

La humanidad compartida como parte de la intervención clínica en niños y niñas que han sufrido traumas relacionales

Por Paula Moreno¹ y Claudio Araya Véliz²

1. Práctica Privada.
2. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez

Resumen

En el presente artículo se explora de manera conceptual la perspectiva de la humanidad compartida, considerando desde la experiencia clínica los aportes que puede brindar su inclusión como recurso terapéutico, específicamente en el caso de los niños y las niñas que han sufrido traumas relacionales.

La incorporación de este enfoque puede resultar relevante para el abordaje terapéutico de estos casos, ya que las experiencias traumáticas de dolor y sufrimiento tienden a permanecer aisladas y desconectadas del resto de las experiencias vitales, lo que termina afectando el establecimiento de vínculos de los menores.

En consecuencia, lo que se propone es que la mirada desde la humanidad compartida abra posibilidades de intervención; por un lado, en el establecimiento de un marco más amplio para comprender la experiencia, y por el otro, en la implementación de intervenciones específicas que permitan ayudar a redefinir las experiencias de trauma.

No obstante, también se plantea que la efectividad de esta perspectiva, aplicada a estas situaciones puntuales, aún tiene que ser investigada.

Palabras clave: humanidad compartida, trauma relacional, recursos terapéuticos, compasión, mindfulness, apego, vínculo terapéutico.

Uno de los grandes desafíos que se nos presentan a diario consiste en cómo ayudar a los niños y a las niñas que han sufrido traumas relacionales a desarrollar empatía y a establecer vínculos que puedan ser percibidos como seguros y amorosos.

La traumatización en edades tempranas, con características crónicas y dentro del sistema de cuidado, puede dar lugar a una amplia gama de sintomatología que afectará varias áreas del desarrollo. De ahí que se utilice la expresión “trauma del desarrollo” (Silberg, 2019) para describir el trauma relacional temprano.

Silberg (2019) retoma este concepto, definido por Bessel van der Kolk (2009), y da cuenta de las áreas que pueden verse afectadas en los niños y en las niñas traumatizados, entre ellas la conducta, el afecto y la percepción; además de los problemas relacionales y las experiencias somáticas típicas que ellos presentan.

Sabiendo, justamente, que no tuvieron con sus cuidadores apegos seguros, muchos han transitado por apegos desorganizados que los llevaron a desarrollar estrategias conductuales de supervivencia, a partir de las cuales manifiestan conductas punitivas o controladoras.

El núcleo de esta desregulación que se produce en varios campos del desarrollo tiene su matriz en estos vínculos de apego. Si no se logra entender de dónde vienen las reacciones adversas que ellos presentan al establecer un vínculo, podemos caer en la creencia errónea de que no están colaborando con la construcción de un vínculo de apego sano.

Creemos que el amor que le podemos ofrecer a esos niños y niñas no alcanza, al menos en un primer momento, y consideramos que, aunque es importante, no es suficiente para que la persona vaya sanando. Partir de estos supuestos puede ser difícil y conflictivo, tanto para los menores como para los padres adoptivos. Pero ¿por qué el amor no basta en un principio?

En primer lugar, los niños y las niñas tienen que ir descubriendo que ese amor no les hará daño. Como han tenido experiencias vinculares tempranas en las cuales fueron lastimados por quienes debían proporcionarles cuidados, la tarea principal consistirá en preparar las condiciones para que puedan recibir ese amor sin que el sentimiento de miedo o rechazo los paralice o los haga escapar.

Según Siegel y Hartzell (2005) “los apegos seguros sólo pueden establecerse cuando el niño mantiene una comunicación emocional coherente, sintonizada y contingente con sus padres u otros cuidadores primarios. La comunicación contingente brinda a los pequeños repetidas experiencias de conexión, comprensión y protección” (pp. 153-154).

Si sabemos que este sistema de apego innato le permite a la niña o al niño buscar seguridad en sus cuidadores para explorar el mundo y para consolarse frente al dolor, estas pautas repetidas de comunicación instalarán en ellos el sentimiento de seguridad en la niña o el niño. Pero cuando esa base segura no está, cualquier adulto se convertirá en una fuente de estrés y temor.

