

**INTERVENCIÓN EN UN CASO DE APEGO DESORGANIZADO.** Cristina Cortes.

Publicado en el capítulo 7 del libro **Mírame, siénteme, Estrategias para la reparación del apego en niños mediante EMDR** de Cristina Cortes, editado por **Desclée de Brouwer** en 2017.

### **CASO Número V| Carmina grita "¡puta ponme el desayuno!"**

Carmina y su madre llevan acudiendo a consulta 9 meses, en el momento de la consulta Carmina acaba de cumplir 6 años y estaba cursando 3º de E.I.

Sus padres hacía dos año y medio se habían separado. La custodia la tenía la madre, y de acuerdo al régimen regulador acordado, Carmina debía estar con su padre todos los miércoles y fines de semana alternos. La recogida se producía el viernes a la salida del colegio y la entrega el domingo en el domicilio de la madre. Las vacaciones estivales están acordadas por quincenas alternas con cada uno de los progenitores.

El padre ha consentido que acuda a terapia, porque tanto el centro escolar como el pediatra consideran que Carmina requiere apoyo psicológico.

Presenta sintomatología variada de carácter ansiógeno, además de enuresis nocturna permanente y diurna ocasional, con encopresis esporádica. Destacaban las dificultades para conciliar el sueño, pesadillas y terrores nocturnos, miedos varios e intensos, explosiones de ira y rabia, tendencia a la desconexión y desvinculación y apatía generalizada

Nació con bajo peso y problemas respiratorios.

Según su profesora es una niña reservada que interactúa escasamente con sus compañeros, se dedica más a observar y manifiesta conductas intimidantes y manipulativas con una compañera tímida e inmadura. Con los adultos prácticamente no se relaciona, y atiende las demandas que le puedan solicitar de forma automática y con escaso compromiso.

Hasta el momento no presenta dificultades académicas, aunque la profesora sospecha que conforme avancen los cursos puede manifestar

problemas atencionales.

El día que vimos por primera vez a Carmina y a su madre, ambas llevaban dibujada la misma sonrisa inerte. La madre, en la entrevista realizada con ella, nos manifiesta que su principal preocupación es que Carmina no expresa sus emociones y siempre sonríe como si no le ocurriese nada. Recientemente ha comenzado a mostrarse agresiva verbal y físicamente con ella. No sabe lo que hacer para que las cosas que han ocurrido no afecten a Carmina. A partir de aquí se desmorona y comienza a narrar de forma inconexa y desorganizada su historia. Sus padres son autónomos dedicados a un negocio familiar, ella ha sido atendida y cuidada fundamentalmente por su tía. Se enamoró muy joven del padre de Carmina, y a los 3 años de conocerse se casaron. Algo le decía internamente que no debía casarse con él, incluso sus amigas le avisaban que no era su tipo, pero al mismo tiempo se sentía arrastrada hacía él. Desde entonces, de esto hace doce años, ha vivido un infierno que aún no ha terminado.

Una vez estuvo a punto de poner una denuncia, pero cuando llegó a la puerta de la comisaría, el terror la venció y regresó a casa. El miedo y la vergüenza eran tan grandes que no le permitieron continuar. Aún recuerda como temblaba pasadas varias horas. Hoy se arrepiente de su cobardía, de no haber realizado la denuncia entonces; porque de haberlo hecho, ahora estaría en otra situación. Sin embargo no es así, y según sus palabras "ahora no tiene nada que hacer". Según su abogado es su palabra contra la de él, no tiene ninguna prueba sustancial y cualquier intento de denunciar los malos tratos perpetrados anteriormente por su ex marido sería visto como una maniobra para evitar las visitas de Carmina con su padre. El abogado por tanto, no recomienda la denuncia.

Es cierto que su ex marido nunca ha pegado a Carmina, al menos cuando convivían juntos. Y ahora Carmina, la hija, le dice a la madre que a ella no le pega, pero que a veces si le asusta con sus gritos. En casa de la abuela paterna todos gritan según la niña. Carmina prefiere ir a la casa nueva de su padre con su novia, allí se olvidan de ella, y puede estar tranquila. Hasta el momento. Carmina no ha pernoctado en casa del padre, porque sólo ante la idea de hacerlo, se echa a llorar y manifiesta un rechazo frontal, incluso se orina encima. Después de varios intentos fallidos, el padre ha accedido a suspender las pernoctas hasta los 8 años, y mantiene con ella visitas de un par de horas los miércoles y los sábados alternos. En los últimos meses no ha acudido a

varias de las visitas, coincidiendo con el inicio de su nueva relación.

