

El trauma en el abuso sexual infantil intrafamiliar; desde los procesos disociativos y el apego*.

(*)Resiliencia a través de EMDR

Trabajo Final de Grado:

Diseño de Intervención en Psicología Clínica y de la Salud.

Nombre del Estudiante: José Luis Vicente Rodrigo.

Plan de Estudios: Grado de Psicología

Responsable de la asignatura: Montse Vall – Llovera Llovet

Consultora: Gemma Espel Trias

Fecha de Entrega: 12/06/2016

DEDICATORIA:

A mis padres: Petra y José Manuel por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida...
Y por ser el destino de mis preguntas.

A mi hija: Miriam, por ser mi motor y el origen de mis respuestas...

In memoriam: Luis Rodrigo Anabitarte.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los compañeros, compañeras, consultores y profesores de la UOC, que de una u otra forma me han ayudado en esta travesía de aprendizaje.

A Eduardo Lizardo, por cuestionármelo todo y hacerme abrir la mente.

En especial al Centro Cert y a Marta Sajnovick por enseñarme tanto de psicología clínica, del trauma y de las técnicas de integración cerebral. En abordajes a pacientes con problemática de abuso sexual infantil.

A Sandra Terol, por su gran apoyo en esta etapa de mi vida. Y por estar siempre ahí, con su sonrisa.

Copyright © José Luis Vicente Rodrigo.

Reservados todos los derechos. Está prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento. Comprendidos la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema. Así como la distribución de ejemplares mediante alquiler y préstamo, sin la autorización escrita del autor o de los límites que autorice la Ley de Propiedad Intelectual.

RESUMEN

Este estudio analiza de forma teórica, la correlación directa entre el trauma, el apego disfuncional familiar y la disociación de la personalidad. En el abuso sexual infantil intrafamiliar. El presente proyecto de intervención a nivel práctico evalúa un abordaje de tratamiento del trauma multimodal en fases. Este se aplica a treinta niños, los cuales son víctimas de violencia interpersonal severa, violación, abuso sexual, violencia física o emocional. Negligencia y abandono dentro de la familia. Los participantes, asisten a un campamento de recuperación del trauma que tiene una duración de dos semanas. En el que se les facilitan recursos de aprendizaje psicológicos vinculados al protocolo grupal e integrativo con terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR). También, se trabajan abordajes terapéuticos complementarios con “*mindfulness*” y “*arteterapia*” junto con la técnica grupal EMDR- IGTP del “*abrazo de la mariposa*”. De esta forma se reestructuran y disuelven sus memorias traumáticas. Los resultados pre – pos tratamiento, muestran mejora significativa según escala EGS, de gravedad del trastorno por estrés postraumático. Mostrándose mejora también, en el CITES-R escala infantil de impacto de eventos traumáticos y en el DTS, escala del trauma de Davidson, en todos los participantes. No ocurriendo de esta manera en el DES-II escala de experiencias disociativas. Se necesitan realizar estudios con muestras más amplias con el fin de confirmar la eficacia del EMDR no solamente a nivel metodológico en pequeños grupos, sino también a nivel neurobiológico de forma cuantitativa, dentro de una población más amplia, con espectro traumático vinculado al abuso sexual infantil intrafamiliar.

PALABRAS CLAVE: Abuso sexual infantil intrafamiliar, trauma, disociación, apego, EMDR, TEPT, TLP.

ABSTRACT

This study, analyzes the theory about the direct correlation between trauma, dysfunctional family attachment and dissociation of personality, in the domestic child sexual abuse. This intervention project on a practical level evaluates a treatment approach of multimodal trauma in phases, applied to thirty children, who are victims of several interpersonal violence, like a rape, sexual abuse, physical or emotional abuse, neglect and abandonment in the family. The participants attending a camping of trauma recovery about two weeks, which are provided with resources related to group therapy and integrative group treatment protocol to (EMDR) and psychological learning. Complementary therapeutic approaches are also working with “*mindfulness*” and “*art therapy*” with the integrative group treatment (EMDR- IGTP) about the “*butterfly hug*” in order to dissolve and restructure their traumatic memories. The results pre-post treatment, show significant improvement according to EGS (severity scale of PTSD), CITES-R (children’s impact of traumatic scale) and DTS (Davidson Trauma Scale), for all participants. Not happening this way in the DES-II (dissociative experiences scale II). More studies are needed with larger samples in order to confirm the effectiveness of EMDR, not only, about the methodological level in small groups, but also quantitatively neurobiological level within population with traumatic spectrum linked to domestic child sexual abuse.

KEY WORDS: Domestic child sexual abuse, trauma, dissociation, parental attachment, EMDR, TEPT, TLP.

Índice:

0. Introducción.....	5
0.1 Presentación del tema.....	7
1. Contexto, justificación y objetivos.....	11
2. Revisión teórica.....	13
3. Problema.....	20
4. Pregunta e hipótesis.....	22
5. Propósito de mi intervención.....	23
6. Métodos.....	24
6.1 Diseño de intervención.....	27
6.2 Participantes.....	31
6.3 Instrumentos.....	33
6.4 Procedimiento.....	36
7. Resultados.....	37
8. Conclusiones.....	38
9. Discusión.....	40
10. Referencias bibliográficas.....	42
11. Anexos.....	48

Lista de figuras:

- Figuras; 1, 2: Fuente: Salvador, M (2004) “Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia” Taller presentado en el *XII Congreso Español de AT en Zaragoza, Septiembre del 2004*.

En anexos página 48

Lista de tablas:

- Criterios abreviados para trastorno por estrés postraumático o TEPT: DSM-IV-TR (APA, 1994)
- Modelo traumatogénico de Finkelhor y Browne, (1985),

En anexos pagina 49 y 50 respectivamente.

*"Si el hombre es formado por las circunstancias, entonces es necesario...
Formar las circunstancias humanamente." -Die heilige Familie-
(Carl Marx, y Friedrich Engels)*

0. Introducción.

Un trauma o un evento traumatizante, es una amenaza para la integridad física de uno mismo o de los demás. En la infancia muchas amenazas percibidas provienen más del terreno afectivo y del acceso del cuidador al niño. Que de un nivel real de peligro físico o de riesgo para la supervivencia, (Schuder y Lyons-Ruth, 2004).

El Dr. Besell Van der Kolk, especialista en el trauma, demuestra como las personas después de un hecho traumático grave, pierden la capacidad de expresarse. Al momento sufren un desequilibrio cerebral. La exposición a un trauma hace que se hiperactive el hemisferio derecho del cerebro al absorber de golpe el impacto emocional y se hipoactive el hemisferio izquierdo, zona de la racionalización y de lenguaje. La persona no puede racionalizar la escena traumática y tampoco la puede narrar. El trauma no se puede hablar ni expresar, sobre todo si se es niño, ya que las áreas del lenguaje todavía no están totalmente desarrolladas.

En estos últimos años, a lo largo del estudio del trauma, muchos investigadores demuestran que durante las condiciones del intenso estímulo traumático, la memoria explícita puede fallar. Es decir, el individuo queda en un estado de "terror sin habla" en el cual las palabras fracasan al intentar describir lo sucedido.

Pierre Janet en 1919 propone que los recuerdos traumáticos son separados y disociados de la conciencia. Almacenándose como percepciones sensoriales, rumiaciones obsesivas o re actuaciones de comportamientos. Estos hechos en clínica, son los que se explican como un estrechamiento de la conciencia. Es decir, en el momento del trauma el cerebro se centra solamente en los hechos y detalles perceptuales centrales de la acción traumática. Existe la percepción en el individuo de que el entorno se desfigura. Estos hechos producen amnesias completas de la experiencia y disociaciones de la personalidad. La persona que sufre el trauma, despersonaliza y percibe como si fuera una tercera persona. Esta supuesta tercera persona que es consciente de todos los hechos, se refugia en el inconsciente. Ya que los recuerdos se graban tanto a nivel perceptual como implícito sin ningún acompañamiento de narrativa cronológica ni autobiográfica. (Van der Kolk, 1996).

Estudios en neuro-imagen demuestran que personas con provocación reciente del síntoma traumático apoyan esta observación clínica. Durante la inducción de los recuerdos traumáticos existe una disminución en la activación hemisférica cerebral izquierda. Esta es la parte del cerebro implicada en la transformación de la experiencia subjetiva y el habla, a través del lenguaje. El procesamiento y la representación de la experiencia, se canaliza de forma diferente. El hemisferio derecho emocional controla el

sistema parasimpático y el izquierdo racional controla el sistema simpático. Esta gestión del SNA (sistema nervioso autónomo), es totalmente diferenciada. Cada hemisferio representa la información de forma diferente. El derecho más vinculado con el sistema límbico, la procesa de forma analógica y de forma integrada. Mientras que el hemisferio izquierdo más vinculado con el área del lenguaje y con la identificación sensorial y atencional; deconstruye la información de manera digital. De esta manera, los dos hemisferios se equilibran a través del cuerpo calloso. (Ornstein, 1997).

La disociación traumática, se produce cuando existe una falta de comprensión e integración de una experiencia. Es lo que ocurre con los traumas no tratados. Esta falta de integración juega un rol crítico en la transformación de una situación estresante en una traumática. Esto produce lo que comúnmente se llama, una alteración en los sistemas de la memoria. No permitiendo olvidar en el presente, lo que es necesario olvidar y estructurar del pasado. Esta situación es la que produce la patología del trastorno por estrés postraumático o TEPT. La paradoja de este reprocesamiento de la información; se basa en que recordar y olvidar conviven en la hipermnesia de los síntomas de re experimentación. En la amnesia de repliegue y en la disociación de la personalidad. (Van der Kolk, 1996). Peter Levine, (1997) especialista en el trauma nos explica que:

“El trauma no se cura ni se curará plenamente hasta que atendamos el papel esencial que desempeña el cuerpo. Debemos comprender de qué forma el cuerpo se ve afectado por el trauma y hasta qué punto es importante tenerlo en cuenta para curar sus secuelas.”

Por tanto, llego a la conclusión de que los síntomas traumáticos no están causados por el mismo suceso que los desencadena. Estos son consecuencia del residuo de energía congelado que no ha sido resuelto ni descargado, en el momento del hecho traumático. Este residuo permanece atrapado en el sistema nervioso. Donde es capaz de provocar estragos en nuestro cuerpo y en nuestra mente. A posteriori del hecho traumático en sí; esta energía persiste en el cuerpo y a menudo genera una serie de síntomas como ansiedad, depresión, problemas somatomorfos de conversión a nivel físico, problemas psicossomáticos y de comportamiento, difíciles de controlar. Ya que el traumatizado, al intentar utilizar respuestas de evitación, cognitivas, conductuales o emocionales. Externaliza la negación o represión del pensamiento angustioso. Creando conductas invertidas, mantenedoras del dolor físico. Esto es lo que se denomina como “*paradoja del dolor*”, (Briere y Scott, 2012). Todas estas patologías son interpretadas por el terapeuta como algo difícil de categorizar a nivel nosológico y lo incluye en el cajón de sastre del trastorno límite, o del posible espectro postraumático.

A nivel nosológico el DSM-IV propone **nueve criterios sobre el trastorno límite**, de los cuales el paciente debe presentar cinco de ellos. Criterios del DSM para el TLP (trastorno límite de la personalidad) desde el apego y la disociación en las experiencias infantiles traumáticas, (Mosquera, González, 2009 y Van der Hart, et al, 2010), en prensa:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario

- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...)
- Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

0.1 Presentación del tema.

Haciendo un breve recorrido histórico en torno del **abuso sexual infantil**, también se puede comprobar cómo las ideas que en otros tiempos se podían considerar naturales y no se cuestionaban. Aún siguen presentes en la mentalidad de los abusadores y de las personas que, al minimizar la gravedad de esta terrible invasión al cuerpo y al alma del niño. Se transforman también en cómplices. Siempre que el abusador sexual violenta al niño con su conducta lo hace en secreto, a escondidas y a sabiendas de que se trata de un acto delictivo. (Demause, 1982).

Esta situación que para quien abusa significa impunidad. Para el niño significa nuevos sentimientos de desconfianza hacia el adulto. Revictimización, silenciamiento del hecho y nuevo encapsulamiento del trauma. Los hechos se desarrollan desde la seducción del adulto con interacción de contenido sexual en una relación ambivalente y desequilibrada con el niño. Instalando en él, el secreto del tabú incestuoso a nivel social. Normalmente a través del poder, la dominación y la manipulación. Con engaños, amenazas, regalos o directamente utilizando la fuerza física. Esto hace que el niño deforme el concepto de sí mismo. Distorsione su juicio en función de la realidad circundante y altere la conservación de su propia identidad como persona. (López, 1995).

Los **síntomas y efectos del abuso sexual infantil** varían dependiendo de múltiples factores, como son: la etapa de desarrollo del niño. Personalidad, nivel cognitivo, grado de dependencia y autonomía alcanzada, frente a figuras protectoras y de apego. Relación de cercanía emocional con el abusador, duración, frecuencia y fase alcanzada del abuso. Tipo de develamiento, pudiendo ser éste, accidental, precipitado o intencional. Si se usa, o no, fuerza física en el abuso. Reacción de la madre y entorno respecto al secreto del incesto. Resiliencia del niño y capacidad de formar por su parte nuevas relaciones menos ambivalentes o de rechazo vinculadas al abuso. (Finkelhor & Browne, 1985).

El tipo de develamiento que se considera más un proceso que un acto, puede ser:

- **Accidental:** cuando por ejemplo el abusador, sea sorprendido por otro adulto, cuando el niño presente alguna patología de actividad sexual (enfermedad de transmisión sexual) o cuando exista en la niña adolescente un embarazo, descubierto éste, por el médico habitual o pediatra.
- **Intencional:** cuando el niño/a toma la decisión de relatar lo que está viviendo. Motivado por circunstancias puntuales. Por ejemplo el miedo a un embarazo, o porque a nivel físico o emocional el dolor por el abuso sexual se hace insostenible, o porque existen hermanos pequeños, que potencialmente también pueden ser abusados, etc.
- **Precipitado:** cuando el niño tiene una madurez y racionalidad fuera de su edad y siendo asertivo se resiste al abuso, se defiende y lo desvela conscientemente con el fin de que se actué frente al agresor. Esto es algo muy poco usual ya que el miedo y temor al abusador es grande. Y el niño piensa que se pueden cumplir las amenazas de éste y de esta manera se rompería la familia o estructuras de apego.

La resiliencia en el niño puede llevar al **síndrome de acomodación de victimización**. (Mito, 2001), que se compone de cinco fases:

- **Fase del secreto:** mantenido normalmente por la acción coercitiva del adulto abusador.
- **Fase de desprotección:** derivada de la subordinación básica dentro de un vínculo anómalo con una figura de autoridad o de referencia en el apego.
- **Fase de atrapamiento y acomodación:** vinculados al aprendizaje de la acomodación a la realidad del abuso sexual sostenido y cronificado.
- **Fase de develamiento tardío:** se da al producirse el quiebre defensivo, pudiendo ser accidental (descubierto por terceros) o intencional.
- **Fase de retractación:** por lo general, este supuesto. Va ligado a las presiones familiares y depende mucho de la actitud de la figura materna en la relación incestuosa y de los intereses en juego. El niño/a teme ser agredido por la madre, perder el vínculo con ella y también perder el espacio familiar. La retractación consta de dos partes. En la primera se reconoce y niega el abuso al mismo tiempo. En la segunda, el conflicto entre aceptación y negación se resuelve negando.

El niño/a en su resiliencia sostiene una mentira para mantener el secreto, ya que contar la verdad puede suponer desvelar el tabú y romperse el encaje familiar. Por tanto el niño o niña se victimiza para no romper la familia y acepta el contacto sexual sin quejarse. Adoptando rol de adulto y responsabilizándose de su familia, asumiendo la culpabilidad del hecho.

Es entonces cuando el niño/a suele estructurar su realidad para proteger al agresor o referente de apego. El infante descubre los medios para construir una base de supervivencia donde puede encontrar alguna esperanza de bondad. El niño/a puede volverse hacia compañeros imaginarios para resguardarse. Puede desarrollar personalidades múltiples, (partes emocionales) asignando desamparo y sufrimiento a una personalidad. Rabia a otra, poder sexual a otra, amor y compasión a otra. Las cuales sino se tratan duran en la adultez. El niño/a puede descubrir estados alterados de conciencia para cortar el dolor o para disociarse

de su cuerpo. Como si buscase una distancia. Los mismos mecanismos que permiten la supervivencia psíquica para el niño/a, se convierten en desventajas para la integración psicológica efectiva como persona adulta. Pudiendo llegar en la adultez a padecer trastorno límite de personalidad o TLP.

Si el niño/a no puede crear una economía psíquica para reconciliar el ultraje continuo de la violación. Los sentimientos de desamparo y de rabia, buscan una proyección activa. Para la niña esto a menudo conduce a la auto-destrucción y el reforzamiento del odio hacia sí misma, pudiendo llegar a la auto-mutilación, la conducta suicida, la actividad sexual promiscua o las huidas del hogar repetitivas. El niño aprende a manipular y explotar al abusador con favores, privilegios y recompensas materiales, reforzando su auto-castigada imagen como “prostituta/o” en el desarrollo de esa actitud.

Las respuestas disociativas de la personalidad en el abuso sexual, a nivel psicológico. Se generan como una defensa ante el trauma. Y se manifiestan a través de diferentes personalidades en el niño. De forma tanto consciente o conductual, como inconsciente o emocional. Estas generan una disrupción en el apego familiar y una conducta posterior en la adultez que puede potenciar las patologías anteriormente citadas. Pudiéndose asociar a trauma o no, en función de que el abuso sea crónico o temporal.

Los niños y niñas abusados sexualmente de forma crónica, presentan normalmente sentimientos de rechazo hacia su cuerpo. Pseudomadurez, comportamientos hipersexualizados, disociación de la personalidad a nivel ideo-afectiva. Somatizaciones de todo tipo vinculadas al trastorno por estrés postraumático. Pensamientos intrusivos y flashback del recuerdo traumático, tanto nocturno como diurno. Pesadillas, embotamiento o anestesia psíquica. Despersonalización y desrealización. Episodios alternados de depresión y ansiedad. E incapacidad de recordar aspectos ligados al trauma (amnesia disociativa). También se genera en el niño un apego disfuncional frente a sus referentes, si estos son los que abusan de él. Toda esta sintomatología en la adultez puede generar en conductas extremas o límites ligadas a patología borderline y trastorno límite. (Goodman y Yehuda, 2002).

La prevalencia de los abusos sexuales en entornos psiquiátricos a nivel general es mucho mayor de lo que se pensaba anteriormente, (Jacobson, 1989). Diversos estudios en diferentes países han encontrado una tasa de incesto padre-hija de alrededor del 1-3% (Draijer, 1990; Russell, 1986; Finkelhor, 1979; Wyatt, 1985).

El trastorno límite, se asocia mayoritariamente con negligencia y abuso en la infancia. Ya sea sexual, física o emocional; de un modo mucho más consistente que otras patologías de la personalidad. Esta patología es muy prevalente en abuso sexual infantil, si este está cronificado y si existe comorbilidad frecuente entre TEPT, disociación de la personalidad y apego disfuncional. (Zanarini, Ruser, Frakenburg et al, 2000). Este tipo de abuso es lo que se conceptualiza como los traumas con “t” (t, minúscula), que se asocian con el trauma relacional y que ocurren de manera continuada en la infancia, cuyos componentes suelen ser los citados anteriormente.

Muy poco se habla del abuso sexual dentro de la familia a nivel social. Pretendo hacer ver como un problema de esta magnitud, ha sido durante largos años invisible dentro de los contextos psicológicos y psiquiátricos. Sobre todo en el abordaje con adultos, ya que el tema cuando sale es relativizado y asumido como experiencia pasada. No asumiendo relación entre la sintomatología presente y pretérita. Manifestaciones psicológicas en los adultos, como trastornos de alimentación, ansiedad, fobias, depresión, abuso de sustancias o alcohol. Pueden ser consecuencia de un trauma infantil vinculado a un trastorno disociativo de la personalidad con estrés postraumático. Estas conductas junto con apegos familiares desestructurados son consecuencias y expresiones sintomáticas de antiguos abusos sexuales incestuosos que dejan desconectada la vía entre el síntoma y su origen.

Como expone **el modelo traumatogénico de Finkelhor y Browne, (1985), ver tabla 3.1.** Pág. 50. El niño abusado en su hogar entra en los procesos cognitivos de sexualización traumática. Ya que el infante experimenta la percepción de traición en el adulto cuidador y la seguida indefensión de su persona. Al no poder huir del abuso. Como consecuencia de estos hechos se produce el proceso de estigmatización y culpabilización en el niño. Esta situación hace que la víctima realice 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. Estas dinámicas en el niño crean la posibilidad en su adultez. Si el abuso se cronifica, de patologizar no solo en conducta borderline o trastorno límite de personalidad, sino también en trastorno traumático de estrés extremo o **DESNOS** (Van der Kolk, B; Roth, S; Pelcovitz, D; Sunday, S & Spinazzola, J, 2005).

Las alteraciones más comunes en un **trauma complejo o DESNOS** (disorder of extreme stress not otherwise specified) son las siguientes, (Hermann, 1992):

- **Alteración en la regulación de los impulsos afectivos**, dificultad para modular rabia e impulsos autodestructivos.
- **Alteraciones en la atención y conciencia**, lentitud, embotamiento, dificultades en el procesamiento mental, en la atención y concentración. Posibilidad de amnesias, despersonalización y experiencias disociativas.
- **Alteraciones de auto percepción** así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal que cursa sentimientos de vergüenza.
- **Alteraciones en la percepción del victimario** o maltratador que cursa aceptación del mismo. Dependencia e incorporación de su sistema de creencias.
- **Alteraciones en las relaciones con los otros adultos**. Falta de confianza, sensación de vulnerabilidad y peligro en cualquier nueva relación afectiva.
- **Somatizaciones y problemas clínicos**, sobre todo, respiratorios, digestivos, del sistema genital y de conversión somatoforme, el dolor de espalda es muy común.
- **Alteración en el sistema de significados del niño** ya que en el abuso sexual cronificado. El niño se siente desesperanzado respecto al mundo. Respecto a la realidad que le circunda y respecto a su proyecto de futuro.

1. Contexto, justificación y objetivos:

1.1 Contexto: Después de este periplo de aprendizaje. Y durante estos años aprendiendo todas las variantes de la psicología. Ya sea educativa, social, laboral, evolutiva y del desarrollo. La clínica sanitaria, es la que más me llega. Gracias a mi experiencia durante los dos practicums realizados en el **Centro CERT** (centro especializado en la recuperación del trauma).

En estos meses he podido experimentar en mi propia persona. Como se realizan abordajes terapéuticos a personas que llegan a consulta muy perjudicadas. Con diferentes sintomatologías y somatizaciones, que les invalidan totalmente el desarrollo vital, a nivel físico y social, que llamaríamos normal o funcional. Todas estas personas tienen un denominador común. Su principal problema es un trauma grave padecido en la infancia y que se ha cronificado. De los ocho pacientes que pude ver **a través de metodología observacional no participante**. Cuatro de ellos habían sufrido abuso sexual dentro de la familia cuando eran niños. En estas experiencias he aprendido que las emociones, aunque sean nombradas e interpretadas por la mente. Se experimentan íntegramente por el cuerpo y el sistema nervioso. Y cada emoción tiene diferentes sistemas corporales de reprocesamiento. Por tanto, los abordajes terapéuticos no deben estar centrados en el síntoma. Si no en las experiencias que quedan almacenadas disfuncionalmente y que son las que producen los problemas actuales en el paciente.

Se puede observar, como con metodología **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)** se llega a la escena fundante del trauma. Es decir, se deja de lado en un principio el síntoma y se enfoca en la causa emocional que lo produjo. Siempre desde la memoria somática corporal. Y de este modo se pueden desprogramar conductas desajustadas de los pacientes. Y sobre todo aspectos emocionales comunes referenciados a los recuerdos del trauma. Como son, la gran agitación ansiosa que los envuelve y su profundo dolor emocional vinculado a su recuerdo autobiográfico traumático. Esta técnica la explico más adelante, en el **apartado 6 de “métodos”**.

El EMDR parte de la idea de que la tendencia hacia la salud forma parte de los organismos vivos y de que la mente humana dispone de sistemas innatos para curar las heridas psicológicas. El EMDR se basa en el procesamiento del modelo adaptativo de la información (**PAI**) el cual nos indica que gran parte de las psicopatologías se deben al almacenamiento disfuncional o procesamiento incompleto de experiencias traumáticas, las cuales tienen que ser encapsuladas (Saphiro y Solomon, 1995).

En el EMDR, el terapeuta presta atención a imágenes, creencias, emociones, o respuestas fisiológicas, del paciente. No existe un protocolo rígido. Si no que el terapeuta lo adapta al tipo de patología y de paciente. La técnica de lateralización hemisférica a través de movimientos oculares **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)** se aplica y desarrolla por la escuela de Palo Alto a finales de los años ochenta. Concretamente por la neuróloga y terapeuta cognitivo conductual Francine Saphiro, la cual, la utiliza con las víctimas del ejército americano que diagnostican TEPT (trastorno por estrés

postraumático). Antiguos marines que habían combatido en la Guerra de Vietnam. Cosechando resultados sorprendentes y recibiendo por ello el premio Sigmund Freud por su contribución a la psicoterapia.

1.2 Justificación: El abuso sexual intrafamiliar lo considero un problema gravísimo en función de las secuelas psicológicas que deja en el niño y a futuro en el adulto; que no ha aprendido a digerir esa situación del pasado. Sobre todo a causa del silencio y de la desmentida del trauma. Ya que cuando habitualmente intentan hablar del tema, nadie les escucha. O por que las propias familias cómplices y abusadoras también les hacen ver que estos hechos nunca han ocurrido. Esto lo hacen, con el fin de intentar salvar las apariencias en los contextos socio-familiares y culturales. También puede ser, que en los niños se produzca encapsulamiento amnésico disociativo. Factor de riesgo muy importante para desarrollar personalidades disociadas infantiles y futura patología borderline cuando se es adulto.

1.3 Objetivos generales:

- Investigar cómo afecta el trauma por abuso sexual infantil cronificado. En la cognición y la conducta del niño y potencial adulto.
- Analizar el trauma, vinculado a la disociación y el apego. Así como su comorbilidad y prevalencia con el posible TLP o trastorno límite de personalidad. En infantes cuya etapa de desarrollo esta dentro de su socialización primaria y secundaria, es decir entre los cinco y los dieciséis años de edad, aproximadamente. (Finkelhor, 1994).

1.3.1 Objetivo particular, vinculado a proyecto de intervención:

- Desarrollar proyecto de intervención grupal con EMDR en personas víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar.
- Explicar cómo a través de diversas técnicas combinadas (mindfulness, arteterapia, y EMDR) los pacientes pueden incrementar la sensación de dominio gracias a la capacidad adquirida. De poder manipular el material perturbador traumático y disociativo de la memoria a través de la atención de su conciencia somática y de la interrupción de la imaginación en curso. Anulando patología disociativa.
- Analizar a través de metodología psicométrica de test, pretest como se consiguen rebajar considerablemente los síntomas ansiosos o depresivos de los pacientes y su conducta disfuncional; asociada a posibles estados disociativos o traumáticos. Tomando como variables, los criterios abreviados para TEPT del DSM IV-TR (APA 1994). **En función de preguntas e hipótesis que se desarrollarán en posteriores apartados.**

1.3.2 Objetivos específicos en marco teórico:

- Conceptualización del “trauma” desde el siglo XIX y reconceptualización de TEPT (trastorno de estrés postraumático) en nuestros días.
- Conceptualización de personalidad múltiple, desde el siglo XIX y reconceptualización de TID (trastorno de identidad disociativo) en nuestros días
- Conceptualización de las teorías de apego disfuncional vinculadas al trauma y a la disociación de la personalidad.

2. Revisión teórica.

2. 1 Historia del abuso sexual infantil y su traumatización en la psicología, desde la perspectiva de la disociación y el apego.

En la antigüedad era norma utilizar a los niños como objetos sexuales. En la Roma Imperial primero se castraba a los pequeños varones en la cuna y luego se los llevaba a lupanares para que los hombres abusaran de ellos sodomizándolos. En la Edad Media, se creía que los niños ignoraban toda noción de placer y dolor. Creencia que aún perdura en algunas sociedades tribales. Es en el Renacimiento cuando comienza a reprobarse la manipulación infantil con fines sexuales. Posteriormente en el siglo XVIII se empieza a castigar a los niños que se masturban. Los castigos más severos, todavía en la actualidad en algunas sociedades, consisten en la circuncisión, la infibulación y la clitoridectomía. Normalmente hoy en día estas prácticas persisten, disfrazadas de rituales culturales y religiosos, aduciendo razones de higiene en algunas sociedades. (Monzón, 1999).

Según Lloyd deMause (1982) la idea de que los niños son, desde su inocencia, inmunes a la corrupción. Es un argumento defensivo utilizado con frecuencia por quienes abusan de ellos para no reconocer que con sus actos les hacen daño y les traumatizan de por vida.

La palabra trauma tiene su origen etimológicamente del griego y significa herida. Inicialmente se relaciona su significado con determinados acontecimientos externos de tipo violento, que pueden dañar físicamente el cuerpo. Con el paso del tiempo, el trauma ocupa un lugar central en las teorías sobre la enfermedad mental del siglo XIX. Paul Briquet (1859) es el primero en relacionar los procesos histéricos y el trauma infantil. Recordemos que la palabra "histeria" procede etimológicamente del término griego "hysteron" que significa útero. Cualquier manifestación de éxtasis emocional femenino negativo (neurosis histérica), en la antigüedad se asociaba a este órgano femenino. Posteriormente Jean Martin Charcot y Pierre Janet, así como Sigmund Freud, Josef Breuer y Eugen Bleuler se centran en este tema, en sus primeros trabajos. Reelaborando el concepto de trauma, hacia el enfoque, de que; una reacción de tipo emocional puede dejar una impresión duradera en el inconsciente.

El Dr. Moritz Benedikt (1864 - 1895) fue el primero en conceptualizar la idea del "*secreto patógeno*": según él: la causa de numerosos casos de histeria y otras neurosis reside en un secreto angustioso, perteneciente la mayoría de las veces a la vida sexual del niño.

"El alma padece por causa de un secreto abrumador enterrado en ella y la cura llegará cuando ese secreto se desvele" (Monzón, 1999).

Jean Martin Charcot a finales del siglo XIX realiza sus trabajos en Salpêtrière sobre la histeria y ya plantea la relación entre trauma y disociación. Emil Kraepelin por esas mismas fechas, habla de la neurosis

traumática como cuadro clínico independiente y Pierre Janet (1889), influye con su tratamiento del trauma orientado por fases, que explicaremos posteriormente.

El proceso de traumatización desde sus orígenes, se asocia al trabajo de Sigmund Freud. Ya que es él, quien introduce la palabra “trauma” en la psicología. Y cómo, en sus primeros estudios, toma una gran relevancia el incesto y la seducción del adulto hacia el niño. Como elemento etiopatogénico de la neurosis histérica. Freud (1886-1899), estudia como estos procesos, generan un aumento en el aparato psíquico del niño que no puede descargar. Y esta “*abreacción*” implica para la mente un almacenaje de lo vivido como ajeno. Reprimiéndose en el inconsciente. Esta es en su origen, **la teoría de la seducción** en la etiología de la histeria. En la que Freud postula:

“Entre las causas externas se sitúa En primer término [...] la influencia de la seducción [realidad exterior], que trata prematuramente al niño como objeto sexual [...] secuela [reminiscencia, realidad interior] de ello, es casi siempre la compulsión a renovarla por vía onanista” (Freud, 1905: p. 173).

El 21 de abril de 1896 Freud expone su teoría en una conferencia dada en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Viena. Afirma que dieciocho casos clínicos, seis hombres y doce mujeres, sustentan su hipótesis. Freud presenta su teoría de la seducción, según la cual argumenta que el recuerdo de los abusos sexuales padecidos en la infancia por parte de adultos provoca neurosis. Días después, Freud le escribe a Wilhem Fliess, comentándole que la conferencia tuvo una recepción gélida y un juicio singular por parte de Krafft-Ebing, el famoso psiquiatra y sexólogo austriaco. Quien, refiriéndose a la teoría de la seducción, dice: ‘*Suena como un cuento de hadas científico*’. El resultado es que, a pesar de sus ironías, Freud se siente marginado y muy preocupado por no recibir nuevos pacientes. (Monzón, 1999).

En septiembre de 1897, en otra carta a Fliess. Freud le expresa que no puede seguir sustentando la teoría de la seducción. “*Ya no creo más en mi neurótica*”, escribe. Y fundamenta su descreimiento en la “*imposibilidad de acusar al –padre- de perverso*”, inclusive al suyo. Y en que considera poco probable que la perversión contra los niños esté tan difundida. Pensando, en esos momentos; que el relato de sus pacientes se apoya en un falso recuerdo y puede ser producto de sus fantasías. Freud conceptualiza la teoría de la represión. Y es en este momento, cuando elabora la teoría psicoanalítica y el complejo de Edipo. En el cual el seductor pasa a ser el niño. Posiblemente a instancias de los argumentos e indicaciones de Josef Breuer. (Moussaieff 1983).

No obstante la teoría de la seducción la sigue sustentando, a su manera, Sandor Ferenci (1873-1933). Desde la base de la tendencia incestuosa del adulto disfrazada, respecto al complejo edípico del niño. Considerando la existencia del trauma, como consecuencia de los vínculos patológicos incestuosos entre padres e hijos. Vinculados éstos, a los abusos de carácter sexual que pueden enfermar psíquica y físicamente al niño. Esto lo expone en la conferencia que pronuncia en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis de Wiesbaden, en septiembre de 1932. Respecto a las pasiones de los adultos y su influencia

en la sexualidad de los niños “*confusión de la lengua entre adulto y niño*” dentro del traumatismo sexual como factor patógeno, (Ferenci, 1932).

También, se sabe que Freud estando en Salpêtrière entre 1885 y 1886 junto con Charcot y Paul Brocard éste último, profesor de la cátedra de Medicina Legal de París. Tiene la oportunidad de concurrir en la morgue y de leer los textos de Ambroise Tardieu. Quien fue sucesor de Brocard. Tardieu, médico forense escribe en 1860 un estudio médico-legal sobre la crueldad y malos tratos infligidos a los niños. En donde se refiere a treinta y dos casos de niños y niñas brutalmente abusados y golpeados. La mayoría por sus progenitores y de una niña que, además, fue sexualmente abusada por su padre. Y dice lo siguiente:

"Lo que entristece aún más es ver que los lazos de sangre, en lugar de constituir una barrera para esas tendencias imperdonables, con harta frecuencia sólo sirven para favorecerlas: los padres abusan de sus hijas, los hermanos de sus hermanas". (Moussaieff 1983).

No obstante y a pesar de esto, en 1924 Freud argumenta que no todo lo que escribe, sobre el abuso de niños merece rechazo y que la teoría de la seducción tiene una cierta significación para la etiología de las neurosis (Monzon, 1999). Cabe recordar que Freud vive en una Viena de finales del siglo XIX. Formal y conservadora en costumbres y tradiciones. Con jerarquía autoritaria entre adultos y niños. Totalmente patriarcal, con una socialización rígida y diferenciada entre hombres y mujeres. Y tal contexto sociocultural, con tal modelo de creencias; sin duda ejerce en los planteamientos de Freud, una presión isomórfica. En el sentido de que Freud ve, el acto de seducir -como abordaje sexual- un hecho activo por parte del hombre. Que tiene que ser asumido de forma pasiva por parte de la mujer, con excitación sexual incluida. Aún en circunstancias aversivas y abusivas para ella. Siendo tomado el rechazo femenino a tal extremo como posible patología histérica, independientemente de la edad de la fémina. (Freud, 1901).

2. 2 Procesos disociativos en la psicología Freud y Janet:

Los **síntomas disociativos** están incluidos en la descripción del Trastorno por Estrés Postraumático o TEPT tanto en el DSM-IV como en la CIE-10. Y aunque los trastornos disociativos no estén clasificados cerca del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Muchos autores los consideran los dos extremos de lo que se ha dado en llamarse el “Espectro Postraumático”, en el que también está incluido el TLP, (Chu, 1998; Van der Kolk y Van der Hart, 1995).

Respecto a los síntomas disociativos, o neurosis histérica; Freud utiliza el término de escisión del “yo”. Vinculado a un fenómeno que advierte en las neurosis traumáticas de “*shock ineludible*”. Que es lo que hoy en día, podemos denominar como trastorno por estrés postraumático (TEPT). Todo esto lo argumentan Freud y Breuer (1900) en su artículo “*la fenomenología de la histeria*” de 1893. A la vuelta de Salpêtrière y sus trabajos con Charcot. Postulando que en condiciones normales un suceso altamente emocional, es detenido por una reacción física adecuada. Asociando la experiencia con la memoria. Si no se produce esta

integración, el “yo” se escinde y se fragmenta. El resultado de estos hechos, es que el paciente no es capaz de hablar del propio asunto que necesita ser procesado. Para poder llegar así, a un acuerdo de lo que ha sucedido y poder seguir viviendo. Esto es la consecuencia de la naturaleza oculta de la experiencia traumática, tan molesta para las escuelas de psicoterapia. (Maier y Seligman, 1976).

Estas argumentaciones de Freud y Breuer (1890), casan perfectamente con la primera teoría exhaustiva de estrés traumático que postula Pierre Janet en 1899. Donde argumenta que cualquier persona experimentando “*emociones vehementes*” en el momento de un trauma. No puede integrar la experiencia completa en una narración satisfactoria. Janet introduce la teoría de que existen al menos dos sistemas de memoria diferentes para las experiencias emocionales intensas. Uno es el sistema de memoria autobiográfico. Que es verbal y que sirve en la función social para comunicar a otros las propias experiencias. Y el otro sistema de memoria, es el que hoy denominaríamos como memoria “implícita” que es el que contiene la impronta sensorial y emocional de cualquier suceso. Sobre todo los altamente traumáticos. Por tanto para Janet la persona que experimenta un hecho traumático no es capaz de “*observar*” y “*poseer*” plenamente lo que ha sucedido. (Pitman et al, 1993; van der Kolk y van der Hart, 1995).

El problema es que a raíz del auge del psicoanálisis, el cuerpo teórico de conocimientos desarrollados por Janet cae en el olvido. Y la disociación se relega a un segundo plano. Al rechazarse la técnica de la hipnosis y el concepto de abuso sexual infantil. Como consecuencia de las nuevas teorías psicoanalíticas de Freud: el Edipo y las fantasías reprimidas del inconsciente. Y de esta manera se desarrolla una fuerte evolución en el estudio de la esquizofrenia, en detrimento de los estados disociativos. En 1943 el concepto de “*disociación*” se declara extinto por E. Stengel, por lo que significa el fin del predominio de la psiquiatría francesa sobre la alemana. (Cazabat, 2005). La disociación se rescata en los años setenta al desarrollarse, la nueva ola de estudios del trauma por estrés postraumático o TEPT. Gracias a los movimientos feministas por la liberación de la mujer, respecto a los estudios de violencia sexual y doméstica. Desarrollándose, el estudio del trauma por violación y abuso sexual intrafamiliar. Contradiendo así, el famoso y controvertido informe Kinsey sobre sexualidad femenina y abuso sexual en los niños. Que aparece en EEUU en 1953. Y gracias también, a los soldados veteranos del Vietnam y sus estudios sobre el estrés postraumático y la disociación como consecuencia del combate en conflictos bélicos.

Y es en base a las teorías retomadas de Janet sobre su modelo consensuado orientado por fases; referentes a la psicología de la acción. Donde hoy en día, se pueden sacar muchas conclusiones sobre la disociación de la personalidad en los procesos traumáticos. Sobre todo en los traumas por violación o abuso sexual. **El modelo consensuado orientado por fases de Janet, (1889)**. Está vinculado a la tendencia de acción. La cual constituye un modelo global de acción típico de un determinado organismo y en nuestro caso, de una determinada persona. La tendencia de acción tiene mucho que ver con la historia experiencial del individuo. Que va a conformar ciertas pautas aprendidas de respuesta. Estas pautas acaban grabándose de manera profunda y constituyen el modelo de respuesta individual al entorno. En este modelo se basan las líneas esenciales de las técnicas de intervención en EMDR, (Leeds, 2011). Que explico más adelante en el **apartado 6, “métodos”**.

Pierre Janet (1925) comenta respecto a los sistemas de acción:

“La acción es una pauta conductual que tiene la función de que el organismo se adapte a su entorno: “(...) lo que hacemos y decimos en el mundo exterior para lograr determinado efecto” en (van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006, p. 218).

Los sistemas de acción son dos: los que corresponden a **los sistemas de defensa (ataque / huida) y los responsables de la vida diaria**. En personas adultas, mentalmente sanas. Estos dos sistemas globales están integrados entre ellos, para poder permitir al individuo, cierta flexibilidad en la experiencia, (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006).

El organismo responde al entorno en función de estructuras de activación. Por ejemplo, el sistema de defensa no se caracteriza por una única respuesta. Sino que incluye varias modalidades, respecto a la supervivencia. O frente a la reacción de una amenaza inminente, que ponga en peligro el cuerpo físico o la vida. Huir o atacar. (Fanselow y Lester, 1988). Existen también, otros sistemas de acción. Que se encargan de los intereses y las funciones que implican a nivel adaptativo. El realizar de la vida diaria (Panksepp, 1998). Estos sistemas, incluyen la regulación de energía. El apego, el cuidado, la implicación social, el juego y la sexualidad; que en animales normalmente siempre va vinculada con la reproducción. En personas adultas mentalmente sanas; estos dos sistemas globales están integrados entre ellos. Para poder permitir al individuo cierta flexibilidad en la experiencia. Por tanto una pauta de acción desajustada se da en la disociación estructural de la personalidad, como consecuencia de un acontecimiento traumático. Esta se produce cuando los niveles de energía y eficiencia mental del individuo son insuficientes, como para llegar a integrar lo sucedido (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006).

La disociación es una separación entre los *“sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad”* (Janet, 1938, p. 332). Las partes disociativas de la personalidad se cristalizan en **una PAN “parte aparentemente normal” y en una o varias PE “parte o partes emocionales”**. Que muestran pautas fijas de percepción y acción (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006). En la PAN, la persona traumatizada lleva a cabo las actividades típicas de la cotidianidad: actúa mediante los *“sistemas de acción responsables de la vida diaria”* que se fundamentan sobre la sociabilidad, reproducción, cuidado, vinculación y relaciones sociales. Para poder ser efectiva en esto, la persona evita los recuerdos traumáticos. En la PE, la persona traumatizada actúa mediante reacciones de tipo defensivo y emocional, vinculadas a los sistemas de tendencias de acción vistos anteriormente. **Hago constar que la teoría de Janet se corresponde con las acciones mentales de (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006).**

Es importante enfatizar que la disociación, como defecto de la capacidad de integración cerebral se aplica tanto a los estados de hipo activación del hemisferio izquierdo como a los de hiper activación del hemisferio derecho, (Allen, 2001; Van der Hart et al., 2004). Los cuales se desvían de la *“zona óptima de*

activación fisiológica” (Wilbarger y Wilbarger, 1997). Que permiten el procesamiento de la activación emocional y fisiológica, sin alterar el funcionamiento sistémico (Siegel, 1999). Dentro de esta zona, se determina cierto equilibrio entre la actividad de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático (Wenger y Cullen, 1958). **Ver: figuras 1 y 2.**

La sintomatología disociativa puede ser del tipo **psicoforme positiva o negativa y somatoforme también positiva y negativa.** (Ogden, Minton, y Pain, 2009, p. 55).

- Los **síntomas disociativos psicoformes positivos** incluyen los recuerdos traumáticos y pesadillas que tienen componentes afectivos, cognitivos y somato sensoriales, (Van der Kolk & Van der Hart, 1995). Algunos de los síntomas descritos por Kurt Schneider de primer orden de la esquizofrenia, tales como, las alucinaciones. Especialmente escuchar voces con comentarios o discusiones internas e inserción y robo de ideas. Son comunes en los pacientes con trastornos disociativos (Dell, 2002) y se considera que se trata de fenómenos que están relacionados con la actividad de las partes disociadas. La experiencia clínica indica que ésta sintomatología, es también frecuente en otros trastornos relacionados con traumas, incluido el TEPT complejo o DESNOS.
- Los **síntomas disociativos psicoformes negativos** incluyen la pérdida de memoria (amnesia); pérdida de los afectos (embotamiento). Pérdida de la función crítica (una acción cognitiva, que da origen a la sugestionabilidad) y a una dificultad para considerar detalladamente las cosas. Pérdida de necesidades, deseos y fantasías; junto con pérdida de habilidades previas. Estas pérdidas estarían disponibles potencialmente en otra parte de la personalidad.
- Los **síntomas disociativos somatoformes positivos** incluyen intrusiones de aspectos sensorio-motores de las reexperimentaciones traumáticas. Como son, el dolor corporal, las conductas incontroladas como los tic, distorsiones sensoriales y las pseudo convulsiones (Bowman, 1998).
- Los **síntomas disociativos somatoformes negativos** implican pérdidas manifiestas de las funciones sensoriales, perceptivas o motoras. Como la amnesia disociativa. Pérdida sensorial y parálisis disociativa, o también pasividad somática. Y las sensaciones físicas “hechas”, o impulsos y acciones como son, por ejemplo, experimentar la urgencia física de conducir un coche contra un puente y no ser capaz de parar. Ideaciones autolíticas y de suicidio.

Muchos autores creen que la disociación es un continuo que va desde la disociación cotidiana adaptativa al otro extremo donde estaría el trastorno disociativo grave, (Putnam, 1989). Según Jarne y Talarn, (2012).

“La disociación es tan importante que los elementos mentales inconscientes (disociados) del sujeto alcanzan un nivel de estructuración, complejidad y organización suficiente como para construir una personalidad autónoma con características e identidad propias”.

2. 3 El trauma y la desregulación del apego.

La visión que se tiene del **concepto del TEPT** (trastorno de estrés postraumático) es a través de la perspectiva de evento traumatizante, vinculado a una amenaza para la integridad física de uno mismo y de los demás (APA, 1994). Pero, como comento en la introducción. En la infancia a veces las amenazas percibidas provienen más de las señales afectivas y de la accesibilidad del cuidador, que del nivel real de peligro físico o riesgo para la supervivencia. El trauma consiste en que determinadas sensaciones negativas del pasado quedan grabadas en la mente y el cuerpo. Tendiendo a ser interpretadas, en el presente de forma desadaptativa, debido al anclaje emocional que las une, (Pitmann y Orr 1990). El Dr. Van der Kolk, comenta:

“En las situaciones traumáticas hay problemas con la verbalización. Las personas traumatizadas no pueden asociar e integrar la información, quizás por el resto de sus vidas. El trauma tiene vida propia, independiente de todo el resto, se convierte en un “parásito” y ya no deja entrar más nada” (Van der Kolk, 1996).

Muchas experiencias traumáticas sufridas en la infancia (sobre todo abusos sexuales), pueden no recordarse en la edad adulta, (Chu, 1998). La probabilidad de la amnesia disociativa puede también minimizar los efectos traumáticos tanto en el Trastorno límite de personalidad (TLP) disociativo, como en el (TID) trastorno de identidad disociativa y también en el (TDNE) trastorno disociativo no especificado. Junto con el (DESNOS) trastorno de estrés extremo.

Los estudios en neurobiología del desarrollo muestran que **la resiliencia del individuo depende en un grado importante de las experiencias de apego en su socialización primaria**, (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Los estudios longitudinales sobre este tema muestran la persistencia de los patrones de apego de la infancia, de la adolescencia y de la edad adulta (Carlson y Sroufe, 1995). Para autores como Donald Winnicot (1965), Michel Balint, (1969) y John Bowlby (1988) el trauma tiene que ver con fallos en el vínculo con el objeto de apego, (Pedder, 1976). El trauma y el apego también son tratados en la psicología intersubjetiva de Stolorow y Atwood (2014).

Bowlby (1988) define **la conducta de apego** como una propensión instintiva, mostrada por los humanos y otras especies, a buscar seguridad y protección, de otro individuo específico. El cual, se percibe como cuidador; en situaciones donde se dispara el miedo u otros sentimientos asociados con la percepción de vulnerabilidad.

La conducta de apego, está vinculado a un sistema innato en el cerebro que evoluciona para dar seguridad al niño. Ya que éste busca la proximidad de su progenitor, para utilizarlo como refugio seguro, cuando sienta malestar. E internaliza en su mente este modelo como seguro. Pero a la vez, como comenta Daniel Stern (1985), en (Stern et al, 1985). El niño también trabaja la intersubjetividad y descubre que tanto él como su cuidador tienen mente. Y que la materia de la mente interna (intersubjetividad) se puede compartir,

(influencia intermodal de la memoria implícita). Siegel y Hartzel (2004) definen el apego desde tres parámetros básicos, el ABC:

- (A) **Attunement:** Hace referencia a la sintonía padre / hijo, es el resonar. El estado interno de los padres está alineado con el de sus hijos, esto suele acompañarse de señales no verbales observables y contingentes.
- (B) **Balance:** equilibrio de regulación. El niño se equilibra y regula en su cuerpo, emociones y estados mentales a través de la sintonía de su progenitor.
- (C) **Coherence:** Coherencia, el sentido de integración que el niño adquiere a través de la relación con el progenitor, hace que se sienta internamente integrado y en conexión con los demás.

La adaptación automática del niño, a las figuras de apego está enraizada en los instintos de supervivencia. De entrada el vínculo de apego en el bebé, se estructura a través de los reflejos vinculados al tronco encefálico. Pero el apego también es estructurado a través de la necesidad de sentir seguridad y confort. Es decir, que el sistema homeostático este equilibrado. La regulación de afecto se aprende y se co-crea a través de los progenitores de forma empática. Según Hawkins (2005):

“La mayor parte de lo que se percibe no viene de los sentidos, sino que se genera en el modelo de memoria interna” (Hawkins, 2005. p.202). Sin representaciones invariantes el mundo que experimentaríamos sería como el del niño, ya que no tiene todas las estructuras corticales totalmente desarrolladas ni tampoco el lenguaje”.

Y en el momento en que entra un nuevo desencadenante negativo en la adultez se repite la conducta infantil. Esto es lo que dice Freud (1958) en referencia a los recuerdos traumáticos de los adultos en la infancia:

“El paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado y reprimido, sino que lo representa y no lo reproduce como recuerdo sino como acción”

En función de la conducta del cuidador, el niño genera una acción mental determinada frente al apego. En los estudios de la “entrevista en el apego adulto y el experimento de la situación extraña” realizados por George, Kaplan y Main, (1985) y posteriormente perfilados por Main y Solomon (1986). Se demuestra como existen cinco formas diferentes de apego infantil en función de la conducta de su cuidador: **Apego seguro, ansioso, ambivalente, evitativo y ansioso desorganizado.**

3. Problema

En la historia del trauma en España, existe una clara infra detección en el abuso sexual y los trastornos disociativos. Cuando estos se detectan; se toma en cuenta únicamente como parte de la historia clínica, pero no como elemento activo de la terapia. En general la terapia cognitivo-conductual, que puedo

considerar predominante. Tiende por principio, el centrarse en el aquí y ahora, más que en los orígenes de la historia del trauma o la historia infantil. Y eso hace que el paciente pueda desarrollar en la adultez normalmente TLP si es mujer, o conducta antisocial sociopática si es hombre.

Cuando una persona experimenta un trauma psicológico grave. Se le desequilibra el sistema nervioso autónomo o neurovegetativo (SNA), que es independiente del sistema nervioso central (SNC). El SNA compuesto por sistema simpático (SNS) y parasimpático (SNP) pierde la homeostasis corporal y se provocan cambios en los neurotransmisores del cerebro. Ya que se activa el sistema límbico de supervivencia (hipocampo y amígdala) pero sin procesamiento cognitivo. Existiendo por tanto una desconexión del cortex cerebral. Principalmente el prefrontal junto con el dorsolateral y el orbitofrontal (COF). También, el neocortex se desconecta respecto del sistema límbico y tronco encefálico. Creándose la inmovilidad tónica o congelamiento.

A la vez, se colapsa la memoria explícita o declarativa, anulándose los sistemas de procesamiento de emplazamiento espacio temporal del trauma (hipocampo) y su posible narración a través del lenguaje (área de Broca, en el hemisferio izquierdo). Se satura también, la memoria implícita somática vinculada a los procedimientos, conductas y sensaciones corporales (hemisferio derecho), creándose una activación crónica del SNA y el SNS, **ver figura 1**. Pág. 48.

Esta activación híper o hipoarousal es la que lleva a la disociación de la personalidad. Según **el modelo de modulación de alternancia bifásica extrema del arousal de Siegel (1999)**. **Ver figura 2**. Pág. 48. Los recuerdos traumáticos se almacenan más fácilmente en esta memoria, a causa de que las hormonas del estrés que se activan cuando ocurre el suceso, no inhiben a la amígdala y suprimen la actividad hipocámpal, (Gunnar y Barr, 1998). Esto hace que los recuerdos del paciente vinculados al trauma del pasado estén alimentados y se mantenga la activación de los síntomas en el presente. Esto genera como consecuencia, conductas invalidantes de disociación, amnesias disociativas, flashbacks intrusivos, apegos disruptivos etc. Que no dejan actuar a la persona, de una forma coherente en los procesos de su vida diaria.

Si este trauma, es llevado a cabo por personas abusadoras que son referentes para la víctima. Como en el caso del niño. Ser abusado por alguno de sus cuidadores. El apego también se desestructura a nivel cerebral. De ahí que los niños que sufren apegos elusivos o negadores con traumas infantiles, estructuran sus memorias sinápticas con hiperactivación del hemisferio derecho e hipoactivación del izquierdo. Se sienten desconectados y viven sus experiencias solamente desde el hemisferio izquierdo que sería su PAN o parte aparentemente normal. Lo que llamaríamos mente descorporizada. A la vez, disocian sus experiencias y las viven desde sus PE partes emocionales. Es decir, lo que sería solamente un cuerpo sin mente; solamente somático y emocional. Y para que el “yo” funcione correctamente tiene que existir la inseparabilidad mente / cuerpo e integrar todas sus dimensiones. (Damasio, 2008).

Por eso, las personas traumatizadas y descorporizadas (en estados disociativos) con posible TLP, les importa mucho más, tener relaciones, que disfrutar de ellas respecto a los apegos. Las relaciones son

necesarias para estabilizar la estructura de su propio “yo”. Pero también son la fuente de su máxima vulnerabilidad. Porque en ausencia del “otro”, es cuando las relaciones se rompen, o si el “otro” muestra independencia, el propio “yo extraño” (PE) disociada, vuelve a causar estragos (ya que persigue el apego desde su interior) y desestabiliza la estructura del propio “yo”, aparentemente normal (PAN).

4. Pregunta e Hipótesis:

4.1 Pregunta: ¿Son las características negativas de la conducta y de la personalidad disociadas vinculadas a un proceso traumático grave; por abuso sexual infantil. El resultado de una información almacenada disfuncionalmente y congelada en una red neuronal concreta. Incapaz de relacionarse con las demás redes neuronales de memoria y aprendizaje cerebral del individuo?

4.2 Hipótesis general: Las técnicas de integración cerebral como el EMDR. Facilitan que la información almacenada disfuncionalmente en el cerebro a causa de un trauma infantil, como el abuso sexual pueda ser integrada y almacenada correctamente a través de procesos cognitivos, emocionales y somáticos del recuerdo. Todo esto mediante ejercicios de movimiento ocular, que activan una respuesta de orientación en el individuo y aumentan su conectividad interhemisférica. Similar a los procesos de consolidación de la memoria en la fase REM del sueño, donde estos movimientos oculares se producen espontáneamente.

- **4.2.1 Sub-hipótesis 1:** Los movimientos oculares producidos con EMDR producen un incremento en la actividad parasimpática del SNA y reducen el arousal psicofisiológico del TEPT. Anulando los estados de híper e hipoarousal. Eliminando e integrando sus partes emocionales (PE) con la aparentemente normal, (PAN) creando una respuesta de relajación estable y temporal.
- **4.2.2. Sub-hipótesis 2:** Al reducirse el nivel de arousal y la viveza y emotividad de la emoción negativa y su marcador somático. La información procedente de otras redes de memoria establece enlace, con aquellas redes que guardan la información disfuncional referente al trauma. Produciendo cambios sinápticos importantes en el cerebro.
- **4.2.3. Sub-hipótesis 3:** El movimiento ocular con técnicas de EMDR produce el re- direccionamiento repetido de la atención induciendo un estado similar a la fase REM del sueño. Lo que permite acceso a las asociaciones de memoria menos dominantes y traumáticas. Determinando una integración cortical de los recuerdos perturbadores en las redes semánticas. Existe así, un desplazamiento de la información sensorial desde la memoria implícita a la episódica. Para pasar definitivamente a la semántica. Disolviendo el recuerdo perturbador del trauma y aumentando la conexión inter-hemisférica cerebral a través del cuerpo caloso. Esto se produce, equilibrando los dos hemisferios, a través de sistemas acción como los propuestos en su tiempo por Pierre Janet, (1889).

“Quien acumula muchos recuerdos felices en su infancia, esta salvado para siempre”.

(Fiódor Dostoievski).

5. Propósito de la intervención:

El propósito de la intervención es demostrar como las técnicas de integración cerebral o bilateralización hemisférica son efectivas en un porcentaje alto para reducir la traumatización del abuso sexual infantil. En concreto, aplicando el abordaje con técnicas de EMDR. (Desensibilización y reprocesamiento de la información por medio del movimiento ocular). Tanto en traumas simples con diagnóstico de TEPT (estrés postraumático). Y también en traumas complejos que requieren de cronificación y en los que puede existir comorbilidad de TEPT con disociación de la personalidad y trastorno límite de la personalidad (TLP). Estos son los que llamamos traumas con “t” (t minúscula) como pueden ser, rechazo de figuras de apego o abuso sexual intrafamiliar hacia el niño.

Se ve, como el recuerdo de abuso sexual, a veces no accesible para el paciente. Ya que puede tener síntomas disociativos, aflora en medio de la terapia. En estos casos se trabaja el trauma multicomponente y en fases. Para que así, se pueda ver, que no se crean memorias inducidas en los pacientes infantiles. (Courtois y Ford, 2009).

Se realizan abordajes con EMDR tanto a nivel de protocolo grupal (EMDR-IGTP) como a nivel individual en fases (EMDR). Se sabe que todos los niños cuyos traumas ocurren en contextos de relaciones interpersonales pueden desarrollar síntomas asociados al TEPT. Pero no se sabe, si existen procesos disociativos o posibles espectros de TLP.

Se trabaja en campamentos de intervención aplicando, antes del EMDR a nivel grupal; programas de arte terapia y atención plena (mindfulness). Con el fin de que la ventana de activación en los niños, se encuentre en tolerancia óptima y no se desajuste su arousal. Es válida cualquier otra técnica de relajación energética, como por ejemplo el reiki.

La finalidad del abordaje con EMDR tanto grupal como individual. Tiene como propósito, en una primera fase. Mantener la seguridad y la estabilización sintomática en el niño. Así se mejoran sus competencias básicas de vida. Y en una segunda fase, el abordaje se centra en la exploración de memorias traumáticas reduciéndose la perturbación emocional aguda del niño. Posteriormente, se re-evalúa su significado; con el fin de integrar estas memorias, en una unidad cognitiva mental positiva, dentro del paciente. Se atiende el estímulo de atención dual que genera el EMDR, así como los cambios de estado en el cerebro. Se fortalecen las asociaciones débiles y traumáticas. Generando futuras conexiones sinápticas respecto del reprocesamiento y almacenamiento de la nueva información obtenida.

6. Métodos:

La técnica de EMDR, se trata de un modelo terapéutico, que se desarrolla en 1987 por parte de Francine Shapiro, (Shapiro, 2014). Se caracteriza por procedimientos tomados de los fundamentales enfoques psicoterapéuticos. Y por la gestión de la atención dividida mediante los movimientos oculares. El método EMDR, se considera un tratamiento efectivo para el Trastorno de Estrés Posttraumático, comórbido a estados disociativos o posibles TLP en adultos, (Bisson y Andrew, 2007). La eficacia del EMDR en casos de adultos abusados sexualmente en la infancia, es avalada por estudios empíricos (Edmond, Rubin y Wambach, 1999). Mostrando una mayor eficacia del EMDR frente al tratamiento habitual. El EMDR se postula como un mecanismo de equilibrio neurológico. Mediante el cual, la información desagradable puede ser procesada para dar lugar a una “solución adaptativa”. Integrándose ésta, en un esquema emocional cognitivo positivo. Pudiéndose aprender de ella. Ya que se basa como hemos comentado anteriormente, en los procesos adaptativos de la información, (PAI), (Saphiro y Solomon, 1995).

En el EMDR, el terapeuta presta atención a imágenes, creencias, emociones y respuestas fisiológicas del paciente. No existe un protocolo rígido, sino que el terapeuta lo adapta al tipo de patología y de paciente. El EMDR, a parte de una técnica visual también puede ser en ocasiones más puntuales, auditiva o kinestésica. Estando esta última variante, más vinculada a otras técnicas de integración cerebral energética. Como la terapia de campo de pensamiento (TFT). O la técnica de liberación emocional (EFT). El Tapping también es una variante del EMDR kinestésico, (Solvey y Solvey 2009).

La finalidad de este tratamiento, es ayudar al cliente a liberarse de su pasado, para alcanzar un presente provechoso. Al ser una técnica de bilateralización hemisférica y al poderse equilibrar los dos hemisferios. El EMDR es la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurre primariamente a la narración de experiencias traumáticas. Sino que reclama ser capaz de integrar, de manera rápida y eficaz, los recuerdos traumáticos. Demandando para ello, que los pacientes con TEPT centren intensamente su atención, en las emociones, en las sensaciones y en el significado que tiene su experiencia traumática. A la vez que siguen los dedos de la mano del terapeuta, o en su defecto puede ser un puntero. Quien induzca la aparición de movimientos oculares lentos.

El mecanismo de procesamiento de la información; se activa cuando la atención se vuelca hacia estímulos externos. A la vez que se focaliza sobre el recuerdo traumático. Pudiendo permitir, que el sistema procese el material que fue archivado de manera disfuncional. El movimiento ocular induce un estado cerebral alterado y puede constituir un estímulo adecuado para activar este tipo de efecto.

En la típica **sesión de EMDR**, que dura 90 minutos. El terapeuta observa rápidos cambios en el paciente. El marco integrativo de la técnica, hace posible adaptarla a los fundamentales enfoques terapéuticos. Por ejemplo, a nivel de enfoque psicodinámico se aprecia la instauración de los procesos de asociación libre, catarsis, simbolismo etc. A nivel de enfoque conductista, se pueden observar, cadenas de aprendizajes, generalización, respuestas condicionadas, material asociativo, etc. En el enfoque cognitivo se

puede observar, el cambio de las estructuras cognitivas. Mientras que a nivel de enfoque gestáltico se puede apreciar, el soltarse de bloqueos emocionales. Dinámica que permite al paciente, el poder discernir mejor las relaciones figura-fondo. En terapia psicoanalítica y en caso de disociación, se pueden ver escenas del inconsciente, en función de las diferentes personalidades integrativas del "self".

El procedimiento está caracterizado por ocho fases:

- **Diagnóstico y planificación del tratamiento:** En la primera fase se determina, si el cliente es un candidato adecuado para la terapia. Y se planifica el tratamiento. (Recogida de historia clínica, realización de entrevistas y ejecución de psicotécnicos por parte del paciente, etc.).
- **Fase de preparación:** En la segunda fase, se prepara al cliente para eventuales molestias; que pueden aparecer durante la sesión o entre sesiones. Y se construyen las expectativas idóneas. (Se le explica la técnica de trabajo y se fija la relación terapéutica).
- **Fase de evaluación:** La tercera fase es de evaluación y consiste en individuar un target y medirlo, en función de los componentes de recuerdo más traumáticos. Vinculándoles a las emociones y sensaciones físicas asociadas, normalmente con baremos del 1 al 10.
- **Fase de desensibilización:** La cuarta fase, es de evaluación de la estimulación. Mediante la desensibilización, se focaliza sobre el contenido molesto. Y se evalúa mediante escalas. Activando la memoria con los elementos identificativos desarrollados en la tercera fase de evaluación.
- **Fase de instalación:** En la quinta fase, se verifica la estimulación, mediante la reestructuración positiva de la cognición. Se realiza sucesiva medición a través de la escala apropiada. La creencia positiva se fija siguiendo con la estimulación bilateral, por si surgiera cualquier perturbación vinculada a la misma.
- **Fase de chequeo corporal.** En la sexta fase se valida la estimulación, por parte del cliente. Mediante una técnica de *body scan*. Sensaciones positivas, negativas o neutras a nivel corporal.
- **Fase de cierre.** En la séptima fase, se cierra el proceso mediante la reconducción del paciente al equilibrio emocional. Y se le pide, que detecte y registre cada posible molestia experimentada. Se le enseñan posteriormente técnicas de relajación. Por ejemplo "**mindfulness**" o **método Jacobson**, (Jacobson y Carlson, 1925). También se podría aplicar **EFT con tapping**, (Becker, Robert y Selden, 1985). Para que se pueda mantener calmado entre sesiones y no traspase su ventana de tolerancia, (Siegel 1999), (Ogden y Minton, 2000), **ver figuras 1 y 2**. Pág.48.
- **Fase de reevaluación.** La octava fase, es la de reevaluación. Que consiste, en hacer un chequeo sobre los efectos del tratamiento, (Rothbaum, 2005). Se vuelven a reprocesar las dianas previas, buscando posibles perturbaciones residuales. Disparadores actuales o aspectos sistémicos. Si estos aparecen, se tienen que volver a trabajar todas las fases, de la 3ª a la 8ª.

Se trabaja también, con **estrategia multimodal** y **el protocolo grupal e integrativo para niños (EMDR-IGTP)**. Más conocido como protocolo grupal del "**abrazo de la mariposa**" (Artigas, Jarero, Alcalá y López Cano, 2009). Durante el reprocesamiento a nivel individual con EMDR, el niño se puede ver desbordado emocionalmente y se necesitan medidas de estabilización, que el mismo paciente se puede auto

administrar. Por tanto, en la relación paciente / terapeuta, se trabajan con estos abordajes terapéuticos grupales. Como son, **la arte terapia, el mindfulness y el abrazo de la mariposa.**

El **“abrazo de la mariposa”** se idea y desarrolla en Méjico, con los supervivientes del huracán Paulina, (Artigas et al. 2000). Consiste en una estimulación de atención dual (EAD), que se auto administra el propio paciente. Y que se basa, en cruzar los brazos sobre el pecho. La punta del dedo medio de cada una de las manos debe quedar a la altura de la clavícula contra lateral. Y el resto de los dedos de la mano deben cubrir, el área que se encuentra debajo de la unión, entre la clavícula y el hombro. Y de esta misma, con el esternón. Una vez se realiza esto. Se entrelazan los dedos pulgares de cada una de las manos (formando el cuerpo de una mariposa) y se dan golpecitos alternos, como si la mariposa extendiera las alas. Es una técnica que se considera dentro del EMDR kinestésico o terapia energética estilo tapping.

La **“arteterapia”** se concibe como una *“forma primaria de psicoterapia”* (Naumburg, 1997, p. 313). O como tratamiento auxiliar. Ya que se basa en el principio psicoanalítico de la asociación libre. Vinculado al material asociativo, derivado de la aplicación de la técnica del juego en el análisis infantil.

“La ansiedad, los sentimientos de culpa y los mecanismos psicodinámicos como la represión, la proyección, la identificación, la sublimación y la condensación se manifiestan tanto en el material pictórico como en el material verbal” (Marxen, 2011).

Los límites en el niño abusado deben ser reconstruidos. Su pérdida de control emocional, se debe proyectar artísticamente. El terapeuta realiza a través de la obra del niño, un ejercicio de contención. De esta manera, se repara el daño producido por el trauma del abuso.

Para todos, en estas dinámicas **se adecuan salas “ad hoc”**, donde el arte terapeuta llega con los materiales adecuados. Para que los niños trabajen, tanto en pintura como en música. Todas las sesiones se inician con una breve conversación con el terapeuta grupal respecto al abordaje con EMDR del día. Y al momento se enciende una vela aromática, con el fin de anclar al niño en el “aquí y ahora”. Y que a través de los olores, de las texturas y del ambiente, se puede trabajar la confianza y la relación con el terapeuta.

El **“mindfulness”** se entiende como atención y conciencia plena. Presencia atenta y reflexiva a lo que está ocurriendo en la actualidad. Se trata de centrarse activamente en el momento presente, sin valorar nuestros sentimientos o percepciones en cada momento. (Vallejo, 2006). Se conceptualiza como una técnica de meditación. No obstante, una definición más exacta y elaborada, es la de J. Kabat, (2003). El mindfulness se puede definir, como la capacidad aprendida para mantener una continuada consciencia de apertura, a la experiencia actual. Que incluye los fenómenos mentales internos y los aspectos invasores del mundo externo. Y ello sin enjuiciamiento y con aceptación, (Kabat-Zinn, 2003).

Esta técnica se trabaja, potenciando el **“insight” y el apego**. Con el fin de anclar al menor en el “aquí y ahora”; reduciendo su sintomatología ansiosa. La técnica se realiza por parejas, para potenciar un apego seguro con “el otro” a nivel de relación objetal. Los 30 niños se sientan por parejas (estas se formaran respecto a un criterio de edad similar). Cada pareja decide quién habla primero y quien escucha. Después se guarda silencio en función de las indicaciones del terapeuta.

- En un primer momento cada pareja se sienta uno en frente del otro. Y los dos compañeros practican mindfulness internamente. Centrándose en inspiraciones y expiraciones suaves, con los ojos cerrados (durante tres minutos). Se llega a un momento, en que se pide que se coordinen. Es decir, que los dos miembros de la pareja realicen las respiraciones al unísono.
- Posteriormente, abren los ojos: Manteniendo una mirada suave y relajada sin necesidad de tenerse que mirar a los mismos. Se invita a cada niño a que exprese que siente durante esos tres minutos. En función de emociones pensamientos o juicios. Siempre manteniéndose atento a la respiración.
- Posteriormente se invita a cada miembro de la pareja a que explique su experiencia, con un hablar profundo. Mientras la otra pareja escucha con atención. Luego se intercambian los papeles de locutor y oyente. Se invita al que escucha, a que sienta lo que su compañero expresa a nivel emocional y experiencial.

De esta manera, se expone al niño, a recuerdos emocionales cargados; dentro de un contexto estabilizado. Potenciando el apego y la ayuda de su compañero (pareja). Desarrollándose una perspectiva cognitiva menos implicada. No enjuiciadora. Que tiene la capacidad de desensibilizar y contra-condicionar el material traumático. Disminuyendo la capacidad de que éste, produzca desasosiego en el niño. Reajustando su ventana de tolerancia; con el fin de que no se entre en procesos disociativos.

Durante esta terapia se intenta invitar al niño, a considerar que sus pensamientos y percepciones relacionados con el trauma, “solo” son recuerdos y productos de la mente pasados. Que ya no son necesariamente reales en el contexto presente. El trabajar este entrenamiento, de que el niño observe sus propios pensamientos; cuando se producen flashbacks, o cuando su parte emocional le abrumba y disocia. Es importante. Así se da cuenta, de que estos pensamientos son pasajeros y puede reinterpretar las cogniciones intrusivas. Como fenómenos meramente históricos, almacenados en su memoria. Esto hace que los niños reduzcan, el temor, la ira y sobre todo la ansiedad. Briere y Scott, (2014) en (Follete, 2014).

6.1 Diseño de intervención:

Se prepara campamento de dos semanas (14 días completos) en hotel rural, para 30 niños, escogidos de muestra. Que se explica posteriormente en el **punto 6.2**. Dentro de este campamento están los niños con los que se realizará el estudio, más 3 organizadores, 5 monitores, 3 cocineros y el equipo participante que llevará a cabo la intervención. Y que costa de: 4 psicólogos clínicos, uno de ellos también médico psiquiatra; expertos en técnicas de integración cerebral, EMDR, TFT, EFT, Tapping y técnicas de

relajación. 3 educadores sociales, expertos en narración de historias y cuentos, 2 fisioterapeutas y preparadores físicos y 2 arte terapeutas, expertos en pintura, modelaje, psicodrama y expresión artística.

El diseño utilizado para cada uno de los treinta niños, se considera **diseño cuasi experimental pre post con un solo grupo**. Para establecer grado de variabilidad intrasujeto se realizan pruebas psicométricas en función de medidas pre y post tratamiento que se explican en **el punto 6.3 instrumentos**. En función de diseño de intervención, con abordaje terapéutico con EMDR. Y técnicas de relajación para niños con **puntuaciones en TEPT, a través de entrevista EGS tipo Likert vinculada a los criterios de TEPT según DSM-IV-TR (APA, 1994); las cuales serán las variables dependientes**. Siendo el **abuso sexual intrafamiliar y los malos tratos, las variables independientes**. La amenaza a la validez interna es potencial en función del tiempo y secuencia del tratamiento con EMDR.

- Los **criterios de inclusión** de la muestra. Es que los niños tienen entre ocho a catorce años, provienen de centros sociales, diagnostican TEPT por maltrato infantil físico o psíquico y por abuso sexual intrafamiliar. Todos padecen victimización secundaria clínica o judicial. Pasando el cuestionario **SES** forense, (Koss y Gidycz,,1985). Excepcionalmente se incluye sujeto tratado con terapia farmacológica, reduciéndose la dosis a un 25% de la consumida habitualmente. En este caso, se puede producir amenaza en el sesgo intrasujeto por causa de posible desadaptación al abordaje terapéutico. No controlando la variable dependiente, ya que esta puede estar enmascarada por los efectos del fármaco. No obstante se realiza supervisión.
- Los **criterios de exclusión** de la muestra, es que los niños no tienen menos de ocho años ni más de catorce, el origen sociocultural, la nacionalidad y raza no son diferentes. Ninguno sufre de revictimización sexual fuera del entorno familiar o de apego. Y no tienen desafectación emocional o posibles sociopatías. No existe en ellos abuso de sustancias; salvo la excepción terapéutica ya reseñada en criterio de inclusión, que está sometida a control clínico.

Etapa 1: fase 1 y 2 de EMDR, primera semana.

Previo al inicio del campamento, Se organiza un “*planing*”, que es expuesto en unas charlas a todos los miembros del equipo. Esto se hace, para que se tome conciencia de a que corresponde **la primera fase del tratamiento del trauma**. Esta primera etapa corresponde a la primera y segunda fase de tratamiento de EMDR que es: diagnóstico y planificación de tratamiento más la fase de preparación. Explicadas anteriormente en **el punto 6**.

Previo al inicio del campamento. Los psicólogos acreditados se reúnen con los treinta niños de manera individual. Junto con un miembro de confianza de la familia, o el asistente social. Con el fin de cotejar datos de cada niño. Y para escoger con el menor, la memoria traumática que se reprocesa durante las sesiones de EMDR individual. También se les restringe temporalmente el uso de todos sus aparatos electrónicos. Portátiles, tabletas, móviles, smartphones, etc.

Se coteja la historia clínica y se analizan todas las experiencias que los niños pasan en esos catorce días. Sin contar las sesiones clínicas de EMDR tanto a nivel grupal como individual. En esta parte es donde los niños realizan las entrevistas estructuradas, **EGS y CITES-R** y se realizan también los cuestionarios **DTS y DES-II pre-tratamiento**. Con el fin de analizar puntos de corte. Desviaciones estándar en función de parámetros estudiados. Con la finalidad de validar o refutar hipótesis de trabajo; en medidas de pre y post tratamiento. En esta primera parte se realiza cribaje psicométrico pre tratamiento.

Etapa 2: fases de tratamiento 3, 4, 5, 6, 7, y 8 de EMDR, segunda semana.

Esta segunda etapa se corresponde más con el abordaje clínico y se realiza dentro del campamento, con la psicoterapia y las técnicas de EMDR. Esta segunda etapa se realiza de forma individual con cada miembro del grupo en función de la evaluación pretest. Las sesiones a nivel cuantitativo se dan en función de las necesidades de cada niño y su situación emocional y personal.

Esta segunda etapa, está vinculada clínicamente a **la fase de evaluación emocional con EMDR**. Donde se trabajan, emociones vinculadas a la escena fundante. Se parametrizan cuantitativamente y posteriormente se desensibilizan focalizándose en la emoción molesta. Que se reestructura en la memoria traumática.

En las **fases de instalación y chequeo corporal** es donde se fija la estimulación y se reestructura la cognición positiva respecto del suceso traumático. Se sigue dando estimulación bilateral, por si surge en el niño desbordamiento emocional. Aunque en este punto, se intenta que el niño se administre la técnica aprendida la primera semana, del **“abrazo de la mariposa”**. No obstante se controla que ninguno de los participantes rebose el umbral de tolerancia. Ejercitando los recursos, en referencia a las técnicas de respiración y **“mindfulness”**. Así como con los talleres de **“arte terapia”**. Se positiviza la cognición con los cuentos y la narrativa. A fin de que los niños retomen el equilibrio emocional, en la fase de cierre.

Posteriormente ya en **la fase de reevaluación** se vuelven a reprocesar las dianas emocionales del trauma de cada niño. Por si existen perturbaciones residuales que estabilizar, o aspectos sistémicos que se deban de tratar más en profundidad. Es al final de este periodo cuando se vuelven a plantear a cada niño, realizar los re-test o post-test con el fin de poder valorar y comprobar la refutación, o no, de nuestras hipótesis en función de variables psicométricas.

Destacar que la etapa clínica de esta intervención, esta soportada por el desarrollo de la primera fase. La cual es crucial para poder llegar a realizar esta segunda con éxito. Se sabe perfectamente que el niño o adolescente, es atraído por los símbolos y las representaciones gráficas. Por tanto están motivados a trabajar con el arte como lenguaje. De ahí las sesiones de arte terapia, (Riley, 2004). También se sabe que el EMDR como técnica puede hacer aflorar sensaciones, y recuerdos adversos, cuya contingencia no es planificada en la sesión. Ya que el paciente puede recurrir sin querer, a disolver amnesias disociativas del pasado. De ahí, el enseñar a los niños técnicas de control y relajación mental y emocional, (mindfulness,

respiración, ejercicio físico, masajes, el abrazo de la mariposa etc.). Y sobre todo, que se sabe perfectamente que la terapia hablada es bastante rechazada por los adolescentes y niños. Porque piensan que hablar con un psicólogo, es una cosas que solo hacen los “locos”. A parte de que la suspicacia del adolescente y prepuberal es total hacia el terapeuta. El niño analiza al psicólogo de forma constante mientras dura la sesión. En esta segunda etapa se realizan los cribajes psicométricos postratamiento. Para analizar puntos de corte y variabilidad intrasujeto.

Actividades diarias que se realizan en el campamento:

- **Por la mañana** los niños se levantan, realizan todas las actividades de aseo personal y desayuno. Ordenan sus cuartos y realizan con los fisioterapeutas **sesiones cortas de estiramiento, gimnasia suave y posteriormente se les dan masajes relajantes**. Controlar el cuerpo y la mente a través del ejercicio y la respiración con atención plena es fundamental para rebajar los estados de estrés traumático. (Van der Kolk, 1996). Estas técnicas se hacen en los días impares 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13. Realizándose los días pares 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14 en alternativa a la meditación y la gimnasia alguna **actividad recreativa de grupo** con el fin de potenciar también el ejercicio físico y las relaciones sociales entre ellos. Normalmente juego de pelota, futbol, basket etc. Pero nunca competitivo, sino con formato de yincana colaborativa para niños.
- **Al mediodía** y diariamente antes de comer los niños acompañados de los monitores de la organización realizan visitas culturales guiadas en el lugar donde está instalado el campamento. Posteriormente y a la vuelta toca comida y descanso, normalmente siesta.
- **Por la tarde** y en función de los parámetros observados en los análisis pretest cada niño realiza **técnica auto administrada del “abrazo de la mariposa”** (Artigas et al. 2000) **y técnicas de meditación “mindfulness”** con el fin de que ningún niño se desborde emocionalmente. Pudiendo superar el umbral de la ventana de tolerancia. Cuando se aplica la terapia con EMDR, (Siegel, 1999).
- Posteriormente y **al caer la noche**, los niños tienen media hora para realizar actividad individual a su libre albedrío. En este espacio, pueden revisar sus móviles y aparatos electrónicos y tienen si necesitan, la oportunidad de ponerse en contacto con los familiares más cercanos que ellos elijen.
- Posteriormente y **antes de la cena**, realizan actividades plásticas en conjunto, vinculadas a diversos talleres, como el de pintura, el de música, y el de teatro. El setting se realiza de la siguiente manera:

En los días impares 1, 3, 5, 7, 9, 11, y 13 se realizan **sesiones de pintura** en el que se trabaja dos aspectos importantes. El de auto percepción de los participantes y la percepción respecto a su familia, entorno y narrativa de vida. Siempre en temporalidad presente, pasado y potencial futuro.

Los días pares 2, 4, 6, 8, 10, 12, y 14 se realizan conjuntamente **sesiones de musicoterapia** donde los niños se dividen en grupos, con el fin de realizar escuchas musicales y descubrir el concepto del ritmo. Luego ellos mismos tienen que crear una pieza rítmica colectiva. Y cada uno de los niños tiene también que escribir en un papel una historia inspirada en lo que puede experimentar con esa música. A nivel de

sensaciones, (alegría, tristeza, ternura, misterio, rabia etc.). Respecto a las **sesiones de teatro**, los monitores, los educadores sociales y los psicólogos son entrenados y preparados para representar delante de los niños una obra teatral inspirada en el libro “Día oscuro y malo.....márchate lejos” cuya autora es Ana Gómez psicoterapeuta y fundadora del instituto colombiano de psicotrauma. En esta obra se intenta explicar a los niños a través de esta escenificación:

- Que es el trauma, sus síntomas y posibles consecuencias
- Entender los beneficios del abordaje terapéutico con EMDR
- Entender cómo se emplea el EMDR y familiarizarse con él.
- Estar preparados para poder experimentar los efectos negativos asociados con sus eventos traumáticos. En este caso el abuso sexual y el maltrato. Con el fin de que los niños dejen fluir y no interrumpan el proceso de EMDR, cuando estos efectos negativos les afloran; ayudados también con la técnica del abrazo de la mariposa.

Posteriormente, después de las sesiones de arte terapia, sigue la cena y antes de que los niños vayan a dormir. Los educadores sociales trabajan a nivel de **cuentos y narrativa, historias de relajación** siguiendo las recomendaciones de Lovett (1999). Al inicio de la historia se presenta algo positivo para atraer a los niños y posteriormente se describe un hecho traumático y los síntomas relacionados con él. El final de la historia concluye con la resolución del trauma y la instauración de creencias positivas en el niño.

6.2 Participantes:

En este campamento de recuperación del trauma asisten **30 niños**. Todos los niños son víctimas de violencia interpersonal severa. (Violación, abuso sexual intrafamiliar, violencia física o emocional, negligencia y abandono con maltrato moral y educativo). **La muestra es por conglomerado a nivel de consecuencia del abuso. Y estratificada a nivel de grupo heterogéneo.**

Características clínicas y sociodemográficas de la muestra:

- **Sexo:** 18 féminas y 12 varones
- **Edad:** grupo de estudio con franja correspondiente entre 8 y 14 años
- **Estudios:** 28 niños escolarizados con carencias y retraso educativo para su edad de al menos dos años en función de curso escolar. 2 niños no escolarizados.
- **Raza:** Todo el grupo de raza blanca
- **Nacionalidad:** todos españoles.
- **Conocimientos forenses respecto a la muestra:** Todos los niños pasan por victimización secundaria en las áreas social y jurídica. Hecho este que les produce recidivas traumáticas. Todos ellos conviven en algún momento, dentro de familias disfuncionales y desestructuradas vinculadas con entornos marginales y delictivos.

- **Características de entorno familiar respecto a la muestra:** El 80% de la muestra son hijos de padres divorciados donde el vínculo afectivo entre el niño y la figura paterna es inexistente. Y donde los métodos educativos utilizados son frecuentemente el castigo físico y el abandono. La figura referente suelen ser padrastros, hermanos, hermanastros, tíos o primos mayores que utilizan el abuso sexual esporádico o continuado como forma de poder y dominación, sobre todo en niñas. El resto pertenecen también a familias disfuncionales, pero el abuso sexual es menor. Aunque aumenta el castigo físico y emocional, sobre todo en niños. Siendo algunos de estos también abusados sexualmente.
- **Características del trauma según expediente social:** De estos 30 niños 27 son abusados sexualmente. 12 niñas con abuso sexual intrafamiliar crónico, y negligencia en su cuidado, 6 niñas y 9 niños con violaciones sexuales esporádicas con violencia física y emocional. Los 3 niños restantes viven violencia física y emocional con negligencia y abandono. 2 de ellos, han dormido en la calle. Y no están escolarizados. Pero no existe abuso sexual en estos dos últimos.
- **Características socio-sanitarias según expediente e historial:** Todos los niños marcan problemas en su conjunto de relación social y conducta inadaptativa con grado bajo de hostilidad y negativismo desafiante. En la mayoría marcan problemas funcionales de salud a nivel leve, como cefaleas, fibromialgias, trastornos gastrointestinales y parasomnias del sueño. Siendo una menor diagnosticada con trastorno alimenticio (bulimia nerviosa) y un niño pasado a psiquiatría por posible trastorno de conversión somatoforme (parálisis nerviosa en extremidades inferiores) junto con amnesia retrograda, una vez realizado diagnóstico diferencial neurológico.
- **No se contempla revictimización** en el total de la muestra, **ni abuso de sustancias, ni desafectación emocional** de importancia por parte de los niños.
- Solamente una persona de la muestra está en tratamientos psiquiátricos con **terapia farmacológica, ISRS (fluoxetina) y benzodiazepinas (aloprazolam)** no obstante se le suprime la dosis a un 25% según indicación psiquiátrica y se le recupera de la misma manera, con técnicas EMDR.

Todos ellos pasan a nivel forense el cuestionario **SES** (Sexual Experiences Survey) de Koss y Gidycz, (1985). El cual consta de 10 ítems que se contestan con respuesta dual (sí/no) y que van dirigidos a evaluar varios grados de agresión sexual y victimización criminal. Este inventario es capaz de identificar víctimas no declaradas de violación y agresores sexuales no detectados hasta el momento, tanto dentro como fuera de las familias.

Dentro del sistema de **clasificación del maltrato infantil** según (Manly, Barnett y Cicchetti, 1994) se considera:

- **Maltrato físico:** golpe físico o impacto traumático con objeto en cabeza, torso, nalgas, miembros superiores o inferiores. Conducta violenta, ahogamiento, quemaduras o sacudidas.
- **Negligencia infantil:** no cubrir necesidades de higiene, ropa, cobijo, etc. Falta de supervisión y de cuidados sustitutivos en su defecto. Desatención por parte de cuidadores que afecten al desarrollo evolutivo del niño y sus apegos normalizados.

- **Maltrato emocional:** Se contemplan 27 subtipos (10) en seguridad física y psicológica, (8) en aceptación y autoestima, (4) en autonomía personal según la edad y (5) en conductas limitantes.
- **Maltrato legal, moral y educativo:** limitar recursos sociales como escuela, sanidad, vulnerar derechos infantiles etc.

Respecto a la **clasificación de maltrato por violación o abuso sexual**, (Heyman y Smith, 2006) se considera:

- **Explotación sin contacto (A1)**, exposición de genitales al niño por parte del agresor/a. U obligar al niño a desnudarse, o a que realice conductas sexualizadas, no correspondientes a su edad de desarrollo, en presencia de terceros, (pornografía infantil). Obligar al niño a realizar masturbación u obligar al niño a mirar cómo se masturba el agresor. Forzar al niño a que realice actividades sexuales con terceros (prostitución infantil). Exponer al niño a acciones de observación sexual con terceros (voyeurismo o visionado de pornografía).
- **Violación (A2)** uso de la fuerza física con manipulación emocional. O aprovechar la ingenuidad del niño o adolescente, para lograr por parte del agresor, la penetración con su pene en la vulva o ano de la menor. O en el ano del menor. Aunque esta penetración sea leve.
- **Abuso sexual (A3):** contacto físico sexual entre niño y abusador/a, que no incluye penetración del pene por vía rectal o vaginal. Pero incluye:
 - Contacto buco anal o buco genital (cunilingus o felación).
 - Penetración anal o vulvar con dedos u otros objetos.
 - Intento de penetración vulvar o anal aunque no se consiga.
 - Tantear, frotar, acariciar o golpear zonas sexuales o erógenas ya sea directa o indirectamente por encima o por debajo de la ropa.
 - Sexo intercrural o interfemoral, o también llamado coito seco. Que consiste en fricción genital del abusador entre las piernas de la victima (sin penetración) que simula el coito y que suele existir sin eyaculación por parte del abusador/a.

6.3 Instrumentos:

Entrevistas:

A nivel psicométrico para evaluación del eje I, se ejecuta el **EGS, Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático**, (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Funciona a nivel de **entrevista estructurada con escala heteroaplicada**. Evalúa los síntomas y niveles del TEPT, según los criterios del DSM.IV-TR en (APA, 1994). Consiste en escala estructurada tipo Likert de 0 a 3 puntos. Según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Se trabaja con 17 ítems de los cuales, 5 hacen referencias a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. Dentro del rango con escala global de 0 a 51, entran en juego la subescala de reexperimentación con rango de 0 a 15. La subescala de evitación de 0 a 21 y la subescala de activación de 0 a 15. En escala global punto de corte

en 15 y en subescalas punto de corte 5, 6 y 4 respectivamente en función de re-experimentación, evitación o hiperactivación.

Se trabaja también con el **anexo de escala adicional en (EGS) de ansiedad** compuesta por 13 items, con escala tipo Likert igual que la anterior de 0 a 3 puntos, con rango de 0 a 39; con el fin de ajustar victimización y tipo de suceso.

- Buena fiabilidad de consistencia interna en el alfa de Cronbach, informado por autores.(0,90)
- Buen coeficiente de fiabilidad test – retest en todas las muestras hasta cuatro semanas de intervalo. En intervalos mayores la fiabilidad es menor, según pruebas.
- Gran validez discriminante en función de rango vinculado a la re-experimentación, evitación e hiperactivación. No obstante se debe especificar si han pasado como mínimo seis meses entre el hecho traumático y los síntomas. Si la fase aguda de éstos dura menos de tres meses y si en fase crónica duran tres meses o más. Por tanto no evalúa estrictamente ni la duración de los síntomas ni la interferencia del trastorno en la vida del paciente.

Se complementa con la **Escala Infantil Revisada de Impacto de Eventos Traumáticos** (Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised), **CITES-R**; (Wolfe y col., 1991). Se trata de una **entrevista estructurada** de 78 ítems, valorados según una escala de 3 puntos, que pretende evaluar el impacto del abuso sexual desde la perspectiva del niño (8-16 años). Se distinguen 11 subescalas distribuidas en cuatro dimensiones de TEPT

- Pensamientos intrusivos, (evitación, hiper activación, ansiedad sexual)
- Reacciones Sociales (reacciones negativas por parte de otros, apoyo social),
- Atribuciones del Abuso
- Auto responsabilización y culpabilización.
- Auto eficacia (confianza en parar el abuso, si sucede de nuevo)
- Vulnerabilidad, (percepción del mundo como peligroso)
- Eroticismo e hipersexualización (esta dimensión hace referencia a ideas e impulsos sexuales anómalos en función de la edad del niño).

Cuestionarios:

Se implementa también el **DTS** (en castellano) - **Escala (auto aplicada, tipo diagnóstico) del trauma de Davidson DTS** (Davidson y col. 1997). Para complementar a las entrevistas **EGS y CITES-R**. Punto de corte a 40 siendo rango total de la escala de 0 a 136. Subescalas de severidad y gravedad del trauma rango de 0 a 66. Con 17 items.

- En el DTS la consistencia interna respecto a la confiabilidad se trabaja con el Alfa de Cronbach dándose resultados tan aceptables como los informados por Davidson. (0,99)

- El análisis factorial sitúa la escala DTS a nivel alto en relación con el DSM y la categorización para TEPT
- Correlación moderada entre el DTS y otras escalas convergentes como la EGS anteriormente citada y la IES-R (impacto del acontecimiento traumático).
- Como dato negativo, existe validez divergente entre el DTS de Davidson y el STAI de ansiedad y el BDI de depresión, que no se aplican en la infancia. Pero esto se explica, porque los dos son trastornos comórbidos al TEPT.

Posteriormente se realiza un screening con **la escala de experiencias disociativas DES-II**, (en castellano) para trastorno por estrés extremo y disociación, (Bernstein y Putnam, 1986). Este cuestionario consta de 28 preguntas relacionadas con acontecimientos de la vida diaria, que pueden haber sucedido al paciente. Y este tiene que marcar la prevalencia del acontecimiento en su vida. A través de porcentajes que van en múltiplos de diez de 0 a 100. Esta prevalencia se tiene que dar en situaciones normales. Sin estar condicionada la cognición, por alcohol o drogas. Posteriormente se hace una media aritmética de los promedios porcentuales a las 28 preguntas. Este test se suele realizar en **la segunda fase de EMDR individual**.

- El DES-II tiene una alta consistencia interna y confiabilidad en el alfa de Cronbach.
- A nivel factorial positivo, como ventaja, marca con mucha fiabilidad la relación entre personas altamente disociadas y personas con disociación leve, respecto a la varianza total.
- A nivel factorial negativo como inconveniente, no ajusta la disociación como una entidad homogénea. Ya que no solo trata ítems de contenido patológico. Y esto hace que en el test, en función del entorno de aplicación, no se puede sistematizar por las posibles diferencias de la población a nivel socio-cultural.

En este sentido estos psicométricos intentan medir las siguientes variables vinculadas al TEPT en función del DSM IV – TR (APA, 1994). Ver anexos, (pág. 49).

- Caracterización del acontecimiento traumático (Criterio A1- DSM IV- TR). Que el acontecimiento resulte una amenaza para la vida, o se perciba como tal.
- Reacción emocional ante el acontecimiento traumático (Criterio A2 - DSM IV-TR). Comportamiento desestructurado y horror intenso (en niños).
- Diecisiete síntomas característicos del TEPT (Criterios B, C y D - DSM IV-TR). Entre los que se encuentran: reexperimentación de la escena fundante, estímulos asociados con posible evitación. Aumento del arousal, híper o hipo activación. Pesadillas, amnesias disociativas. Imposibilidad de hablar del trauma. Respuestas fisiológicas intensas ante escenarios repetitivos del trauma etc.
- Duración de los síntomas (Criterio E - DSM IV-TR).
- Especificación de la relación entre síntomas y acontecimientos traumáticos.
- Impacto de los síntomas en el funcionamiento del sujeto (Criterio F - DSM IV-TR), cuadro sintomático que produzca deterioro social, etc.

6.4 Procedimiento:

Durante la primera semana: se pasa cribaje psicométrico pre tratamiento y se trabaja con mucha más intensidad, las técnicas de relajación con mindfulness y arteterapia incluyendo psicoeducación. Se enseña las técnicas de EMDR grupales como el abrazo de la mariposa con el fin de rebajar el nivel de estrés en los niños. A esto se suman las sesiones de fisioterapia, ejercicio físico, musicoterapia, dibujo y narración de cuentos. Con esto se intenta asumir que los niños asimilen los siguientes conceptos:

- Que los niños entiendan como el cerebro puede procesar los sentimientos confusos o negativos y darle un sentido a los mismos. Más positivo a través de las técnicas con EMDR.
- El abrazo de la mariposa pretende generar recursos a los niños de estimulación táctil, con el fin de que puedan auto regularse emocionalmente y exploren sus emociones, como si fuera un juego. El tratamiento tiene una duración de seis horas y se trabaja durante los primeros seis días alternos dentro de las dos semanas, es decir el 1, 3, 5, 7, 9, y 11.
- Con la psicoeducación se prepara a los niños para poder re-experimentar los pensamientos y sentimientos confusos. Los cuales pueden surgir mientras el niño está en sesión de EMDR. Se le explica al niño que a través del movimiento ocular el cerebro avisa que las emociones negativas y confusas están siendo digeridas.
- A través de los cuentos y de las representaciones teatrales se intenta mantener la atención del niño en pensamiento positivo y de esta manera equilibrar el posible desbordamiento emocional de los sentimientos confusos o negativos.
- Se intentan también crear expectativas realistas al niño, explicándole como el EMDR va hacer que él, pueda digerir todos esos sentimientos negativos que aflora; los cuales le producen secuelas físicas y mentales.
- Se indica al niño que estos procesos se realizan paulatinamente y que estas emociones negativas se van procesando “por pedacitos”. Y que por tanto, las memorias traumáticas no pueden ser procesadas todas al mismo tiempo. De esta manera el niño nunca se puede sentir defraudado si piensa, que una sola sesión de EMDR, ya le va a “curar”.
- Para que el niño pueda ser evaluado tiene que tener la suficiente preparación y esta depende en gran medida del nivel medioambiental que rodee al niño. De ahí las demás técnicas complementarias, mindfulness, arteterapia, ejercicio físico y narrativa de cuentos, teatro, pintura y música.
- Se nota que el niño está preparado cuando quiere de forma autónoma, revisar sus memorias traumáticas y las tiene completamente identificadas.
- Una vez que los niños tienen digerida esta preparación. Se les trabaja con EMDR de manera individual en función de necesidades. Con el fin de aposentar el equilibrio cerebral hemisférico. Y se procede a su evaluación a través de la comparación de pruebas psicométricas, que se realizan, en el principio de la primera semana y al principio y final de la segunda. En función de los parámetros para trauma (TEPT) según DSM-IV (APA, 1994).

Durante la segunda semana, se trabaja la Técnica EMDR de forma individual en función de los cribajes de las entrevistas estructuradas del EGS y del cuestionario DTS. Que se realizan al principio de cada semana a cada uno de los participantes. Las sesiones de terapia individual tienen una duración de 90 minutos. La memoria fundante a trabajar es la misma que se expone por cada participante en las sesiones grupales. Se utilizan los dibujos que los niños confeccionan durante la sesión y también se le pide a cada niño que identifique una creencia negativa. El tratamiento se lleva a cabo siguiendo los procedimientos estándar del EMDR con la implantación de las ocho fases. Las fases 3, 4 y 5 se trabajan más de forma y necesidad individual. Las demás 1, 2, 6, 7 y 8 son más protocolizadas. Es necesario mantener los protocolos de manera correcta para que todas las sesiones de EMDR sean fructíferas y con garantía de mejora en el paciente. Sobre todo, si es niño, ya que aunque la técnica es más fácil de administrar. Es más difícil mantener la consistencia del tratamiento a nivel temporal.

No obstante durante esta **segunda semana** se siguen manteniendo las demás técnicas. Por tanto se sigue trabajando con tratamiento multimodal para focalizar la emoción. Desde la teoría del modelo adaptativo del procesamiento de la información (PAI). El trabajo multimodal genera nuevas redes neurales de memoria positiva y de esta manera es mucho más fácil que los niños reprocesen toda la información traumática sin sentirse abrumados por perturbaciones emocionales muy intensas, (Saphiro, 2014). **Se vuelve a pasar la entrevista EGS y el cuestionario DTS post-tratamiento con el fin de analizar los cambios de variables.** Según los criterios abreviados para TEPT del DSM-IV-TR, (APA, 1994). Ya que el CITES-R nos sirve más para evaluar el comportamiento social que el clínico. Y el DES-II nos marca los casos extremos de TEPT con disociación leve o fuerte.

7. Resultados:

Dentro de **los procesos de arteterapia sobre todo en el dibujo y en la música** se puede ver como la expresión plástica y auditiva emocional de los niños es muy coincidente. Y de esta manera se valida la teoría de la psicología analítica donde todos los contenidos del inconsciente individual pertenecen al sujeto y se asocian al consciente. O pueden retornar como modos de reacción inhibidos en la falla de la representación del afecto. Y son traspasados al inconsciente colectivo donde se genera la creatividad del psiquismo, (Jung, 1946). De ahí que las escenas fundantes en toda la muestra son muy repetitivas con patrones muy precisos y arquetipales. En los dibujos se trabajan patrones del pasado, el aquí y ahora y proyecciones del posible futuro, respecto al yo "egoico" del niño y representaciones familiares y de apego.

Las **sesiones de fisioterapia, ejercicio físico y narrativa de cuentos** sirven para rebajar el índice estresor en los niños. Esto se puede ver en el **test – retest del EGS** donde en la escala específica para la ansiedad, los puntos de corte se reducen por debajo de 15 puntos en más de la mitad de la muestra; al cabo de una semana de ejercicio con terapia multimodal. Afectando a un mejoramiento en el escalado de los ítems de C1 a C7 y D1 a D5 de la escala simplificada para TEPT del DSM-IV-TR, (APA, 1994).

En **las sesiones de EMDR** se ve claramente como la activación de la memoria somática del dolor. Que acontece al trauma infantil. Reestructura la memoria inicial traumática. Vinculada al miedo y a la respuesta emocional, cuya acción mental es defensa o huida. Incorporándose de esta manera, nueva información memorística a la red emocional. Se disuelven los recuerdos traumáticos por otros similares. Pero más atenuados. No solamente provenientes del contexto terapéutico, sino también del recuerdo experiencial que se vive. Y este acontecer se produce de forma espontánea, (Saphiro y Maxfield, 2002). Estos hechos se ven claramente en el cribaje del **CITES-R**, cuando se implanta después del tratamiento. Donde los grados de perturbación de auto culpabilización y de ideas negativas intrusivas descienden en más de tres cuartas partes en toda la muestra. Por tanto, **se cumple la sub-hipótesis 2**.

Pero también se puede notar, como el factor estresor al trauma, después de aplicar las sesiones individuales de EMDR. Y tras los resultados **retest del EGS y DTS**. Por segunda vez los puntos de corte se reducen por debajo de 15 en el EGS y por debajo de 40 en el DTS. Así se reduce a nivel global el EGS en casi la otra mitad de la muestra. Dando un acumulado global de más de un 80% del total. Y el DTS en más de un 60% de la muestra en relación con el test inicial. Por tanto, se demuestra que el descondicionamiento de la ansiedad traumática en el grupo, aumenta como condición de la estimulación bilateral con EMDR. Provocando en los niños un cambio de estado en su cerebro. Fortaleciendo así, las asociaciones memorísticas débiles, (Stickgold, 2002). Esto se debe a la reorientación repetitiva de la atención dual. Por tanto, **se cumple la hipótesis general** de que el EMDR, al igual que el movimiento ocular del sueño REM. Permiten la integración de las vivencias en la memoria semántica. Igual que el sueño no REM, refuerza las memorias antiguas favoreciendo nuevos canales asociativos, para poder digerir nuestras vivencias traumáticas. Por tanto, también **se cumple la sub-hipótesis 3**. Los ítems mejorados en trauma respecto al retest del EGS son los comprendidos entre el A1 y B5 de la escala simplificada para TEPT del DSM-IV-TR, (APA, 1994). Ya que los movimientos oculares bilaterales promueven la aparición de mayor cantidad de recuerdos no traumáticos de nuestra narrativa de vida. Y así se crean las condiciones para que los recuerdos traumáticos se integren de manera positiva en nuestra red mnemónica, (Bakan y Svorad, 1969).

No obstante, se hace notar que al pasar el cribaje del **DES-II** de procesos disociativos. Al principio del tratamiento existe más de la mitad de la muestra con trastornos leves o moderados. Cumpliéndose en el retest prácticamente los mismos resultados. Y sabiendo que la muestra cumple las mismas estructuras socioculturales. Podemos decir que **se incumple en parte, la sub-hipótesis 1**. Por tanto para la integración de las partes emocionales de los pacientes (PE) con su parte aparentemente normal (PAN). Se necesita refuerzo terapéutico de base. Con abordaje de psicoterapia ya sea cognitivo conductual, psicoanalítica, gestáltica o cualquier otra corriente y sobre todo psicoeducación.

8. Conclusiones:

A través de este trabajo, se puede ver como el abuso sexual infantil, genera graves problemas a lo largo de todo el ciclo evolutivo del individuo que los padece. Vemos también como existe una correlación

directa entre las consecuencias del abuso vinculadas al trastorno de estrés postraumático, o TEPT. Los apegos disfuncionales o desestructurados y a la disociación de la personalidad.

Esto queda patente con los resultados obtenidos, **en el abordaje con EMDR**. Mostrándose efectos significativos en la reducción sintomática del conjunto de patologías producidas por TEPT. Tanto en los sujetos del grupo que sufren malos tratos físicos o emocionales continuados, Como en los que sufren abuso sexual intrafamiliar cronicado o violaciones. Por tanto **existe una correlación directa referente a la sintomatología del trauma vinculado a las conductas disociativas y los apegos desestructurados. No así en el trastorno limite de personalidad**. Ya que en el grupo de población infantil o adolescente estas características de posible TLP, pueden estar enmascaradas, a través de otras, digamos, “anomalías conductuales”. Como irascibilidad, hiperactividad, síntomas psicósomáticos somatoformes, trastornos de alimentación etc. Además de que el TLP no siempre es consecuente del TEPT.

Respecto a este tema existe un estudio que realiza Bergmann, (2000). Cuyas conclusiones demuestran que existe un correlato neuro anatómico de la integración en redes de recuerdos traumáticos, en abordajes con EMDR. Y esta integración, facilita la mayor implicación de estructuras corticales de ese recuerdo. Regula la estructura límbica. Con la consiguiente reducción de la excitabilidad y aumento de la integración funcional del tálamo. La amígdala, el hipocampo y el cortex prefrontal. Áreas estas que se desconectan como consecuencia del trauma. Y que se explican **en el punto 3**, de estas memorias.

No obstante, en los estudios vinculados a niños abusados. Siempre existen controversias. Ya que normalmente no existen grupos de control con los que se puede comparar. Y esto es una dificultad añadida. Ya que se generan falsos negativos. Estas diferencias en las metodologías llevan a minimizar las consecuencias del abuso sexual en sí. Y esto hace que existan sesgos. Maximizándose los casos de abuso sexual grave. Con trauma mayor, disociación y TEPT. Mientras que los casos de abuso sexual a nivel intrafamiliar, más “leves” quedan difuminados o se les da menos importancia. Obviándose los problemas de apego desregulado en los niños. Con lo cual en su adultez, estos niños puede que padezcan TLP o sociopatías. Eso sí, si no son tratados previamente, (Rind, Tromovitch y Bauserman, 1998). Por tanto es muy importante el escoger la muestra y platear las estrategias de inclusión y exclusión de la misma.

Respecto a los abordajes terapéuticos y la estrategia multimodal. Queda patente que el procesamiento de las memorias traumáticas a través del EMDR, se puede conjugar con otras técnicas terapéuticas de forma alternativa. En este caso, el “*mindfulness*”, la “*arteterapia*” y el protocolo grupal de EMDR-IGTP, “*abrazo de la mariposa*”. Junto con la psico-educación, la lectura de cuentos y demás. Son las terapias más idóneas para niños. Ya que de esta manera ellos pueden proyectar todas sus emociones negativas a través de procesos creativos, vinculados al juego y a la escena. Además se demuestra que la terapia funciona, generando en los niños una autoconciencia sobre sí mismos más positiva y mayor auto aceptación. Que es lo que se pretende.

Realmente toda esta dinámica potencia el modelo (PAI) de reprocesamiento de la información, que está vinculado al almacenamiento disfuncional de las memorias traumáticas. Respecto a los métodos procedimentales de cómo se borran esas memorias traumáticas y se reestructura su recuerdo. Existen numerosos estudios que afirman como las técnicas oculares con EMDR, consolidan las memorias traumáticas. Reajustan el arousal y equilibran al paciente a través de la atención dual. No obstante, es difícil demostrar que las técnicas en EMDR eliminen la conducta variable entre las partes emocionales de la persona (PE) y las aparentemente normales, (PAN). Es decir, los procesos disociativos, siguen existiendo pero se procesan de manera más correcta a nivel cognitivo. Minimizando el perjuicio mental para el sujeto. Quizás para que estos trastornos disociativos desaparezcan, sea necesario incluir la hipnosis en el abordaje terapéutico, combinada con EMDR.

En los últimos veinte años, la evolución del EMDR, hace que pase de ser una técnica de desensibilización, a ser un abordaje terapéutico integrador altamente eficaz. Que se puede compaginar con cualquier tipo de abordaje terapéutico. No obstante a nivel metodológico aunque el EMDR resulta tener una alta efectividad en estudios aislados. Se necesitaría saber el valor neurobiológico que la estimulación bilateral tiene en grandes grupos de estudio. Sobre todo a nivel cuantitativo. Y discernir a nivel metodológico si la disolución del evento traumático, se relaciona más con los cambios directos de los efectos producidos por los movimientos oculares, en la memoria de trabajo. O si bien los cambios producidos en el recuerdo traumático son atribuibles al efecto directo que los movimientos oculares producen sobre el arousal fisiológico y la ventana de tolerancia. (Söndergaard y Elofsson, 2008).

9. Discusión:

Que un trauma lleva a almacenar la información del mismo, de forma disfuncional en el cerebro. Encapsulando o congelando esta información, en áreas neuronales independientes. Está comprobado; según este proyecto de intervención. Por tanto, las consecuencias de un apego desestructurado o de una disociación de la personalidad. Se vinculan a un mal procesamiento de las redes neuronales de memoria, asociadas al aprendizaje y a la experiencia traumática. **Eso hace que la pregunta de esta memoria quede totalmente validada.** Y de esta misma manera también **se cumple y se valida la hipótesis general.** Vinculada a que las técnicas en EMDR integran la información disfuncional traumática y la almacenan correctamente en otras áreas neuronales. A través de la reprogramación de los procesos cognitivos; emocionales y somáticos del niño. Vinculados con el recuerdo de su escena fundante. Mediante ejercicios de movimiento ocular, se activa la conectividad interhemisférica, disolviendo el trauma. Lo mismo que el sueño REM reajusta las experiencias de vigilia en la memoria, (Stickgold, 2002).

Queda claro, que el EMDR es la técnica más idónea, tanto de estimulación bilateral hemisférica como de procesamiento adaptativo de la información traumática. En las diferentes memorias del sujeto. Y también queda claro que el movimiento ocular en vigilia a través del EMDR es análogo al movimiento ocular del sueño REM.

La mejora en los estados disociativos aplicando las técnicas de EMDR. **No son concluyentes. Falsando de esta manera, en parte, nuestra subhipotesis 1.** Es falsable en la parte donde se argumenta, que se integran las personalidades aparentemente normal o PAN y las partes emocionales o PE del sujeto. Esto se ve en el cribaje de los test re-test del DES-II, cuyos resultados son prácticamente iguales antes y después de la intervención.

Existe una correlación de los estudios de hipnosis que se elaboran en su momento por Charcot, Freud y Breuer donde se establece, la relación entre trauma y disociación. Y se encuentran analogías en los dos procedimientos. Tanto en los conceptos de confianza, conexión y contingencia del terapeuta. Como también, respecto al trabajo de encuadre, limitación de la atención y marco de referencia, (Siegel, 2007). Estas características también son comunes en los trabajos de Milton Erickson (1901-1980) vinculados a los modelos de hipnosis del siglo XX, (Leeds, 2011). Pero mientras que **la hipnosis potencia la regresión en el sujeto. Las técnicas EMDR intentan suprimirla en función de la atención dual.** Existen estudios que verifican que el EMDR no produce ningún tipo de sugestión hipnótica. (Hekmat, Groth y Rogers, 1994). Sin embargo, la hipnoterapia clínica, se muestra como facilitadora de la anulación de la disociación traumática o TID, (trastorno de identidad disociativo). Si esta se complementa con otro tipo de terapia. Como puede ser la terapia cognitiva de Beck, y la psicoeducación. (Cardeña, 2000). No obstante, también existen estudios sobre la combinación de EMDR y de hipnosis clínica, indicando que los efectos clínicos de ambos son similares. Además de resultar beneficiosos a muy corto plazo, (Philips, 2008).

La otra parte de nuestra subhipótesis 1. Referida al arousal y la subhipótesis 2 al completo, son validadas. Y esto se ve reflejado en el cribaje del CITES-R disminuyendo el puntaje por debajo del corte, después de la intervención. Ya que se reduce el arousal. Se anula el rebosamiento emocional y se crean nuevas redes neuronales potenciando el auto concepto individual. Las técnicas multimodales son evaluadas por expertos para aplicarse en la fase uno del tratamiento del TEPT, con EMDR. (Cloitre et al. 2011). Por tanto como comentamos en las conclusiones. El aplicar el EMDR junto con *“el abrazo de la mariposa”*, *“la arteterapia”* y *“el mindfulness”*, es totalmente efectivo.

Respecto a **la validación de la subhipótesis 3.** Se verifica como la atención dual. Reestructura el recuerdo traumático. Y lo traslada desde la memoria implícita a la episódica. Archivándolo en la semántica. Esto se ve claramente, en los resultados post test del EGS en los ítems A1 a B5 de la escala simplificada para TEPT del DSM.IV-TR (APA, 1994). Estos aspectos coinciden con los estudios sobre la memoria funcional y la técnicas EMDR, que realiza, F. W. Jeffries y Paul Davis, (2012). Ya que sabemos que el trauma no puede ser hablado, hasta que no se procesan las memorias traumáticas. Y esto, es lo que se hace en los campamentos. Tanto con las narrativas de los cuentos, como con las obras de teatro y los ejercicios. Con el fin de que, los niños focalicen sus estructuras de pensamiento traumáticas. Las narren, procesen y acepten. Almacenándolas así, de forma positiva en sus memorias. Con el fin de que puedan tener un futuro vital más saludable; a nivel psíquico. Sin estar limitados a ninguna consecuencia traumática.

10. Referencias Bibliográficas:

- Allen, J. (2001). *“Traumatic relationships and serious mental disorders”*. England: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. APA (1994). *“Diagnostic and statistical manual of mental disorders”* DSM. USA: American Psychiatric Publisher.
- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López 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, Ontario, Canada 2000*
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., y López Cano, T. (2009). “The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP)”. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations*, pp 279-288.
- Bakan, P., y Svorad, D. (1969). “Resting EEG alpha and asymmetry of reflective lateral eye movements”. *In nature publishing grup, núm 223, pp 975-976*
- Balint, M. (1969). “Trauma and object relationship”. *The International Journal of Psycho-Analysis, 50, p.429.*
- Becker, J. Robert O. y Selden, G. (1985) *“The Body Electric”* New York: Morrow Publisher.
- Bergmann, U. (2000). “Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing”. *Traumatology, 6 (Vol. 3), pp 175-200.*
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease, 174, (Vol. 12), 727-735.*
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). *“Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)”*. USA: Willey and Sons Ltd.
- Bowlby, J. (1988). *“A secure base: Parent-child attachment and healthy human development”*. New York: Basic Books
- Bowman, E.S (1998). “Pseudoseizures”. *Psychiatric Clinics of North America, Vol. 21, pp 649–657.*
- Briere, J. y Scott, C. (2012). *“Principles of trauma therapy: A guide to symptoms evaluation and treatment”* CA: 2 ed. Thousand Oaks, Sage publisher 2012.
- Briquet, P. (1859) “Definición de la histeria”, *Journal Las histerias, ob. cit. P. 93-98*
- Cardeña, E. (2000): “Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention”. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, vol. 48: 225-238.*
- Carlson, E A y Sroufe, L A: (1995). “Contribution of attachment theory to developmental psychopathology” *Chicchetti & Cohen (Eds) Developmental psychopathology, Vol I, pp 581-587.*
- Cazabat, E. (2005). “Evolución histórica del concepto de disociación”. *En Solvey, P y Ferrazano de Solvey, R. (comp.) Terapias de Avanzada, 5.*
- Chu, J. (1998). “Dissociative Symptomatology in Adult Patients with histories of Childhood Physical and Sexual Abuse”. *Trauma, memory and dissociation. pp. 179 – 203 Ed. American Pyschiatric Press Washington.*

- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: NY, Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Damasio, A. (2008). *El error de Descartes*. Barcelona: Ed: Crítica 1994.
- Davidson J.R.T, Book SW, Colker JT y cols (1997) "Assessment of a new self- rating Scale for posttraumatic stress disorder" *Psychol Med; Vol. 27: pp. 153-160*.
- DeMause, L. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid; Alianza editorial.
- Dell, P.F. (2002). "Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder". *Journal of Nervous and Mental Disease, 190, 10–15*.
- Draijer, N. (1990) "Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten". (*Sexual traumatization in childhood. Psychiatric sequelae of childhood incest*). Amsterdam: Ed; SUA.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). "Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas". *Análisis y modificación de conducta, Vol. 23, 503-526*.
- Edmond, T. Rubin, A. & Wambach, K. (1999). "The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse". *Social Work Research, 23, 103-116*.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Fanselow, M. S., & Lester, L. S (1988). "A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior": Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior". *Evolution and learning, (pp. 185-212)*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 263
- Ferenci, S. (1932). "Confusión de lenguas entre los adultos y el niño", en *Obras completas 4*, Madrid: Espasa Calpe, 1984.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press
- Finkelhor, D. (1994) "The International Epidemiology of Child Sexual Abuse". *Child Abuse & Neglect, USA. 1994, Vol. 18; pp 409-417*.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). "The traumatic impact of child abuse: A conceptualization". *American Journal of Orthopsychiatry, 55 (Vol. 4), 530-541*.
- Follette, V. M. (2014). *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices*. NY: Guilford Publications.
- Fonagy, P; Gergely, G; Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London, UK; Karnac Books
- Freud, S. (1906 [1905]) "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de la histeria" en *Obras completas. Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1976*.
- Freud, S. (1886-1899) "Fragmentos de la Correspondencia con Fliess" 1950 [1892-1899]). *Freud, S. Journal, obras completas, volumen 1. pp 211-322 Carta 69*.
- Freud, S. (1994). *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires; Amorrortu editores.

- Freud, S. (1958). "On beginning the treatment". In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works* (pp. 121-144).
- Freud, S; Breuer, J. (1980) "Estudios sobre la histeria". Tomo II. Obras completas. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.1980
- Freud, S. (1901) Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII - *Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905)*, «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (Caso «Dora»). 1. *Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905 [1901])*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores
- George, C., Kaplan, N., & Main, M (1985). "Adult attachment interview". (AAI). *Unpublished manuscript, university of California at Berkeley*.
- Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). "The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder". *Psychiatric Annals*, 32 (Vol. 6), 337-345.
- Gunnar, M. R., & Barr, R. G. (1998). "Stress, early brain development, and behavior". *Infants & Young Children*, 11 (Vol. 1), pp 1-14.
- Hawkins, J., (2005). "On Intelligence: How a New Understanding of the Brain will lead to the creation of Truly Intelligent Machines". New York: Owl books/holt.
- Hekmat, H., Groth, S., & Rogers, D. (1994). "Pain ameliorating effect of eye movement desensitization". *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25 (Vol. 2), pp 121-129.
- Hermann, J.L. (1992). "Trauma and recovery: The aftermath of violence-From domestic to political terror". New York: Basic Books.
- Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2006). "Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment." *Journal of Family Psychology*, 20 (Vol.3), pp. 397.
- Jacobson, E., & Carlson, A. J. (1925). "The influence of relaxation upon the knee jerk". *American Journal of Physiology--Legacy Content*, 73(Vol. 2), pp 324-328.
- Janet, P. (1925). "Principles of psychotherapy". London: Allen & Unwin.
- Janet, P. (1938). "La psychologie de la conduite". Paris: Ed; H. Wallon, Société de Gestion de l'Encyclopédie Française.
- Janet, P. (1889). "L'automatisme psychologique; essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine" (Vol. 2). Evreux: Ch. Hérissey.
- Jarne, A., y Talam, A. (2012). "Manual de psicopatología clínica". Barcelona: Herder.
- Jeffries, F. W., & Davis, P. (2013). "What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)?" *A review. Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(Vol. 03), pp 290-300.
- Jung, C. G. (1946). "Psychological types". Nueva York: Harcourt, Brace & Co.
- Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future". *Clinical psychology: Science and practice*, 10 (Vol. 2), pp 144-156.
- Koss, M. P., & Gidycz, C. A. (1985). "Sexual experiences survey: reliability and validity". *Journal of consulting and clinical psychology*, 53 (Vol. 3), pp 422.

- Leeds, A. M. (2011). "Guía de protocolos estándar de EMDR: para terapeutas, supervisores y consultores". Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Levine, P. A. (1997). "Walking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences". Berkeley, CA; North Atlantic Books.
- López, F. (1995) "Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual". Salamanca 1995: Ediciones Amarú.
- Lovett, J. (1999). "Small wonders, healing childhood trauma with EMDR". New York, NY: The Free Press.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). "Learned helplessness: Theory and evidence". *Journal of experimental psychology: general*, 105 (Vol. 1), pp 3.
- Main, M., & Solomon, (1986) "Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern" New York: NY Ablex publishing corporation.
- Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). "The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems". *Development and psychopathology*, 6 (Vol. 01), pp 121-143.
- Marxen, E. (2011). "Diálogos entre arte y terapia". Barcelona: Gedisa.
- Miotto, N. (2001). "Abuso sexual de menores. Complejidad diagnóstica". *Anales IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica. Asociación. Iberoamericana de Psicología Jurídica (pp. 31-57). Madrid, España.*
- Monzon, I. (1999). "Abuso sexual contra menores: violencia de la desmentida". *Revista del Ateneo Psicoanalítico*, 2.
- Mosquera D, González A (2009) "Escala de Apego y Patrones Relacionales". *X Jornadas de Apego y salud mental Internacional Attachment Network; Madrid.*
- Moussaieff, J. (1983) "El asalto a la verdad. La renuncia de Freud a la teoría de la seducción". Barcelona: Seix Barral. 1983.
- Naumburg, M. (1997). "La terapia artística: su alcance y función". Barcelona/Buenos Aires: Paidós: En E. F. Hammer, *Tests proyectivos gráficos.*
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). "Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory". *Traumatology*, 6 (Vol. 3), p149.
- Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2009). "El trauma y el cuerpo. Un modelo sensorio motriz de psicoterapia". Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ornstein, R. E. (1997). "The right mind: Making sense of the hemispheres". Harcourt; Hardwest book.
- Panksepp, J. (1998). "Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions". Oxford: University Press.
- Pedder, J. R. (1976). "Attachment and New Beginning Some Links; between the Work of Michael Bálint and John Bowlby". *International Review of Psycho-Analysis*, Vol 3, pp 491-497.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., Roth, S.H., Mandel, F.S., Kaplan, S.J., & Resick, P.A. (1997). "Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES)". *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 10, pp 3-16.

- Phillips, M. (2008). "Combining hypnosis with EMDR and ego state therapy for ego strengthening". *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*, pp 91-120.
- Pitman, R. K., Lasko, N. B., & Herz, L. R, Orr, S. P. (1993). "Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in World War II and Korean combat veterans". *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (Vol.1), p 152.
- Pitman, R. K., & Orr, S. P (1990). "The black hole of trauma". *Biological Psychiatry*, 27 (Vol. 5), pp 469-471.
- Putnam, F. W. (1989) "*Diagnosis & Treatment of Multiple Personality Disorder*"; London: Guilford Press,
- Riley, S (2004). "*Contemporary art therapy with adolescents*". Great Britain: Athenaeum Press
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). "A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples". *Psychological bulletin*, 124 (Vol. 1), p 22.
- Rothbaum. B. O; Astin, M. C. & Marsteller, F. (2005) "Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims". *Journal of traumatic stress*, 18 (Vol. 6), pp 607-616.
- Russell, D.E.H. (1986). "*The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*". New York: Basic Books.
- Schuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2004). "*Hidden Trauma in Infancy: Attachment, Fearful Arousal, and Early Dysfunction of the Stress Response System*"; New York: Guilford Press.
- Shapiro, F., & Solomon, R. M. (1995). "*Eye movement desensitization and reprocessing*". England: John Wiley & Sons, Inc.
- Shapiro, F., & Maxfield, L, (2002). "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma". *Journal of Clinical Psychology*, 58 (Vol. 8), pp 933-946.
- Shapiro, F. (2014). "EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide". *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (Vol. 4), pp 181-186.
- Siegel, D. (1999). "*The developing mind. Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*"; New York: Guilford Press
- Siegel, D. & Hartzell, M (2004). "*Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can help you Raise Children who thrive?*". New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin.
- Siegel, D. (2007). "*La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*". Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., y Frith, C. D. (2004). "Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain". *Science*, 303, pp 1157-1162.
- Solvey, P., y Ferrazzano de Solvey, R. C. (2009). "*Terapias de avanzada*" (Vols 1-5). Buenos Aires: Tdea.
- Söndergaard, H. P., & Eloffson, U. (2008). "Psychophysiological studies of EMDR". *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (Vol. 4), pp 282-288.

- Stamenov, M. I., y Gallese, V. (2002). *"Mirror neurons and the evolution of brain and language"*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Stern, D. N., Hofer, L., Haft, W., & Dore, J. (1985). "Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant by means of inter-modal fluency". *Social perception in infants*, pp 249-268.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: "A putative neurobiological mechanism of action". *Journal of clinical psychology*, 58 (Vol. 1), pp 61-75.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (2014). *"Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life"* (Vol. 12). New York: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Vallejo, M.A. (2006). "Mindfulness". *Papeles del psicólogo*, 2006. Vol. 27 (2). pp. 92-99. UNED. España
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., Steele, K., y Brown, D. (2004). "Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, pp 906-914.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., y Steele, K. (2006). *"El Yo Atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica"*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). "Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations". *Journal of EMDR Practice and Research*, 4 (Vol. 2), pp 76-92.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1995). "The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma". *Trauma: Explorations in memory*, 158-82.
- Van der Kolk, B. A. (1996). "The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development." *Journal Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* , (pp. 182-213). New York, NY, US: Guilford Press, xxv, 596 pp.
- Van der Kolk, B; Roth, S; Pelcovitz, D; Sunday, S & Spinazzola, J. (2005). "Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma". *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October, pp. 389–399
- Wenger, M., y Cullen, T. (1958). "ANS response patterns to fourteen stimuli". *American Psychologist*, 13, pp 413-414.
- Wilbarger, P., y Wilbarger, J. (1997). *"Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological problems"*. Van Nuys, CA: Wilbarger.
- Winnicott, D. (1965). *"El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones Psicoanalíticas"*; Buenos Aires, Paidós 1993.
- Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. y Wolfe, D.A. (1991). "The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms". *Behavioral Assessment*, Vol. 13, pp 359-383.
- Wyatt, G.E. (1985). "The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood". *Child Abuse and Neglect*; Vol. 9, pp 507-519.
- Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). "The dissociative experiences of borderline patients". *Comprehensive psychiatry*, 41 (Vol. 3), 223-227.

11. Anexos:

Figura 1:

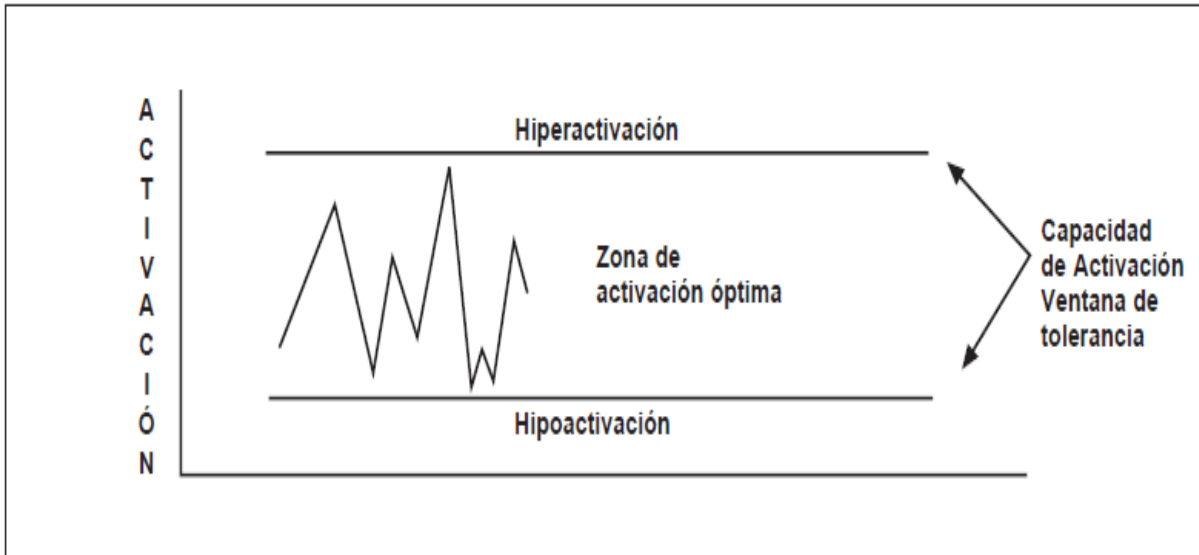


Figura 2:

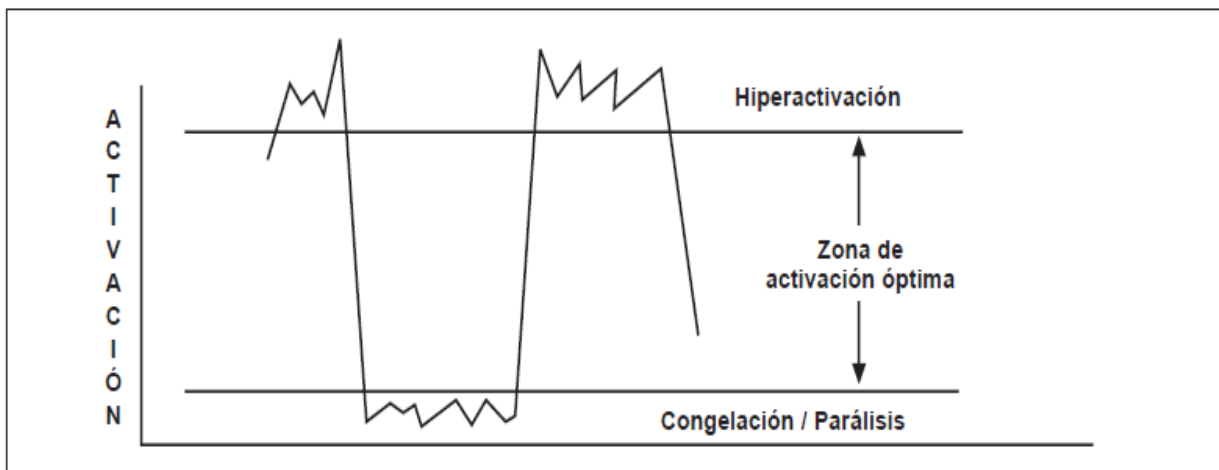


Tabla 1

Criterios abreviados para el diagnóstico del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) según el DSM-IV (APA, 1994)

- A1 Exposición al estresor
A2 Reacción emocional al estresor
- Se requiere uno o más de los siguientes síntomas:
- B1 Recuerdos intrusos
B2 Sueños que producen malestar
B3 Actuar o sentir como si el suceso estuviese ocurriendo
B4 Malestar psicológico al exponerse a estímulos que recuerdan el suceso
B5 Respuestas fisiológicas a la exposición de estímulos que recuerdan el suceso
- Se requieren tres o más de los siguientes síntomas:
- C1 Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el estresor
C2 Evitar actividades, lugares o personas asociados con el estresor
C3 Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
C4 Reducción del interés en actividades significativas
C5 Desapego de los demás
C6 Restricción de la vida afectiva
C7 Sensación de un futuro desolador
- Se requieren dos o más de los siguientes síntomas:
- D1 Dificultades para conciliar o mantener el sueño
D2 Irritabilidad
D3 Problemas de concentración
D4 Hipervigilancia
D5 Respuestas exageradas de sobresalto
- E La duración de las alteraciones se prolonga más de un mes
- F Se requiere malestar subjetivo o deterioro

Especificar si:

Agudo: Los síntomas duran menos de tres meses

Crónico: Los síntomas duran tres meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el suceso traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses

Tabla 3.1.
Dinámica Traumatógena (Finkelhor y Browne, 1986).

Factor	Impacto psicológico	Manifestaciones Conductuales
Sexualización Traumática	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del interés en asuntos de carácter sexual - Confusión acerca de la identidad sexual - Confusión acerca de las normas - Confusión del sexo y el amor - Asociaciones negativas con las actividades sexuales y la activación de las sensaciones - Aversión al sexo o a la intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupaciones sexuales y comportamientos sexuales compulsivos - Actividad sexual precoz - Comportamiento sexual agresivo - Promiscuidad - Prostitución - Disfunciones Sexuales: <i>flashbacks, dificultad en la activación, evitación del orgasmo, reacciones fóbicas a la intimidad sexual.</i> - Sexualidad inapropiada
Estigmatización	<ul style="list-style-type: none"> - Vergüenza, culpa - Baja autoestima - Sensación de ser diferente de otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Uso de alcohol y drogas - Comportamiento delictivo - Automutilación - Suicidio.
Traición	<ul style="list-style-type: none"> - Pesar, depresión - Dependencia extrema - Incapacidad para juzgar en quién confiar - Desconfianza, particularmente en los hombres - Ira, hostilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Aferrarse a otros exageradamente - Vulnerabilidad al abuso y a la explotación - Permisividad para que abusen otros niños - Aislamiento - Desagrado en relaciones íntimas - Problemas maritales - Comportamiento agresivo - Delincuencia
Sensación de falta de poder	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad y temor - Bajo sentido de eficacia - Percepción de víctima - Necesidad de control - Identificación con el agresor 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesadillas - Fobias - Quejas somáticas, trastornos del sueño y de la alimentación - Depresión - Disociación - Fugas de casa o colegio - Problemas escolares y vagancia - Problemas laborales - Vulnerabilidad a victimización futura - Comportamiento agresivo, matoneo - Delincuencia - Consumo de sustancia

Tomado de Finkelhor y Browne (1986), págs. 186-187.