Es preciso detenernos y reconocer que es necesario construir primero un vínculo de cuidado y seguridad, de lo contrario, el amor no puede recibirse como tal.

Al respecto, Dana (2019) plantea que

... las experiencias tempranas dan forma al sistema nervioso, las experiencias actuales tienen la capacidad de remodelarlo, por ende, las señales enviadas de seguridad o peligro entre un sistema nervioso autónomo a otro tienen la capacidad de favorecer la regulación o aumentar la reactividad (p. 17).

Para entender la manera en que los niños y las niñas van consolidando su sistema de conexión social, Deb Dana, estudiosa del trauma, nos ofrece acercarnos a este desde la teoría Polivagal:

El objetivo de la terapia es involucrar a los recursos del vago ventral para que recluten a los circuitos que fomentan los comportamientos prosociales del sistema de compromiso social. El sistema de compromiso social es nuestra conexión “cara-corazón”. En nuestras interacciones usamos el sistema de compromiso social para enviar y buscar señales de seguridad. Tanto en la configuración de la terapia como en la sesión, la creación de condiciones para un estado fisiológico que fomente un sistema de compromiso social activo es un elemento necesario. Si no nos sentimos seguros, estamos en un estado crónico de evaluación y actitud defensiva.

Lo que brinda la posibilidad de conexión, curiosidad y cambio es un estado vagal ventral y una neurocepción de seguridad. (Dana, 2019, p. 7)

En la coconstrucción de esta relación de cuidado es donde la humanidad compartida puede transformarse en un recurso terapéutico.

La infancia como maestra (caso clínico)

Recuerdo el trabajo con una adolescente de unos 18 años que vivía junto a su hijito en un hogar convivencial. Su vida había sido muy dura: sufrió abuso sexual por parte de su padre, a raíz de esto quedó embarazada, y recibió malos tratos físicos y emocionales por parte de su madre. Vivía en hogares desde los 12 años, edad en la que tuvo a su hijo. Esta adolescente se mostraba bastante distante y muy poco empática en la relación con el niño.

Todas las mañanas, cuando nos encontrábamos para su sesión, yo le ofrecía desayunar juntas, porque estaba al tanto que salía del hogar sin haber comido nada. Aunque no era una costumbre aceptada en el centro de salud, me las rebuscaba para lograr que nos dieran un café con leche para las dos.

Comencé con esta práctica que nos unía en la necesidad de tomar algo calentito y, tal vez, comenzar a dialogar. Solía hacerle comentarios acerca de lo que significaba para mí el café con leche de la mañana y le ofrecía la posibilidad de sentir el calorcito de la taza en sus manos o el aroma de la bebida. Este ritual duró años.

Un día le pregunté si ella notaba algo en ese ritual. Me miró sorprendida y me contestó: “¿Cómo qué?” Entonces, le conté que la señora que nos preparaba el café se sentía muy contenta cada vez que llegaba el día en que, a escondidas, nos tenía que preparar nuestro desayuno y que siempre estaba atenta a que una tomaba el café con azúcar y la otra, con edulcorante. Que ni bien llegaba al servicio iba a comprar la leche para que estuviera fresca; y que, quizá, notaba la alegría que a mí me daba compartir ese momento con ella. Quise saber si percibía algún tipo de cuidado en todo eso. La adolescente me miró y me dijo: “La verdad que no”.

Sin permitir que el desaliento prevaleciera, tomé la decisión de seguir en el camino que me había propuesto y busqué maneras para que nuestro vínculo fuera el conductor que despertara su empatía.

En otra ocasión, le conté que me habían invitado a un congreso judicial y que iba a ser la única psicóloga que hablaría sobre un tema muy importante: “Cómo lograr que los niños y las niñas pasen menos tiempo en los hogares convivenciales”. Le pregunté si estaba dispuesta a dar su testimonio, ya que era mayor de edad, y le expliqué que solo ella conocía lo que significaba vivir tantos años allí; que yo podía explicar la teoría, pero la vivencia era suya. Finalmente, accedió.

La entrevista que grabamos marcó un cambio importante en nuestro vínculo, en especial porque su terapeuta le estaba diciendo que ella podía enseñarles a los jueces una realidad que pocos conocen. Toda la conversación fue una “danza” de correulación. Cada vez que se acercaba a un tema doloroso, hacíamos un ejercicio de regulación y luego chequeaba que pudiera continuar. Mis preguntas eran cuidadosas. Así fuimos creando con el tono y el modo de tratarnos un clima de absoluta seguridad.