La madre se pregunta si el miedo de la niña a no dormir en casa del padre puede estar relacionado con lo que ocurría cuando era bebé. Nos relata que Carmina era un bebé que lloraba constantemente. Recuerda que la matrona, nada más nacer Carmina, le dijo que no había visto nunca un bebé tan asustado. El día más triste de su vida fue cuando supo que estaba embarazada, sólo de pensar lo que le esperaba a ese hijo. "El embarazo fue terrible, le molestaba mi barriga, y me decía barbaridades, y con frecuencia me golpeaba. Yo gritaba ¡en la tripa no!, ¡en la tripa no!, me quería morir, me sentía una mierda y me quería morir". "Como no había forma de calmar a la bebé, yo la metía en la cama conmigo y a veces se malhumoraba y me golpeaba". "Yo protegía a Carmina con mi cuerpo, sólo pensaba, ¡a ella no!, ¡a ella no!".

Nos cuenta que todos estos años los ve como una neblina, no tiene más que vagos recuerdos. Fue perdiendo sus amistades y relaciones, porque no podía salir sin él. Solo sabe que se esforzaba en seguir viviendo, primero por su trabajo, luego por la niña. Comenzó la andadura de un viacrucis hospitalario. Tenía todo tipo de síntomas; taquicardias, problemas digestivos varios, etc. que finalmente diagnosticaron como colon irritable. Últimamente está mejor. Recuerda que uno de los médicos le insistía una y otra vez que si había algún problema del que quisiera hablar, que se sintiera libre para expresarlo. Cuando estaba con sus amigos todos le decían que había perdido la ilusión que la caracterizaba, su brillo. Ella se esforzaba en sonreír, como si no ocurriera nada, igual que hace Carmina.

Cuando su ex marido perdió el trabajo las cosas empeoraron. Deudas, consumo de coca, amenazas de sicarios, ella se sentía constantemente amenazada y un día, cuando él vuelve a encontrar trabajo, se va de casa. Según él, ella era tan patética que no la aguantaba. Le dijo que se iba a quedar con la niña. Ningún juez decente le daría la custodia pues no servía para nada. Un año antes, finalmente, había hablado con sus padres y había comenzado a ser asesorada por un abogado. Guiada por éste, había dado varios pasos para proteger sus intereses y los de su hija. No recuerda nada de los meses del proceso del divorcio. No sabe cómo transcurrió ese periodo, ni de donde saco las fuerzas para salir adelante. Sólo sabe que el proceso de separación un día terminó y que ella tenía la custodia. El ex marido le amenazó con quitarle la custodia de sus manos. Le dijo que no se detendría hasta conseguirlo. El ex marido le ha puesto dos denuncias y las dos las ha ganado ella. Estos

dos años han estado teñidos de un negro espesor debido a los juicios y al miedo a perder su hija.

Su vida está marcada. No sabe si volverá a ser la que fue en su día, una chica jovial y despreocupada, sin miedo. La semana pasada coincidieron en el festival de fin de curso. La posibilidad de estar cerca de su ex, de hablar con él, le genera una ansiedad enorme. Afortunadamente su madre la acompañó. Estuvo a punto de desmayarse.

"¿Es normal, verdad, que si yo tengo ese miedo mi hija también se lo tenga?. ¿Qué le aterre dormir con él, si me aterraba a mí?". "Yo nunca le he dicho nada de su padre ni bueno ni malo. Ha oído los gritos y quizás los golpes. ¡No sé si los ha visto!. Yo siempre le digo y le decía, - mi amor no pasa nada, mamá está bien, mira como sonrío-, ¿ves cómo sonrío mamá?"- y ella también sonreía en su seriedad". "Y ahora, poco a poco se ha ido transformando. No sé de dónde saca ese tono de voz y esa fuerza, pero como algo la contraríe, se vuelve como una loba, gritándome: -¡inútil, no sabes hacer nada!-" ¡Y cómo me manda, como si fuera su esclava!; -¡puta ponme el desayuno!-, igual que hacía su padre. Y yo no digo nada. Le sirvo el desayuno y espero, porque sé que luego vuelve a ser la misma, y vuelvo a encontrarme con mi niña". "Ella me dice que tiene amigas, pero yo sé que no las tiene, que está sola".

"Conforme he ido hablando me ido dando cuenta de mi historia, de nuestra triste historia". Y comienza a llorar, un llanto silencioso, y profundo y la acompañamos en ese llanto hondo, en ese dolor del que comienza a tomar conciencia.

Le explicamos cómo al expresar damos el primer paso para tomar conciencia de lo que vivimos. Narrar nuestra historia, nuestras vivencias y experiencias implica poner un orden y dar un sentido a lo vivenciado. Y al situarlo temporalmente, facilitamos un distanciamiento y de esta manera, podemos darnos cuenta de que no está ocurriendo ahora, en el presente. Esto ya supone un nivel de integración. Al mismo tiempo, en este caso implica tomar contacto con la pérdida de lo que puedo ser y no ha sido, y supone conectar con la tristeza de la pérdida del duelo. Esa tristeza lleva mucho tiempo esculpida en su cuerpo, en su rostro, aunque haya intentado esconderla detrás de su sonrisa y es importante que conectara con el contenido emocional de esa tristeza, como estaba ocurriendo en ese momento, y que se permitiera vivirla y expresarla. Tenía que recobrar la capacidad de expresar sus emociones y darles un sentido, y permitir que se expresaran las sensaciones

corporales que las acompañaban. Ese era el primer paso para que su hija pudiera expresar igualmente sus emociones; que su madre se permitiera expresarlas y no las recubriera con esa sonrisa vacía.

