



JUEGO POSTRAUMÁTICO

ELIANA GIL

(Traducción realizada por la psicóloga Rossana Culaciati, a partir de un manuscrito entregado por la autora)

Para una versión completa del artículo, revisar:

Gil, Eliana (2006). Special Issues: Posttraumatic , Trauma-Focused Play Therapy (TF-PT), and Problems of Dissociation (Chapter 7). En: Helping Abused and Traumatized Children. Integrating Directive and Nondirective Approaches. New York: The Guilford Press.

El juego post-traumático es un tipo de juego único con características específicas: tiende a ser literal, repetitivo, altamente estructurado, auto-absorbente y exento de goce (Terr, 1983). Los niños que utilizan este juego se ven absortos en la actividad lúdica al punto que generalmente pasan por alto lo que hay a su alrededor. Así, experimentan episodios disociativos, permanecen descomprometidos del intercambio interpersonal, y generan o expresan poca emocionalidad visible. A continuación se analizarán las ventajas y desventajas del juego post-traumático desde el punto de vista clínico, así como las posibles intervenciones.

Caso ilustrativo:

Margie tenía 9 años la primera vez que la vi. Era la única hija de una pareja caucásica con alcoholismo severo y crónico. Después de leer la historia de los padres, me impactaba que Margie hubiese pasado tanto tiempo sin ser anteriormente reportada a las autoridades. Ella había pasado mucho tiempo sin supervisión adulta y cuidaba sola de sí misma. Cuando sus padres estaban en casa y no estaban bebiendo, Margie se hacía literalmente cargo de ellos, cocinándoles, desvestiéndolos para que durmieran cómodamente y ayudándolos a ducharse.

Margie me fue referida después de haber sido operada de apendicitis. Había tenido fiebre alta y de algún modo se había trasladado a la casa de unos vecinos desde donde llamaron a una ambulancia. Margie tuvo una cirugía de urgencia y sus padres no pudieron ser localizados durante los 6 días posteriores a la operación. Sobra decir que se contactó a los servicios de protección a la infancia, los cuales solicitaron a la corte el otorgamiento inmediato de la custodia de la niña al Estado y la aprensión de los padres por negligencia y poner en riesgo a Margie.



La familia que quedó al cuidado de Margie reportó que ella era silenciosa, retraída y reticente a participar en las actividades familiares. También afirmó que ella cuidaba de sí misma y no parecía cómoda ni con niños ni con adultos. La cuidadora de Margie, la sra. Zion, comentaba que parecía que la niña prefería la soledad y se mostraba extremadamente adversa a llamar la atención sobre sí misma o a pedir ayuda.

Margie parecía poco espontánea o curiosa en nuestras primeras sesiones. Le mostré la sala tratando de atraer su atención hacia cualquiera de mis juguetes o juegos. No era receptiva a las preguntas y rápidamente entendí que ella prefería sentarse y mirar hacia abajo. Su pelo cubría su cara y no parecía particularmente incómoda quedándose quieta –más bien parecía que le resultaba cómodo dejar pasar el tiempo. Le pasé un poco de plastilina muy suave y maleable y ella comenzó a apretarla y moldearla sin hacer ninguna figura en particular. En nuestras primeras sesiones realicé un juego paralelo y estaba impactada de lo descomprometida que ella se veía y de cómo su energía estaba tan fuertemente constreñida. Estaba inmóvil frente a mis invitaciones a jugar con los juguetes o el material de arte.

También la invité a participar en una serie de actividades diagnósticas estándar (construcción de un mundo, genograma, el juego “Hablar, sentir, hacer”) y delicadamente se rehusó.

A la tercera o cuarta sesión hablé con la trabajadora social de Margie y obtuve más información acerca de su historia. Los padres de Margie admitían ser alcohólicos severos y le habían dicho a los investigadores que ellos pasaban rutinariamente entre 6 a 10 días seguidos fuera del hogar. Ellos señalaron que Margie era habitualmente su cuidadora y se mostraban arrepentidos de su comportamiento. Estaban dispuestos a acatar todas las directivas impuestas por la Corte en el deseo de poder volver a reunirse con su hija. Era claro que Margie estaba tan ligada a sus padres como ellos a ella.

Dado que estaba en conocimiento de las circunstancias en que había ocurrido la hospitalización de Margie, decidí comprar un set de hospital de Play Mobil con sala de operaciones, sala de recuperación, ambulancia y camillas. Esperaba que al poner estos juegos a disposición de Margie, sus defensas bajarán lo suficiente como para permitirle usarlos para comenzar a procesar el trauma. Como Schaeffer afirma (1994), “después de una pasiva experiencia traumática de desamparo, los niños tienen una imperiosa necesidad de reelaborar activamente los elementos dramáticos del trauma en su juego. Los adultos gustan de narrar sus experiencias estresantes, en tanto los niños pequeños son propensos a jugar estas experiencias. Las estrategias de “coping” que enfrentan el evento parecen ser más efectivas en la resolución del trauma que aquellas que lo evitan” (p.301).