La mantuve al tanto de cómo su testimonio fue aceptado por los jueces, y compartimos la alegría de lograr juntas el hecho de crear conciencia en ellos.

Mucho después de esa experiencia, un día la adolescente me dijo que ella no sabía muy bien cómo, pero que había empezado a preocuparse por sus compañeras de hogar. Me comentó que antes no le importaba nada de lo que les ocurriera, pero que ahora sentía “algo” cada vez que se le acercaba alguna de ellas y podía dedicar tiempo para escucharla.

Evidentemente, esta adolescente estaba funcionando, en un principio, desde las respuestas de defensa y su sistema nervioso no podía inhibir las de supervivencia. Por lo tanto, necesitábamos crear las pautas de interacción necesarias para que, poco a poco, su sistema de conexión social se encendiera, buscara las señales de seguridad y comprobara que podía confiar.

¿Qué pasaría si a ese cuenco amoroso, entendido como el vínculo terapéutico donde se pueden reparar los apegos traumáticos, le acercáramos esta humanidad compartida de una manera más consistente?

En relación con este tema, Dana (2009) afirma lo siguiente:

Al [nervio] vago se lo ha denominado como el “nervio de la compasión” [...] las acciones del vago ventral nos conectan con los cuidados. Esta misma energía vagal ventral fomenta la autocompasión: el acto de conseguir estar con nuestro propio sufrimiento con amabilidad. El estado vagal ventral de seguridad y conexión trae consigo el potencial de ofrecer y recibir apapacho: abrazar o acariciar con el alma. La energía vagal ventral aporta curiosidad y voluntad de experimentar. Hay una sensación de posibilidad. En el estado vagal ventral surge la esperanza y ocurre el cambio (pp. 26-27).

Humanidad compartida: tejer un vínculo de cuidado

La construcción conjunta de un vínculo de cuidado, tal como ocurre en un vínculo terapéutico, nos brinda la posibilidad de que el otro emerja y que este nos comience a importar, no como una figura o una mera representación, sino como alguien que tiene intereses y necesidades particulares diferentes a las propias.

En el vínculo terapéutico esta construcción se puede ir convirtiendo en una experiencia que va permeando otras relaciones. Si la persona siente que es vista y bien tratada en terapia, aprende ese modo de relación y puede reconocerlo también en otros espacios. Por supuesto que en terapia no solo aprendemos contenido, primordialmente aprendemos modos de relación con los demás y con nosotros mismos.

El desarrollo de un vínculo de cuidado nos brinda la posibilidad de ir estableciendo un modo de relación más inclusivo, donde mi propia experiencia es entendida como parte de una experiencia que no solo nos sucede a nosotros, sino también a los demás. Esto abre la posibilidad de contemplar y entender lo que nos ocurre desde una renovada mirada.

Según Neff (2003), la humanidad compartida es “la capacidad de entender que la experiencia humana que vivimos forma parte de una experiencia más amplia, compartida por otros, en lugar de verlo como experiencias individuales y separadas” (p. 89).

De acuerdo con esto, podemos señalar que las experiencias de humanidad compartida nos brindan la posibilidad de ampliar nuestra mirada y nos permiten observar nuestras experiencias personales desde otra óptica, ya no como hechos aislados e inentendibles para los demás, sino como experiencias que tienen el potencial de conectarnos con los otros. Sobre este punto profundizaremos más adelante.

Por sus aprendizajes y vivencias previas, en estos niños y niñas el sistema de alarma y la reacción de lucha o huida se activa cada vez que se relacionan con otro. Como su sistema de conexión social se encuentra apagado y la seguridad interna no está desarrollada, tienden a aislarse y a generar la ilusión de que nadie más puede entender lo que a ellos les ocurre. Esta falsa creencia puede ser contrastada y transformada en el trabajo terapéutico.

Gilbert (2009) afirma que podemos encontrarnos atrapados por la urgencia de nuestras emociones ante amenazas y autoprotección y no podemos calmarnos, aunque tengamos buenas razones para ello. Si algo amenaza huyes y lo evitas, si estás atrapado, te enfadas, empujas o golpeas. Aunque no siempre podemos hacerlo y esto se convierte en una trampa (p. 193).