Le sugerimos que un buen inicio podía ser dejar de sonreír mecánicamente y que se diera cuenta de que ocurría dentro de ella. "Está bien", nos dijo, "lo voy a intentar". Se centró en sí misma y dejó de sonreír. A continuación nos informó de que sentía un gran alivio era como liberarse de una labor muy pesada, su mandíbula se aflojaba y podía sentirse más aquí, en el presente. Le indicamos que se quedara con esas sensaciones y la conciencia de una mayor presencia y que continuara practicándolo también fuera del gabinete. Era conveniente que no intentara encubrir sus emociones, y que buscara las palabras precisas para describirlas. Y que hiciera participe a Carmina de esa expresividad y contextualización de lo que vivía. Pasamos a practicar como lo podía realizar delante de su hija, acomodando la información a su edad y desarrollo. Y acordamos comenzar la psicoterapia con ambas.

En la interacción del cuidador con la bebé/niña la conexión integral natural que se produce en el cuidador entre su estado corporal y sus expresiones faciales y vocales son detectadas por el bebé/niño, activando en la niña distintos tipos de respuesta. Por ejemplo, si el cuidador emite mensajes de seguridad, la niña responde comprometiéndose, interesándose, implicándose en esas señales. Ante las señales de peligro o amenaza por parte del cuidador, la niña responde con conductas de alejamiento, huida o ataque. Esta última es más improbable en el caso de un bebé o en un niño. La respuesta de ataque es más común en la segunda infancia y en la adolescencia. Cuando no hay salida o posibilidad de escape, el niño puede entrar en estados de aletargamiento o muerte fingida.(Porges, 2011)

Este sistema de comunicación bidireccional que liga estados corporales con expresiones faciales y vocalizaciones o prosodia de las figuras de apego constituye la antesala al sistema de comunicación social, o de intercambio social entre el cuidador y el bebé/niño. E implica los mecanismos afectivos comprometidos con los recursos regulatorios, tanto para calmar como para reparar la desregulación de las desintonías. ( Porges, 2011)

Mientras, en la sala de exploración infantil, Carmina estaba siendo evaluada. Entre las pruebas realizadas, se le pasó una prueba de evaluación apego. La metodología más frecuentemente utilizada para explorar los modelos internos de apego en la infancia de 3 a 9 años es

por medio de la prueba de historias incompletas, la prueba Incomplete Doll Stories (IDS), diseñada por Cassidy (1988)

Este prueba consiste en la recreación de un escenario donde una familia es representada por muñecos humanos, con un niño o niña del mismo sexo del evaluado como protagonista. El protagonista debe resolver una situación de estrés dentro del contexto familiar. Se le presentan 6 historias para ser completadas. El evaluador representa el inicio de la historia y se le solicita al evaluado que complete la historia. Se valora tanto el lenguaje verbal como no verbal.

Carmina no mostró mucha interrelación entre los miembros de la familia de muñecos. Sus movimientos eran lentos, sin expresividad, o alterados, donde predominaban secuencias caóticas, llenas de violencia. Este tipo de representaciones son propias de apegos desorganizados.

En la prueba había quedado reflejada la representación interna que tenía Carmina de los estados emocionales de sus dos cuidadores; por un lado la congelación, inhibición e indefensión de la figura materna y por otro la fuerza, fuera de control, y la violencia de la figura paterna. Estas dos representaciones internas formaban parte de los estados emocionales de Carmina. Dos estado que estaban adquiriendo demasiada diferenciación y que se manifestaban con un repertorio de conductas muy diferentes.

No cabía duda de que Carmina había experimentado como propio el miedo de su madre, el contagio emocional (Miller, Stiff y Ellis, 1988); es decir, el proceso afectivo por medio del cual, cuando un individuo observa sufrimiento en otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona.

En este caso, la persona que presencia el dolor del otro es primero un bebé, más tarde una niña. Si tenemos en cuenta que es un bebé, una niña quien está ante el rostro de su madre experimentando indefensión, depresión y desconexión, nos hacemos una idea de cómo se produce en este caso el entonamiento afectivo, (Stern 1985) facial y emocional, entre el bebé y su madre, entre el rostro de un bebé y el rostro de su cuidador principal. Resulta fácil imaginar a qué emociones y representaciones faciales ha estado expuesta Carmina y como la niña las ha ido haciendo propias.

