

**LA IMPORTANCIA DEL VÍNCULO TERAPÉUTICO EN EL
QUEHACER CLÍNICO CON SOBREVIVIENTES ADULTOS DE ABUSO
SEXUAL INTRAFAMILIAR Y SUS MEMORIAS TRAUMÁTICAS
DISOCIATIVAS**

**THE IMPORTANCE OF THE THERAPEUTIC BOND IN THE
CLINICAL WORK WITH ADULT SURVIVORS OF INTRAFAMILY SEXUAL
ABUSE AND THEIR DISSOCIATIVE TRAUMATIC MEMORIES**

Ps. María Paz San Martín Rivera
Universidad Santo Tomás Sede Temuco
Msanmartin14@santotomas.cl

T.S. Alejandra Ferreira Roa
alejandraferreiraroa@hotmail.com

Ps. María Eugenia Quijada Sepúlveda
m.quijada@uc.cl

RESUMEN

La presente propuesta invita a otorgarle especial relevancia a la construcción y deconstrucción del vínculo terapéutico en el quehacer clínico con sobrevivientes adultos de Abuso Sexual Infantil (ASI) Intrafamiliar y sus memorias traumáticas disociativas, dado el impacto que provoca en el/la sobreviviente la dualidad generada por la propia figura de apego como fuente de amenaza. Se analizan distintos modelos teóricos, dotando el análisis de una fundamentación que transita desde lo paradigmático hasta aspectos específicos y pragmáticos del estado del arte relativos a la resignificación de ASI intrafamiliar y memoria traumática disociativa. Se integran fundamentos del enfoque sistémico, psicoanálisis relacional, neurociencias y apego en un entramado interrelacionado para la construcción del vínculo terapéutico donde este último toma un papel relevante en la resignificación cuando la palabra o imágenes no son suficientes o no es posible acceder a ellas.

Palabras Claves: Abuso Sexual Infantil, Abuso Sexual Intrafamiliar, Trauma Relacional, Disociación, Vínculo Terapéutico.

ABSTRACT

The present proposal invites to give special relevance to the construction and deconstruction of the therapeutic bond in the clinical work with adult survivors of Intrafamilial Child Sexual Abuse (CSA) and their dissociative traumatic memories, given the impact that duality generates in the survivor due to the attachment figure itself posing as a source of threat. Different theoretical models are analyzed, providing the analysis with a foundation that goes from the paradigmatic to specific and pragmatic aspects of the state of the art regarding the resignification of intrafamilial CSA and dissociative traumatic memory. Fundamentals of the systemic approach, relational psychoanalysis, neurosciences and attachment are integrated in an interrelated framework for a construction of the therapeutic bond where the latter takes a relevant role in the resignification when words or images are not enough or it is not possible to access them.

Key words: Child Sexual Abuse, Intrafamilial Sexual Abuse, Relational Trauma, Dissociation, Therapeutic Bonding.

Introducción

NUESTRA PROPUESTA REFLEXIVA espera alcances metodológicos en la mirada y análisis en la comprensión del vínculo terapéutico, desde distintos modelos teóricos, con sobrevivientes de abuso sexual intrafamiliar otorgando énfasis a procesos disociativos en la memoria y el abordaje frente a éstos en la resignificación. Se intentará articular distintas teorías que permitan llegar a una aproximación más amplia integrando los principales aspectos vinculares de cada una de ellas y su relación con las sensaciones y la conciencia del cuerpo, no solo de los(as) consultantes sino también de sus terapeutas, desde una mirada de la intersubjetividad y recursividad.

Frente a esta materia, se observan en el estado del arte, diversos modelos de trabajo sin embargo, estos no tienden a vincularse entre sí, pese a que se observan ápices de encuentro en lo relativo al ámbito vincular. Es así, que surge la necesidad de incorporar distintos enfoques comprensivos del abuso sexual intrafamiliar y sus consecuencias en la memoria e integración de la experiencia (teoría del apego, teoría sistémica, teoría psicoanalítica relacional, cuerpo, neurociencias, etc), generando una perspectiva teórica relativamente unificada que otorgue un punto inicial en la comprensión de un fenómeno tan complejo como la disociación en el contexto de trauma relacional y sus implicancias en la relación terapéutica.

Esta propuesta persigue la finalidad de entregar una reflexión de las distintas perspectivas teóricas mencionadas, entregando lineamientos generales que apunten a la construcción del vínculo terapéutico como foco principal en la posibilidad de resignificación constituyéndose como un espacio seguro para la elaboración cuando no existen imágenes o elementos claros a raíz de elementos disociativos; Creemos que en el espacio vincular seguro de la terapia y la conciencia del terapeuta frente a sus propias sensaciones y emociones, pueden ser de vital relevancia para elicitación significados frente a la experiencia fragmentada por el trauma.

Comprensión del fenómeno del Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar y su prevalencia.