Es posible que al compartir nuestra humanidad podamos crear señales más seguras para que la neurocepción evalúe la falta de peligro. Con relación a esto, Dana (2009), citando a Porges, explica:

La neurocepción es una experiencia sin palabras. Es la respuesta del sistema nervioso autónomo no sólo a las señales del mundo que nos rodea, sino también a las señales que vienen de nuestro cuerpo (Porges, 2004). [...] cambia nuestro estado, colorea nuestras experiencias y crea una respuesta autónoma. A menudo no somos conscientes del estímulo, pero somos muy conscientes de la respuesta somática.

Desde una neurocepción de seguridad, [...] podemos conectarnos, comunicarnos y corregular con facilidad. La neurocepción de un paciente controla continuamente el entorno y la relación terapéuticos. La intención

del terapeuta es proporcionar un lugar seguro y ser una persona fiable para su paciente (pp. 36-38).

La humanidad compartida como reconocimiento de nuestra vulnerabilidad y recursos compartidos

El establecimiento de un vínculo amoroso y de cuidado genuino no se puede construir solo desde una asimetría relacional (Araya Véliz y Brito, 2016), es preciso construirlo desde el reconocimiento de una vulnerabilidad compartida (Nusbaum, 2001). Tanto el consultante como el terapeuta han de desarrollar el coraje de mostrarse vulnerables entre sí, y ambos han de aprender a confiar el uno en el otro, a confiar que la relación los sostiene a ambos.

En el caso de la adolescente mencionada, la humanidad compartida implicó que su terapeuta reconociera primero que las dos estaban sufriendo, que ambas tenían necesidades y que anhelaban estar bien y ser felices. Sin embargo, esta cuestión puede ser mal interpretada por algunos colegas, ya sea porque entienden que esto sería dejar desprotegido al paciente que estamos atendiendo, o porque, tal vez, aparezca la idea errónea de que el terapeuta está para enseñarles algo a esos niños y niñas.

Sin embargo, si el terapeuta le muestra al paciente que ambos están “en el mismo barco”, que para manejarlo pudo haber aprendido algunas maniobras que el paciente desconoce; pero que este tiene otras habilidades que el terapeuta no ha aprendido aún, al transmitirle que juntos pueden “navegar esas aguas” la empatía comienza su proceso de desarrollo.

Como terapeutas hemos aprendido que el vínculo terapéutico es el factor más importante en el proceso del tratamiento, pero muy rara vez nos enseñan cómo hacer para trabajar desde ese lugar. Este vínculo no es algo que viene dado ni que se logra con el tiempo; en particular, con estos pacientes la creación de la confianza no solamente suele ser uno de los primeros pasos a dar sino también, uno de los más relevantes.

Principalmente, que puedan confiar en que otro ser humano no los va a dañar suele ser una empresa titánica. Es por eso que buscamos indicios y gestos de confianza basándonos en lo que la neurocepción nos ofrece como información. Una muestra de ello consiste en

registrar las sensaciones corporales del paciente cada vez que realizamos un intento de acercamiento o cuando hacemos un movimiento o le decimos algo.

Hablar de la relación terapéutica en estos términos permite ir construyendo esa confianza. Si bien es importante lo que se dice y se hace, quizás más importante es el modo: cómo lo decimos y cómo lo hacemos, lo cual es registrado sutilmente por nuestros pacientes.

Poder trabajar entramando la neurocepción con la psicoeducación suele ser eficaz, no solo para comprender cómo funciona nuestro cerebro y cómo iremos logrando que esa seguridad interna se vaya acrecentando, sino también para entender cómo estamos interconectados.

Por eso, podemos ir haciéndonos a la idea e ir reconociendo experiencias de humanidad compartida. De esta manera, se puede visibilizar cómo el movimiento de una parte puede generar cambios en otros lugares, incluida la naturaleza. Buscamos juntos, terapeuta y paciente, ejemplos en la vida donde esa interconexión aparezca, incluso en aquellos momentos dolorosos donde no la hubo.

