

Un protocolo de tratamiento integrativo para familias con niños adoptados: Análisis de un caso clínico

**Marián Pérez-Marín,
Milagros Molero-Zafra
Inmaculada Montoya-Castilla**
*Facultad de Psicología. Universidad
de Valencia*

Resumen

El objetivo general del presente trabajo es presentar y analizar en detalle la eficacia de un protocolo de abordaje psicológico de trabajo con las familias de niños adoptados, que integra la perspectiva conceptual de la teoría del apego, la terapia familiar narrativa y el EMDR. A partir del análisis del proceso de cambio terapéutico del caso clínico de un niño adoptado y su familia veremos como disminuye el malestar psicológico en el infante y su familia, intentándose promover una base de apego seguro.

Palabras claves: adopción, apego, familia, terapia narrativa, EMDR, caso clínico

Abstract

The main objective of this paper is to introduce and analyze in detail the effectiveness of a protocol of psychological approach to working with families of adopted children, which integrates conceptual perspectives of attachment theory, narrative family therapy and EMDR. From the analysis of the process of therapeutic change of a case of an adopted child and his family we show how decreases psychological distress in the infant and his family, and the tendency of promoting a secure attachment base.

Keywords: Adoption, attachment, family, narrative therapy, EMDR, clinical case.

1. Introducción

En el presente trabajo, entenderemos la familia como (Pérez, 2000): *“Aquel conjunto de personas en interrelación, que están vinculadas mediante lazos de matrimonio, nacimiento, adopción u otros fuertes vínculos sociales”*.

La adopción es un proceso que comienza antes de que un menor sea adoptado y que implica a toda la familia. Podemos entender la adopción como “un mecanismo socialmente aceptado, que crea vínculos entre las personas que no son necesariamente padres consanguíneos. Se trata, por tanto, de un caso especial y particular del proceso de constitución de la familia que se distingue del hecho que uno o los cónyuges no tienen participación en la gestación biológica del individuo que adquiere la condición de hijo adoptivo” (Alguacil y Pañellas, 2009, p. 16).

En el deseo de ser padres confluyen muchos aspectos, como por ejemplo, las relaciones con los propios padres, los valores que tiene la persona, las relaciones sociales establecidas y su carácter. Cuando se vive en pareja hay que tener en cuenta el vínculo existente y las motivaciones compartidas. La motivación es uno de los elementos importantes para otorgar la idoneidad a una unidad familiar que quiere adoptar y también uno de los factores predictivos del éxito en la adopción (Alguacil y Pañellas, 2009). Los padres que deciden adoptar tienen que enfrentarse en muchos casos con sus propios duelos, como la esterilidad biológica (D’Andrea, 2009).

Cuando un niño llega a su familia adoptiva ya ha comenzado, en mayor o menor medida, sus experiencias de vida, ya posee unos patrones de relación, de establecimiento de vínculos y de vivencias.

Algunos aspectos destacables en los niños que son adoptados son: el sentimiento de abandono, los vínculos de apego, las carencias y los problemas de conducta. La convivencia con un hijo adoptivo se facilita si se conocen estos aspectos y cómo abordarlos en la familia.

La adopción implica el abandono de su familia de origen y el corte del vínculo afectivo. Desde el punto de vista psicológico, el abandono se refiere al corte o no-existencia del vínculo afectivo (Hermosilla, 1989). Frecuentemente los niños lo viven como una falta de amor, repercutiendo en todas las áreas de su desarrollo.

Diversos autores y orientaciones psicológicas (Spitz, Erikson, perspectiva psicoanalítica) han planteado la importancia de los primeros meses de vida y del vínculo establecido con el cuidador. Cuando este proceso es adecuado permite el desarrollo de actitudes de confianza básica. El niño se siente querido y atendido en sus necesidades físicas y emocionales. Es un ambiente de seguridad que le permite desarrollarse adecuadamente a nivel evolutivo. Sin embargo, cuando el niño no es atendido en sus necesidades afectivas se

producirán dificultades en el desarrollo a nivel cognitivo, motor, emocional y social (Palacios, Román y Camacho, 2011; Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005), el niño desarrolla una imagen negativa de sí mismo, la sensación de no merecer cariño y la emoción de angustia (Rosas, M., Gallardo, I. y Díaz, P., 2005). El nivel de ansiedad es alto y aparecen los miedos, especialmente el miedo a ser abandonado por no ser adecuado o querido para sus padres.