En el experimento conocido como "El juego del rostro inmóvil" de E. Tronick se puede observar el sistema bidireccional de comunicación afectiva entre los bebés y sus cuidadores principales. En él se puede ver como el bebé va replicando los gestos y expresiones de su madre, y como hace todo lo posible por obtener la respuesta materna, incluso a

edades muy tempranas, incluso a los tres meses. En dicho experimento queda de manifiesto cómo el bebé no tolera la falta de respuesta materna y cómo ante el vacío materno, manifiesta malestar y termina desorganizándose. Las madres que padecen depresión, habitualmente muestran dificultades para percibir e interpretar las señales comunicacionales de sus niños, afectando negativamente al desarrollo de la comunicación y las habilidades socio-emocionales del niño. (Cohn, Matias, Tronick, Connell y Lytins-Ruth, 1986). Si la depresión además es anterior al parto, durante la gestación, en esos casos la depresión materna literalmente produce cambios bioquímicos en el feto (Field y cols, 1984, 1988). Y éstos lo predisponen a tener ciertas dificultades en su organización conductual en la etapa posparto y en su desarrollo futuro. Son neonatos con menor tono, mayor irritabilidad y más propensos al llanto y difíciles de calmar. (Lattimore y cols, 2005)

Cuando la madre está deprimida, en bebés de hasta cuatro meses se puede observar una expresión facial deprimida o triste. Evitan la mirada de su madre más frecuentemente, están más irritables, e interactúan así también frente a un extraño. (Field y cols, 1984, 1988)

Una madre deprimida se comporta con más indecisión respecto a qué hacer con su bebé, interactúa menos con sus hijos, las interacciones placenteras se interrumpen más fácilmente, su lenguaje es más simple y los niños necesitan recurrir a métodos más intensos o directos para lograr respuestas de su madre. (Puckering, 1989)

Estamos viendo como diferentes investigaciones respaldan los efectos negativos sobre el desarrollo en bebés con madres depresivas. Los bebés tienden a imitar la tristeza, la escasa energía, el bajo compromiso, la ira y la irritabilidad de sus madres. En los casos más severos, y prolongados el bebé comenzará a mostrar retrasos en el desarrollo. (Field y cols, 1990).

De igual forma, la investigación muestra como el conflicto parental es un fuerte predictor del funcionamiento de los niños en diferentes aspectos, entre los que destacan; las habilidades socio-emocionales, el funcionamiento cognitivo y el éxito académico. (Cummings, 2002). Y algunos estudios exponen que una adecuada salud mental del padre puede actuar como un factor protector para el niño (Gere et al., 2013). En este sentido, un padre activamente presente en la crianza y con una adecuada salud mental puede influir positivamente, reduciendo las consecuencias negativas de la depresión materna en el desarrollo del niño/a (Carro, et cols., 1993y Dietz, et cols., 2009).

Carmina había estado expuesta a un desarrollo traumático, había compartido los estados emocionales fundamentalmente de su madre, la cuidadora principal, ya que su padre no había participado en los

cuidados y responsabilidades de la crianza de Carmina. Y en menor medida, también había estado expuesta a las conductas parentales. Según la madre, al padre podíamos considerarlo como un padre ausente, que no se había preocupado por su hija, que no reparaba en ella, excepto cuando le molestaba con sus llantos. En la medida que Carmina fue haciéndose más autónoma, hacía los 4 años, comenzó a jugar con ella, más bien le obligaba a jugar con él a peleas y a cartas. Nunca le permitía ganar. Aunque él intentara mostrarse jovial y amable, en algún momento se rompía la cordialidad y surgía la ira que arrasaba con todo. Siempre esperaba que la niña se mostrara cariñosa con él y así, Carmina había aprendido a mostrarle un cariño extraño. Le daba un beso y salía corriendo a protegerse en las piernas de alguien, o en algún rincón donde no fuera vista. Había estado expuesta tanto a estas conductas y los cambios de su padre, como a las dinámicas relacionales marcadas por la violencia doméstica. Todas estas vivencias forman parte de sus memorias y experiencias desde antes de su nacimiento.

Las investigaciones llevadas a cabo en torno a las neuronas espejo, descubiertas en 1996, nos ayudan a entender los procesos que parecen estar bajo el aprendizaje social llevado a cabo por cualquier bebé, y en este caso por Carmina. Estas investigaciones nos informan de que el cerebro humano tiene múltiples sistemas de neuronas espejo, que se especializan en entender no sólo las acciones de otros sino también sus intenciones, el significado social de sus comportamientos y de sus emociones. Nuestra supervivencia depende de entender las acciones, intenciones y emociones de los otros. (Rizzolatti, 1998). Entendemos una acción porque tenemos circuitos en nuestro cerebro, de los cuales aún no conocemos bien sus funcionamientos, que realizan una copia para esa acción, basado en nuestros propios movimientos. (Lacoboni, 2009). Las neuronas del individuo observador imitan a modo de reflejo la acción del otro: así pues, el observador está él mismo realizando la acción del observado, de ahí su nombre de neuronas espejo. Los niños humanos están cableados para la imitación, sus neuronas espejo están involucradas en observar lo que otros hacen y practicarlo haciendo las mismas cosas. (Meltzoff, 1994,1997).

