado se convierte en adulto: reflexiones sobre algunos casos tratados*. *Apuntes De Psicología*, 27(2-3), 289-304.
- Crempien, C., & Martínez, V. (2010). *El sentimiento de vergüenza en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil*. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, XIX, 237-246
- Cury, M. (2007) *Tras el silencio*, Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 2, 71-86. Ediciones Complutense. España. Rescatado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110071A>
- Fenieux, C. (2009). *El abuso sexual y la retraumatización a través de la denegación*. *Gaceta De Psiquiatría Universitaria*, 5(2), 230-234. Rescatado de http://revistagpu.cl/2009/GPU_junio_2009_PDF/EL%20ABUSO%20SEXUAL%20Y%20LA%20RETRAUMATIZACION%20A%20TRAVES%20DE%20LA%20DENEGACION.pdf
- Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). *Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo*. *Revista médica de Chile*, 144(5), 643-655. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>
- Galleguillos, C. (2016) *Develación de ASI durante la adultez: Mantención y Ruptura del secreto en las víctimas. Entrevista a psicoterapeutas oyentes del relato*. *Agresiones Sexuales: Reflexiones acerca de las intervenciones jurídicas*, 5. Universidad de Chile, Santiago.
- Gutiérrez, C., Steinberg, M., & Capella, C. (2016). *Develación de las Agresiones Sexuales: Estudio de Caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes Chilenos*. *Psykhé*, 25(2), 1-15. doi: 10.7764/psykhe.25.2.852
- Gutiérrez, C., Coronel, E., & Pérez, C. (2009). *Revisión teórica del concepto de victimización secundaria*. *Liberabit*, 15(1), 49-58
- Ibaceta Watson, F. (2007). *Agresión Sexual en la Infancia y Viaje al Futuro: Clínica y Psicoterapia en la Edad Adulta*. *Terapia psicológica*, 25(2), 189-198. Rescatado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200010>
- Izasa, L., & Ocampo, L. (2015). *Personalidad del terapeuta de niños, niñas y adolescentes que han vivido experiencias de abuso sexual, revisión teórica*. *Informes Psicológicos*, 15(2), 93-110. Rescatado de <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv15n2a05>
- Llanos, M., & Sinclair, C. (2011). *Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual. Aspectos Fundamentales*. *Psykhé*, 10(2). Santiago, Chile.
- Marín, JL, (2017) *Cátedra*, Curso de Experto en Psicoterapia Breve, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Madrid.

- Marín, JL, (2018) *Cátedra*, Curso de Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Madrid.
- Ordóñez Camblor, N. Fonseca Pedrero, E. Paino, M. García Álvarez, L. Pizarro Ruiz, J.Lemos Girálde, (2016) *Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos*, Papeles del psicólogo, Vol. 37, Nº. 1 36-44. España.
- Pereda, N. (2010) *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*, Papeles del psicólogo, ISSN 0214-7823, Vol. 31, Nº. 2, 2010. España.
- Pereda, N., & Sicilia, L. (2017). *Reacciones sociales ante la revelación de abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas*. Psychosocial Intervention. doi: 10.1016/j.psi.2017.02.002
- Rodríguez, B., Fernández, A., & Pérez, C. (2005). *Trauma, Disociación y Somatización*. Anuario De Psicología Clínica Y De La Salud, 1, 27-38.
- Tkach, C., Franco, A., Gómez, V., Toporosi, S., Calmels, J., & Woloski, G. et al.. (2012). *Los modos de relatar/contar/narrar el abuso sexual sufrido en la infancia por adolescentes en tratamiento psicoanalítico*. Anuario de investigaciones, 19(1), 281-288. Rescatado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100029&lng=es&tlng=es.
- Trucco, Marcelo. (2002). *Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40(Supl. 2), 8-19. Rescatado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>
- Zubieta-Méndez, X., & Montiel, I. (2016). *Factores Inhibidores de la revelación de abuso sexual infantil*. Revista De Victimología, 4, 53-81. doi: 10.12827-RVJV-4-03