El reconocimiento de la interconexión y la visión de la humanidad compartida abre la posibilidad de resignificar las experiencias, lo cual permite que no queden aisladas y descontextualizadas. Este enfoque posibilita reconocer que una experiencia abordada desde una sola perspectiva sea incomprensible y dolorosa, mientras que desde una perspectiva más amplia sea entendida también como un aprendizaje.

El desarrollo de la toma de perspectiva desde la humanidad compartida abre la oportunidad de interpretar nuestra propia experiencia, no solo como una experiencia aislada e incomprensible, sino como una experiencia compartida también por otros. Es decir, implica el reconocimiento de una vivencia que es única y personal, pero que no es exclusiva, ya que otras personas también la han vivido. En relación con esto, Stuurman (2008) afirma sobre la humanidad compartida que, en su forma más radical, es la noción de que, a pesar de las diferencias, los seres humanos somos inequívocamente semejantes (p. 18).

Esto que nos ocurre, por muy doloroso que sea, es parte de la naturaleza humana, y como tal, a otras y a otros les ha ocurrido, y otras y otros también han aprendido y salido adelante. Gilbert (2009) lo refleja cuando dice que los seres humanos necesitamos desesperadamente conectar (p. 78).

El cerebro humano ha evolucionado para dar y recibir cariño hasta tal punto que el modo en que su patrón de interconexiones se moldea y se conecta a lo largo de la vida se ve fuertemente influido por el afecto, el amor y el cariño que reciben.

El cariño de los padres no solo calma al niño cuando está angustiado, sino que también lo ayuda a comprender y aceptar su funcionamiento mental; además, le permite hablar de sus sentimientos y de lo que le ocurre. Saber que existe en la mente de otra persona como alguien querido estimula su sistema de relajación/satisfacción y le hace percibir su mundo como seguro.

Tal vez sea necesario poner de manifiesto esta interdependencia y no darla por sentado, como si pudiéramos traerla sobre la mesa y dialogar con ella. ¿Qué provoca cada movimiento de cada una de las partes del vínculo terapéutico? ¿Qué parte de esta interdependencia lleva a que ese niño o esa niña sienta que el espacio es seguro, o que internamente sienta esa seguridad? ¿Cómo me doy cuenta de que el otro siente que está siendo sentido por mí?

La humanidad compartida como desarrollo de una habilidad práctica

¿Podemos ofrecer la conexión como recurso? Sí, lo estamos haciendo desde este vínculo terapéutico, pero la propuesta va un poco más allá: ¿cómo llevamos a la práctica la humanidad compartida para poder sentir que estamos siendo sentidos por una trama más amplia? Un camino podría ser visibilizar la interdependencia y ayudar al paciente a sentir en el cuerpo lo que aparece cuando la notamos.

¿Cómo podemos tejer una trama de interdependencia? O, mejor dicho, ¿de qué manera hacemos consciente esa trama? En muchas oportunidades compartimos un recurso que nos han regalado y que lo hemos incorporado en nuestras vidas. A veces es un cuento, una poesía o una práctica de atención plena. Pero lo que se convierte en un recurso más amplio es la cadena amorosa con la que se construyó ese recurso.

Si le decimos al paciente: “este cuento nos fue regalado y ahora te lo regalamos”, ya somos, por lo menos, tres personas interdependientes sosteniéndonos. Además, con permiso del paciente, le transmitimos algún *feedback* a quien nos regaló ese recurso. Así, lo circular aparece como forma de conexión que nutre a toda la trama.

Poner de manifiesto y en palabra esta trama y, además, guiar al paciente en lo que pueda aparecer al ser sostenido y sostener a otros suele ser muy sanador. Esto sucede no solo por sentirse sentido, sino también por la posibilidad que tiene de reconocer que hay un entramado más amplio que nos sostiene a todos. Sentir este sostén ayuda a cobrar coraje y confianza.

Como terapeuta, la propuesta continúa siendo permanecer abiertos en nuestra atención (y en lo que nuestra conciencia ampliada permita) para “pescar” esos momentos durante o entre las sesiones y crear desde ahí el recurso de la interdependencia.