Puse estas cajas a la entrada de mi oficina de modo que cuando Margie asistiera a nuestra cuarta cita las viera cerradas con las fotos en la cubierta. Antes de darme cuenta, ella me pidió que abriera las cajas y juntas retiramos las pequeñas piezas de las bolsas de plástico.



A la sesión siguiente los juguetes estaban listos para ser usados. Así comenzó su juego post-traumático, tan determinado y estructurado como podía.

Margie puso el hospital de juguete sobre una pequeña mesa de madera. Después de la segunda vez que hizo esto, me pareció que ponía los objetos en aproximadamente la misma ubicación sobre la mesa. A la cuarta vez y yo había admirado su juego, estaba fascinada con la forma precisa en que ella disponía los juguetes en ubicaciones específicas. Me sentía como si estuviese observando a un director que arma una escena exactamente de la misma forma de modo que no se pueda detectar ninguna discontinuidad entre una escena y la siguiente. El juego se desarrolló de la siguiente forma:

Margie era meticulosa y precisa en la forma en que manipulaba los juguetes Play Mobil, poniéndolos de modo que la secuencia iba de derecha a izquierda. Primero venía la sala de operaciones, después la sala de recuperación, ambas repletas con muebles y accesorios específicos representando un escenario médico al dedillo. Margie ubicaba todos los objetos y entonces se iba a un sofá muy suave. Se sentaba ahí durante unos minutos sosteniendo en sus manos una pequeña muñeca (tenía muchas opciones y siempre elegía la misma pequeña muñeca femenina). Miraba la muñeca y parecía caer en trance, por aproximadamente un minuto. Después de este sentarse y sostener la muñeca, cogía la ambulancia y retiraba la figura masculina que había previamente acomodado en la camilla dentro de la ambulancia.

Colocaba la pequeña niña en la camilla, hacía que el muñeco masculino la colocara nuevamente dentro de la ambulancia y ésta partía. Ella dirigía la ambulancia –algunas veces haciendo sonido de sirenas, otras ruido de motores y otras veces sin sonido alguno. Estacionaba la ambulancia al final de la mesa y retiraba al hombre que llevaba a la niña sobre la camilla y lo hacía caminar hacia la sala de operaciones. Una vez ahí, colocaba la figura de la niña sobre la mesa de operaciones y la figura masculina regresaba la camilla a la ambulancia. Una vez que la figura de la niña estaba sobre la mesa de operaciones, Margie volvía a mirar fijamente al espacio por aproximadamente un minuto y entonces reanudaba el juego. Volvía a traer la camilla para llevar a la niña a la sala de recuperación.

Una vez ahí, aparecía una enfermera con comida para la niña, colocaba flores en un jarrón y una enfermera entraba y salía de la habitación. Margie volvía a mirar fijamente al espacio y, finalmente se sentaba en el sofá mirando la escena que había creado. En este juego, la pequeña niña siempre permanecía en la sala de recuperación. Asombrosamente, Margie era capaz de ajustar este juego a la sesión de 50 minutos con asombrosa precisión. Después de sentarse y observar su “escena” era el momento de irse.

Las primeras tres veces que Margie repitió esta escena yo estaba fascinada. Ella parecía tan absorta e involucrada como si su experiencia interna estuviese en contraste directo con su apariencia constrictiva. Como sostiene Ekstein, los niños traumatizados “achican” su experiencia (a través de las miniaturas), toman control activamente en el juego (dirigen el juego), y entonces ocurre un proceso de asimilación por fragmentos durante la repetición de secuencias estructuradas que aparecen rígidas.



Durante la cuarta y quinta sesión, hice varios comentarios describiendo exactamente lo que estaba observando, cuidando no incluir mis interpretaciones. “La pequeña niña está sobre la camilla y la ambulancia la lleva a algún lugar...” o “La pequeña niña está en una sala de operaciones” o “la enfermera le está trayendo comida a la pequeña niña”. Cuando fuese que yo hiciera un comentario, Margie detenía su juego, volvía al sofá y comenzaba el juego nuevamente. No hacía contacto visual conmigo y parecía muy práctica en la forma en que desandaba sus pasos y comenzaba de nuevo. Después de estas sesiones estaba claro que Margie no iba a tolerar nada que ella percibiera como una interferencia en su juego y tomé la decisión de permitirle a ella involucrarse en este juego sin ninguna demanda de mi parte.