La adopción implica una discontinuidad en la trayectoria de cuidado que conlleva la separación y pérdida de figuras de referencia, y el establecimiento de nuevas relaciones de apego. Las principales investigaciones que han abordado el estudio de las conductas de apego de los niños adoptados lo han hecho principalmente a través de la situación del extraño. Mary Ainsworth (1962, 1964), discípula de Bowlby diseñó y aplicó un programa conocido como “Experiencia Extraña” para evaluar la calidad del vínculo entre una madre y su hijo, basándose en que las figuras de apego actúan como sustento de la conducta exploratoria y por tanto las separaciones son seguidas de efectos psicológicos y fisiológicos en el niño. Los tipos de vínculos descritos por ella son: a) Pauta de apego seguro: en esta existe una confianza por parte del niño hacia sus padres (o figuras parentales), quienes serán accesibles, sensibles a las señales del niño y colaboradores, cuando el infante se encuentre en situaciones adversas o amenazantes. Esto le permitirá explorar el mundo con seguridad y confianza. b) Pauta del apego ansioso resistente (inseguro-ambivalente): el niño no tiene la seguridad de encontrar a sus progenitores y de ser ayudado por ellos si se encuentra en una situación amenazante. El niño es propenso a la separación ansiosa; es proclive al aferramiento y se muestra ansioso frente a la exploración del mundo. En cada una de estas conductas está siempre presente la incertidumbre. c) Pauta del apego ansioso elusivo (inseguro-rehuyente-evitativo): el niño desconfía de que sus padres le entregarán la ayuda necesaria o requerida por él y tiene la convicción de que en este intento no será apoyado por ellos. El niño intenta ser una persona emocionalmente autosuficiente, no buscando el amor ni el apoyo de otras personas (Rosas, M., Gallardo, I. y Díaz, P., 2005).

Diversos estudios muestran que la mayor parte de los niños adoptados son capaces de establecer relaciones de apego seguro con sus padres adoptivos (Román, 2010; Van Londen, Juffer y Van Ijzendoorn, 2007; Verissimo y Salvaterra, 2006). Sin embargo, otros estudios muestran resultados contrarios, poniendo de manifiesto que el apego seguro es menos frecuente en los niños y niñas adoptados que en muestras normativas y que estos resultados están influidos por diversos factores como la edad en el momento de la adopción o el tiempo vivido en instituciones (Chisholm, 1998; Marcovitch *et al.*, 1997; O’Connor *et al.*, 2003; Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn, y Bakermans-Kranenburg, 2009; Vorria *et al.*, 2003). Los modelos internos de apego que cada niño ha desarrollado regulan su comportamiento en

función de lo que ha sido más adaptativo (Román y Palacios, 2010). Estos patrones pueden cambiarse pero necesitan tiempo y que los padres adoptivos establezcan una base segura de apego (Román y Palacios, 2011). En ocasiones, implica desaprender los patrones aprendidos para incorporar a sus vivencias patrones de relaciones más saludables, estables y seguros a nivel emocional.

Los niños adoptados antes de llegar a su familia adoptiva han pasado, en ocasiones, por situaciones que les han provocado carencias emocionales. Estas están relacionadas con las pérdidas y rupturas de relaciones que han vivido y pueden favorecer dificultades en el establecimiento de nuevas relaciones, así como en la aparición de problemas psicológicos o de conducta. En las nuevas relaciones pueden manifestar dificultades para desarrollar un vínculo afectivo estable, confiado y seguro.

Algunos de los problemas psicológicos que pueden presentar son: independencia precoz y falsas autonomías, sentimientos intensos de soledad que le llevan a adoptar conductas de autocontrol y de aislamiento, retrasos en el desarrollo psicomotor, retrasos en la comunicación y en la adquisición del lenguaje, inquietud, agresividad, ansiedad, tendencia a la impulsividad, problemas somáticos, problemas de atención, hiperactividad, problemas alimentarios, problemas de relación con los padres adoptivos (indiferencia en el trato o trato distante), muestran desconfianza, dificultad en la expresión de sentimientos y problemas de relación con otros niños (Alguacil y Pañellas, 2009).