Un ejemplo de lo citado fue la experiencia de acompañar a una paciente a destrabar algunos “nudos” en su vida. Una poeta me había regalado un cuento sobre un navegante que está anudado al muelle por temor a navegar los mares. Busqué ese libro y lo compartí con mi paciente, quien creó un árbol de la vida con los distintos nudos por los que había atravesado y estaba atravesando. Esa foto de ese árbol pudo ser compartida con la poeta y con la escritora del cuento.

Con esto quiero decir que, si como terapeuta no hago consciente esa trama de interdependencia, pierdo la oportunidad de abrir espacio a todas estas personas que la conformamos y que nos hemos transformado a partir de esa experiencia.

Sobre la base de lo expuesto, en sesión puedo guiar a la paciente de la siguiente manera. En primer lugar, le explico que le voy a leer un cuento que me regalaron cuando tuve que afrontar un momento de mi vida, y que me lo obsequió una persona muy querida. Luego, la invito a que mientras escucha el cuento preste atención a sus emociones, sensaciones corporales y pensamientos; que surgen del relato o al oír mi voz, de la lectura que hago del cuento, de la cercanía o lejanía de nuestros cuerpos, entre otras cosas.

Después de trabajar con el cuento, le pido que ponga atención en lo que siente cuando le digo que esta historia viene de la mano de otras personas, quienes nos la regalaron y que pensaron en ayudarme a mí para ayudarla a ella. A continuación, le pregunto si le gustaría compartir algo con estas personas. Si es así, le transmito que voy a hacer lo mismo cuando ellas reciban su mensaje.

En la siguiente sesión se continúa con la metodología del encuentro anterior, en la cual se le pueden a la paciente las siguientes preguntas:

- Si tuvieras que representar esta cadena de ayuda que hicimos entre todas, ¿cómo lo harías? En ese momento, se le explica que esto lo puede expresar con un dibujo, una canción, un collage, una comida, o con lo que tenga algún sentido para ella.
- Si pudieras ubicar en tu cuerpo esta cadena de amor, ¿dónde la ubicarías?
- Si llevamos la atención a esa parte del cuerpo, “¿puedes ponerle un color, una textura o una temperatura; puedes notar su forma y hasta dónde llegan los bordes?
- ¿Crees que esa cadena de amor representa una expresión de cómo podemos conectarnos, de cómo estamos unidos por algo en común, y que puede abrigarte?
- ¿Cómo se siente en el cuerpo sentirse parte de esa cadena? ¿Pensaste alguna vez que estábamos así conectados?
- Desde algo sencillo y cotidiano, ¿encuentras otras maneras de hacerlo?

Muchas veces llevar a lo concreto estos recursos de conexión ayudan a materializar este sentimiento y a potenciarlo.

Un ejemplo desde el Alma (caso clínico)

Con Alma pasó algo muy curioso. Ella es una niña de 6 años que vive con sus abuelos y sus hermanos porque fue separada de sus padres por maltrato infantil. Alma estaba teniendo unos días en los que el enojo la estaba sobrepasando y le pegaba a todos los que tenía a su lado, incluso a ella misma.

Un día en el que estábamos en plena conferencia con su enojo, me dijo que no podía usar el recurso de salir a correr para calmarse, porque en el campo donde vive hacía mucho frío a esa hora. Le propuse si quería mostrarme su campo, ese campo que la iba a recibir con sus pies cargados de enojo. Ella acercó la computadora hasta la ventana y comenzó a

describir los árboles que había allí. Entonces, Alma dijo: “Allá está el álamo, el duraznero y el eucalipto”.

En ese momento, vino a mí un recuerdo de mi infancia y decidí compartirlo con ella. Le conté cómo mi abuelo me había enseñado a recolectar los “coquitos” del eucaliptus y cómo los calentábamos al fuego para que dieran olorcito. Alma se alegró de que a ella le pasara lo mismo con sus abuelos. Casi al mismo tiempo, las dos dijimos: “la poción mágica para cuando estamos resfriados. Esos eucaliptus los hervimos en agua y nos tapamos la cabeza con una toalla para oler el vapor”. Yo le cuento que en mi barrio no hay de esos árboles y que me encantaría tener esos “coquitos”.

Ese compartir con Alma permitió que nos acercáramos desde un recuerdo humano en común de amorosidad. Esa misma tarde, Alma fue a recolectar el fruto del eucaliptus para guardarlo hasta que nos pudiéramos ver. El enojo, obviamente, desapareció y en su lugar se gestó una acción de amor hacia mí y hacia la naturaleza.