Realmente, la intervención psicoterapéutica que requería Carmina iba a ser larga. Los niños y adultos expuestos a traumas interpersonales crónicos presentan trastornos psicológicos que no se ven recogidos en los criterios diagnósticos del trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Se ajustan mejor al constructo DESNOS que intenta reflejar la naturaleza multidimensional del fracaso adaptativo frente al trauma, donde nos encontramos con: alteraciones en la regulación del afecto, alteración de la atención o la conciencia, alteraciones de la auto percepción, alteración en la relación con los demás, alteración en las



creencias, somatización, alteración en los sistemas de significado. (Van der Kolk, et cols. 2005)

Cuando tenemos un inicio y un desarrollo marcado por el trauma, la intervención va a requerir mucho tiempo. Ayudar a reparar el daño hecho en sólo unos pocos meses de negligencia, puede tomar muchos años de arduo trabajo. (Perry, 1999).

En esta intervención, por supuesto es imprescindible que la madre pueda recuperarse de la alienación e indefensión en la que se encontraba.

El trauma del desarrollo implica carencias antiguas y generalizadas en el desarrollo de la integración. Será preciso un largo período de estabilización y construcción de habilidades antes del trabajo con los recuerdos traumáticos. (Steele, 2015)

El tratamiento se orienta siguiendo las fases de Janet, ( Janet, 1919), donde la clave es la estabilización, para ambas, madre e hija.

Así pues, la intervención psicoterapéutica irá dirigida tanto a la madre como a la niña.

Resumimos brevemente los objetivos de cada una de las 3 fases del plan terapéutico:

En la fase 1 se busca: seguridad, estabilización, reducción de síntomas, desarrollo de habilidades, regulación y auto eficacia.

En la Fase 2 se prima: resolución de los recuerdos traumáticos y de los vínculos relacionales traumáticos.

Y en la fase 3 se trabaja: duelo, reconexión, integración del yo y rehabilitación.

El tratamiento busca superar las fobias de la vida corriente, desarrollar la capacidad de asumir riesgos sanos y de establecer relaciones saludables. Estas fases no transcurren de forma lineal sino más bien a modo de espiral, donde el objetivo principal es no perder la perspectiva de que hay luz al final del túnel.

El primer objetivo para ambas era poder regular la inestabilidad, la fluctuación entre estados de hiperactivación excitatorios y estados hipoactivados con aletargamiento y entumecimiento, tanto físico como emocional y cognitivo. Decidimos emplear psicoterapia con neurofeedback en esta primera fase de estabilización.

Cuando se activa el sistema del miedo, debido a un peligro o amenaza vital, podemos encontrarnos conductas que activan diferentes sistemas.

- Huída – Sistema Simpático.
- Lucha – Sistema Simpático.
- Parálisis – Combina el simpático y el parasimpático.
- Colapso, Decaer y desmayarse – Sistema Parasimpático vagal dorsal.

Es decir hiper e hipoactivación simultánea o que transita de un estado a otro. Esto es indicador de una mayor desregulación del sistema.

El neurofeedback es una modalidad terapéutica que permite regular la actividad electrofisiológica del cerebro. Según definición de la ISNR (International Society for Neurofeedback and Research), el neurofeedback es una forma de psicofisiología aplicada que busca regular la actividad cerebral de forma directa. Como otras formas de biofeedback, el Neurofeedback utiliza dispositivos de monitorización para proporcionar información momento a momento a un individuo sobre el estado de su funcionamiento fisiológico. La característica que distingue el neurofeedback de otros tipos de biofeedback es que este se orienta al sistema nervioso central. El entrenamiento en neurofeedback se fundamenta en la Neurociencia básica y aplicada, así como en la evaluación clínica y psicométrica. Para ello es necesario tener en cuenta datos conductuales, cognitivos, subjetivos y de la actividad cerebral.