El concepto de Abuso Sexual Infantil resulta complejo de precisar en una única y sola descripción debido a la diversidad de definiciones, sin embargo, la presencia de tres factores en común permite aproximarse a una definición más global. De los tres factores, el primero tiene relación con el involucramiento de un niño(a) y/o adolescente en actividades sexuales de cualquier tipo, las cuales se ubican en un amplio espectro que va de exhibicionismo y voyerismo hasta la penetración. El segundo, la existencia de jerarquía entre el abusador y víctima, indicándose que el perpetrador se encuentra en una posición de poder y control sobre el niño, niña o adolescente del cual abusa. El tercer factor, guarda relación al anterior, y se refiere al uso de maniobras coercitivas por parte del abusador, tales como fuerza, mentira, seducción, manipulación y amenaza (López Sánchez, 1996; Barudy, 1998; Orjuela y Rodríguez, 2012, como se citó en Martínez, 2000). Otro aspecto importante para considerar en la definición según lo planteado por el Berliner y Elliot (2002, se cita en Cantón Cortés, 2013), quienes afirman que el contacto sexual entre un niño pequeño y otro de mayor edad también puede ser abusivo si existe una diferencia significativa en el desarrollo, dejando al niño más pequeño en una posición de incapacidad de dar su consentimiento.

Dentro de las primeras distinciones fenomenológicas que se pueden realizar sobre el concepto, es la clasificación de acuerdo con el vínculo entre víctima y persona que comete el abuso. Se distingue así el abuso por parte de agresor desconocido o conocido, subdividido este último en abuso extrafamiliar e intrafamiliar. Dentro los abusos

intrafamiliares se incluyen los abusos incestuosos, aquellos en que el ofensor ocupa un rol parental para la víctima (Navarro, 2011).

El grado de cercanía entre la víctima y su ofensor ha sido también considerado como una de las variables que determina las dificultades que presentan niños, niñas y adolescentes para develar la situación que les afecta. Al respecto, la literatura especializada estima que conocemos sólo entre el 15% y el 20% de los abusos sexuales contra niños y niñas y que la tasa de abusos que no llegan a divulgarse aumenta en directa relación con el vínculo entre la víctima y su agresor. Así, en el caso de los abusos en que el agresor es un desconocido para la víctima, la relación entre casos conocidos y los que se mantienen en el silencio se estima es de 1:3, relación que se da en 1:7 en los abusos por agresor conocido, llegando a ser 1:12 cuando se trata de un familiar de la víctima (CAVAS, 2003). Asimismo, en el año 2012, estudios de la UNICEF dan cuenta que alrededor del 9% de los niños/as reporta haber sufrido agresiones sexuales. De ellos, un 50% se produce en el contexto intrafamiliar, en donde factores como la relación con el agresor y cronicidad de las agresiones sexuales se han asociado a secuelas psicológicas más severas a mediano y largo plazo. Siendo un problema de extensión a nivel mundial, panorama que no queda excluido a nivel país.

El Abuso Sexual se suscita vulnerando la cualidad vincular interna a la familia; y provocando un fenómeno sociocultural que rompe con todo el imaginario instituido en torno a la función propia del cuidado adulto y a la institución familiar y social, transgrediendo los límites del poder y la confianza, depositada en la función de protección del niño/a por parte de un adulto, que es considerada fundante y articuladora de la vida psicológica infantil (Renvoize, 1982, como se citó en Magaña, Ramírez & Menéndez, 2014) siendo una de las formas de maltrato más devastadoras infringidas por los adultos en contra de los niños/as y adolescentes y, por tanto, el de mayores consecuencias generalizadas en la persona del niño/a como así lo plantea (Gonçalves y Ferreira, (2002) Habigzang y Caminha, 2004, como se citó en Magaña, Ramírez & Menéndez, 2014)

De acuerdo con lo planteado por Pereda y Gallardo-Pujol (2011), los niños que fueron abusados presentan más síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta, existiendo cuatro veces mayor que esto ocurra en la población general.

Referente a lo anterior, y como expone el modelo traumatogénico de Finkelhor y Browne (1985), entendiendo que las dinámicas del abuso sexual producen alteración en el funcionamiento cognitivo y emocional, también involucran la distorsión de la visión de sí mismo, del mundo y de las relaciones con otros. Los autores del modelo identifica cuatro dinámicas o factores que generan el trauma donde la víctima se ve afectada a procesos cognitivos de sexualización traumática (conductas sexuales inapropiadas para la edad), experimentando la percepción de traición en el adulto cuidador (pérdida de confianza), y seguida indefensión de su persona (incapacidad de oponer resistencia y buscar ayuda) al no poder huir del abuso. Como consecuencia de estos hechos se produce el proceso de estigmatización y culpabilización en el/la sobreviviente, existiendo sentimientos de culpa, vergüenza y humillación. Lo anterior, pudiese generar conductas desadaptativas en función de su entorno generando traumatización crónica y procesos disociativos de la personalidad produciéndose disrupción del apego respecto de sus referentes cuidadores. Si el abuso se cronifica, existe la posibilidad de la aparición de patologías no solo en el espectro borderline sino también en trastorno traumático de estrés extremo y síntomas y trastornos disociativos.

En términos generales, el abuso sexual intrafamiliar genera un aprovechamiento de la relación complementaria natural, entre el niño (a) y el adulto, que conlleva asimetría entre ambos, siendo utilizada sin consideración de la subjetividad y la indemnidad del niño/a, transgrediendo los límites de la relación y el tabú del incesto. El adulto posee el poder para controlar al niño/a, y la relación desigualitaria previa se convierte en una

relación abusiva, que se va instalando a partir de patrones comunicacionales y relacionales alterados, que interfieren el sentido crítico de todos los integrantes de la familia, no sólo de la víctima (Barudy, 1999; Perrone y Nannini, 1997, como se citó en López 2021).

Trauma Relacional y Disociación: Una oportunidad de resignificación desde el vínculo terapéutico.

Entendemos el origen de la palabra trauma como herida; un quiebre doloroso y solitario, en donde, éste rompe y quiebra esa posibilidad de descansar, alterando la conexión con los otros y consigo mismo. Bromberg (2017) lo concibe como una ola, que pudiese tomar todo cuando se retira, entiendo así, este tipo de experiencias como un “tsunami personal” con serias implicancias relacionales y su percepción de seguridad en el entorno.

Ahora bien, qué sucede cuando la persona que agrede sexualmente y provoca este tsunami es quien debe cuidar y proteger. Más específicamente, ¿Qué ocurre cuando el agente que provoca el trauma es una figura de apego? En ese caso el niño/a y adolescente habrá de sentir un pánico sin solución. Si el padre o la madre no pueden proteger al niño/a ante una amenaza externa o si, lo que es mucho peor, es uno de ellos el agente que causa el trauma, la disociación es el recurso adaptativo para sobrevivir (Dozier, et al., 1999). El proceso de disociación se inicia en el momento en que el individuo no puede contener dentro de sí la noción de que una persona que se supone que debería protegerlo, sea al mismo tiempo, su ofensor(a) sexual.

Es necesario señalar que la figura de apego cumple una doble función, por un lado, entrega una base que permite explorar el entorno, y por otro, un cobijo al cual regresar cuando se presentan situaciones difíciles. Es por ello, que el sistema de apego se activa frente a situaciones de estrés cumpliendo esta figura una función de refugio, calma, consuelo y protección (Di Bartolo, 2016; Aburto 2007). Por lo tanto, el vínculo de apego está basado en la necesidad de lograr y de mantener un estado mental de seguridad que le permita a un niño(a) experimentar, expresar y regular las emociones o en otras palabras, puede ser definido como la “regulación diádica de emociones” (Schore, 2010).

Al retornar la pregunta inicial ¿Qué ocurre cuando el agente que provoca el trauma es una figura de apego? El niño, niña y adolescente víctima de esta situación experimenta el miedo y la contradicción como manifestaciones de dos estados antagónicos que coexisten simultáneamente: el impulso instintivo de buscar al cuidador para ser protegido y la tendencia a huir de éste por el temor que le genera. Esta incongruencia es producto de una relación amenazante y contradictoria con esta figura de apego, configurándose un “dilema insoluble” en donde, en lugar de calmar el miedo se intensifica, dejando al niño/a en un estado de “terror sin solución” (Main y Hesse, 1990).

Si bien, el dolor psíquico acompaña el recuerdo del abuso sexual, este no es comparable con el dolor que se asocia al de haber sido traicionado por el cuidador o familiar en que se confiaba (Steele y Steele, 2003). Desde la mirada del modelo traumatogénico de Finkelhor y Browne 1985, resulta muy visible y desgarradoramente doloroso que el contexto en el cual ocurre la agresión se encuentran involucradas las figuras de protección, generando una desconfianza y temor hacia el entorno. Lo anterior se puede observar en indicadores de daño a nivel relacional en las dinámicas de traición e indefensión donde la víctima sufre un fuerte desencantamiento y desilusión respecto a la figura de apego, pudiendo incluso conducir a la persona vulnerada a organizar una generalización respecto a qué esperar de terceros, determinando la visión de sí misma/o y del mundo que le rodea casi como una “profecía autocumplida” de que su entorno le

dañara de alguna forma pudiendo favorecer aislamiento social o establecer relaciones superficiales y/o nocivas.

Tales experiencias tienen un alto poder disociativo explicada desde la teoría del apego, donde el niño es forzado por la tendencia innata a preservar la relación y confianza con el cuidador(a) optando por bloquear estos recuerdos como último recurso frente a las experiencias emocionales abrumadoras e insoportables (Schoore, 2010). Por lo tanto, la disociación es entendida por Schoore (2010) como una respuesta gatillada automática e inmediata de defensa fundamental frente a la disregulación de los estados afectivos agobiantes, cumpliendo la función de escape, interpretándose como una respuesta no verbal frente a la memoria traumática. Lo anterior, también implica el acto de distanciarse inconscientemente de un aspecto de la realidad o de sí mismo vinculado con amenazas a la supervivencia del self corporal y psíquico. Se podría decir que, pese a sus efectos colaterales negativos, el propósito de la disociación es adaptativo (Marrone, 2001).

Según investigaciones en el área de la teoría del apego, estas concluyen que existe una estrecha relación entre trauma infantil y disociación como es el caso de las agresiones sexuales en la infancia (Mollon, 1996) en donde, los actos disociativos son un intento de negar el hecho dado lo intolerable que resulta psíquicamente la vivencia del cuerpo violado o torturado durante los actos de agresión sexual.

Desde la perspectiva de Diamond (1992) el abuso sexual da cuenta de un trastorno de la subjetividad ya que el/la víctima no puede comprender ni tolerar emocionalmente la agresión dada su etapa evolutiva y la naturaleza de la relación incestuosa, siendo terreno fértil para los procesos disociativos. Por lo tanto, la naturaleza del trauma es eludir nuestro conocimiento, ya que este sobrepasa y derrota nuestra capacidad de organizarlo.

Los acontecimientos traumáticos tales como las agresiones sexuales, suponen un quiebre en el sentimiento de seguridad y de pérdida de confianza básica en terceros. En este sentido, los recuerdos asociados a una intensa carga emocional negativa logran una mejor consolidación en la memoria o en palabras de Echeburúa & Amor (2018) “se recuerda mejor lo que emociona”. Cabe señalar, que en el caso de los recuerdos traumáticos estos pueden ser difusos, incompletos y oscilantes en lugares recónditos de la memoria, conformándose en forma desestructurada, invadiendo la conciencia de la persona afectada quien sufre pensamientos intrusivos, pesadillas, alteraciones de la memoria asociadas a relatos fragmentados y flashback de recuerdos parciales con una potente intensidad emocional. Las víctimas adultas que han sufrido vulneración sexual durante su infancia por parte de un familiar en forma crónica, en virtud de lo anterior, pueden desarrollar una amnesia disociativa relativa a “recuerdos incompletos y erráticos” (Boon, 2015; Odgen; 2009; White, 2004).

El trauma se define más por sus efectos psicológicos en las víctimas que por las características intrínsecas del agente que lo provoca. Involucra una amenaza y un ataque a la integridad del ser físico y psíquico. La experiencia indica que los efectos psicológicos son más severos si el trauma es perpetrado por una figura de apego, con crueldad, repetido y en la infancia, constituyéndose en un trauma de orden relacional (Schoore, 2010). A menudo el progenitor que abusa del hijo/a quiere ocultar la verdadera naturaleza y significado de sus acciones mediante el proceso de interferir con los procesos perceptivos, emocionales y reflexivos del niño (Marrone, 2001).

Ahora bien, dado el devastador impacto emocional del abuso sexual intrafamiliar, se despliegan mecanismos disociativos que se fijan en la memoria como recuerdos traumáticos estáticos, dejando huellas de experiencias abrumadoras del pasado, grabadas en el cerebro, cuerpo y psique de la víctima en las cuales “el pasado continúa vivo en el presente” (Levine, 2018; Van der Kolk, 2017). Los recuerdos traumáticos tienden a surgir como fragmentos de sensaciones, emociones, imágenes, olores, sabores o pensamientos inconclusos.

Para comprender la naturaleza de la memoria traumática es necesario abordar los hilos que la componen. Para Levine (2018) existen entre el compendio de tipos de memoria, dos a destacar. La primera, es la explícita la cual está conformada por recuerdos declarativos de orden cognitivo y emocional accesibles. La segunda corresponde a un tipo de memoria implícita, que se encuentra conformada por el subtipo procedimental y emocional, siendo recuerdos que no pueden ser evocados deliberadamente y surgen como un conjunto de sensaciones, emociones y conductas.

Por su parte Paredes & Bustos (2018) refieren que cuando el trauma es de carácter crónico existe una gran posibilidad de que las memorias del fluir de la conciencia, la autobiográfica, a corto plazo y la episódica se vean afectadas. De esta manera, con la ruptura que significa la afectación en la memoria y el quiebre frente a la figura de cuidado, el/la sobreviviente queda recluso(a) en el pasado, envuelto(o) por estímulos particulares que le invitan a revivir la experiencia de trauma una y otra vez.

Ahora bien, Llanos & Sinclair (2019), proponen que las(os) sobrevivientes a menudo cuentan con un registro no simbolizado del abuso sexual asociado a sensaciones difusas y confusión acerca de lo ocurrido dadas las características propias de las dinámicas abusivas y el impacto psicológico provocado por estas experiencias. Es por ello, que un foco terapéutico específico a trabajar en terapia de resignificación de víctimas de abuso sexual es la semantización de la experiencia la cual según Barudy (1999) trata de “prestar un lenguaje que permita poner en palabras lo ocurrido”. Lo anterior, otorga un carácter de realidad a los hechos vividos, favoreciendo la validación de las percepciones y vivencias asociadas al abuso en particular cuando es de tipo intrafamiliar dado el carácter traumatogénico de traición que reviste el ASI intrafamiliar, generando dificultades en la construcción de vínculos seguros y saludables donde la figura del terapeuta no queda excluida.

Comprensión epistemológica del vínculo terapéutico y su implicancia en la integración de memorias disociativas: Una postura teórica.

Desde un punto de vista socioconstruccionista, Michael White y David Epston dan cuenta de una serie de prácticas narrativas (White, 2004) para acompañar a personas que han vivenciado y experimentado traumas severos y múltiples. Ambos autores, dan cuenta de los efectos no solo a nivel individual desde el sentido de sí mismos(as) sino también de dificultades y efectos en el área social.

Boon (2015) señala que como seres humanos, tenemos una necesidad intrínseca de conectar con otros(as), ya que estamos hechos para ser seres sociales. Mediante estos vínculos, las personas buscan relaciones sanas que proporcionen garantías de seguridad, apoyo, regulación emocional, compañía, apoyo, sensación de pertenencia y contacto físico.

Existen distintas perspectivas y aportes respecto a la intervención con sobrevivientes de trauma complejo (White 2004; Levine, 2019; Echeburúa y Amor, 2018; Odgen, 2009; Boon, 2015; Barudy, 1999) que ya han sido mencionadas previamente, donde se aprecia como punto de encuentro, la necesidad de incorporar la dimensión vincular en la relación terapéutica. Si bien algunas aproximaciones lo realizan en mayor o menor medida, consideramos éste como un eje central y transversal al quehacer clínico relativo a la resignificación e integración del abuso sexual intrafamiliar (ASI) y la memoria traumática disociativa.

Respecto a la presente propuesta es necesario precisar brevemente desde qué paradigma y comprensión epistemológica se comprende el encuadre de terapia y la relación paciente-terapeuta.

Desde esa perspectiva, se considera fundamental, integrar a la relación terapéutica el concepto de cibernética de segundo orden de los sistemas observantes, propuesto por Von Foester (1972) en la que el observador(a) y el observado(a) no pueden ser separados.

Tal como señalan Boscolo, Bertrando y Gálvez (2011), desde una perspectiva sistémica (en particular desde la Escuela de Milán), la comprensión del vínculo terapéutico se sitúa en un análisis batesoniano que se centra en la epistemología cibernética y se basa en circuitos recursivos que conectan al observador con lo observado. Dentro de esta perspectiva, se reconocen elementos en la visión constructivista (en la cual el individuo que observa construye) y en la visión construccionista, en la cual el observador y lo observado son al mismo tiempo “construidos” y constructores del contexto relacional y cultural en el cual existen (Boscolo et. al., 2011).

Desde los planteamientos de Gerstle, Besoain y Gálvez (2014), se adscribe a la propuesta teórica inédita de estos autores en torno a una perspectiva Sistémica Relacional Hermenéutica, donde se otorga especial atención a una comprensión desde la confianza y la co-construcción situada en el vínculo. Lo anterior, desde una disposición a escuchar y aprender de la voz del otro, a favor de un entendimiento a través del sentido, y ya no desde una categorización que intente encontrar lo verdadero y profundo del individuo que intente solo sondear en los límites de la memoria explícita. Es así, cómo se incorporan perspectivas desde el psicoanálisis relacional en particular desde los aportes de la hermenéutica orientada a entender mejor el sufrimiento a través de su trasfondo en la experiencia intersubjetiva vivenciada a través del trabajo dialógico (Orange, 2013).

Para enriquecer la comprensión de las ideas mencionadas, es dable señalar la importancia y el cuidado de no colocar excesiva atención solo a las palabras y al discurso, como señala Bertrando (2011) sino también la posibilidad de otros intercambios humanos como el paralenguaje (Seaboeck, Hayes y Bateson en Bertrando 2011), la quinésica (Birdwhitshell 1970 en Bertrando, 2011) entre otros.

Si bien, como ya ha sido señalado, se adscribe a algunas concepciones teóricas como punto de inicio de la comprensión epistemológica del vínculo terapéutico, consideramos al igual que Bertrando (2011) que cualquier posición teórica por sí misma, es limitada.

Retomando los aspectos relacionales previamente señalados, resulta imprescindible señalar los aportes en esta línea de Pakman (2011) relativos a la necesidad de incorporar las emociones que se encuentran presentes en un cuerpo y a la expresión de las imágenes y a la inmersión sensorial en donde el sentido no se agota en el significado discernido. Lo anterior cobra especial sentido cuando el horror del trauma se incrusta en la incapacidad de traer a la memoria explícita (Odgen, 2009) y no existen palabras o relato que pueda dotar de sentido una experiencia devastadora como el abuso sexual intrafamiliar.

El recuerdo del trauma, tiene inscripciones profundas en el cuerpo y en la subjetividad de quienes han experimentado situaciones de catástrofe a nivel social o psicológica (Makowski, 2002) e inevitablemente tienen un efecto y recursividad en otros(a). El espacio terapéutico y el vínculo e influencia mutua entre terapeuta y consultante, no son la excepción.

Desde esa línea, Jude (2015), terapeuta sistémica, realiza un interesante análisis respecto a las sensaciones y la estructura corpórea como parte de una red relacional interconectada de experiencias que permite el ingreso al dominio terapéutico. Esta declaración resulta relevante en tanto integrar este aspecto en el establecimiento de la alianza terapéutica en particular en su dimensión del vínculo. En una línea similar a la de Jude, Rober (2013) sugiere la importancia de crear un espacio donde los sentimientos y el cuerpo tengan presencia en el trabajo clínico.

Es imprescindible señalar que uno de los pilares fundamentales de la relación terapéutica, será proveer de un andamiaje para el/la sobreviviente de abuso sexual intrafamiliar con síntomas disociativos entre sus recuerdos tanto en la memoria implícita como explícita. Se integran en este sentido la intersubjetividad y recursividad en este proceso, propiciando un espacio seguro que permita al consultante vaciar o traer a la relación de terapia aspectos relacionados al trauma desde una aproximación segura y dotada de control. Esto a su vez, desde una perspectiva cibernética de segundo orden, tendrá un impacto en el/la terapeuta, quien también debe ser consciente de su integración de la experiencia traumática a nivel emocional, cognitiva y sensorial (la cuales estarán mediados por su contexto y cultura) y la recursividad de estos en el proceso de resignificación del(a) sobreviviente.

Se espera que mediante la terapia se favorezca la integración de la experiencia a través de la semantización de la vivencia, otorgando especial relevancia a aspectos implícitos del recuerdo integrando mente y cuerpo. La atención del psicoterapeuta debe estar orientada a la dimensión relacional intersubjetiva, en particular, en los patrones corporales vinculares de movimiento que se establecen con un otro(a), constituyendo una puerta de entrada al entendimiento del interjuego de los conocimientos relacionales implícitos que cada uno trae consigo al diálogo terapéutico (Sassenfeld, 2007). Desde este punto de vista, los “fenómenos implícitos requieren de la posibilidad de representación explícita y que en consecuencia, una vez percibidas y reconocidas, la tarea básica del psicoterapeuta es ponerle palabras a las secuencia vinculares implícitas con el objetivo de proporcionarles un significado simbólico y ligarlas con el pasado relacional del paciente” (Mancia, 2006).

Aquellas personas que han sido heridas de forma considerable en relaciones importantes, especialmente en una edad temprana, por lo general desarrollan sus modelos relacionales basándose en vínculos altamente inestables donde prima la desconfianza y un relato de activación de temor que se hace carne en el cuerpo. Las relaciones en sí mismas y varios acontecimientos relacionales han quedado traumatizados, por tanto pueden ser desencadenantes de desregulación importantes en la actualidad (Boon, 2015). Respecto a esta hiperactivación, Odgen (2009) desde el modelo de Terapia Sensoriomotriz, menciona elementos desde neurobiología e implicancias del apego de quien sobrevive al trauma e importancia de la comprensión de cómo integra cada consultante su figura de apego primaria, atendiendo a señales no verbales que pudieran ser indicadores de seguridad o peligro ante el terapeuta para dar espacio a desarrollar una conexión social con el paciente.

Un vínculo terapéutico sólido en el que el terapeuta sea la base segura que el paciente necesita para abordar sus dificultades, es fundamental, sobre todo en personas cuyas relaciones interpersonales se basan en la desconfianza y el temor (Domínguez, 2020) en particular en aquellas que han sobrevivido al trauma relacional como el abuso sexual intrafamiliar.

Resulta fundamental respetar los tiempos del sobreviviente y no forzar el relato, ampliando los horizontes de la resignificación utilizando aspectos de la memoria implícita descritas por Odgen (2009). Tal como plantean algunos autores (Pakman, 2011; Jude 2015; Rober, 2013; Odgen, 2009; Levine, 2018) resulta necesario e imprescindible incorporar elementos sensoriomotrices y abordar el cuerpo como un sistema que vierte significados, siendo la mente y la memoria una extensión en la intersubjetividad de la relación.

El aspecto social entre el encuentro de dos mundos en el setting terapéutico que si bien tienen roles y encuadre definidos, es por sobre todo, un encuentro de dos cuerpos en una dimensión humana en la cual la figura del terapeuta se vuelca a la comprensión genuina del consultante y la integración de los significados que éste pueda traer a la

terapia desde las herramientas sensoriales, cognitivas y relacionales, que se encuentren como recursos para elaborar la memoria traumática y la disociación.

Conclusiones

Desde los antecedentes expuestos se puede observar una mirada diversa en cuanto al consenso para conceptualizar el término de Abuso Sexual Infantil, no obstante, existen factores en comunes que permiten comprender el fenómeno desde las distintas perspectivas.

El abuso sexual infantil es una de las formas más devastadoras de maltrato y violencia por parte de los adultos en contra de los niños(a) y/o adolescentes, involucrando dimensiones que van desde lo privado e íntimo hasta lo público, generando implicaciones y alteraciones en los procesos cognitivos y emocionales, como así, en la visión que se tiene de sí mismo, del mundo, y la vinculación con terceros. Este fenómeno reviste de una complejidad mayor cuando han existido agresiones sexuales al interior de la familia y con las figuras significativas de apego, generando dinámicas traumatogénicas asociadas a sentimientos de pérdida de confianza con quienes debían ser referentes de protección y cuidado.

El tema de las agresiones sexuales en la infancia se hace presente en el debate, adquiriendo matices disciplinarios diversos, que generan sesgos teóricos que no reflejan una mirada acabada y global del fenómeno, sino más bien, de forma individual y específica, y no como desde una comprensión amplia donde se incorpore al tratamiento el cuerpo traumatizado, ya que para intervenir el trauma, resulta crucial prestar atención al cuerpo como a la mente; ya que no se puede tener una sin la otra.

Como indica Echeburúa & Amor (2019), las vivencias objetivas del pasado son inmodificables pero la percepción de esas vivencias es cambiante y puede transformar el curso de la vida presente. Específicamente, el proceso de recuperación de un sobreviviente supone la transformación de las imágenes del trauma que se encuentran en la memoria emocional y sensorial en sucesos ordenados espacio-temporalmente bajo el dominio de la memoria verbal favoreciendo la sensación de control y continuo biográfico del/a sobreviviente de abuso sexual intrafamiliar, entendiendo este contexto traumático como una ruptura en su repertorio experiencial gozando de la capacidad de lacerar el presente y el futuro con sufrimientos de significativa intensidad al no poder elaborar la situación traumática (Malacrea, 2000). Es por ello, que reviste de vital importancia que dentro de nuestro quehacer clínico el abordar la dimensión relacional, en donde, se conciba al psicoterapeuta como una nueva figura vincular, con un claro encuadre, en donde, se construye una interacción diádica de mutua influencia durante el desarrollo del proceso terapéutico, permitiendo a que la persona traumatizada experimente una modalidad distinta de vinculación a nivel del proto-diálogo emocional recíproco en el contexto clínico (Sassenfeld, 2008).

En este sentido, en psicoterapia a través de la sintonía y la conexión emocional también se crean estados compartidos de conciencia, dos mentes entran en estado de regulación mutua, en donde, el terapeuta entra en sintonía con los estados mentales del paciente, contribuyendo esta colaboración intersubjetiva que el paciente pueda re-experimentar sus emociones, reorganizarse y darles nuevos sentidos. Por lo tanto, a partir de estos estados de conciencia diádicos, entre paciente y terapeuta, se produce el cambio terapéutico (Tronick, 2003). Desde esta mirada, una adecuada y bientratante relación terapéutica permitiría resignificar las representaciones adultas de apego perjudiciales pudiendo conseguir una “seguridad ganada” (Di Bartolo, 2016). Estas personas han logrado sobreponerse a sus historias traumáticas pudiendo definirse como el proceso a través del cual, logran superar las experiencias negativas con sus figuras de apego durante

su infancia, constituyendo una forma de resiliencia a través del encuentro con figuras de apego alternativas y/o tutores de resiliencia. Sin dejar de lado, la constatación de que la psicoterapia exitosa es capaz de modificar la estructura y las funciones neurobiológicas propias del organismo del paciente, es decir, impactando de manera profunda en el self integral del /a sobreviviente de abuso sexual infantil intrafamiliar.

Tal como se afirmó previamente, en experiencias desgarradoras como el abuso sexual infantil intrafamiliar, toda vez que la figura de apego se transforma a la vez en fuente de amenaza, la disociación se convierte en cierto punto un mecanismo de sobrevivencia (Dozier, et al., 1999). Sin embargo, con el pasar del tiempo y la interrupción de la vulneración muchas personas siguen experimentando el pánico y la desintegración de sus vivencias aun cuando el peligro no se encuentra en el presente, no así en su memoria implícita y el correlato sensorial y emocional que esto conlleva. Es así como se instala la memoria traumática y la disociación del recuerdo no solo de las agresiones mismas, sino también de otros momentos y sensaciones de la época en que estas ocurrieron, limitando al sobreviviente la posibilidad de dotar de significado su experiencias y su propio self.

Desde una perspectiva sistémica relacional hermenéutica (Besoain, et.al. 2015), que concibe a sujetos en una relación recursiva en un campo de significados donde el cuerpo es el campo de significantes, resulta crucial la construcción del vínculo terapéutico como un espacio seguro de elaboración que permita la aparición de contenidos desde cualquier arista que el/la sobreviviente quiera traer a la terapia (imágenes y sensaciones) sin agotar la resignificación al campo de la palabra, sino aplicando el significado en la distintas expresiones de la experiencia humana (Pakman, 2011; Jude, 2014; Rober, 2013).

Desde una cibernética de segundo orden el terapeuta trae consigo al mundo de la terapia su historia, sensaciones y significados, enriquecidos por la recursividad de la relación con el consultante. ¿Cómo se enfrenta la/el terapeuta al dolor del otro(a) en el trauma relacional? ¿Qué tan consciente es de la influencia del trauma del otro(a) en su propia historia? ¿Cómo se trabaja cuando no existe una narrativa o memoria explícita que haga posible la resignificación a través del lenguaje?

En un escenario actual, donde en el contexto de la terapia se encuentra limitado en ocasiones al encuentro humano y mediado por pantallas o teléfonos, resulta interesante cuestionar a qué elementos de la comunicación prestaremos oído considerando los efectos agravantes del confinamiento frente a síntomas disociativos. Nuestra convicción será reinventar nuevas formas de favorecer el vínculo terapéutico, considerando toda la gama de expresiones del sufrimiento pero también de la fortaleza de sobrevivientes y del terapeuta para acogerlo.

Referencias Bibliográficas

- Aburto, M. (2007). *Psicotraumatología (I): El trauma temprano*. Clínica e investigación relacional, 1(1): 91-109.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato Infantil, Ecología Social: Prevención y Reparación*. Santiago: Galdoc.
- Besoain, C, Echeguía, V., & Gálvez, F. (2014). Psicoterapia Sistémica Relacional Hermenéutica: Hacia una reflexión de la relación y la constitución subjetiva en la Terceridad Sistémica. Extraído de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135481>, enero 2021.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma: el terapeuta dialógico*. Editorial Pax.
- Boon, S. (2015). *Vivir con disociación traumática*. Desclée de Brouwer.

- Boscolo, L., Bertrando, P., & Gálvez, F. (2011). La terapia sistémica de Milán: Historiografía, actualizaciones y traducciones. *Terapia familiar y de pareja*. Santiago-Buenos Aires: Mediterráneo.
- Bromberg, P. (2017). *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Cantón-Cortés, D. & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 607-614. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Cantón-Cortés. (2014). *Prevalencia y características de los abusos sexuales a niños*. Año 6, vol. XII enero-julio 2014/Year 6, vol. XII january-july 2014 www.somecrimnl.es/tl
- Diamond, N. (1992) *Sexual abuse: the bodily aftermath*. *Free Associations* 25, 71-83.
- Di Bártolo, I. (2016). *El Apego: Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Domínguez, S. C. (2020). Caso 1: Vínculo terapéutico y apego en un caso de trauma complejo. *Anuario Psicología e Saúde: Revista Oficial da Sección de Psicología e Saúde do COPG*, (13), 246-250.
- Dozier, M., Chase Stovall K. y Albus, K.E. (1999) Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P.r. Shaver: *Handbook of attachment*: New York The Guilford Press.
- Echeburúa, E. & Amor, P. (2019). Memoria Traumática: Estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37 (1): 71-80.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Flores. M & De Lima. A. & Neugin. P. (2016). “Trauma, apego, resiliencia. Conociendo el abuso sexual infantil y sus consecuencias en la víctima adulta”. Facultad de Psicología UBA / Secretaría de Investigaciones / *Anuario de Investigaciones* / Volumen XXV
- Jude, J. (2015). Engaging Feelings in the Body in Systemic Family Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(2), 230-244.
- Levine, P. (2018). *Trauma y Memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo. Una guía práctica para comprender y trabajar la memoria traumática*. Barcelona: Eleftheria.
- Llanos, M. & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psykhé*, 10 (2): 53-60.
- López, C. “La familia en el abuso sexual intrafamiliar” Consideraciones en torno a la perspectiva trans-generacional en la comprensión del Trauma del Abuso Sexual. Extraído en www.fundaciontemplanza.cl, enero 2021
- Magaña, I. Menéndez. L & Ramirez. C. (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental Sexual Child Abuse: Understanding and Representing Clinical Practices within Mental. *Terapia Psicológica*. Universidad de Santiago de Chile, USACH Chile, 32, (2): 133-142.
- Malacrea, M. (2000). *Trauma y Reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Makowski, S. (2002). Entre la bruma de la memoria: Trauma, sujeto y narración. *Perfiles latinoamericanos: revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Sede México, 10(21), 143-158.
- Mancia M. Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 83-103.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego, un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

- Martínez, J. (2000). *Prevención del Abuso Sexual Intrafamiliar. Análisis Crítico de los Programas Educativos*.
- Main, M. y Hesse, E. (1990) "Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and /or frightening behavior the linking mechanism", en M.T. Greenberg, ad. Cichetti y E.M. Cummings (eds.) *Attachment in the Preschool Years* (pp.161-181). Chicago. University of Chicago Press.
- Metropolitano, CAVAS (2003). Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, 16 años de experiencia. Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile. Santiago de Chile.
- Mollon, P. (11996) *Multiple Selves, Multiple Voices*. chichester: John Wiley & Sons.
- Navarro, C. (2011). Evaluación de Credibilidad Discursiva en Víctimas de Agresiones Sexuales. En *Compendio mejores tesis*. Magíster en Psicología Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil. Universidad de Chile. Ediciones Andros. Santiago, Chile
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). *El Trauma y el Cuerpo: Un Modelo Sensoriomotriz de Psicoterapia*. España: Desclée De Brouwer.
- Orange, D. (2011). "La actitud de los héroes": Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(3), 507-515.
- Pakman, M. (2012). *Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia*. Editorial Gedisa.
- Paredes, F. & Bustos , A. (2018). Memoria traumática y reexperimentación Intrusiva: Trabajando con los efectos del abuso sexual infantil. *De familias y terapias*, 44, 67-84.
- Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires: Paidós *Terapia Familiar*.
- Rober, P. (2013). Opening Dialogical Space in Family Therapy Practice. In *Dialogical Family Therapy Conference*, Date: 2013/06/03-2013/06/06, Location:Aulanko (Finland).
- Sassenfeld, A. (2008). Lenguaje Corporal e Intencionalidad Relacional. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 4 (1), 83-92.
- Sassenfeld, A. (2007). Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en Psicoterapia. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 3 (2), 177-188.
- Sassenfeld, A. (2006). Regulación afectiva, Psicopatología y Psicoterapia. *Gaceta Universitaria*, 2 (3), 329-336.
- Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: Interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 6 (3), 296-308.
- Steele, H. y Steele, M. (2003) Clinical uses of the adult Attachment Interview. In Cortina, M and Marrone, M. (Eds). *Attachment theory and psychoanalytic process*. London: Whurr.
- Tronick, E. (2003) "Of Course, all relationships are unique ": How co-creative processes generate unique mother -infant and patient-therapist relationships and change other relationships", *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (39 p.473).
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2012). Cuarto estudio de maltrato infantil. Santiago: *UNICEF*.
- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Von Foester, H, 1982. *Obersving systems. Seaside: Intersystems*.
- White, M. (2004) Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work* (1), 45-76. Reprinted in D. Denborough (Ed.) (2006) *Trauma: Narrative responses to traumatic experience* (pp. 25-85) Adelaide: Dulwich Centre Publication.