Es importante destacar que cuando surge el momento de encarnar la humanidad compartida, por ejemplo, cuando la niña me muestra su campo, acompaño esa visita invitando a su atención plena a descansar en el triángulo de conciencia. Este ejercicio también es compartido por mí, donde mi triángulo se pone de manifiesto, donde también lo pongo en palabras.

Fue muy bonito, además, tener la posibilidad de conectar con dos generaciones anteriores a nosotras y con lo que nos unía, como la necesidad de sentirnos mejor frente a un resfrío, como el amor de los abuelos a los nietos, o como descansar en la madre tierra para que nos cuide.

La posibilidad de crear sintonía con estos niños y niñas requiere de otros condimentos, entonces. Generar en ellos y ellas esta condición de reconocer que pueden ser amados, aun con lo que han vivido, supone una etapa de preparación previa para ir entramando esta humanidad compartida. Para poder ver el dolor de otros y el propio, necesitan sentirse mirados y reconocidos. De allí que el trabajo desde el vínculo terapéutico (y con sus cuidadores, por supuesto) se convierte en el modelaje de ese apego seguro.

Los piojos de mi cabeza (caso clínico)

En otra oportunidad estaba trabajando con una niña de 9 años que había sido rescatada de una red de trata y ahora vivía en un hogar. La niña no confiaba ni en su sombra y cada vez que entraba al consultorio se congelaba y enmudecía. Un día llegó rascándose mucho la cabeza y, en un momento, un piojo cayó en el escritorio. Fui a comprar un peine especial para tratar la pediculosis y decidí que podíamos tener la sesión en el baño mientras yo le sacaba los piojos.

¿Por qué entiendo esta intervención como parte de integrar la humanidad compartida? Porque me acerca a mí como ser humano, terapeuta y madre tal vez, que puede sacarle amorosamente los piojos y, también, brindarle una acción amorosa y de cuidado.

Esa sesión consistió en una práctica de atención plena en cada pasada de peine, en el vínculo que nos unía en ese momento, y en cómo fuimos entrelazando nuestra experiencia. Yo le pude contar cómo me sentía cuando mi mamá me pasaba el peine y cómo se sentían mis hijos. Ese compartir, atento y sintonizado, hizo que ambas nos conectáramos desde un nuevo lugar. Desde que comenzó su tratamiento, en esa sesión fue la primera vez que la niña pudo confiar en nuestro vínculo y relatar experiencias que nunca había contado.

De acuerdo con esto, Siegel y Hartzell (2005) explican lo siguiente:

Sintonizar con las emociones de las niñas y los niños puede requerir que nos pongamos a su nivel, manteniendo una postura abierta y receptiva, mirando lo que traen para mostrarnos y expresando curiosidad y entusiasmo en nuestro tono de voz. Cuando los adultos resuenan con las emociones de ellos y ellas, las experiencias que estos tienen de sí mismos es que son buenos (p. 91)

También nos dicen que

... para poder sentirnos sentidos tenemos que sintonizar con las emociones primarias de los demás. Cuando se conectan las emociones primarias de dos mentes, se crea un estado de alineación en el que ambas personas unen

sus experiencias respectivas. La resonancia solo ocurre cuando alineamos nuestros estados emocionales primarios a través del intercambio de señales no verbales (p. 99)

En este punto, transmitir la común humanidad es parte de esta comunicación integradora. Descansa en ella esta sintonía de la que hablamos. Es allí donde los elementos de ambas mentes comienzan a integrarse.

¿No es acaso la experiencia vivida con esta niña un ejemplo de comunicación empática? Para Siegel y Hartzell (2005) “La comunicación amorosa alienta el desarrollo de apegos seguros, basados en la confianza”. Es lo que se denomina como “comunicación contingente”, ya que las señales emitidas por la niña fueron percibidas, comprendidas y respondidas, en una danza de comunicación basada en la cooperación mutua. La comunicación contingente aporta un estimulante sentido de conexión que podría estar en el núcleo de las relaciones que mantenemos a lo largo de nuestra vida (p. 121).