Algunos de los problemas de conducta que presentan los niños son adaptativos y no podemos considerarlo patología. Es frecuente que los niños adoptados presenten los primeros meses problemas de conducta como ansiedad, nerviosismo o actividad excesiva. Estos problemas son consecuencia del proceso de adaptación a la nueva situación, a la familia y al contexto en el que vive. Por ello, es importante atender a las emociones que manifiestan los niños y al proceso que siguen. Los padres pueden alarmarse al observar el comportamiento alterado del niño, pero en muchas ocasiones, este desaparecerá cuando el niño sienta que es querido, aceptado en esta familia, que el amor de sus padres permanece, que es un niño deseado y que quieren que continúe con ellos.

Peters, Atkins y McKay (1999), plantearon algunos factores que pueden influir en la posterior adaptación del niño que es adoptado. Uno, los factores biosociales, que están relacionados con los riesgos a los que ha podido estar expuesta la madre biológica durante el embarazo y la falta de cuidados médicos. En segundo lugar, la patogénesis del proceso de adopción, relacionada con el proceso de pérdidas y duelos que implica la adopción, con el sentimiento de fracaso personal, inadecuación y frustración de los padres adoptivos, con los traumas de las etapas anteriores a la adopción que pueda tener el niño

y con las dificultades de compatibilidad relacional entre el hijo y los padres adoptivos.

La adopción de un niño es un evento que puede generar reparación de los daños que este ha sufrido. Los alcances de la reparación estarán determinados entre otros por el momento en que el niño es abandonado y adoptado; las características constitucionales del niño; El ajuste temperamental entre padres e hijos; estilos de crianza; el apoyo pre y post adopción que se brinda a los padres; elaboración de la infertilidad de los padres; número de colocaciones preadoptivas del niño; actitud de la familia hacia la adopción y la revelación de esta; y, aproximación realista a los riesgos de disrupción, entre otros (Rosas, M., Gallardo, I. y Díaz, P., 2005). Por ello, en la atención de los niños adoptados abordaremos estos aspectos a nivel familiar, tanto del niño como de sus padres.

El objetivo general del presente trabajo es presentar y analizar en detalle la eficacia de un protocolo de abordaje psicológico de trabajo con las familias de niños adoptados, que integra la perspectiva conceptual de la teoría del apego, la terapia familiar narrativa y el EMDR. A partir del análisis del proceso de cambio terapéutico del caso clínico de un niño adoptado y su familia veremos como disminuye el malestar psicológico en el infante y su familia, intentándose promover una base de apego seguro.

2. Descripción del protocolo de tratamiento psicológico

El EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) es una psicoterapia integrada reconocida por la APA desde 1998 como método eficaz para el tratamiento del trauma. Permite acceder a los sucesos vitales perturbadores, los disparadores actuales y las experiencias futuras proyectadas y reprocesarlas con una resolución adaptativa (Shapiro, 1989; Shapiro, 2001). Trabaja con todos los aspectos de la experiencia traumática, incluyendo imaginación, creencias, afecto y sensaciones corporales, empleando también la estimulación dual de la atención.

El reprocesamiento conseguido con los eventos diana, se traduce en cambios positivos en el afecto, creencias, sensaciones corporales y otros indicadores de la memoria. Se aprende la utilidad de la experiencia temprana que emerge, se almacena la emoción apropiada y se encamina de forma adecuada al paciente en el futuro. El protocolo del tratamiento completo involucra dianas de eventos pasados, presentes y futuros.

El EMDR puede utilizarse perfectamente integrado en el proceso de una terapia familiar (Shapiro *et al.*, 2007), empleándolo para que el individuo o los individuos que han sufrido directamente situaciones

traumáticas puedan resolver los síntomas que están provocando un estrés y sufrimiento adicional al proceso normal de adaptación a la adopción que afecta a toda la familia.

La familia en las situaciones de adopción debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la identidad. El sentimiento de la identidad de cada familia se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica.

Las vivencias perturbadoras por parte de algún miembro de la familia, con la mayor o menor gravedad de las mismas, además de generar malestar en la persona que la padece directamente, también crea altos niveles de sufrimiento en el resto de la familia, generando el sistema movimientos más o menos funcionales para ayudar a la persona y superar como sistema lo ocurrido (Shapiro *et al.*, 2007).

Basándonos en los protocolos de EMDR grupal de Jarero y Artigas (Artigas *et al.*, 2000, Jarero *et al.*, 1999) durante las sesiones individuales con niños muy pequeños y en las sesiones grupales de familia, emplearemos “el abrazo de la mariposa” como método de estimulación bilateral en cada uno de los miembros y dibujos, escudos, historias y lemas familiares ligados a la expresión de las dianas perturbadoras, como herramientas de externalización de la vivencia traumática y como medida de control del reprocesamiento adaptativo de la experiencia tras los sets de estimulación. Las sesiones de terapia familiar permiten a los padres llegar a comprender los sentimientos de los hijos y ser capaces de calmarlos y guiarlos.

El modelo de la Terapia familiar fásica -TFF- (Gammer y Kreuz, 1993; Kreuz, 1989) con el que nosotros trabajamos pertenece a los enfoques multidimensionales dentro de las escuelas sistémicas. El terapeuta fásico parte de la interacción de los miembros de la familia en el presente, pero no trabaja sólo con esta fuente de información para iniciar el cambio terapéutico.

Dicho modelo implica un trabajo en 4 cuadrantes, que tienen un enfoque basado en cómo se origina un problema y cómo se puede cambiar. La idea es moverse de manera progresiva a través de los cuadrantes en la medida en que el problema no se resuelva en el transcurso terapéutico.

El primer cuadrante es el Trabajo conductual: Perspectiva “presente y externo”, el foco es el comportamiento, ¿quién o qué hace qué a quien, y en presencia de quien?

El segundo cuadrante es el Trabajo experiencial: Perspectiva “presente e interno”. Pensamiento y emociones, pautas de comunicación, empatía, ¿Qué significa “esto” para cada uno de los componentes?

El tercer cuadrante es el Trabajo histórico: ¿Cómo está el problema relacionado con la historia personal de la familia de origen de cada uno, y con los mitos transgeneracionales?

El cuarto cuadrante sería el Trabajo intrapsíquico: ¿De qué manera encaja el problema en las necesidades personales intrapsíquicas de cada uno?

El modelo de terapia familiar fásica consta a su vez de tres fases que se representan como círculos concéntricos: (resolución, extensión e intimidad) a través de las cuales se desarrolla el trabajo con los cuatro cuadrantes.

a) Fase de resolución

La integración del modelo de EMDR en el modelo de trabajo de la TFF con las familias adoptivas la situaríamos, desde el primer lugar, dentro de esta fase de resolución del síntoma. El objetivo fundamental es reducir en el menor tiempo posible la sintomatología que presenta el paciente identificado y cómo esta afecta a la vida cotidiana familiar.

Dado que en esta fase inicial se exploran las estructuras y relaciones de la familia (combinando sesiones individuales y familiares), los eventos traumáticos a procesar con EMDR surgirán a lo largo de este trabajo. Del mismo modo, el análisis de la crisis que presenta la familia adoptiva, nos aportará el material base para establecer posteriormente si será únicamente el paciente identificado el que se pueda beneficiar del reprocesamiento, o bien algún otro miembro de la familia puede ser incluido también en los protocolos individuales de EMDR en fases sucesivas. En esta fase, las metas terapéuticas que trabajar con los niños adoptados serán: reducción de los síntomas, procesar los sentimientos de abandono y de integración en su nueva familia, reconciliación con su historia y sus orígenes, elaborar su identidad (de dónde vengo, quién soy, dónde estoy, hacia dónde voy).

Para ello realizaremos sesiones individuales de reprocesamiento con EMDR con los niños y aplicaremos el protocolo de trabajo de apego de Carol Crow (2008) basándonos en el cuento “érase una vez”.

Mediante una herramienta narrativa como el cuento “érase una vez”, elaboramos con el niño parte de su historia pasada y como ésta le sigue influyendo en su vida actual.