El neurofeedback o EEG Biofeedback lleva utilizándose como herramienta terapéutica desde hace más de 30 años. Si bien existe evidencia sustancial de su eficacia en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, existe relativamente poca evidencia de su utilidad en otros trastornos como el trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Estudios piloto recientes (Huang-Storm y cols, 2008; Gopen, van der Kolk y cols, 2016) avalan mejorías en TEPT, y en desarrollo traumático. El neurofeedback representa un cambio de paradigma que tiene el potencial para reducir la estigmatización de las personas crónicamente traumatizados, que carecen de las habilidades necesarias para participar en otro tipo de psicoterapias ya existentes (Gopen, van der Kolk y cols, 2016)

Desde el inicio de la terapia, Carmina ha venido realizando dos sesiones a la semana. Cada una de estas sesiones comienza con una sesión de neurofeedback de 30 minutos. Después del entrenamiento en neurofeedback, hemos ido trabajando diferentes psicodinámicas, tales como; relajaciones guiadas con imaginación, biofeedback de respiración abdominal, amigo de la respiración, tanto control del movimiento como activación del movimiento, es decir regulación ascendente y descendente, etc., dirigidas a fomentar y fortalecer la regulación que estábamos entrenando con neurofeedback.

Uno de los primeros objetivos ha sido ayudarle a que tome conciencia

y pueda identificar esos estados tan marcados y opuestos en los que suele sumergirse, sin rechazarlos. Para ello recurrimos a la metáfora de los tres cerebros (Siegel, Payne, 2012); la del cerebro cocodrilo, la del cerebro cachorro de mamífero y la del cerebro pensante del mono. Le explicamos, tanto a ella como a su madre, como todos tenemos esos tres cerebros que se ponen en marcha según lo que estemos viviendo, y según las necesidades que tengamos en ese momento. Si nos sentimos en peligro, se activa el cerebro cocodrilo. Este cerebro está preparado para atacar o huir. Un cocodrilo grande normalmente ataca, y puede atacar ferozmente con su cola y sus dientes. Nadie se acerca a un cocodrilo gigante cuando este está tan furioso. Los cocodrilos pequeños pueden atacar si la amenaza no es muy grande, pero si les ataca otro cocodrilo muy muy grande se escapan, y si no pueden escaparse se congelan e intentan hacerse los invisibles o colapsan como si estuvieran muertos. El cerebro cachorro de león es aquel que se manifiesta cuando tenemos ganas de jugar, de mimos y de abrazos. Y el cerebro pensante del mono es aquel que se pone en funcionamiento cuando estamos ideando juegos, cuando estamos aprendiendo a leer, a escribir, los días de la semanas o cuando hacemos recetas sabrosas de cocina. La psicóloga y la madre ponen ejemplos de situaciones en las que ellas han experimentado los diferentes estados de los tres cerebros. Al cabo de algunas intervenciones, la niña es capaz de describir ejemplos propios. Nos expresa, "que su papá casi siempre está con su cocodrilo y no sabe calmar al cocodrilo". Que, "cuando ve al cocodrilo de su papá quiere desaparecer, y entonces no tiene fuerza, las piernas no saben andar, y no sabe pensar, ni hablar". Y otras veces, "no sabe, porque sólo sabe que se enfada si no le dejan ver la televisión, o si no tiene su comida favorita". "Entonces está su cocodrilo, tan grande como el de su papá, y entonces se alegra de ver a su mamá asustada". Cuando expresa esto, evita mirar a su madre. "Y luego, más tarde, ve que su mamá está triste y no quiere verla triste", y le dice, "no pasa nada y sonrío, para que su madre vea que no pasa nada". "Y a veces, también le encanta cocinar y hacer tartas de chocolate, y ahí está su cerebro momo. Entonces está contenta, y sabe hacer muchas recetas". y que, "su cerebro cachorro es el de un gatito, que le gusta tumbarse en el sofá con la cabeza en las piernas de mamá. Cuando más a gusto esta su cerebro gatito es en casa de la abuela".

Va identificando las emociones y sensaciones que corresponden a cada estado, las localiza mayoritariamente en la cabeza.

Les proporcionamos a ambas información para que entiendan que es normal todo lo que sienten, sus miedos al cocodrilo de papá, por ejemplo. Y que es normal cuando sentimos mucho miedo que se apague el movimiento, que se apague el lenguaje y que luego se apague el pensamiento. De esta forma nos protegemos. Pero si el cocodrilito congelado lo usamos mucho, nos podemos quedar apagados en otras situaciones que necesitamos estar encendidos. Entonces es muy importante darse cuenta de que no tenemos delante un peligro tan

grande, que no estamos ante un cocodrilo gigante.

Igualmente desarrollamos juegos entre ellas para que se pueda manifestar, de forma más jovial y segura, el cerebro gatito en presencia de la madre. Ayudamos a la madre para que pueda emitir mayor cantidad de intercambios afectivos y que éstos sean de mejor calidad.

Vamos desarrollando recursos para calmar al cocodrilo de Carmina y para regularla ascendentemente cuando se hipoactiva, en compañía de su madre.

La madre ha aprendido a ver las respuestas conductuales de la niña y las suyas propias, en el presente, como resultado de sus historias personales. Está descubriendo, como buena detective, cuáles son los disparadores que llevan a Carmina a sus estados violentos, e intenta manejarlos, mentalizando esos estados, antes de que lleguen al punto máximo.

A lo largo de estos meses la ansiedad ha ido remitiendo. Carmina controla el pis durante el día, y sólo se orina en la cama de manera esporádica. La encopresis está controlada. Concilia bien el sueño y la calidad del sueño en general ha mejorado, han desaparecido los terrores nocturnos y las prácticamente no presenta pesadillas.

La evolución de la madre ha sido decisiva. La intervención realizada con la madre también se ha apoyado en esta primera fase de estabilización en entrenamiento con Neurofeedback y psicoterapia con EMDR.

En la madre se ha ido consiguiendo una buena regulación afectiva, que le ha ayuda a mantenerse en el presente, y esto le permite estar más conectada con las necesidades de la niña.

Le hemos dedicado una atención especial a no enmascarar sus emociones y encubrirlas, a nombrarlas por sus nombres y poderlas localizar corporalmente. Le invitamos a que esta actividad forme parte de su repertorio de conductas con Carmina, ya que a la niña le cuesta realizar esa identificación y localización de las emociones.

Ha dejado de sonreír de forma automática y forzada, y está comenzando a sonreír genuinamente. En las interacciones con su hija, esa conexión integral entre su estado corporal y sus expresiones faciales y vocales son más acordes a sus estados anímicos y activan respuestas diferentes en su hija, al enmascaramiento habitual; facilitando y permitiendo que Carmina pueda comenzar a expresar sus emociones sin encubrirlas.

Estamos fortaleciendo su rol de madre, e instalando recursos asociados a su capacidad de cuidar y proteger adecuadamente a Carmina. Comienza a percibirse como buena madre, capaz de cuidar satisfactoriamente de su hija.

Ya puede decir no a Carmina y va introduciendo límites y rutinas adecuados a la edad y desarrollo de su hija. Ahora está en situación de afrontar el miedo que experimentaba ante las explosiones de su hija. Comienzan a tener roles diferenciados donde se sabe quién es la hija y quien es la madre.

El día en que introdujimos por primera vez la dinámica de los tres cerebros y dedicamos una atención especial al cerebro cocodrilo, la madre estaba realmente asustada. Tenía miedo a la posible respuesta de Carmina, después de la sesión. Cuál fue su sorpresa cuando Carmina le dijo, "voy aprender a manejar a mi cocodrilo grande y pequeño". Entonces su madre se dio cuenta de que ella tenía a su vez que aprender a manejar a su cocodrilo pequeño, que veía ataques grandes donde no los había.

La estabilización y el desarrollo de recursos seguirá presente en el resto de la intervención.

Poco a poco esperamos poder entrar en la siguiente fase, fase 2 de Janet, o fase 3 de EMDR, y poder comenzar a tratar y procesar recuerdos de situaciones concretas de trauma. Dada la intensidad del trauma, comenzaremos por el protocolo invertido, empezando por situaciones del futuro o del presente antes de acercarnos al pasado, en especial al pasado preverbal de Carmina. Para ello necesitamos que la madre haya alcanzado cierto nivel de procesamiento, de forma que ello le permita manejar la perturbación que conlleva la evocación de ese pasado tan doloroso con su hija.

La madre comienza a darse cuenta de que sus padres no estuvieron disponibles, ni física ni emocionalmente, durante su infancia. El estrés laboral en el que transcurrían sus vidas no les dejaba mucho tiempo para ella. Esta realidad, junto a la ignorancia respecto a cómo se desarrolla la percepción de valía y seguridad durante la infancia les llevo a dedicar su energía al negocio familiar. Le hubiera gustado que su herencia fuera seguridad y autoconfianza, en lugar del patrimonio que hayan podido acumular. Quizás así no hubiera tenido una demanda tan grande de querer ser vista, y no hubiera caído en ese romanticismo barato que le llevo a los brazos de un maltratador. Este darse cuenta es doloroso y sanador, le permite conectar con su rabia y su enfado, con la rabia y el enfado que siente hacia sus padres, que también ha mantenido ocultos. Se da cuenta de que aprendió muy pronto a ocultar sus emociones ya que no quería preocupar a mamá, que siempre estaba cansada.

Y ahora sus padres son su mayor apoyo, están ahí para ella, para su hija, para ambas, sufriendo y luchando con ella.

La madre comienza a sentirse con fuerza, y esa fuerza le lleva a dar los primeros pasos y hablar con bienestar social. En el equipo somos

conscientes de que es necesario proteger más a Carmina, y a su vez, la mamá está ahora en situación de asumir esta necesidad.

Familia, terapeutas y Justicia son las tres piezas fundamentales de este sistema de intervenciones. ( Baita 2011)

### **Bibliografía del capítulo 7**

Baita,S. (2011). El contexto de intervención en abuso sexual infantil.  
[revibapst.com/data/documents/ARTICULO%20BAITA%202011.pdf](http://revibapst.com/data/documents/ARTICULO%20BAITA%202011.pdf)

Bremner, J., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosinheck, R., Charney, D.: (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans, *American Journal of Psychiatry*, 149:328-332.

Canton, J., Cortes, R. ( 2000) *El apego del niño a sus cuidadores*, Alianza Editorial

Carro, M., Grant, K., Gotlib, I. & Compas, B. (1993). Postpartum depression and child development- an investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 567-579

Cohn, J., Matias, R., Tronick, E., Connell, D. & Lyons-Ruth, K. (1986). Face to face interaction of depressed mother and their infants. *New Direction for Child and Adolescent Development*, 34, 31-45.

Cozolino, L( 2002): *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*, ' WW Norton & Company, New York.

Dietz, L., Jennings, K., Kelley, S. & Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddler's behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 48-61.

EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(1):31-63 Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads.

Field, Tiffany; Healy, Brian T.; Goldstein, Sheri; Guthertz, Moshe *Developmental Psychology*, Vol 26(1), Jan 1990.

Field Y, Healy B, Goldstein S, Perrin S, Bendell D, Schanberg S, et al. Infants of depressed mothers show depressed behavior even with non-depressed adults. *Child Development* 1988.

Field Y. Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behaviour and Development* 1984.

Gere, M., Hagen, K., Villabo, M., Arnberg, K., Neumer, S. & Torgensen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38.

Hesse, E. & Main, M. (2001) Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American psychoanalytic Association* 48:1097-1127.

Hughes, DA. (2006). *Building the bonds of attachment: Awakening love in deeply troubled children*

Iacobini, Marco. (2009). *Las Neuronas Espejo*. Buenos Aires. Katz.

Janet, P. (1919/25). *Psychological healing*. New York: Macmillan

Kraemer, G (1992) A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences* 15 (3):493-511

KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn. A meta-analysis. *Journal of Perinatology* 2005.

Kobak RR, Cole HE, Ferenz-Gillies R, Fleming WS, Gamble W. Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving: A control theory analysis. *Child Development*. 1993

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press

Lark Huang-Storms MSa, Eugenia Bodenhamer-Davis PhD, Richard Davis MSc & Janice Dunn MAa, (2008). A pilot study of QEEG-Guided Neurofeedback for Children with Histories of Abuse and Neglect: Neurodevelopmental Rationale.

Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 27, 1-23.

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' Unresolved Traumatic Experiences are related to Infant Disorganized Attachment Status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings

(Eds.), *Attachment in the Preschool Years*, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Main, M and R. Weston, D. (1981) The Quality of the Toddler's Relationship to Mother and to Father: Related to Conflict Behavior and the Readiness to Establish New Relationships. *Child Development* Vol. 52, No. 3  
Published by: Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development.

Mark Gapen, Bessel A. van der Kolk, Ed. Hamlin, Laurence Hirshberg, Michael Suvak & Joseph Spinazzola, (2016) A pilot study of Neurofeedback for Chronic PTSD

Meltzoff & Moore, (1994). "Imitation, memory, and the representation of persons", *Infant Behavior and Development*.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1997), "Explaining facial imitation: A theoretical model", *Early Development and Parenting* 6: 179-192.

Miller, K., Stiff, J. y Ellis, B. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*,

Perry, B. (2014). Vinculación Emocional y Apego en Niños Maltratados. Consecuencias de la Negligencia Emocional en la Infancia. Adaptado en parte de: "Los niños maltratados: Experiencia, el desarrollo cerebral y la nueva generación". (W.W.Norton & Company, Nueva York, en preparación). *Academy* www.ChildTrauma.org

Porge, S. (2003). Social Engagement and attachment a phylogenetic perspective. University of Illinois At Chicago, department of psychiatry, Chicago, Illinois, 60612, USA.

Porges, S. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation*. W.W. Norton & Company: New York, NY.

Puckering C. Maternal Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989; 30(6): 807-17

Rizzolatti, G. y Gallese, V. (1998): "Mirror neurons" *Encyclopedia of Cognitive Science*.



Schore, A. N. (2002). Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433-484.

Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton.

Shore, A. N. (2010), REVISIÓN El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias.

Siegel, D. y Paynece, T. (2007) *El cerebro del niño*. Ediciones Alba

Spieker, S. J., & Booth, C. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.

Stern, 1985. *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós,

Steele, K. 2015, *Concepto y Tratamiento de los Trastornos Traumáticos Complejos del Desarrollo*. Universidad de Salamanca. 8-10 May, 2015

Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, (2005) *Disorders of Extreme Stress: DESNOS*.

Ziabreva, I., Gerd Poeggel. G. Schnabel, R. 1, and in the Hippocampus and Amygdala of Octodon degus: Influence of Maternal Vocalizations. *The Journal of Neuroscience*, 15 June 2003.