Al mismo tiempo, decidí videar estas sesiones con el objeto de entender mejor y documentar su progreso. Grabé seis sesiones consecutivas, observando cuidadosamente el proceso de esta niña así como el juego secuencial y repetitivo. Confié en que había algo importante en lo que ella estaba haciendo y esperé pacientemente por cambios en el juego. No solamente no ocurrieron cambios, sino que además la exactitud de su juego fue inolvidable.

Yo chequeaba regularmente con sus cuidadores cómo se desenvolvía a lo largo de la semana. Los cuidadores señalaban que las cosas no mejoraban ni empeoraban pero la Sra. Zion mencionó un hecho importante: las últimas 2 veces que Margie había ido a casa después de la terapia, se había tocado el costado y había dicho que le dolía la cicatriz. Los cuidadores notaron que generalmente el dolor decrecía después de un rato, pero recientemente Margie también había reportado náuseas después de la terapia. La descripción de Margie por parte de la Sra. Zion me permitió darme cuenta que el juego post-traumático probablemente no le estaba proveyendo a Margie de los elementos mediatizadores disponibles a través del uso de símbolos (es decir, una distancia segura). En lugar de usar el juego para exponerse gradualmente al evento temido (o memoria de dicho evento), Margie parecía estar reviviendo la experiencia física y emocional del evento. Esta inhabilidad para visualizar o experimentar el juego de un modo “como si” puede ser retraumatizante para niños que reviven el evento traumático. Esta intensa re-experienciación se convierte en una retraumatización en la que los niños no son capaces de acceder a los elementos reparatorios usualmente provistos por el potencial simbólico del juego post-traumático.

Definición del juego Post- traumático.

Como se dijo anteriormente, el juego post-traumático es una forma estilizada de juego que incluye varias características particulares: es repetitivo, literal y altamente estructurado. Las más de las veces, los niños que utilizan el juego post-traumático se absorben tanto en su juego que su energía aparece constreñida y algunas de las características más comunes del juego, tales como la espontaneidad, la risa, el hacer “como si” y el role-playing, simplemente no aparecen. En el juego genérico, los niños usualmente desarrollan temas que son resueltos (sublimados) en el desarrollo evolutivo natural del juego. En el juego post-



traumático, pueden persistir emociones difíciles dado que el juego falla en aliviar la ansiedad o liberar energía a través de la expresión. En cambio, el juego del niño es limitado y parece excluir a otros, incluyendo al terapeuta. En mi opinión, los niños que se involucran en un juego post-traumático, están haciendo intentos por manejar material traumático no resuelto. El juego claramente muestra que el niño se siente forzado a recrear y reactuar secuencias literales de la experiencia real.

A pesar que muchos profesionales de la salud mental han documentado la reacción de los niños al trauma (Levy, 1982; Schaefer, 1994), Terr (1983) ha enfocado su estudio en los efectos posteriores a experiencias traumáticas naturales en niños, contribuyendo así a una comprensión más profunda del comportamiento del juego en el niño. Terr fue capaz de concretar su interés por el juego post-traumático realizando un estudio longitudinal a un grupo de niños de escuela Básica (ahora adultos) que fueron raptados y enterrados en un bus en Chowchilla, California (Terr, 1990). Ella precisa que el juego post-traumático era “diferente, especial, una variante definida del juego infantil común” (p.238). Ella vá más allá al observar que “...El juego no se detiene fácilmente cuando está traumáticamente inspirado. Y puede no cambiar mayormente en el tiempo. En oposición al juego común de

los niños, el juego post-traumático es repetido obsesivamente. Es sombrío. Aún más, requiere de una serie de condiciones para poder desplegarse: un cierto lugar, un cierto tipo de muñecas, ciertos compañeros o una cierta rutina. Puede seguir por años. Repite partes del trauma. Ocasionalmente incluye una o dos defensas o un frágil intento de un final feliz, pero el juego post-traumático otorga pocas posibilidades de alivio de la ansiedad. Puede ser peligroso también. El problema es que el juego post-traumático puede crear más terror de lo que había conscientemente cuando el juego comenzó. Y si disipa algún terror, este juego monótono lo hace tan lentamente que podría tomar más de una vida hasta que logre disipar completamente el terror incitado por el trauma” (p.239).

Piaget (1962), discutiendo las propiedades sanadoras del juego expone dos elementos del juego que son notablemente valiosos: compensación y liquidación (compensatory and liquidating). El define los comportamientos compensatorios del juego como aquellos que transforman una experiencia emocional negativa en una más placentera y los liquidadores como aquellos comportamientos lúdicos que permiten la emergencia y alivio de emociones fuertes.

Mi propia experiencia con el juego post-traumático me confirma que el juego puede ser liberador y también peligroso. Sin embargo, yo he desarrollado una visión más optimista de los beneficios potenciales del juego post-traumático dentro del contexto del tratamiento. Yo considero al juego post-traumático como una forma natural de reexposición gradual auto-impuesta (la técnica cognitiva conductual que intenta desensibilizar a la persona a través de la exposición progresiva para permitir una mayor tolerancia al impacto emocional). El intento del juego post-traumático parece ser dominio y control a través de la repetición (Marvasti, 1993). Al utilizar este particular tipo de juego, los niños primero externalizan el evento temido o abrumante que de otro modo ellos evitarían, no pensando o no hablando acerca de éste (en otras palabras, reprimiendo el material y no hablándolo con otros).



Interesantemente, mientras ellos deciden conscientemente evitar el enfrentamiento directo del material traumático, parecen forzados a reeditar los eventos reprimidos al utilizar símbolos (juguetes) que podrían proveerle la necesaria distancia segura de manera que pueda aproximarse a dicho material. A pesar que el juego post-traumático es casi literal a la experiencia actual del niño, éste es capaz de lograr seguridad a través del juego simbólico – la muñeca está siendo operada, no Margie.

La habilidad de los niños para externalizar y narrar sus historias a través de la acción, permite la integración gradual de la emocionalidad o cogniciones temidas. Paradojalmente, mientras el niño recrea y construye la secuencia del juego dentro de un contexto que le otorga una vivencia de seguridad y control (esto es, cuanto dura el juego, quién dice y hace que, que ocurre y no ocurre), el niño puede experimentar un sentimiento de reparación. El está expuesto a memorias atemorizantes, pero no le está ocurriendo a él durante la construcción o demantelamiento de la escena del trauma. Schaefer (1994) concluye que la reactuación del trauma puede transformarse en dominio “cuando el niño se siente en control de los resultados del juego, desarrolla un final satisfactorio para el juego, se siente libre para expresar y aliviarse de afectos negativos, y exhibe una resignificación cognitiva del evento”.

Aún cuando el intento del juego post-traumático es adquirir dominio, éste contiene un riesgo inherente si falla en su objetivo. A saber, los niños traumatizados pueden resultar re-traumatizados a través del juego, experimentando sentimientos más intensos de vulnerabilidad y aumento del desamparo. Esto parece ocurrir cuando la requerida distancia emocional que generalmente otorga el uso de símbolos no se logra. Como señala Terr, este tipo de juego puede seguir por mucho tiempo, y es el juego ininterrumpido el que pareciera tener implicaciones problemáticas. Yo creo que los mejores resultados ocurren cuando el niño produce el juego post-traumático dentro del setting terapéutico, en presencia de un clínico entrenado que puede documentar el movimiento del juego, obtener información colateral de las personas a cargo del niño, e iniciar intervenciones para interrumpir el impacto peligroso de este juego en la medida que se requieran.

Al observar el juego post-traumático, es necesario primero distinguir entre el juego post-traumático que permite abordar y resolver el material traumático y aquel juego post-traumático que obstruye, re-traumatiza, o elicit fuertes sentimientos de vulnerabilidad o desamparo. Para el propósito de esta diferenciación, yo he denominado a la primera forma **juego post-traumático dinámico (JPT-D)** y el segundo **juego post-traumático estancado (JPT-E)**. Esta distinción de fenómenos o variables específicas puede ser usada para comparar y contrastar y, lo que es más importante, puede sugerir directivas clínicas para reconocer y promover el juego post-traumático dinámico y reducir los riesgos inherentes al juego post-traumático estancado.



Identificando, documentando y distinguiendo los tipos de Juego Post-traumático

Los siguientes datos se basan en un pequeño estudio descriptivo con 7 niños comprometidos con un juego post-traumático abierto (full-blown). Para ser considerados en este estudio descriptivo, los niños tenían que: 1) repetir el juego expresa y ritualísticamente más de 10 veces (*); 2) reactivar literalmente escenas de la experiencia abusiva reportada por el niño u otros; 3) Contener al menos 5 de las características del juego post-traumático mencionadas anteriormente; 4) estar exentos de las características del juego evolutivo genérico (goce, espontaneidad, interacción, etc.); y 5) alcanzar significación estadística en la lista de chequeos de síntomas de trauma para niños –(TSCC).

(*) Con el objeto de averiguar la cualidad repetitiva del juego, inventé una forma en la cual el juego puede ser identificado y después chequeado sesión a sesión. Esto incluye los objetos elegidos, secuencia del juego, situación, temas, emocionalidad, interacción con el clínico y resultados.

Durante este estudio, el contacto con los cuidadores se realizó con el objeto de conocer el comportamiento del niño fuera de las sesiones: por ejemplo, si los síntomas que los impulsaron a buscar terapia aumentaron, disminuyeron o se mantienen; si han aparecido nuevos elementos de interés; si la conducta del niño aparece regresiva o agitada; y cualquier otro factor que pudiese tener relevancia específica (por ejemplo, una niña que presentó juego post-traumático en relación a su operación, se queja de intenso dolor en la cicatriz de dicha operación después de las sesiones de juego, mostrándonos así que el juego no está proporcionándole la distancia para procesar; más bien lo que ocurre es que se vive la reactivación a través del juego como si estuviese siendo operada nuevamente).

Había otros 10 sujetos potenciales para este pequeño estudio que no estaban dentro del criterio para ser incluidos, pero que otorgaron datos interesantes. Por ejemplo, estos niños introducían casualmente el juego, agregando o descartando objetos; inmediatamente introducían nuevas dimensiones dentro del juego, ya sea caracterizaciones, situaciones o resoluciones; su juego elicita una afectividad que estaba disponible para ser tratada, y su juego era un conducto para el trabajo terapéutico en lugar del foco. Para estos niños, su juego post-traumático era transitorio en su naturaleza, parecía servir a un propósito, y desaparecía rápidamente en la medida que los niños realizaban otras actividades.



Hipótesis acerca del Juego Post-Traumático.

Mientras observaba el juego post-traumático en estos niños, comencé a desarrollar diversas hipótesis. Mi postulado básico era que los niños comprometidos en el juego post-traumático tenían conflictos en curso, no resueltos, que persistían en algunas dimensiones del trauma. Dado que el juego post-traumático posee el propósito inherentemente positivo del dominio, es importante facilitar este propósito otorgando apoyos que podrían estimular al niño hacia repeticiones literales, un concepto que sirve como base para la “terapia de alivio” (Levy, 1982).

También se me fue haciendo cada vez más claro que los niños traumatizados que presentan juego post-traumático están esencialmente, tanto enfrentándose a si mismos a material emocionalmente difícil, como inoculándose a si mismos y aumentando gradualmente sus habilidades de “coping”. Los niños parecen disminuir el impacto negativo al exponerse a si mismos a los estímulos temidos de una forma controlable. Además, ellos descargan afectos de variadas formas, proveyendo una salida o alivio que parece importante para el dominio. Esto puede ser una sutiliza o una obviedad. Algunos niños suspiran profundo, refunfuñan, o se les llenan los ojos de lágrimas. Otros descubren sus voces y realizan activas afirmaciones que representan sus pensamientos o sentimientos. Lo más notable del juego post-traumático es que los niños inician este juego sin que se les haya mostrado o guiado a través del proceso. Es como si los niños estuviesen motivados por su tendencia natural hacia experiencias de dominio y generalmente descubren la misma técnica de exposición gradual, considerada tradicionalmente una efectiva aproximación clínica en el trabajo con fobias.

El juego post-traumático puede cambiar e inspirar al terapeuta infantil. Es una actividad asombrosa cuando los niños la usan exitosamente. Sin embargo, el saber qué observar, cómo registrarlo, y cuándo y cómo intervenir, son temas clínicos más relevantes.

Distinciones entre el juego post-traumático dinámico y estancado.

Esta distinción requiere de una cuidadosa documentación y de una concentración aguzada, dado que hay diferencias tenues que pueden emerger señalando que el juego puede estar sirviendo a un propósito más dinámico o útil. Por ejemplo, algo tan simple como la ubicación en la cual ocurre el juego puede denotar menor rigidez en el juego (fenómeno que asocio con el juego dinámico). Los niños también pueden hacer cambios finales tales como la presencia de otros objetos, donde antes no había nada. Para documentar cambios



mínimos, los clínicos deberán realmente compenetrarse en el juego. Esta necesidad de estar atentos al detalle es lo que inicialmente me llevó a videar el juego post-traumático.

El juego post-traumático dinámico tiene diferencias cualitativas: a lo largo del tiempo los niños expresan una amplia gama de emociones; físicamente fluyen más y se les ve menos constreñidos; ellos interactúan con el juego y con el terapeuta de un modo más desinhibido e interactivo; el juego, a pesar de tener literalidad, circunda salidas de la rigidez y/o utiliza aspectos del juego “como si”; y finalmente, los niños, después de desarrollar este tipo de juego, se ven más aliviados (o fatigados), más que tensos o abatidos. El juego post-traumático estático, como su nombre lo dice, permanece rígido, constreñido, serio, y sin fluctuaciones en sus resultados.

Las siguientes son variables que podrían pesquisarse para determinar el tipo de juego post-traumático que el niño utiliza y para dirigir las intervenciones clínicas:

Juego Post-traumático Dinámico	Juego post-traumático estático
1. Afectos palpables	Afectos permanecen constreñidos
2. Fluidez física	Constricción física
3. Rango de interacciones con el juego	Interacciones limitadas con el juego
4. Rango de interacciones con el terapeuta	Interacciones limitadas con el terapeuta.
5. Cambios en el juego o elementos nuevos.	El juego permanece exactamente igual.
6. El juego ocurre en distintas ubicaciones.	El juego se desarrolla en el mismo lugar
7. El juego incluye objetos nuevos	El juego se limita a objetos específicos
8. Los temas difieren o se amplían	Los temas permanecen constantes.
9. El producto difiere y emergen respuestas adaptativas más saludables	El producto permanece fijo y desadaptativo
10. Con el tiempo se pierde la rigidez	El juego permanece rígido
11. La conducta post-juego indica alivio	El comportamiento post-juego indica constricción-tensión
12. Fuera de sesión los síntomas disminuyen	Fuera de sesión los síntomas se mantienen o aumentan

Resultados del juego post-traumático estancado y dinámico

Como se mencionó previamente, el juego post-traumático puede ser visto como una forma gradual de exposición a través de la cual los niños intentan enfrentar los recuerdos traumáticos y los efectos asociados. A través del juego, los niños contienen y manejan los recuerdos simbólicamente al concretizarlos (a través del uso de objetos) y después al manipular o cambiar elementos del juego, generalmente produciendo un aumento de la sensación de maestría y control. Los niños que se otorgan a si mismos este cojín protector se conectan gradualmente con sus sentimientos, teniendo el



control para identificarse con los objetos en la historia tanto como les es posible en cada momento dado.

La utilización del juego post-traumático por parte de los niños les permite a ellos el conocimiento de sus realidades, así como encontrar explicaciones y respuestas que promueven la maestría y el control.

Cuando los niños cambian elementos en el juego, ellos toman un rol activo sobre si mismos y en sus intereses –pasan de víctimas a agentes de cambio activo. Cuando los niños nutren, protegen o valoran sus self proyectados, ellos están dedicados a intentar una restauración. Cuando los objetos que representan lo que causa el daño son responsabilizados, castigados o confinados, los niños están siendo restaurados y fortalecidos. Siguiendo el juego post-traumático, las oportunidades más típicas provistas por el juego evolutivo le permiten al niño compensar decepciones o pérdidas reales.

A la inversa, cuando el juego post-traumático no satisface su potencial, y se estanca, los niños pueden experimentar mayor fragilidad y se transportan al aplastante trauma original y su incapacidad para defenderse. Los niños que inician el juego post-traumático pero no logran liberarse o aliviarse pueden sentirse descorazonados, más amenazados y menos capaces de restaurar, como si estuviesen siendo literalmente re-traumatizados. Así, los clínicos deben monitorear cuidadosamente este juego y estar listos para diseñar e implementar intervenciones que permitan redirigir, formar o transformar el juego estancado en uno dinámico. La presencia del juego casi siempre es indicadora de crecimiento y salud (el viaje hacia la resolución). La ausencia de un producto positivo indica tanto peligro como la necesidad de apoyo clínico.

Cuando Intervenir

El “timing” de las intervenciones clínicas en el juego post-traumático es una de las cuestiones cruciales para un resultado efectivo (integración del material traumático y restauración de las funciones pre-abuso). Sin embargo, esta decisión se hace caso a caso y no hay guías rígidas o absolutas. Intervenir muy rápido puede interferir con las capacidades inherentes al juego de producir resultados positivos; esperar mucho puede provocar la re-victimización del niño, lo que podría reforzar los sentimientos de desamparo y vulnerabilidad. Además, las intervenciones deben realizarse con cautela. Como advertía Reich (1960) “el terapeuta no debe intentar traspasar abruptamente o a hurtadillas las defensas del niño, si no más bien lanzar un prolongado cerco que debilite gradualmente sus defensas”.

He encontrado útil documentar el juego por un mínimo de 6 a 8 sesiones y entonces permitir otras 8 o 10 sesiones para observar variaciones leves y chequear con los adultos a cargo en relación al comportamiento del niño fuera de sesión. Entonces intento determinar si el juego se estancó o podría aún tener el potencial de ser reparador. Si determino que el juego post-traumático está efectivamente estancado, y siendo, por lo tanto, potencialmente dañino para el niño, planeo una serie de



intervenciones diseñadas para provocar algunos cambios en el juego. En ocasiones, he comenzado las intervenciones sin esperar este tiempo, pero este marco temporal sirve como una guía desde la cual opero. Sobra decir que este particular modo de tratamiento con niños traumatizados que desarrollan juego post-traumático, no permite marcos temporales rígidos impuestos externamente.

Como intervenir

No hay una intervención simple que pudiese ser efectiva a lo largo del proceso. En lugar de ello, yo he diseñado un continuo de intervenciones que van desde un pequeño desafío a uno más grande. Esta intervención clínica podría ser considerada intrusiva o disruptiva por niños que han creado un juego ritual que por definición es “cerrado”, o excluyente de la interacción con otros. En la medida que los niños entran en este juego, entran también en la memoria traumática, la que inicialmente, y en general, no puede ser entendida, verbalizada o integrada a experiencias más globales. Es repetitivo porque representa un punto focal de la preocupación del niño.

Los ejemplos de intervenciones poco intrusivas incluyen pedirle al niño que realice movimientos físicos (mueva los brazos u oxigene el cuerpo) o que realice una narración verbal del juego (descriptiva, no interpretativa). Las intervenciones más altamente intrusivas implican dirigir al niño hacia un segmento del juego, quebrando así la secuencia rígida; o filmando el juego del niño de modo que pueda ser visto por el terapeuta y el niño.

Es crucial recordar que si el juego no ayuda a resolver los asuntos, interrogantes o conflictos traumáticos, será más probable que se estanque y pierda su potencial reparador.

Revisitando la historia de Margie

Margie obviamente estaba estancada en un juego literal, compulsivo y repetitivo, con poca resolución o cambio. Su juego permanecía estancado y rígido mientras sus síntomas se mantenían igual y otros se exacerbaban fuera de la sesión.

Margie no respondía a muchas de mis intervenciones que proponían un bajo desafío. De hecho ella solía esperar que yo terminase de hacer el comentario o pregunta que pudiese estar haciendo, para reubicar silenciosa e intencionalmente todo en su lugar original, tal como estaba en el punto de partida, ya fuera comenzando el juego desde el inicio, o terminando antes la sesión. Ella también era indiferente a algunas intervenciones más desafiantes, poniendo a resguardo su propia visión del juego. Tan pronto como yo filmé su juego post-traumático y ella lo vió en el aparato de TV, hizo de inmediato un fuerte cambio en su conducta. En la medida que yo señalaba el juego en la pantalla, ella parecía distanciarse emocionalmente del juego e interactuaba conmigo, respondiendo a mis



preguntas acerca de lo que estaba ocurriendo y realizando comentarios espontáneos tales como “a ella no le gusta lo que le están haciendo ahora”. Mi suposición es que para algunos niños el hecho que el juego sea una experiencia kinestésica (es decir, los juguetes son tocados, oídos, sentidos, manipulados), no les permiten una distancia suficiente para procesar el material. Entiendo este fenómeno como la diferencia que existe entre recordar algo que ocurrió y experimentar un recuerdo como si estuviese ocurriendo nuevamente. En otras palabras, los niños deben eventualmente creer que las experiencias traumáticas están siendo recordadas (en el pasado) y no que están ocurriendo actualmente. Uno de los beneficios potenciales del juego post-traumático es el pareamiento de un recuerdo temido con la experiencia de estar a salvo (esto es, “estoy recordando algo malo pero nada malo me está ocurriendo”).

Para Margie había diversos conflictos inherentes en su memoria traumática. Se sentía culpable de abandonar a sus padres y en algún lugar de ella se sentía responsable del hecho que ellos hubiesen sido arrestados y estuviesen ahora en un programa de tratamiento que ella visualizaba como un encarcelamiento. Margie también tenía sentimientos de abandono cuando sus padres no la visitaban en el hospital durante el post-operatorio. Es posible que los años y años de sentirse sola tuviesen efectos acumulativos sobre ella. Además, su rol de cuidadora estaba tan fuertemente definido que Margie estaba preocupada que sus padres no pudiesen sobrevivir sin ella. Estos eran sentimientos y pensamientos horribles para una niña pequeña.

Me sentía afortunada de poder realizar una terapia familiar cuando los padres de Margie fueron eventualmente liberados de su tratamiento (después de un año). Durante este tiempo, Margie se mantuvo increíblemente leal a ellos y su ansiedad en relación a ellos se dispó levemente cuando pudo comenzar a tener contacto telefónico con ellos después de 6 meses. Las llamadas telefónicas parecían nutrirla y devolverle cierta calma. Al mismo tiempo solía deprimirse después de las llamadas, probablemente debido a que constataba que sus padres estaban de hecho sobreviviendo sin ella, lo que cuestionaba su identidad y futuro rol. Margie y yo abordamos muchas otras áreas tales como el duelo y la pérdida, un exagerado sentido de competencia (versus verse a sí misma como una niña que necesitaba atención y nutrición), poniendo las necesidades de sus padres por sobre las de ella, y una necesidad de desarrollar una autoimagen más exacta. Su relación con sus padres parecía compleja y yo estaba segura que esta niña tenía un cúmulo de sentimientos que necesitaba expresar antes de poder reconocer su identidad separada de ellos.

La noticia de que los padres estarían disponibles para una terapia familiar fue con tres meses de anticipación y Margie y yo nos preparamos bien para ese encuentro. Además, yo pude juntarme con los padres algunas veces antes de la primera sesión familiar. Ambos padres habían hecho progresos sustantivos motivados por su gran amor por Margie. Parecían entender la gravedad de su comportamiento y las posibles consecuencias de éste sobre su niña. Parecían haber pasado el “punto de quiebre” y su transformación parecía frágil pero genuina.

Cuando nos juntamos por primera vez, sus emociones eran abrumadoras en tanto se abrazaron y lloraron por aproximadamente 15 minutos. Los padres ayudaron a Margie a calmarse, de manera que pudiesen hablar un poquito, afirmando que ellos tenían mucho que decirle a ella. La madre comenzó contándole a Margie que estaba limpia y sobria y que se sentía “nueva, como si hubiese nacido



recién”. Continuó diciéndole “papi y yo nos dimos cuenta que nosotros fuimos muy malos padres para ti”. Cuando Margie protestó, la madre la calló suavemente: “Tú nos cuidaste a nosotros en lugar de al revés...tú no pudiste ser niña porque tuviste que cuidar a dos padres borrachos”. Pude decir que esas duras palabras sorprendían a Margie, pero su padre tomó sus manos y agregó, “Sí Margie, hemos estado bebiendo un montón desde que naciste. Gracias a Dios que tu abuela pudo cuidarte tus primeros años de vida...Siempre te amamos, pero nos amábamos más a nosotros mismos y nuestro beber...eso paró ahora”. La determinación en la voz del padre de Margie era impresionante: “No va a ser fácil...tenemos que mantenernos sobrios y eso ocurre día a día. Tu mamá y yo tenemos que encontrar trabajos y un lugar que podamos costear. Las cosas llevarán su tiempo, pero sabemos que estás en un lugar seguro ahora y eso nos da la tranquilidad mental para comenzar a construir un pequeño lugar para nosotros de modo que podamos pedirle al juez que te deje venir a casa”. Margie protestó nuevamente y lloró un poco insistiendo en que estaba lista para irse a casa inmediatamente. Ambos padres le aseguraron que a pesar que ella estaba lista, les tomaría a ellos más tiempo y sólo la traerían a casa cuando ellos sintieran que serían capaces de “hacer lo correcto para ti”. La sala se llenó de sentimientos agri dulce y entonces Margie anunció: “yo quiero mostrarles un video”. En todas las oportunidades en que nos imaginamos este primer encuentro y preparamos como Margie saludaría a su familia o que podrían hablar, ella nunca mencionó su deseo de mostrarles el video.

Cuando encendí la pantalla, Margie caminó hacia ella y usó su dedo para señalarla y contó toda su historia. Ella usó el control remoto para detener y recomenzar la cinta y pudo comentar acerca de sus pensamientos y sentimientos en situaciones específicas. Por ejemplo, cuando los camilleros llevaban a la pequeña niña desde la ambulancia a la sala de emergencia, Margie afirmó: “aquí es cuando yo estaba más asustada. No sabía qué iba a ocurrir. Estuve pidiéndole a las personas que los buscaran a ustedes pero no me contestaban. Mi estómago me dolía mucho y no podía pensar bien. Mi cara estaba muy caliente y transpiraba mucho. Estaba preocupada de que ustedes llegaran a casa y yo no estuviese ahí”. Los padres se tomaron las manos, lloraron, y después de visto el video tomaron a Margie en brazos. “Lamentamos tanto que estuvieses sola...quisiéramos haber estado ahí contigo...que terrorífico para ti...has pasado tantas cosas...lo sentimos mucho”. Margie parecía escuchar y absorber las palabras de sus padres.

Margie hizo progresos considerables en terapia y sus padres sustitutos le permitían ser más una niña y menos una cuidadora. Al mismo tiempo, dado que la imagen positiva de Margie derivaba de su habilidad para ser responsable y cuidar de otros, se le dieron tareas específicas de modo que pudiese sentirse útil. Otras veces se le decía que tenía que “trabajar de niña” y se la enviaba fuera a jugar o bien a hacer sus tareas.

A los padres les tomó aproximadamente 6 meses encontrar trabajos y un pequeño departamento. Continuaron asistiendo a Alcohólicos Anónimos y parecían muy comprometidos con sus programas. Asistieron a sesiones de terapia familiar tal como se les había indicado y respondieron a todas las demandas de la Corte. Margie fue exitosamente reintegrada a su familia después de haber estado al cuidado de padres sustitutos por casi 2 años. Cada tanto continué viendo a Margie a través de los años y actualmente ella me envía mails para contarme cómo le va. Su padre fue capaz de mantener su estado de sobriedad, pero su madre tuvo algunas recaídas y finalmente se separaron hace algunos años. Margie quiere ser enfermera.