Creamos con él el cuento “érase una vez” y, basándonos en él, continuamos con el reprocesamiento y la estimulación bilateral de la atención siguiendo así con el protocolo del EMDR:

Erase una vez un niño llamado ... que nació en ... hace ... años. Lo que le pasó fue que(acontecimiento perturbador). Ahora cuando

piensa en esto lo que recuerda/ ve es ... (imagen perturbadora) y esto le hace pensar que él es ... (cognición negativa). Hubiera sido tan maravilloso si él hubiera sabido que ... (cognición positiva) y esto ahora se lo cree ... (un poquito, apenas, mucho-validación de la cognición positiva). Lo que le pasó ahora le hace sentir(emoción), y siente que esto es... (lo peor que le ha pasado, algo un poco malo, algo intermedio, algo un poco bueno-Medida del SUD) y esto lo siente en su cuerpo en ... (exploración corporal).

Tras el reprocesamiento con EMDR partiendo del cuento “érase una vez” volvemos a construir un cuento con los niños para ayudar a consolidar su vida familiar e identidad actual, como instalación de recursos. Tras crearla la instalamos con varios sets de estimulación bilateral. Así, la nueva historia tendría como consignas:

Hola... (madre o padre biológico o ambos). Ahora vivo en Yo tengo (elementos de su vida actual, amigos, perro, etc), Me gusta mucho Tengo una mamá y un papá. No te recuerdo/Nunca te conocí pero quiero darte las gracias por ...

En esta fase de resolución llevaremos a cabo también sesiones familiares con el subsistema de padres en las que trabajaremos las siguientes dimensiones terapéuticas: cohesión familiar (autonomía, dependencia, límites, compromiso), comunicación familiar y adaptabilidad familiar (flexibilidad, recursos y estrategias de afrontamiento, dinámicas de poder, reglas de interacción, funciones y responsabilidades familiares).

En estas sesiones familiares se analizarán y fomentarán aspectos como: las pautas de reforzamiento-extinción de los padres ante los síntomas de sus hijos, la prevención o disminución de comportamientos disfuncionales en los miembros de la familia, la comunicación de emociones y peticiones de cambio, el establecimiento-mantenimiento de reglas y límites familiares saludables.

b) Fase de extensión

En la segunda fase de tratamiento, la fase de extensión, emplearemos activamente técnicas de terapia narrativa junto con el enfoque terapéutico de EMDR.

La meta será trabajar con los niños y sus padres sobre su adaptación al proceso de adopción. Nuestro objetivo será prevenir la reaparición de síntomas y la aparición de nuevos síntomas, trabajar los vínculos de apego seguro y mejorar la narrativa familiar acerca de la historia de adopción y de creación de la nueva identidad familiar. En las sesiones, ahora con todos los miembros de la familia, ahondaremos en las dimensiones de cohesión, comunicación y adaptabilidad familiar.

Utilizaremos tanto las técnicas narrativas de terapia familiar (Payne, 2001) (escudo familiar, lema familiar, elaboración de una historia familiar conjunta) como el EMDR a nivel grupal para instalar recursos en los miembros de la familia y crear un sentido de identidad y de vinculación emocional estable y compartida como sistema.

Así, en sesiones familiares, construiremos la historia familiar y el escudo familiar con su lema, con la participación de todos los miembros de la familia. Usando estas construcciones familiares como base y emplearemos sets de estimulación bilateral mediante el abrazo de la mariposa. El objetivo será instalar la identidad familiar como un lugar seguro.

La historia familiar contendrá los siguientes elementos: niño: de dónde vengo; padres: de dónde venimos; familia: cuándo y cómo nos conocimos; familia: qué pensamos sobre nosotros ahora; familia: hacia dónde vamos todos juntos.

En el escudo familiar, cada miembro de la familia pensará cuál es el mejor elemento que los representa a ellos mismos y a la familia. Todos colaborarán dibujando, coloreando, cortando y pegando los elementos del *collage*. Durante el reprocesamiento con el escudo cada miembro de la familia elegirá un lema que represente el escudo familiar, este se usará como anclaje de la familia como un lugar seguro.

Tras la elaboración de estos elementos narrativos y usándolos de base, toda la familia realizará sets de estimulación mediante el abrazo de la mariposa.

c) Fase de intimidad

Esta fase tiene relación con el papel central que se le da a la pareja de padres de la familia en este modelo terapéutico fásico. Su relación imprime el estilo relacional de toda la familia y consigue darle al conjunto familiar un clima determinado. Así, una vez finalizada la fase anterior, se despiden a los hijos y se inicia un trabajo orientado en la vida de pareja.

3. Análisis de un caso clínico

En el caso que ilustramos a continuación, el paciente es un niño de 9 años que fue adoptado a los 6 meses de edad a través de un servicio de adopción internacional en España por una pareja sin hijos. Cuando la familia acude al servicio de terapia familiar, el niño presenta fobia a atragantarse y fobia escolar secundaria a la primera.

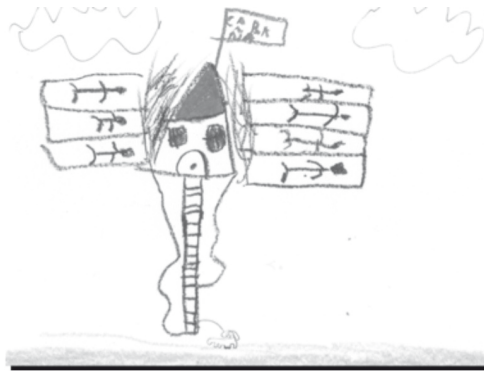
La primera crisis sucedió 3 años antes: tras un atragantamiento en el comedor familiar, el niño desarrolló miedo intenso a atragantarse con angustia y náuseas antes de comer y pesadillas. Tras un tratamiento previo con terapia cognitivo-conductual (TCC) de unos meses se resolvió el problema. Una segunda crisis ocurrió 1 año antes: en una fiesta de cumpleaños de un vecino, cuando la madre se ausenta él empieza a sentir náuseas y ganas de vomitar intensas. A partir de ahí, el niño generaliza progresivamente estos síntomas, que se presentan cada vez que los padres se van y cuando tiene que ir al colegio. Tras 2 meses con TCC y tratamiento médico con jarabe para prevenir el vómito se resuelven los síntomas. Cuando llega a nosotros, los síntomas son: miedo intenso a atragantarse, náuseas y miedo a vomitar; fobia escolar; uso del jarabe como muletilla para afrontar el miedo a ir al colegio; ansiedad de separación cuando los padres salen.

Como describimos previamente, en la Fase de Resolución con la que se inicia el tratamiento, orientada a la reducción de los síntomas, se aplica el protocolo básico de EMDR con el niño para procesar los síntomas fóbicos. Un ejemplo de este procesamiento en el que se utiliza el dibujo para mostrar la secuencia es el siguiente:

- Diana: miedo a vomitar;
- Cognición negativa: estoy en peligro;
- Cognición positiva: Estoy a salvo; VOC (validez de la cognición positiva en escala de 1 a 7) = 2;
- Emociones: miedo, ansiedad, asco;
- Sensaciones físicas localizadas: garganta y pecho;
- SUD (nivel de perturbación en escala de 0 a 10)=10.



Tras el reprocesamiento el niño hace la siguiente valoración y el dibujo que se muestra a continuación:



Estoy seguro y pasándolo bien con mis amigos en mi casa del árbol. Mi perro cuida de nosotros. SUD=0; VOC=7.

Los miedos relacionados con las náuseas y el vómito desaparecen tras 4 sesiones, dedicando 3 sesiones más al manejo conductual de la evitación al colegio y la ansiedad de separación con los padres. Este trabajo con el subsistema de padres está orientado a modificar sus conductas que refuerzan los miedos del niño y para ayudarles a establecer límites más funcionales.

En la segunda fase de tratamiento, Fase de Extensión, el objetivo es prevenir la reaparición de los síntomas de ansiedad de separación y la fobia. Para ello trabajamos más en profundidad con el niño y los padres el proceso de adopción.

Este trabajo con la familia nuclear sobre la historia de adopción ayuda a implementar una narrativa funcional en el niño y la familia.

Para ello, trabajamos primero con el niño su historia de origen, reprocesando la versión inicial cuando aparece una narrativa disfuncional e instalando después una más positiva mediante el uso del EMDR.

Primero el niño escribe la historia de su adopción en el formato de cuento siguiendo el ejercicio descrito anteriormente llamado "Érase una vez...". Así es como narró el niño su historia (los datos personales están simulados para mantener el anonimato):

"Érase una vez un niño llamado Pablo que nació en Colombia hace 9 años. Lo que le ocurrió fue que su madre le abandonó cuando era un bebé. Ahora, cuando piensa en ello ve a un bebé llorando solo y cree que no es un buen chico. Se siente triste, enfadado y asustado y esto lo nota en su garganta".

El SUD que el niño puntúa para esta historia es de 8. Tras el re-procesamiento, escribe lo siguiente, con un SUD de 0:

“Hola madre, ahora vivo en España. Tengo muchos amigos en el colegio, me encanta hacer *skate* y jugar con mi perro. Tengo una mamá y un papá. Nunca te conocí pero quiero decirte que gracias por dejarme ir a vivir con mi nueva familia”.

En esta Fase de Extensión se trabaja también con los padres y el niño sobre la historia de adopción para la prevención de recaídas y la ansiedad de separación en el niño. Cuando el niño ya tiene su narrativa funcional desarrollada a partir del trabajo anterior, trabajamos con la familia nuclear para proporcionar una narrativa funcional conjunta con un cuento de la historia familiar que construyen entre todos, y con un escudo familiar que elaboran y que se instalan como recursos positivos mediante EMDR para potenciar la identidad familiar como lugar seguro.

La historia familiar construida por esta familia no se puede mostrar en este trabajo por su extensión, ya que la elaboraron en formato de libro-álbum contando todo el proceso: la búsqueda de un bebé por parte de los padres, el viaje al país de origen del niño para recogerle y traerlo a España, el recibimiento de la familia, etc. Esta historia, una vez construida, se instala con el niño mediante EMDR, mientras los padres la cuentan, el terapeuta le va haciendo estimulación bilateral y el niño va expresando comentarios al respecto si le van surgiendo.

El segundo trabajo orientado a la identidad familiar es el escudo, que todos construyen para representar a su familia. Se muestra a continuación el escudo elaborado por la familia.



La estructura de este escudo representa los elementos que la familia ha destacado como relevantes: el amor, la casa, los amigos, el trabajo. Los padres y el niño comparten un espacio similar pero también dándole al perro un valioso espacio en el centro inferior, siendo un elemento importante del sistema familiar, dado que todos lo comparten y cuidan de él, representando valores familiares como fidelidad, cuidado y amor. El niño propuso la corona como elemento de valor para el sistema familiar.

Una vez elaborado el escudo, la familia observa el resultado y localiza un lema y los sentimientos y sensaciones positivas que les suscita, instalándose con estimulación bilateral mediante el abrazo de la mariposa para poder hacerlo en grupo.

Para finalizar el proceso terapéutico, la fase de intimidad, la pareja realiza unas sesiones en las que se refuerza su vínculo afectivo y se les refuerza la psicoeducación sobre cuestiones de apego para ir afrontando las siguientes crisis del ciclo vital con su hijo.

4. Conclusión

Este protocolo que integra el EMDR en la terapia familiar puede ayudar a las familias adoptivas a entender e interpretar los significados a partir de la construcción que hace el sistema familiar de su propio mundo. El uso del escudo y los cuentos combinados con la estimulación bilateral mediante el abrazo de la mariposa, proporciona a la familia un modo de instalar y reforzar su nueva identidad familiar como un lugar seguro.

A nivel individual se ha conseguido a través de su aplicación: la reducción de los síntomas; procesar sentimientos de abandono e integración en la nueva familia; la reconciliación con su historia y origen; la elaboración de la identidad.

A nivel grupal/familiar se desarrollaron los siguientes objetivos: inclusión familiar; reforzando la estructura, conexión y el compartir significados; interacciones que potencian el refuerzo de los vínculos y el sentido de pertenencia; refuerzo de actitudes de influencia y poder para la resolución de conflictos; integración de los miembros mediante la toma de decisiones, metas familiares y creatividad y resolución de problemas, planificación de cambios y mantenimiento de la confianza y comunicación.

Podemos describir este proceso como una forma de integrar lo que se dice y lo que se hace, permitiendo a las familias la interpretación de elementos de confianza y valores familiares así como su identidad.

5. Bibliografía

- AINSWORTH, M. D. (1962). *The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context of research strategy*. En *Deprivation of maternal care: A reassessment of its effects*. Geneva: World Health Organization, Public Health Papers, 14, 87-195.
- AINSWORTH, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly*, 10, 51-58.
- ALGUACIL, M. y PAÑELLAS, M. (2009). *L'adopció*. Barcelona: Editorial UOC.
- ARTIGAS, L.; JARERO, I.; MAUER, M.; LOPEZ CANO, T. y ALCALÁ, N. (2000). *EMDR and traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol and the butterfly hug*. Poster presented at the EMDRIA Conference, Toronto, Canada.
- CHISHOLM, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69 (4), 1092-1106.
- CROW, C. (2008) *Integrar el EMDR con la terapia de apego a través del ciclo vital*. Curso copatrocinado por EMDR España, Febrero 2008. Madrid.
- D'ANDREA, A. (2009). Los desafíos evolutivos de la familia adoptiva. *Psicoperspectivas*, VIII (1), 159-194.
- GAMMER, C. y KREUZ, A. (1993). Intervenciones sistémicas: El modelo de la terapia familiar fásica. Fundamentos teóricos y práctica clínica: Diversos enfoques. *Monográficos Colegio oficial de Psicólogos del País Valenciano*, 83-103.
- HERMOSILLA, M. (1989). *Efectos psicológicos del abandono y su reparación mediante la adopción*. *Problemática del menor en situación irregular*. Primer encuentro Nacional. Patronato de los Sagrados Corazones. Valparaíso, Chile.
- JARERO, I.; ARTIGAS, L.; LOPEZ CANO, T.; ALCALÁ, N. y MAUER, M. (1999). *Children's post traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol*. Poster presented at the Annual meeting of the international society for traumatic stress studies, Miami, FL.
- KREUZ, A. (1989). *La Terapia Familiar Fásica*. *Informació Psicológica*, 40, 54-61.
- MARCOVITCH, S.; GOLDBERG, S.; GOLD, A.; WASHINGTON, J.; WASSON, C.; KREKEWICH, K. *et al.* (1997). Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioural Development*, 20 (1), 17-31.
- O'CONNOR, T. G., MARVIN, R. S., RUTTER, M., OLRICK, J. T., BRITNER, P. A., & THE ENGLISH and ROMANIAN ADOPTEE STUDY TEAM (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Developmental and Psychopathology*, 15, 19-38.
- PALACIOS, J., ROMÁN, M. & CAMACHO, C. (2011). Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity. *Child: Care, Health & Development*, 37, 282-288.

- PALACIOS, J., SÁNCHEZ-SANDOVAL, Y., & LEÓN, E. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo país, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- PÉREZ, M. (2000). *La familia del enfermo oncológico: Un programa de intervención psicológica*. Valencia. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- PETERS, B.B., ATKINS, M.S. y MCKAY, M. M. (1999). Adopted children's behavior problems: a review of five explanatory models. *Clinical Psychological Review*, 3, 297 – 328.
- ROMÁN, M. & PALACIOS, J. (2010). *Los modelos internos de apego en niños y niñas adoptados: Relevancia y evaluación*. En F. Loizaga (Ed.), *Adopción hoy. nuevos desafíos, nuevas estrategias*. Bilbao: Mensajero, 203-228.
- ROMÁN, M. (2010). *El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- ROMÁN, M. y PALACIOS, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: El apego en la adopción. *Acción Psicológica*, 8 (2), 99-111.
- ROSAS M.; GALLARDO, I.; DÍAZ, P. (2005). *Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados*. Chile: Red Revista de Psicología.
- SHAPIRO, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- SHAPIRO, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- SHAPIRO, F., KASLOW, F. Y MAXFIELD (2007) (eds.). *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. New Jersey: John Wiley & sons.
- VAN DEN DRIES, L., JUFFER, F., VAN IJZENDOORN, M. H., & BAKERMANS-KRANENBURG, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31 (3), 410-421.
- VAN LONDEN, W. M., JUFFER, F., & VAN IJZENDOORN, M. H. (2007). Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: Short-term outcomes after international adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (10), 1249-1258.
- VERÍSSIMO, M. & SALVATERRA, F. (2006). Maternal secure-base scripts and children's attachment security in an adopted sample. *Attachment & Human Development*, 8 (3), 261-273.
- VORRIA, P., PAPALIGOURA, Z., DUNN, J., VAN IJZENDOORN, M. H., STEELE, H., KONTOPOULOU, A. *et al.* (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1208-1220.