Tal vez la confianza de esta niña descansó en este tipo de comunicación. Como explican Siegel y Hartzell (2005)

... el receptor escucha con una mente abierta y tratando de poner todos sus sentidos en el mensaje. De este modo, su reacción dependerá de lo que esté siendo comunicado realmente y no de un modelo rígido y predeterminado de lo que espera escuchar. Se trata de un intercambio que tiene lugar completamente en el momento presente (p. 122).

¿Es la compasión el corazón de la humanidad compartida?

Gilbert (2009) señala que “la compasión puede definirse como un comportamiento que busca nutrir, cuidar, enseñar, guiar, orientar, calmar, proteger y ofrecer sentimientos de aceptación y pertenencia para beneficiar a otra persona” (p. 248).

Si pensamos a la humanidad compartida del modo que la describe Neff (2003), como la posibilidad de ver nuestras experiencias como parte de la condición humana, en lugar de como algo personal, vergonzoso y que nos separa, la respuesta sería que sí.

La vergüenza en las niñas y los niños que han sufrido malos tratos se traduce en la creencia absoluta de que no son queribles, que “algo hay malo en ellos” y “que merecen ser dejados de lado”.

Algunas de las frases que se repiten en su cabeza son:

- “Estoy dañado”
- “Así nací y no cambiaré”
- “Nunca seré querido”
- “No merezco nada”
- “Nadie puede entenderme”
- “Nadie puede ayudarme”

La vergüenza lleva a que estos niños y niñas se desregulen por la alta activación que conlleva y porque el sistema de conexión social está totalmente desactivado. Esa vergüenza, que es en respuesta al abandono, al rechazo y a la crítica, estará presente en el vínculo terapéutico, a veces bajo la forma de sentirse rechazado o criticado, por lo que tendrá emociones que no aceptará, incluida la necesidad de ayuda.

Conclusión

En vista de lo revisado en el presente artículo, podemos asumir que la construcción de un vínculo amoroso y cuidadoso, acompañado de la perspectiva de la humanidad compartida, abre la posibilidad de reconocer el dolor de la vergüenza para abrazarlo desde una calidez humana y compasiva.

El dolor tiene el potencial de transformarnos y, más aún, tiene el potencial de ayudarnos a conectar con los demás si lo validamos y estamos dispuestos a compartirlo y conectar con otros y otros.

Esta perspectiva, que podemos considerar como valiosa en términos generales, lo es con mayor énfasis para las niñas y los niños que han sido víctimas de violencia y maltrato, el que les ha generado la falsa percepción de aislamiento y desconexión. Es justo ahí donde el desarrollo de una perspectiva práctica y relacional de humanidad compartida puede

contribuir en la ampliación de un camino terapéutico, tal como se ha visto reflejado en los ejemplos clínicos compartidos.

La humanidad compartida puede transformarse, por ende, en una habilidad crítica para construir una relación de mayor conexión con los demás y con nosotros mismos, que nos permita afrontar de mejor manera el dolor y, también, desarrollar vínculos que promuevan el bienestar y la construcción de un sentido compartido.

Nota: Los casos y las experiencias clínicas que se relatan en este artículo fueron elaboradas por Paula Moreno.

Referencias

- Araya Véliz, C. y Brito, R. (2016). Lo que nuestros pacientes nos enseñan. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 12 (1), 24 -34.
- Dana, D. (2019) *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*, Barcelona: Elefheria.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: New Harbinger Publications.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
- Nussbaum, M. C. (2005). *El cultivo de la humanidad: Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Barcelona: Paidós.
- Siegel, D. y Hartzell, M. (2005) *Ser padres conscientes*. Barcelona: La llave.
- Silberg, J. (2019) *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Stuurman, S. (2008). Herodotus and Sima Qian: History and the anthropological turn in ancient Greece and Han China. *Journal of World History*, 19 (1), 2-3.

Iberoamerican Journal of Psychotrauma and Dissociation.
Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación.
Volúmen 11, Number 1 (Octubre, 2021).

www.revibapst.com

Van der Kolk, B: Pynoos, R., Cicchetti,D., Cloire, M., D'Andrea, W., Ford, J.,
...Teicher, M. (2009, February). *Proposal to include a Developmental Trauma
Disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Manuscrito inédito.
De http://www.traumacebter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf