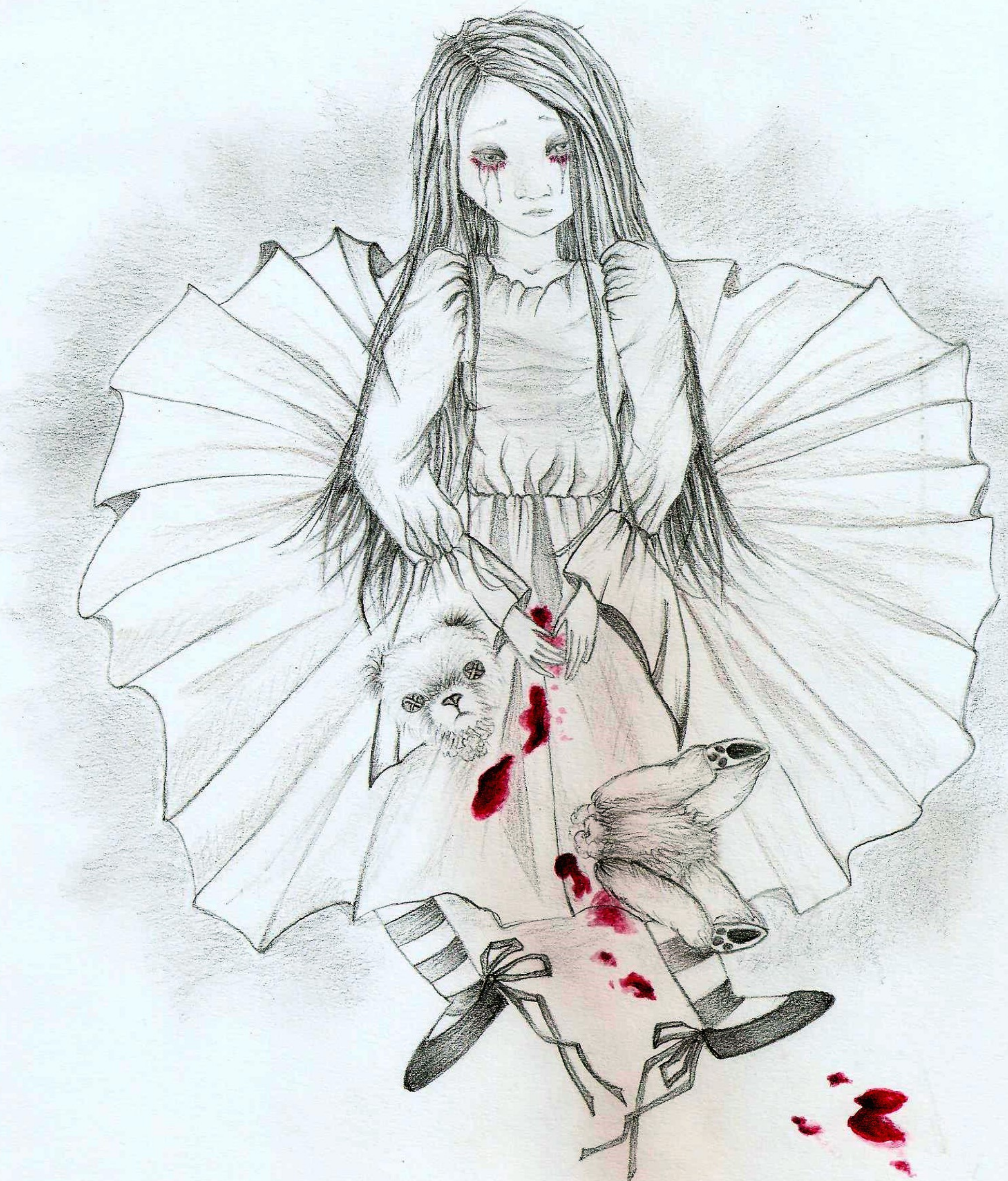


TALLER DE ABUSOS SEXUALES



El fin de la infancia





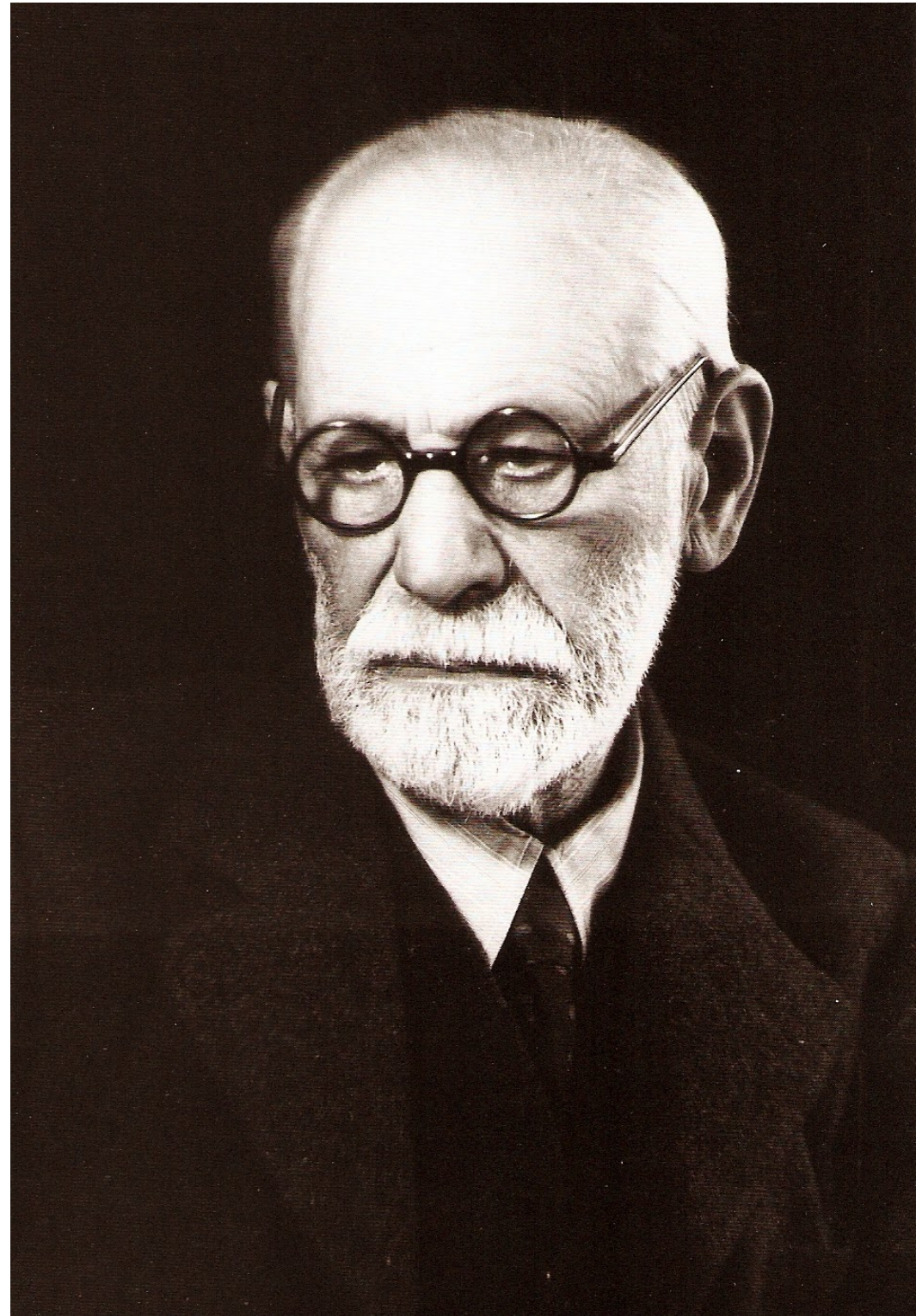
Por lo que sé, no hay mayor bendición para un hombre joven que está empezando a vivir que un amante virtuoso, o para un amante que un joven amado. Por principio, digo que ningún lazo, honor, riqueza ni ninguna otra cosa es digno de implantarse como el amor.

PLATÓN

LA HISTERIA



FREUD Y LA HISTERIA



La teoría de la seducción es una teoría desarrollada por Sigmund Freud en los albores del psicoanálisis con la que pretendió explicar el origen de las neurosis atribuyéndolo a la vivencia de experiencias de abuso sexual en la infancia. En un primer momento Freud pensó que se trataba de hechos realmente sucedidos, sin embargo desde un comienzo puso énfasis en que no era la experiencia misma sino el correspondiente recuerdo reprimido (pero psíquicamente activo) del abuso o acoso sexual padecido en la infancia lo que provocaría la neurosis. Freud renunció a la teoría de la seducción después de la conferencia en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología. Cambió su explicación al afirmar que hallaba la causa de la histeria, no tanto en sucesos reales, como en fantasías de seducción de las propias pacientes. De esta manera Freud pasó a creer que el relato de sus pacientes se apoyaba en fantasías que respondían a deseos inconscientes.

INCESTO Y LA PSICOLOGÍA EVOLUCIONISTA

EL INCESTO ESTARÍA PENALIZADO PSICOLÓGICAMENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOLOGÍA EVOLUCIONISTA PORQUE ESTE PROVOCARÍA ENDOGAMIA CON TODAS LAS CONSECUENCIAS GENÉTICAS QUE ESTO SUPONE.

POR ESO EN CASI TODAS LAS ESPECIES DE MAMIFEROS LOS MACHOS ABANDONAN EL GRUPO CUANDO ALCANZAN LA PUBERTAD.

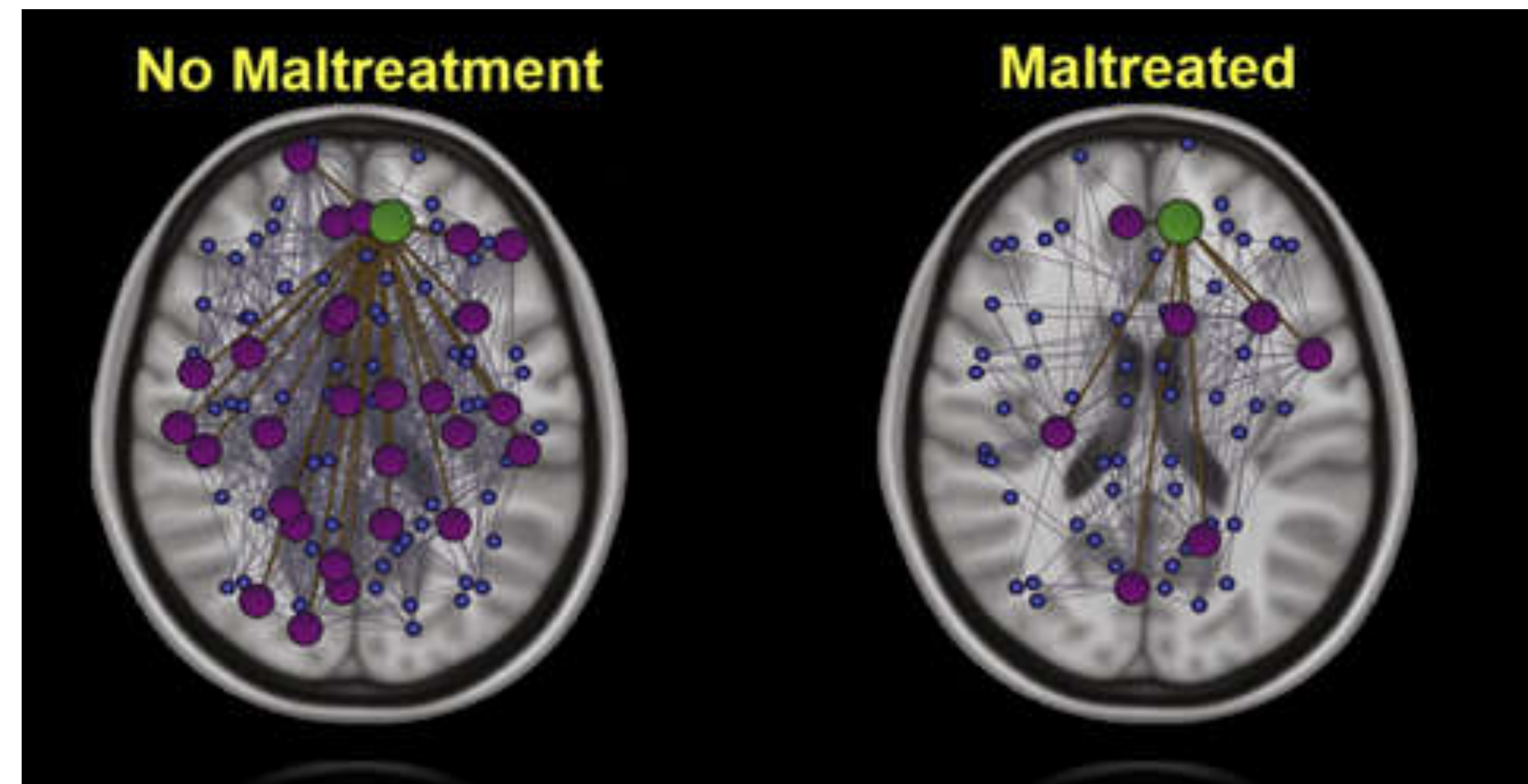
EN OTRAS ESPECIES ANIMALES NO EXISTEN LOS COMPORTAMIENTOS INCESTUOSOS



Las hijas de Lot se encuentran en un descanso en su huida de Sodoma, donde vivían. Su relación con su padre es bastante extraña: por razones de hospitalidad, las había ofrecido para ser violadas por sus convecinos (que las despreciaron, pues preferían violar a los ángeles que Dios había enviado para avisarle de la destrucción de la ciudad). Han perdido a su madre, que acaba de convertirse en una estatua de sal

Las hijas de Lot viendo que su inevitable destino va a ser la soledad, deciden emborrachar a su padre y tener relaciones sexuales con él, para quedarse embarazadas.

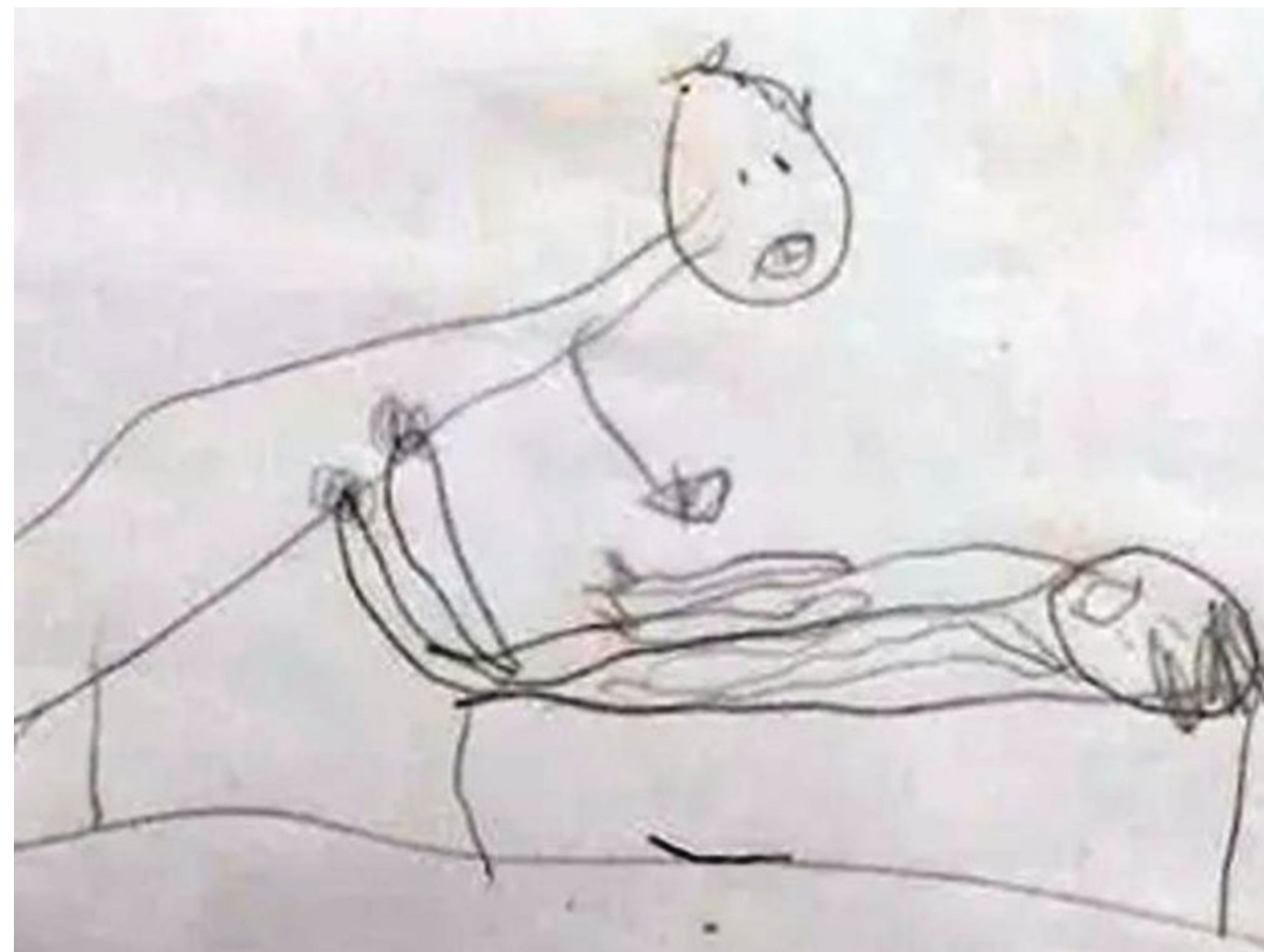
La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de dieciocho años. ~ Incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar daño~ a la salud y desarrollo físico o mental, la dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Independientemente de los tipos de maltrato (tabla 1), a todos ellos subyace una situación disfuncional y patológica que afecta al desarrollo cerebral del menor y, por tanto, condiciona su desarrollo neurológico y su funcionamiento neuropsicológico.



ESTADÍSTICA ABUSOS SEXUALES

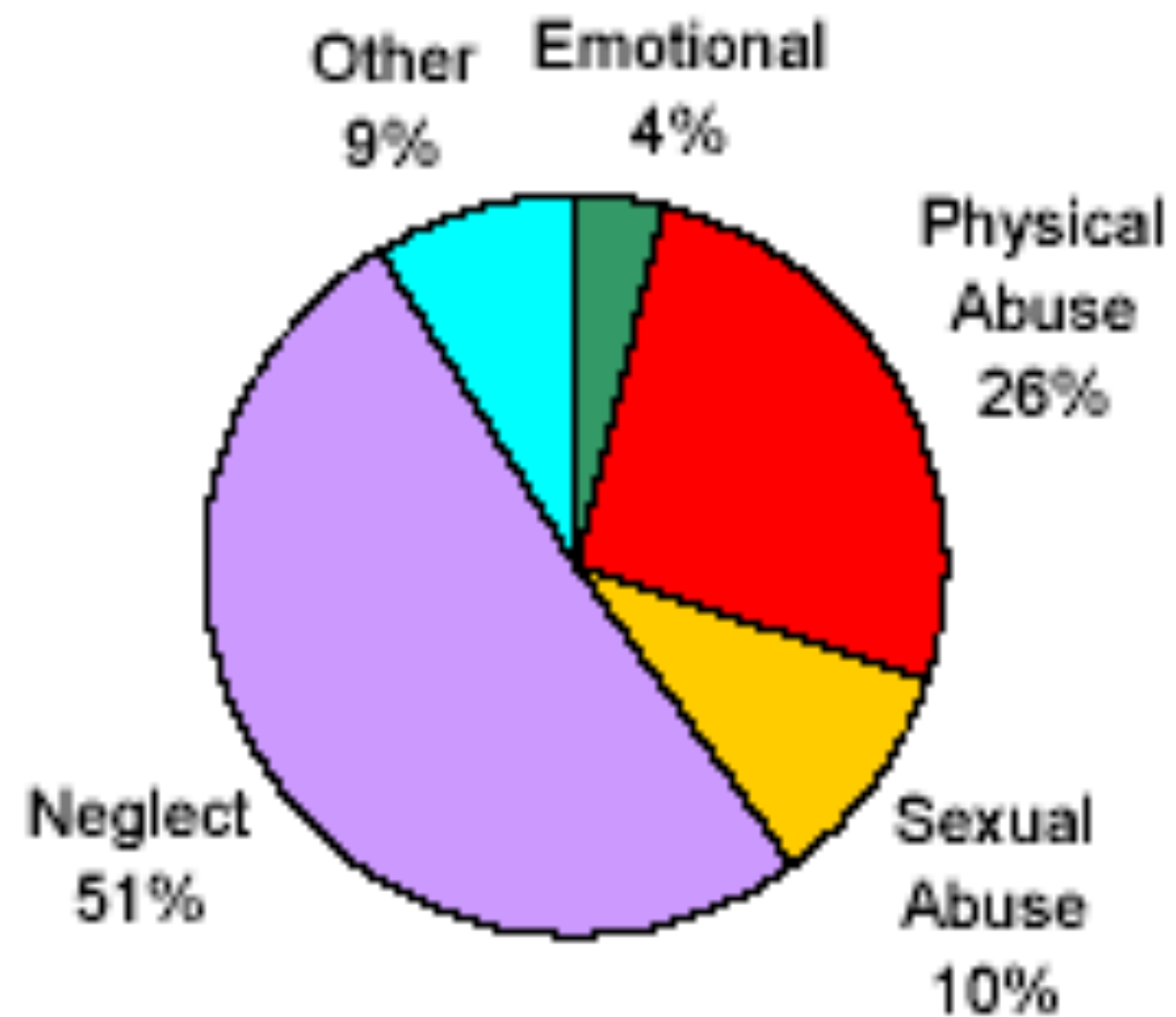
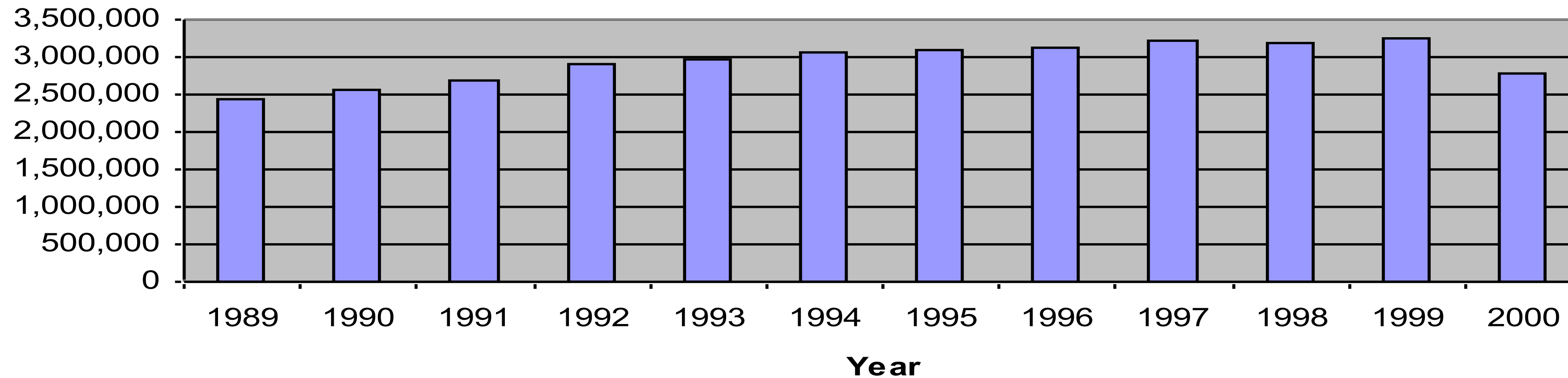
EN UN ESTUDIO DE ZANARINI (2002). EL 50% DE LOS PACIENTES CON UN TRASTORNO TLP FUERON ABUSADAS Y LO FUERON TANTO EN LA INFANCIA COMO EN LA ADOLESCENCIA AL MENOS UNA VEZ SEMANALMENTE DURANTE MÍNIMO DE UN AÑO, BIEN POR UN PADRE U OTRA PERSONA BIEN CONOCIDA DE LA PACIENTE Y POR DOS O MAS ABUSADORES A LO LARGO DE SU VIDA.

EL 80% DE LAS PACIENTES CON TLP ABUSADAS, TAMBIÉN DECLARARON QUE LOS ABUSADORES USARON LA PENETRACIÓN O ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA.

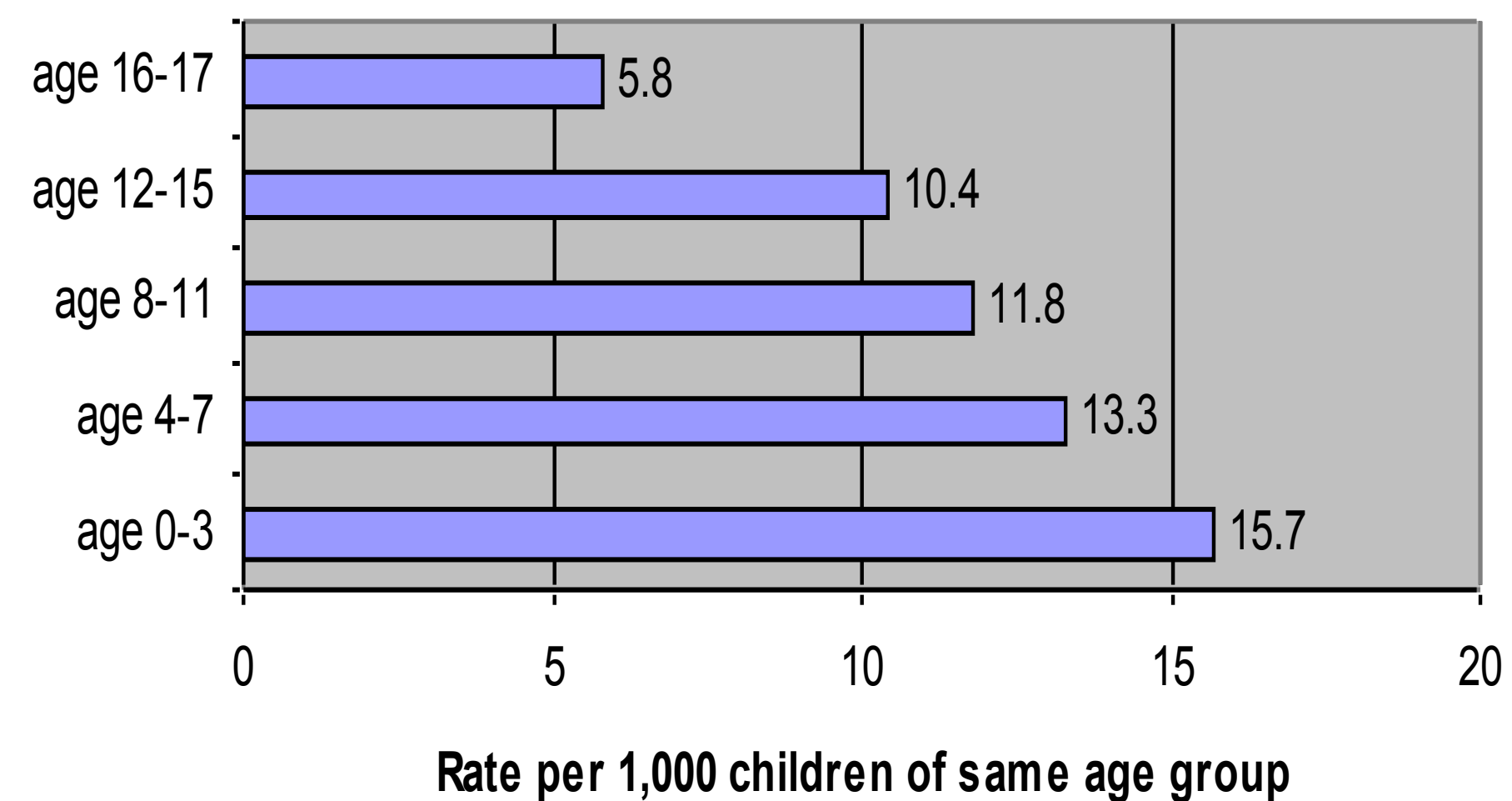


Incidence and Types of Child Maltreatment

National Estimated Child Maltreatment Reports

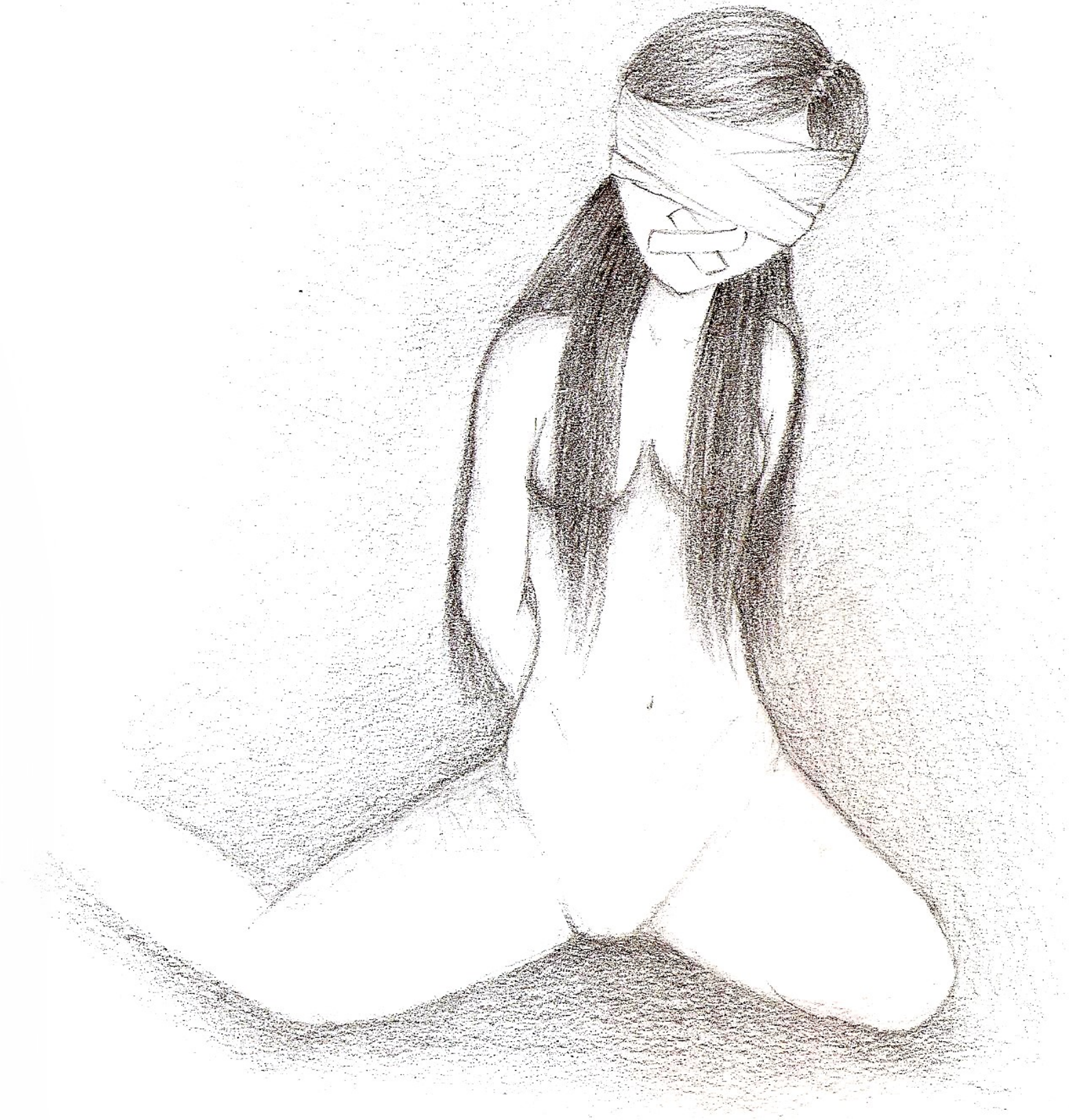


Victimization Rates by Age Group, 2000



SABEMOS QUE:

- 2 DE CADA 3 PERSONAS CON APEGO DESORGANIZADO TIENEN AL MENOS UNA ACE (ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCE)
- 11% TIENEN 5 O MÁS ACES.
- LAS PERSONAS CON 4 ACES O MÁS:
 - 7 VECES MÁS PROBABILIDADES DE SER ALCOHÓLICAS.
 - 10 VECES MÁS DE USAR DROGAS
 - 12 MÁS VECES PROBABILIDADES DE COMETER SUICIDIO
 - 6 VECES MÁS PROBABILIDADES DE SER VIOLADOS
 - 4 VECES MÁS PROBABILIDADES DE SUFRIR DEPRESIÓN CRÓNICA Y SUFRIR PROBLEMAS DE SALUD (FIBROMIALGIA, ATAQUES DE CORAZÓN, OBESIDAD, ETC)



"El niño maltratado es aquel que es víctima, de parte de sus padres, otros adultos de la familia o cuidadores, de violencia física, psicológica, negligencia (ausencia injustificada de cuidados) o abuso sexual, que puede tener consecuencias graves en su salud y en su desarrollo físico y psicológico".



Tipos De Abuso Sexual

CON CONTACTO FÍSICO DIRECTO

- **Besos**
- **Caricias (manipulación)**
- **Masturbación**
- **Penetración oral, anal o vaginal (violación)**
- **Frotar los genitales**
- **Prostitución**

SIN CONTACTO FÍSICO

- **Exhibicionismo**
- **Masturbación frente a la víctima**
- **Pornografía (filmar, fotografiar, vía internet)**
- **Mensajes o llamadas telefónicas**

TIPOS DE AGRESIONES SEXUALES

Abuso Sexual: Se define como "cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño" ***El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se podría expresar en cuatro tipos de categorías:***

- 1.- ***Incesto:*** si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esta cubriendo de manera estable el papel de los padres
- 2.- ***Violación:*** Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.
- 3.- ***Vejación sexual:*** Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o para forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.
- 4.- ***Abuso sexual sin contacto físico:*** se incluirán los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con le objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la automasturbación en presencia del niño con le objeto de buscar gratificación sexual.



→ **TRAUMA**

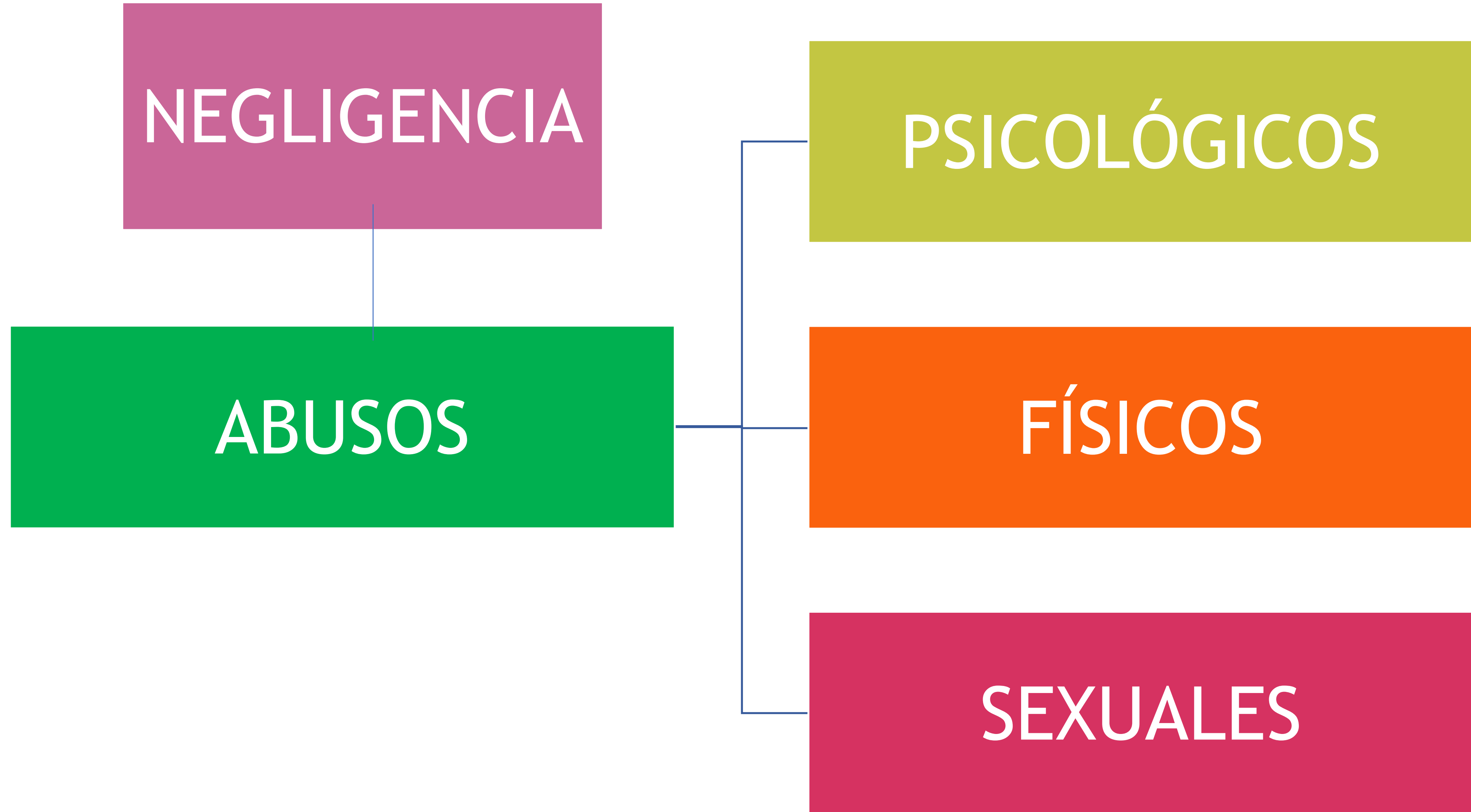
NEGLIGENCIA

ABUSOS

PSICOLÓGICOS

FÍSICOS

SEXUALES



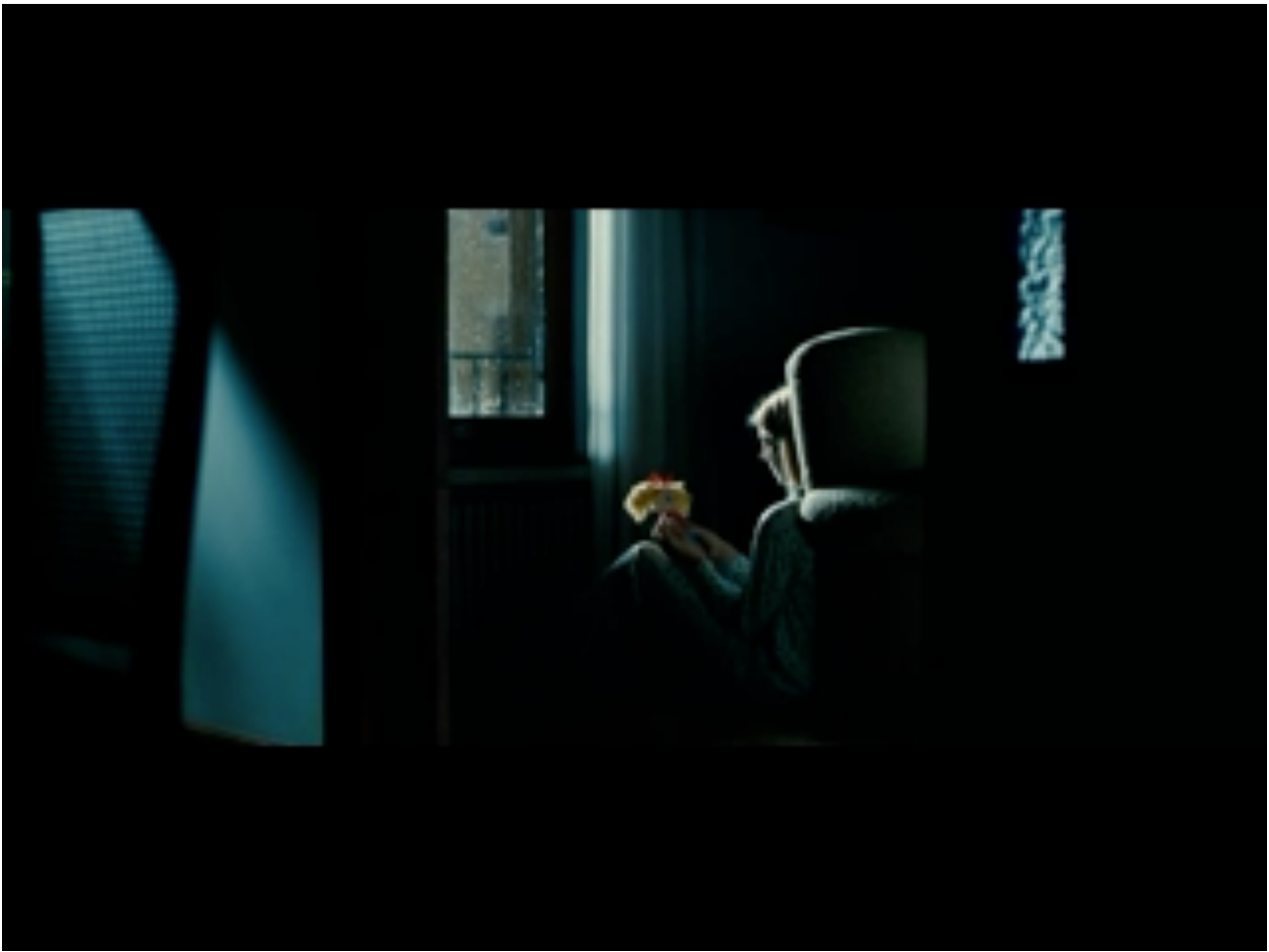
Clasificación teórica de los tipos de maltrato infantil

Maltrato físico	Toda acción susceptible de lesionar o dañar físicamente
Maltrato psicológico/emocional	Violencia ejercida sobre el menor de manera verbal, insultos, amenazas, humillaciones; conductas de rechazo, aislamientos, exposición a violencia, amenazas de abandono y abandono.
Negligencia física	Omisión de cuidados, supervisión o atención y privación de los elementos necesarios para el correcto desarrollo físico, incluido el abandono.
Negligencia emocional	Privación de estimulación afectiva, respuestas inconsistentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño; omisión de cuidados psicológicos y de atención a las necesidades del menor, incluido el abandono.
Abuso sexual	Toda acción sexual ejercida sobre un menor y exposición a contenidos pornográficos o sexuales.
Maltrato prenatal	Acciones e inacciones potencialmente nocivas para el desarrollo del feto.
Maltrato institucional	Acciones e inacciones realizadas por instituciones (orfanatos, hospitales, colegios), que pongan en situación de desprotección al menor, afecten su desarrollo social, físico, psicológico e intelectual, y pueda repercutir en su funcionamiento o adaptación futura.
Síndrome de Münchausen por poderes	Provocación, por parte del adulto, de síntomas físicos/psicológicos en el menor, resultando en continuas hospitalizaciones.
Corrupción de menores	Reforzamiento de conductas antisociales en el menor.

FACTORES CAUSANTES DEL ABUSO

CONDICIONANTES FAMILIARES





Manuel Hernández Pacheco ©

La estructura de la familia sexualmente abusiva.

Estas familias se caracterizan por fronteras y roles familiares poco claros y mal definidos; las historias familiares son incoherentes, los sentimientos y los comportamientos son ambiguos, los estados afectivos y sentimentales están mal definidos, los modos de comportamientos son poco claros, los límites entre la afectividad y la sexualidad son poco consistentes. Por ejemplo, si en estas familias una niña acepta una demostración física de cariño de su padre, esto puede interpretarse fácilmente como una invitación a un contacto sexual.



Factores de Riesgo

- Edad 6-12 años
- Sexo femenino (pero los niños lo denuncian menos)
- Aislamiento de sus coetáneos
- Malos vínculos progenitor-hijo y entre padres
- Falta de progenitor protector
- Presencia de un varón familiar sin parentesco biológico
- Menores con discapacidad psíquica moderada



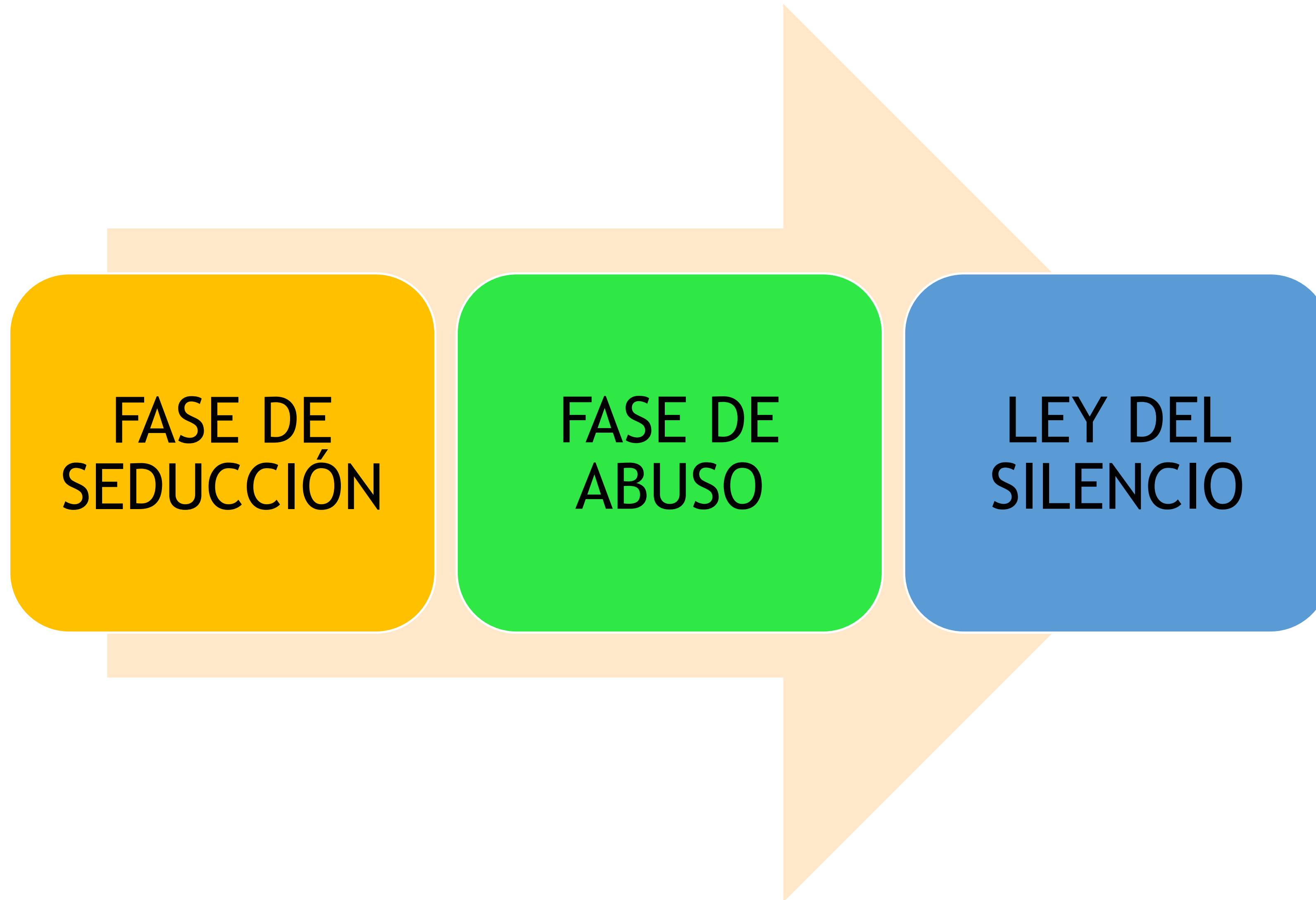
PERSONALIDAD DEL ABUSADOR



1. Un primer grupo reaccionó como si estuvieran privados de todo sentimiento de "asco" y/o de arrepentimiento frente a sus actos. Estos hombres, emocionalmente insensibles a su transgresión, abusaron de los niños sin vergüenza.
2. Un segundo grupo está compuesto por individuos que aparentemente sintieron asco y remordimiento por lo que hacían, pero algo más fuerte los llevó a pasar al acto. Estos hombres abusan de sus hijos para "solucionar" conflictos psíquicos y/o compensar frustraciones relacionales con otros adultos, por ejemplo problemas de pareja.
3. El tercer grupo está compuesto por sujetos que fueron socializados en contextos donde la prohibición de relaciones sexuales con los niños y con los hijos no estuvo formulada explícitamente. Peor aún, algunos de ellos crecieron en una cultura familiar que permitía y hasta fomentaba este tipo de relaciones. A pesar del eventual malestar que podían sentir en el momento de la transgresión, sus representaciones les permitían hacer lo que hicieron.
4. Un último grupo corresponde a aquellos abusadores que no sólo sienten empatía con el sufrimiento de sus víctimas sino que sienten sus actos como comportamientos naturales, e incluso positivos para sus hijos. Esto se expresa en sujetos que sienten que el resto se inmiscuye en "la bella historia de amor que tiene con su hija".



FASES DEL ABUSO





ABUSOS POR AMIGOS DE LA FAMILIA

El pederasta envuelve a su víctima en una relación falsa que es presentada como afectiva y protectora.

Se manipula la confianza familiar un personaje agradable, simpático, servicial y atento con todos.

Es fundamental el papel que representa la familia si protege al abusador o a la víctima

LOLITA



SUELE IR ACOMPAÑADO DE VIOLENCIA

LA REACCIÓN DE LOS PADRES ES VITAL DEBIDO A SI PRESENTAN APOYO Y CUIDADO O BIEN ESCONDEN EL PROBLEMA O INCLUSO ACUSAN AL NIÑO DE HABERLO PROVOCADO.



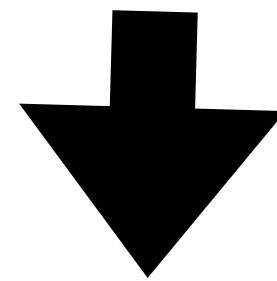
Manuel Hernández Pacheco ©

ABUSOS POR FAMILIARES

El trauma de apego es terrible ya que la persona que debe protegerlo es la que abusa de ella. El abuso puede ser de hermanos, padre, abuelos o algún tío o familiar no muy cercano.

Es fundamental si se descubre el abuso como se actúa, ya que víctima y abusador no pueden colocarse en un mismo nivel

En muchos casos encontraremos que hay algún familiar que conoce los abusos pero no los frena, lo cual multiplica el efecto psicológico del abuso.



APEGO DESORGANIZADO

PACIENTE ABUSADOR



Manuel Hernández Pacheco ©



EL ABUSO LA MAYORÍA DE LAS VECES NO ES VIOLENTO

ESO PUEDE HACERLO MÁS DURO

Manuel Hernández Pacheco ©

Muchas veces encontramos campañas, foros y encuentros donde se trata el Abuso Sexual Infantil enmarcado dentro de la Violencia Sexual Infantil. Se habla de violencia contra la infancia desde diferentes ámbitos para englobar al Abuso Sexual Infantil.

- - ¿Pero no es lo mismo? Cuando se Abusa de una personita en su infancia, se está usando la violencia, es en sí un acto violento...
- - El Abuso Sexual Infantil, salvo casos muy concretos, ya hemos referido en otras ocasiones, se basa en el Afecto, la Manipulación y el Engaño o el chantaje. Se puede intentar forzar la adaptación semántica del término Violencia, pero no la hay.
- - Pero entonces... — me preguntaba María cuestionándose sus conceptos — ¿Qué diferencias hay cuando violan a una niña o a un niño?
- - Es diferente la violación del Abuso, la violación si se acompaña de violencia, hay resistencia y quien lo acomete no suele ser del entorno inmediato como en el Abuso, y no tiende a ser repetido y continuo en el tiempo como en el ASI. Requerirá posteriormente respuestas diferentes y medidas distintas. Todo en términos generales salvo excepciones.
- - Entonces — me preguntaba ella — las personas que han sufrido Abusos y no han experimentado Violencia..., cuando ven asociado el Abuso y la Violencia.... ¿Puede hacerles sentirse mal por no haber actuado?
- - Si no se les explica y comprenden y asimilan cómo funcionan el ASI, algunas si. Ten también en cuenta que con Violencia el pronóstico es más favorable que sin ella. La culpa se trabajaría de manera diferente. No es lo mismo que la persona se quede paralizada ante un arma que le intimide o que le fuercen, a que acceda libremente —mientras decía la palabra

El ASI, aunque se puede, es muy difícil detectarlo en hospitales y centros de atención primaria, porque no deja huellas, si no deja la agresión, violación y el maltrato físico cuando lo acompaña, pero no es la violencia, por eso se identifica tanto ASI y Violencia. Cuando se empieza a detectar el ASI es en la edad adulta, y por las declaraciones de las personas que lo han sufrido.

Juan Alonso /// AVASIS

FACTORES QUE AGRAVAN EL ABUSO

ABUSOS

VIOLENCIA

EDAD DEL
ABUSADO (Y DEL
ABUSADOR)

PARENTESCO DEL
ABUSADOR

REACCIÓN DE
LOS CUIDADORES

1. EDAD DEL MENOR. MIENTRAS MENOR SEA LA EDAD MAYOR SERÁ EL TRAUMA
2. DURACIÓN DE LOS ABUSOS (LA MEDIA ES DE 4 AÑOS)
3. SI FUE VIOLENTO O CON AMENAZAS
4. SE OBLIGÓ AL MENOR A PARTICIPAR DE FORMA ACTIVA CON EL ABUSADOR O CON OTRAS PERSONAS (MENORES).
5. ABUSÓ DEL MENOR UNA PERSONA O VARIAS (SIMULTANEAMENTE O A LO LARGO DEL TIEMPO.
6. LOS ABUSOS CRECIERON CON EL PASO DEL TIEMPO EN COMPLEJIDAD, AMENAZA, ETC.. Y UNA RESPUESTA SEXUALIZADA POR PARTE DEL MENOR
7. SON SOLO TOCAMIENTOS O HAY PENETRACIÓN ORAL, VAGINAL O ANAL.
8. CERCANIA DEL ABUSADOR AL ABUSADO. TANTO FAMILIAR COMO EMOCIONAL
9. CONOCIMIENTO DE CUIDADORES QUE NO LO INTERRUMPIERON

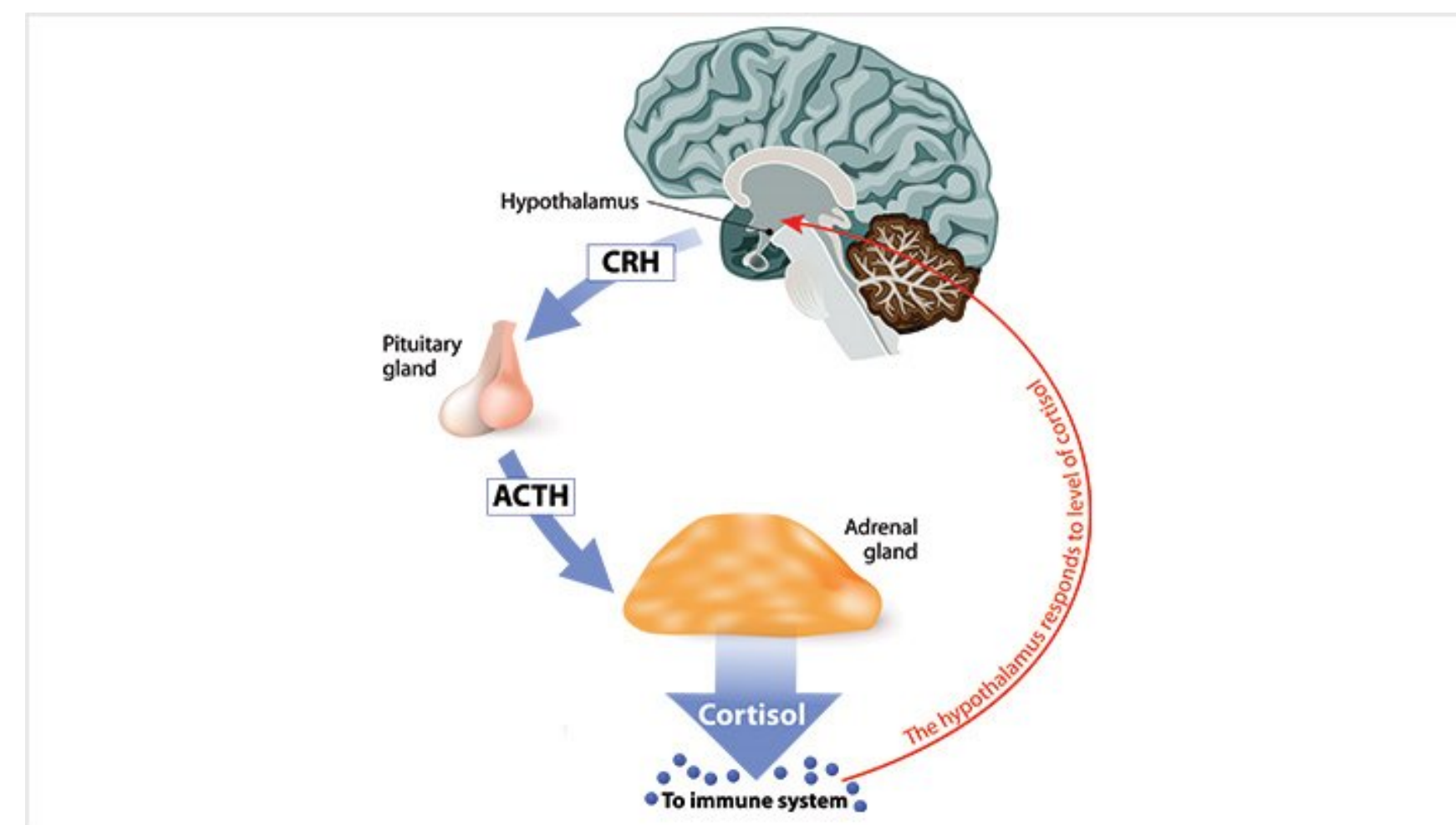
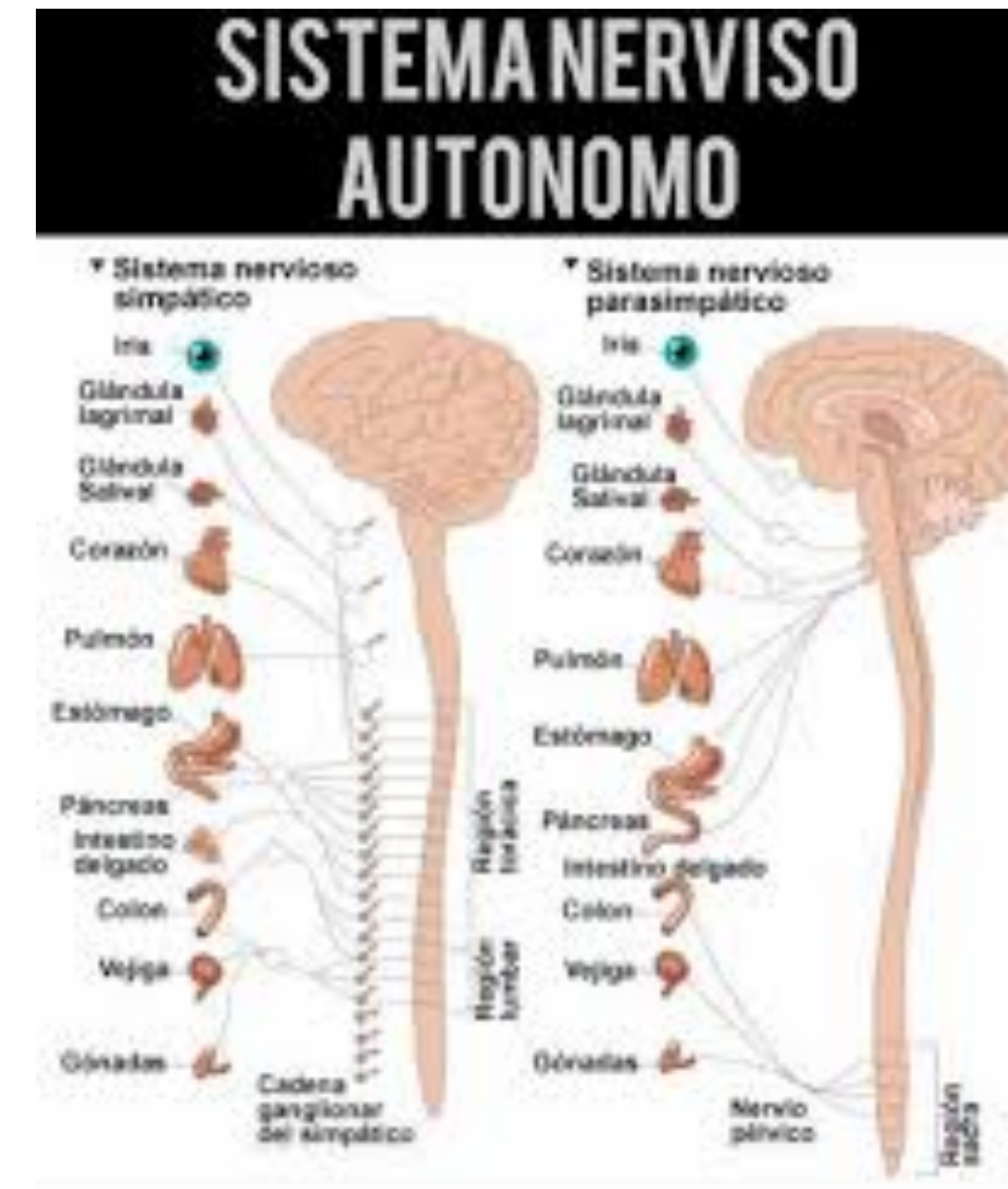
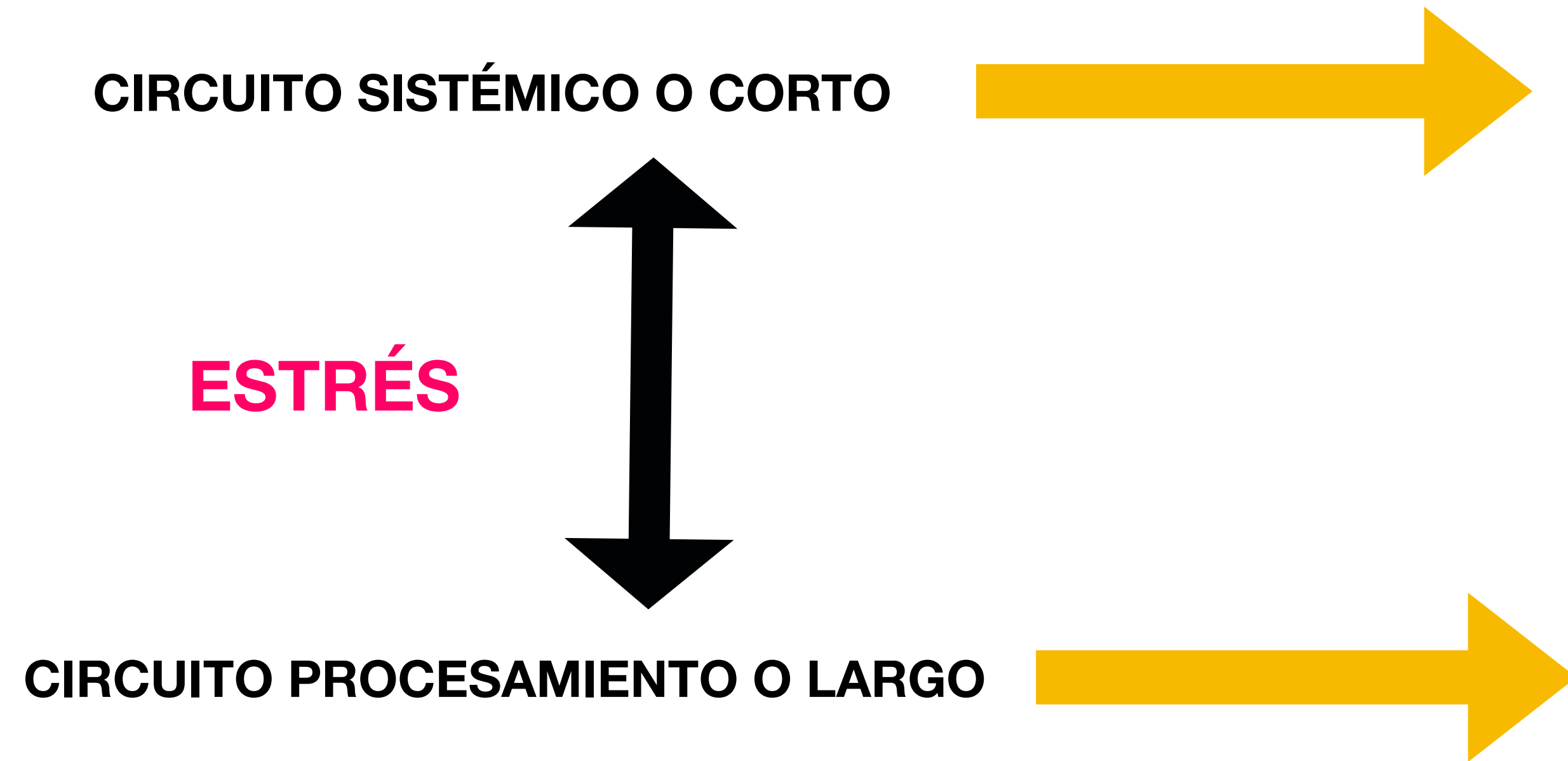


Manuel Hernández Pacheco ©

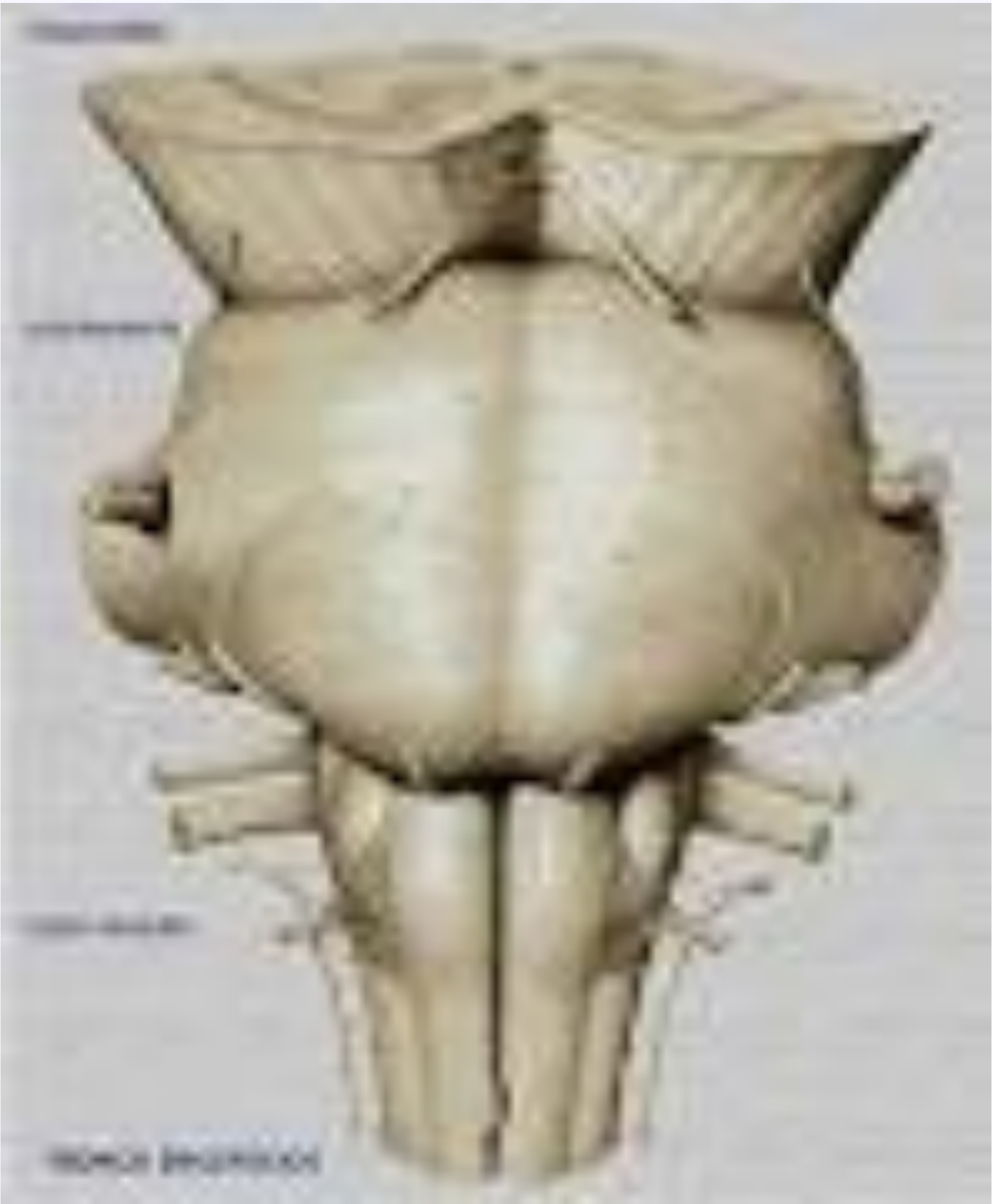
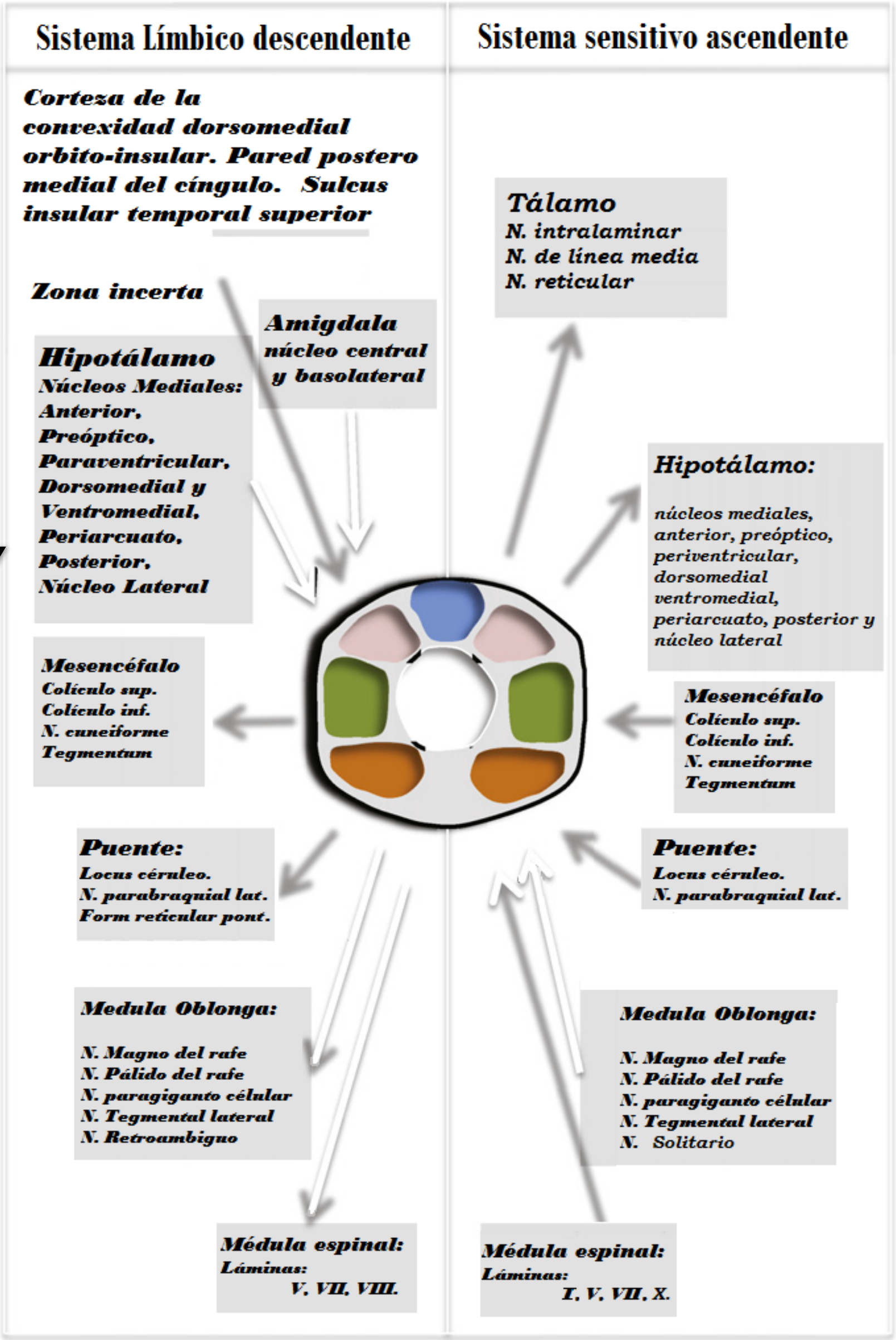
...LO PEOR DE TENER TRASTORNOS MENTALES ES QUE LA GENTE NORMAL ESPERA QUE NOS COMPORTEMOS
COMO SI NO LOS TUVIERAMOS....



NEUROBIOLOGÍA DE LOS ABUSOS

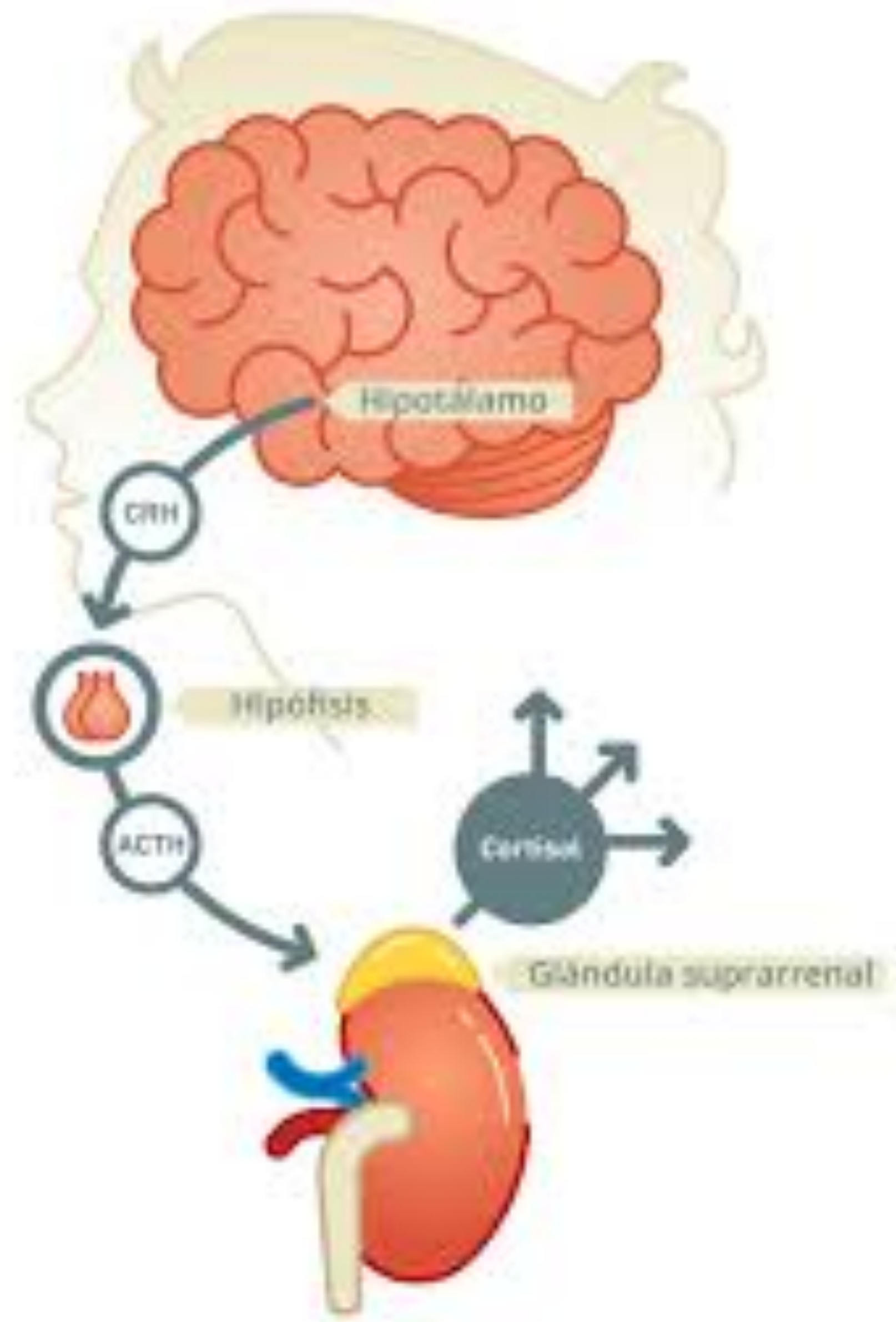


LA S,G.P.A ES UN PUENTE ENTRE EL SISTEMA LÍMBICO Y LOS SISTEMAS SENSITIVOS ASCENDENTES



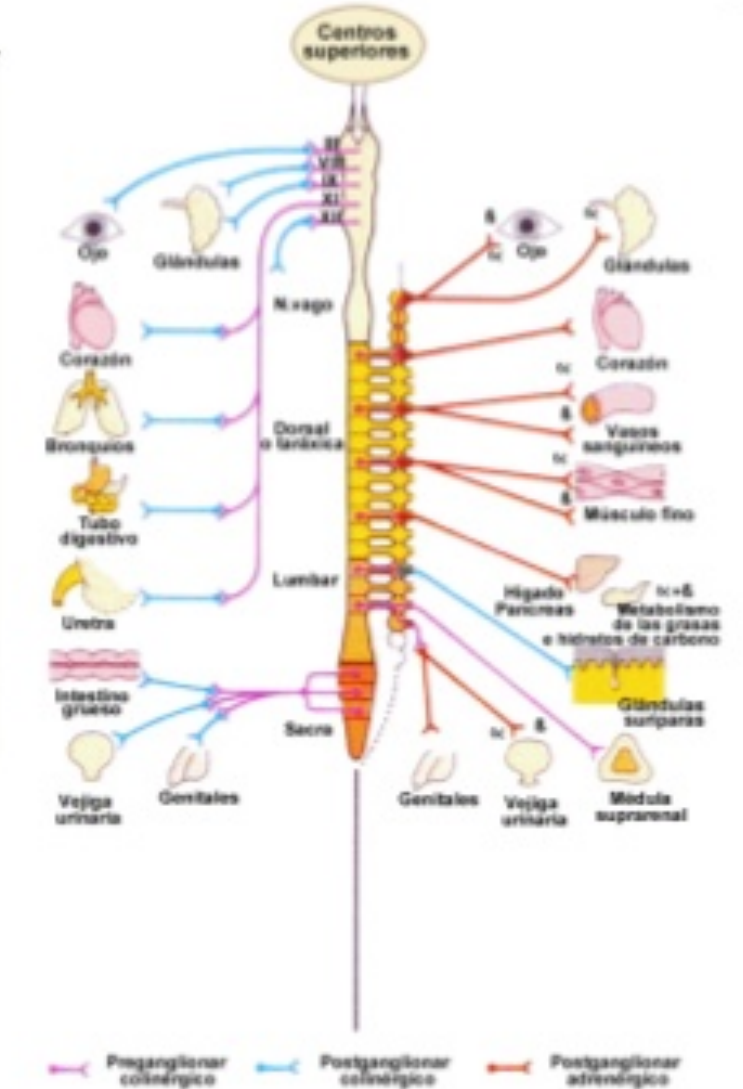
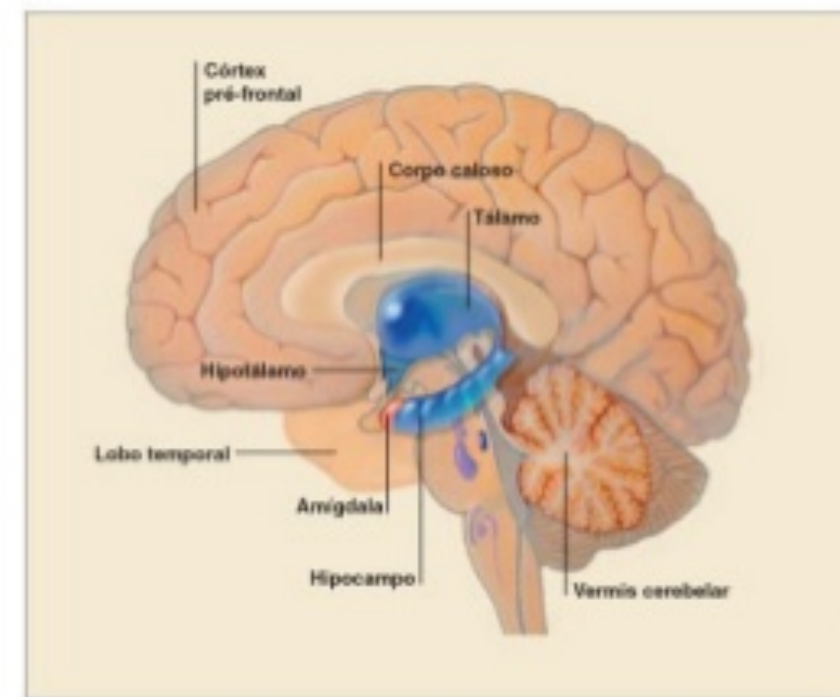
Los diferentes estudios indican que la causa de este menor desarrollo intelectual se debe, de una parte, a las disfunciones de las regiones cerebrales documentadas (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011) y, de otra parte, a danos ~ físicos en la zona cervical y tronco encefálico a causa de los bruscos movimientos a que son sometidos habitualmente los niños ~ maltratados física y sexualmente. Estos zarandeos provocan un balanceo de la cabeza, más fuerte de lo que puede soportar el cuello del niño, ~ provocando la escisión de fibras nerviosas, anoxia, roturas espinales cervicales e, incluso, traumatismos craneoencefálicos

y, los lactantes institucionalizados sufren mayores tasas de infección y muerte prematura (Chapin, 1917). Por lo tanto, la desregulación inmune inducida por el estrés también es probable en niños descuidados. Aunque hasta la fecha no se han publicado estudios infantiles en esta área, se observó una incidencia significativamente mayor de títulos de anticuerpos antinucleares en plasma en niñas sexualmente abusadas en comparación con la frecuencia de títulos positivos de anticuerpos antinucleares en una muestra de mujeres adultas sanas (De Bellis, Burke , Trickett y Putnam, 1996). Uno puede especular que el estrés severo del abuso sexual puede conducir a la supresión de los mecanismos (células supresoras T) que suprimen activamente los linfocitos productores de autoanticuerpos (linfocitos B) y, por lo tanto, puede aumentar la incidencia de títulos de anticuerpos antinucleares positivos en el abuso sexual muchachas. Dada la naturaleza compleja de la respuesta al estrés, es probable que el abandono infantil se asocie con alteraciones del sistema inmunitario y otros sistemas biológicos que no se abordan en esta revisión.

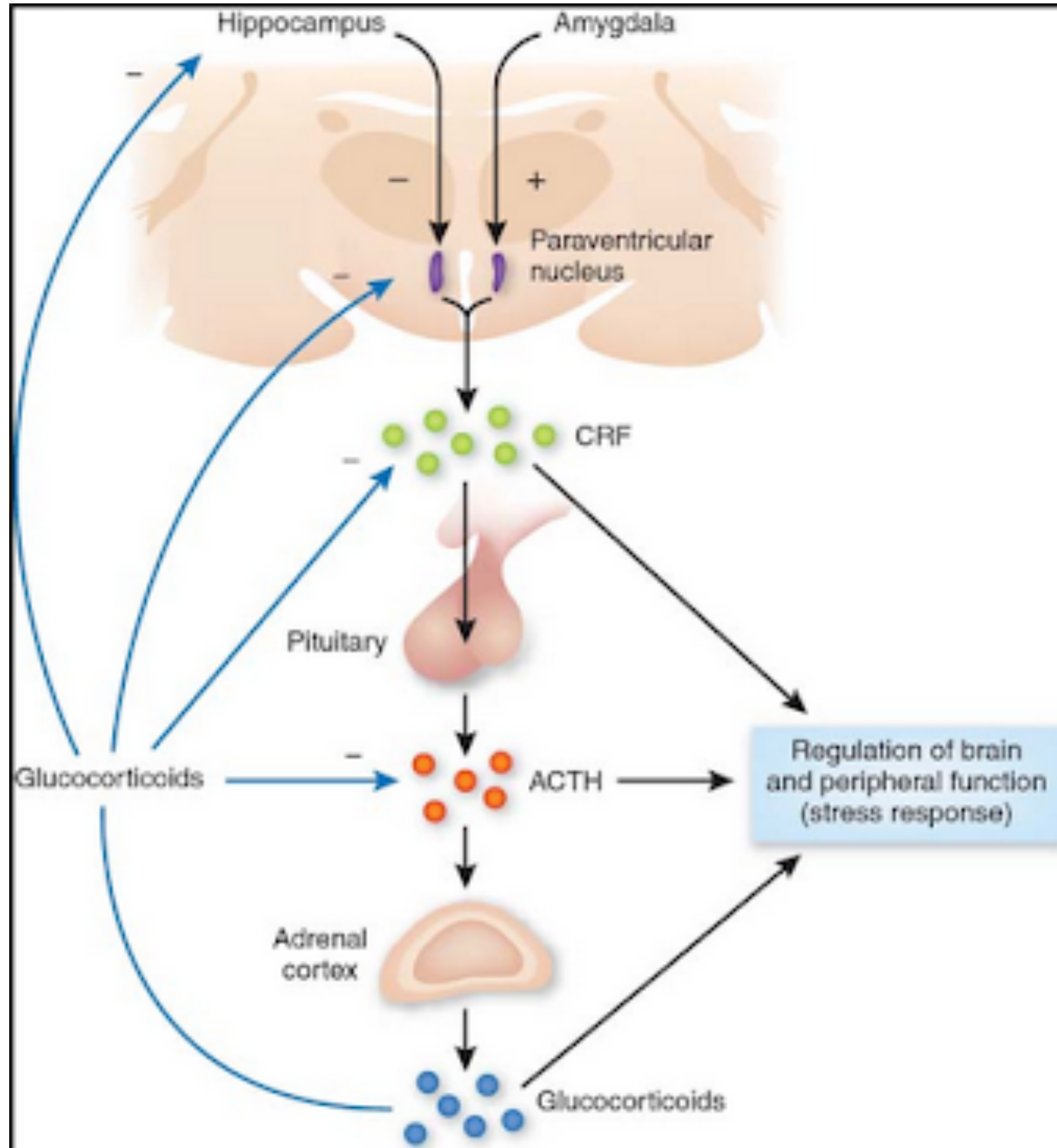


Sistema límbico y SNA

Tálamo
 Hipotálamo
 Hipocampo
 Amígdala
 Fórnix
 Septum
 Corteza Temporal
 Ganglios toracolumbares
 Ganglios craneosacros



ACTH



Un episodio corto de estrés resulta en la liberación de monoaminas (noradrenalina principalmente) y glucocorticoides, que ejercen su función genómica en una hora aproximadamente (dependiendo de la cantidad liberada) y que le permiten al sujeto una respuesta eficaz frente al evento estresante



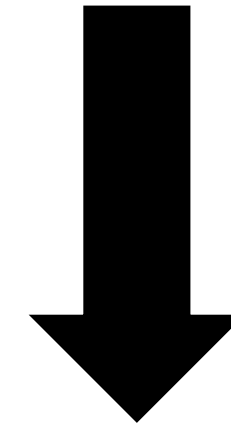
TEORIA POLIVAGAL

SIMPÁTICO

PARASIMPÁTICO

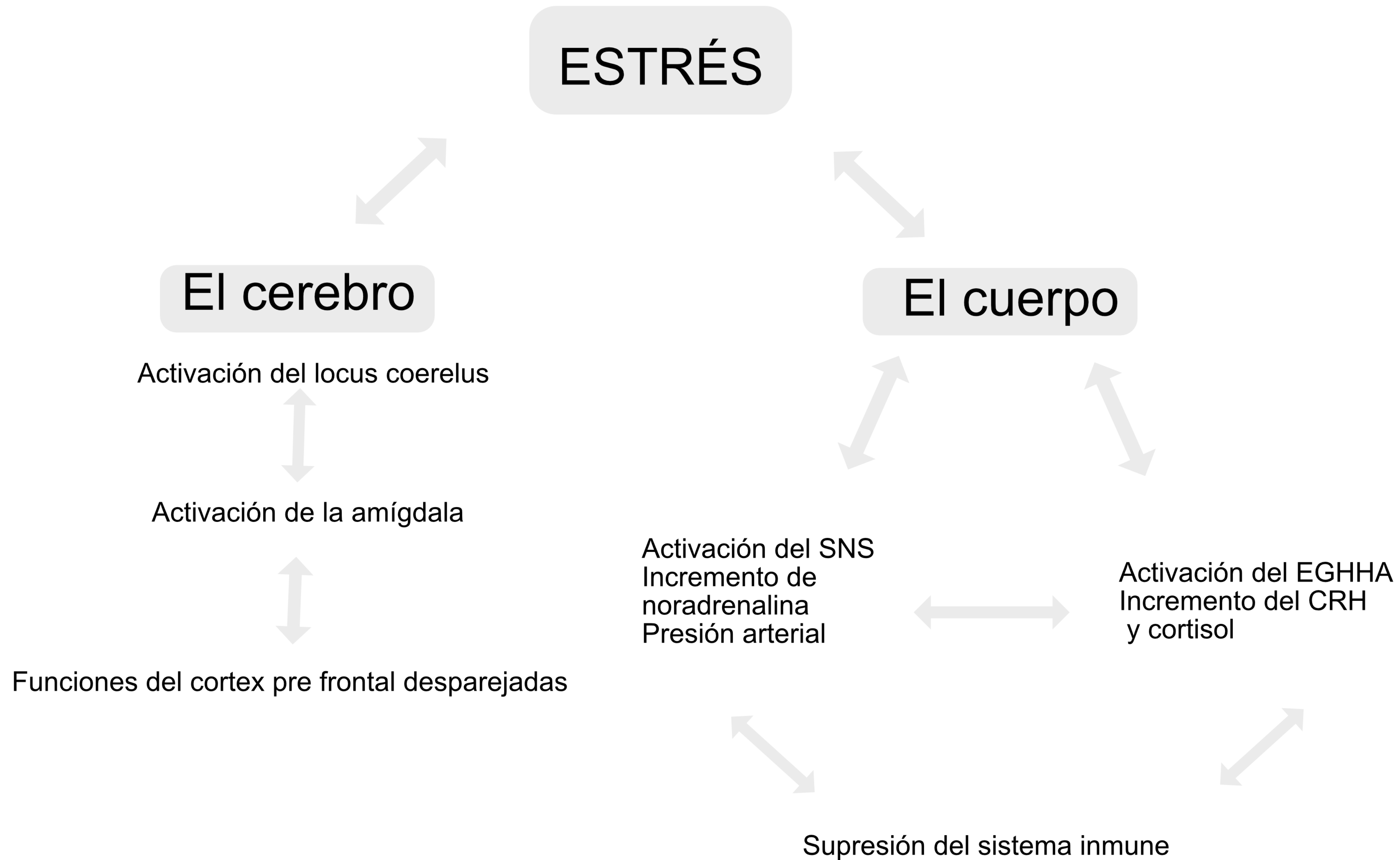


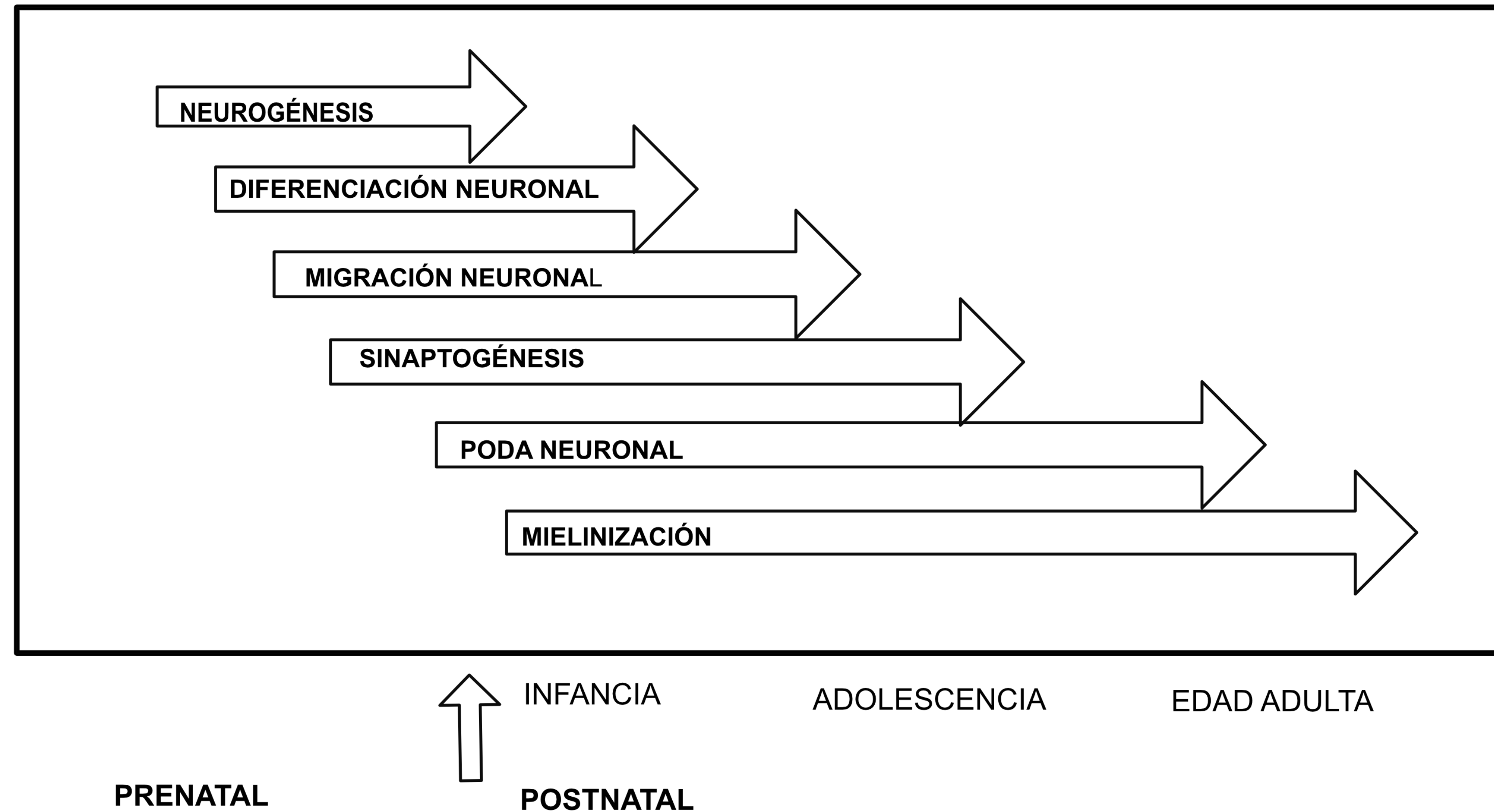
ACTIVACIÓN



RAMA VENTRO VAGAL
Responsable de la vinculación social
Es compartida por los mamíferos

RAMA DORSO VAGAL
Responsable de la inmovilización
Es compartida con los reptiles

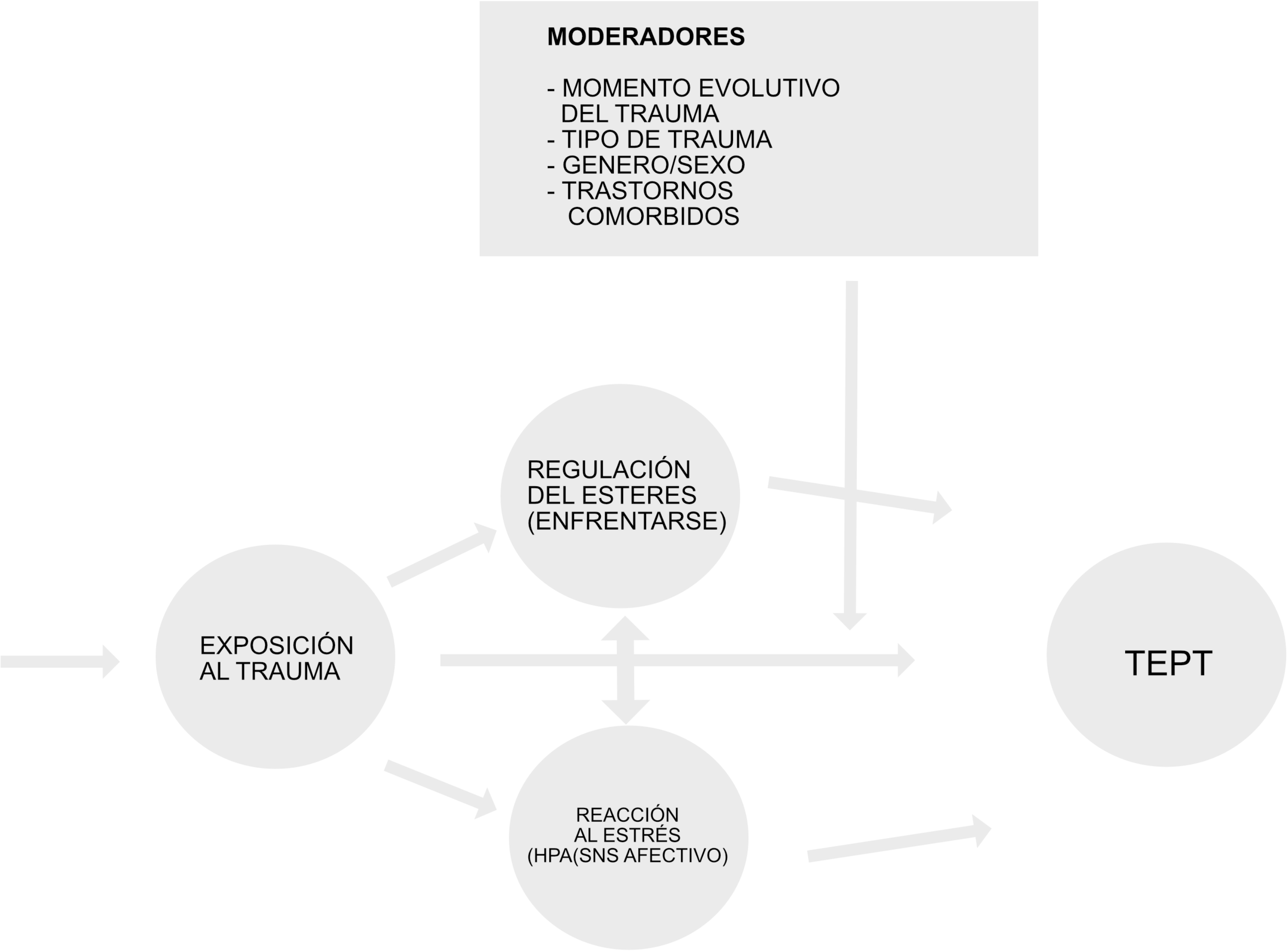




DESARROLLO DEL CEREBRO INFANTIL

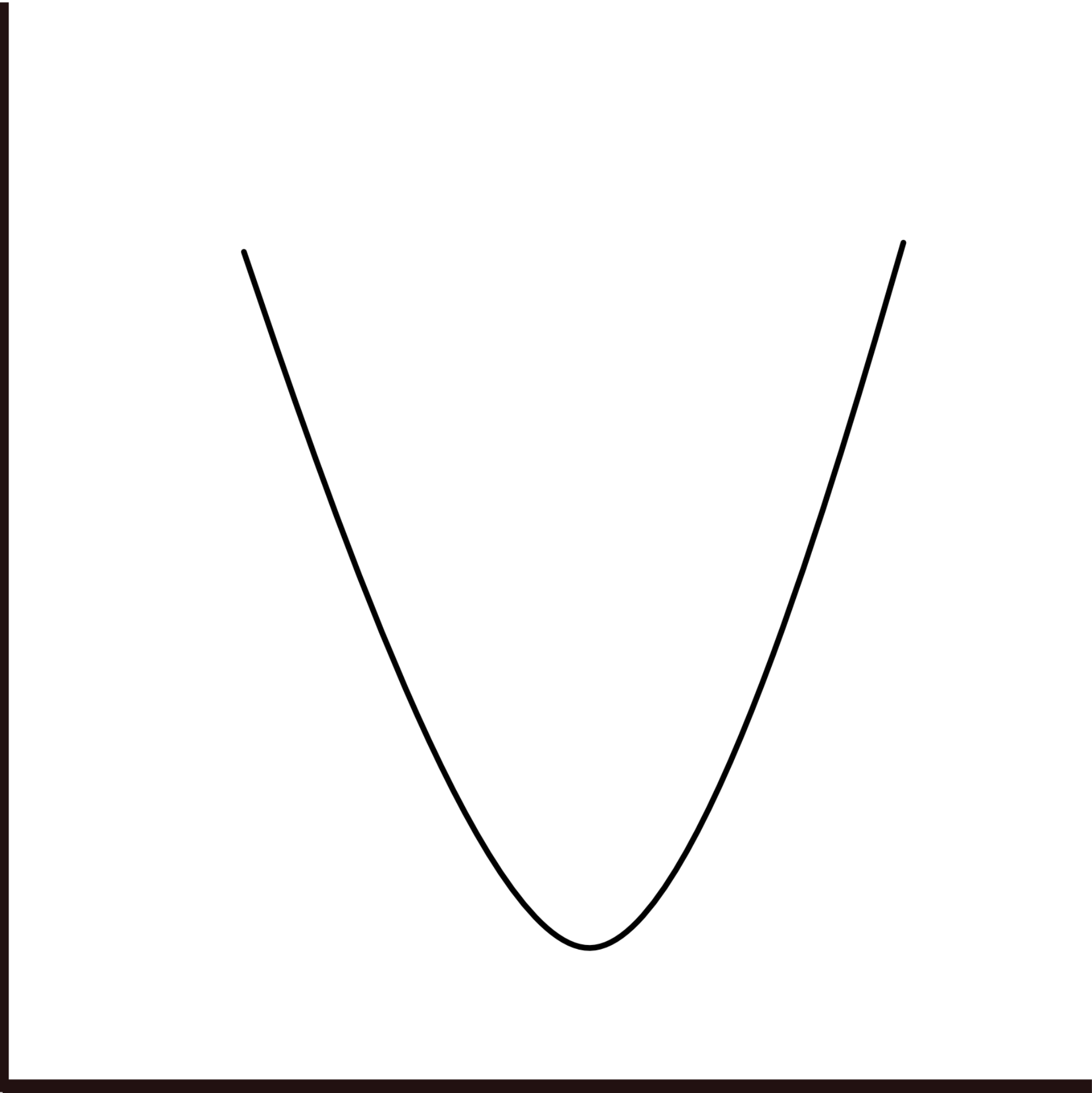
FACTORES DE RIESGO PREEXISTENTES

- GENÉTICA
- NEUROBIOLOGIA
- TRAUMA ANTERIOR
- PERSONALIDAD

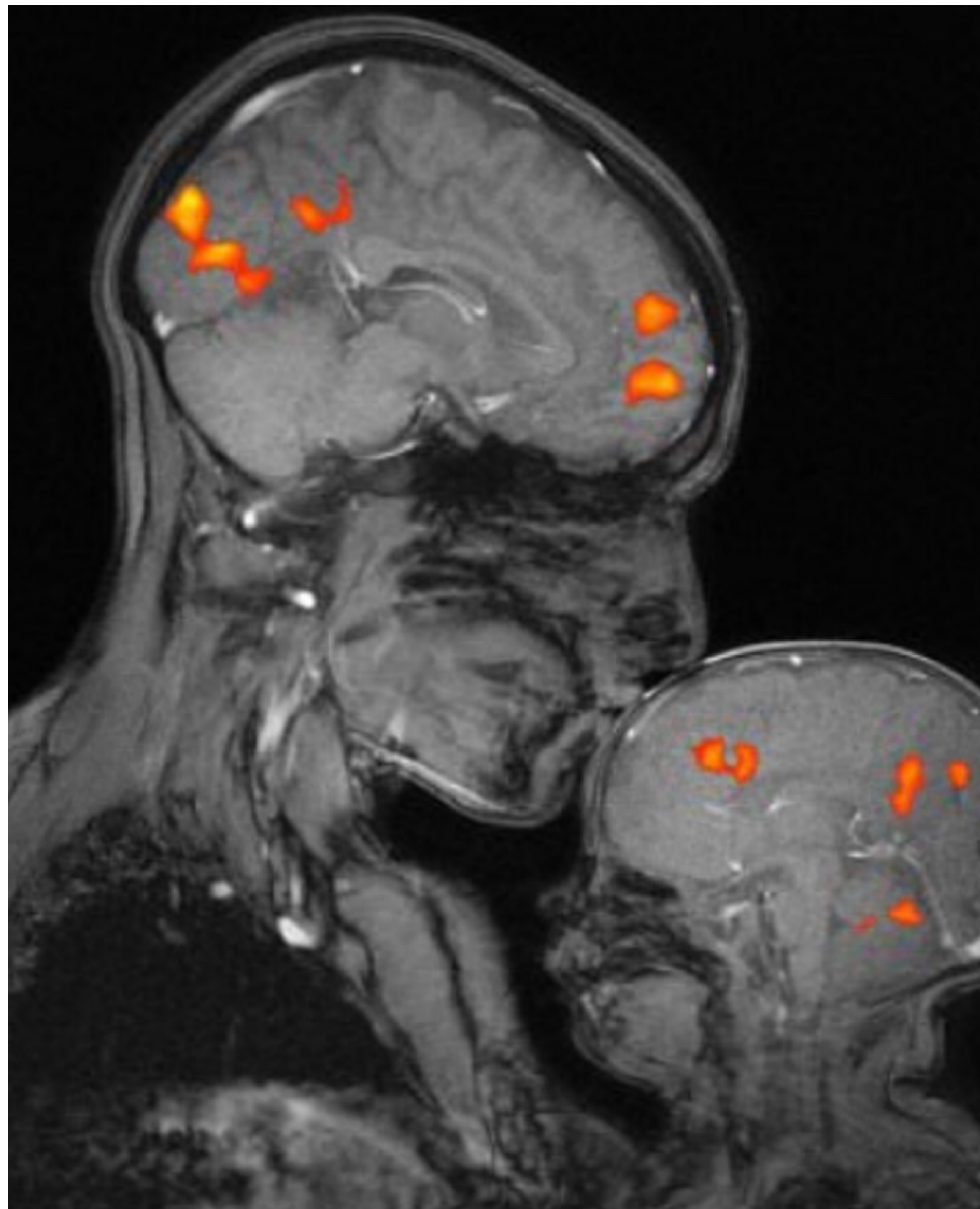


SEGUNDA LEY DE SHANNON

ENTROPIA



INFORMACIÓN

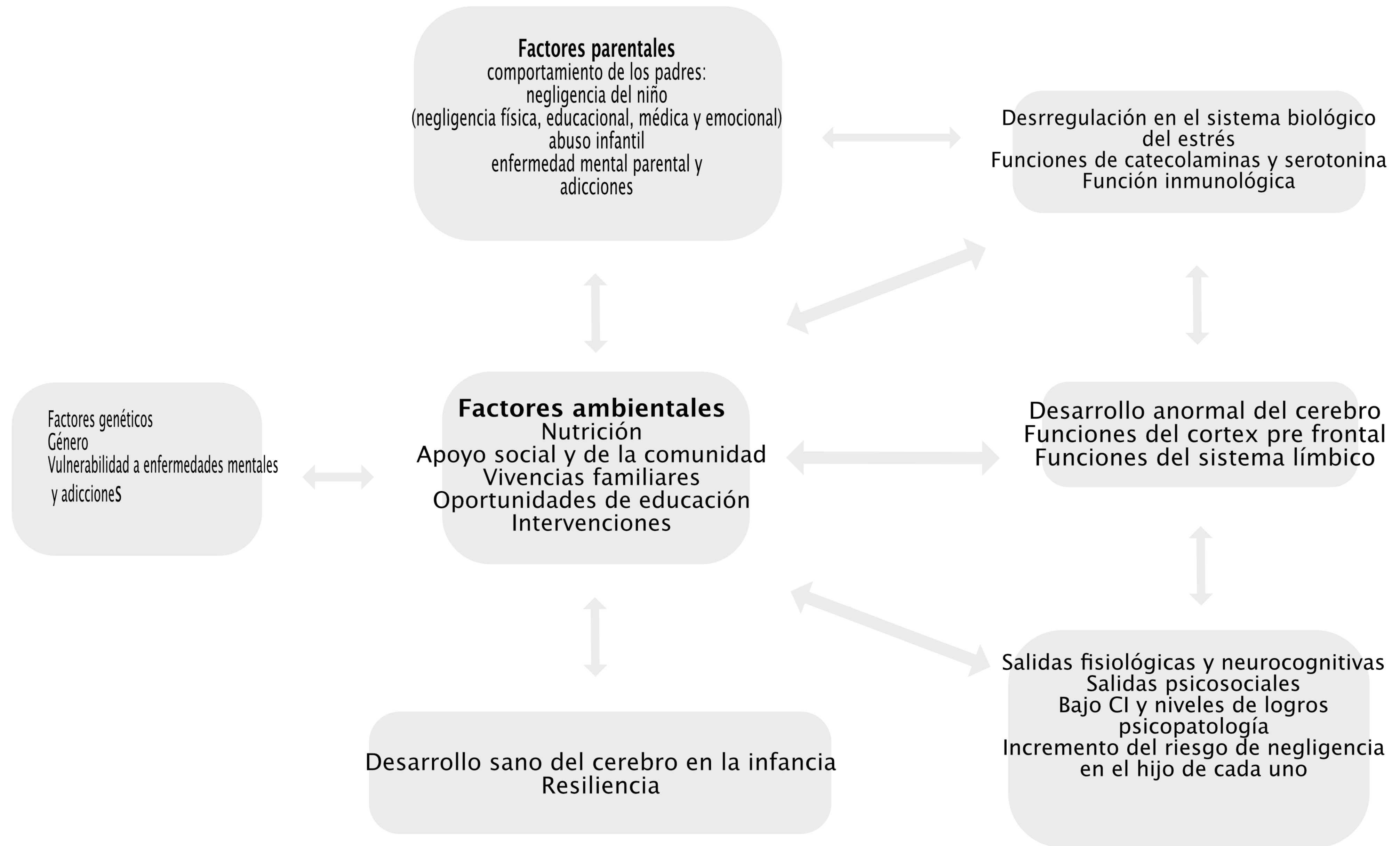


FALTA DE MENTALIZACIÓN

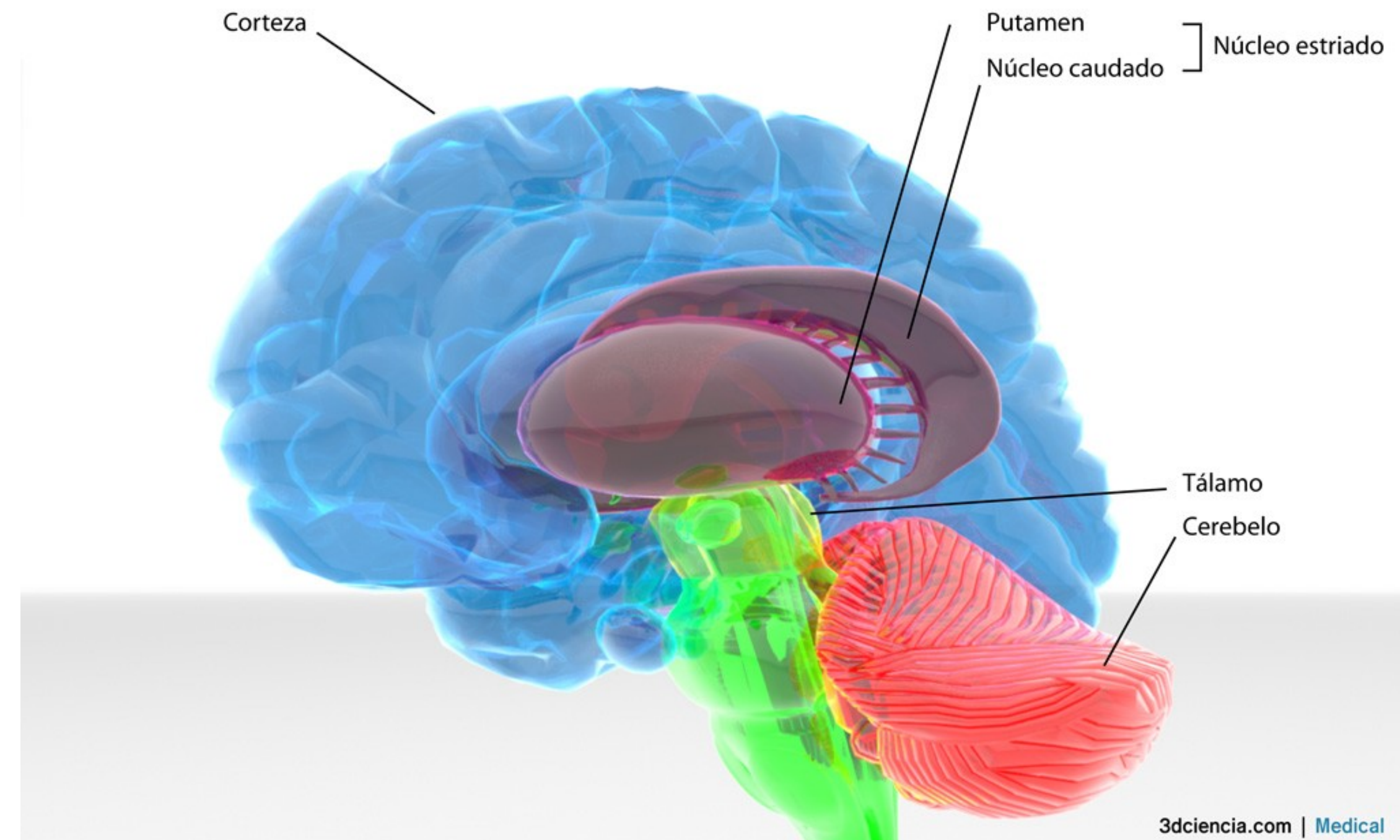
- 1. Sus cuidadores no facilitaron la capacidad de mentalización dentro de una relación de apego seguro (vulnerabilidad)**
- 2. Han adquirido ulteriormente una falta de interés emocional para considerar la perspectiva de los demás que son hostiles además de no reflexivos (trauma);**
- 3. Las relaciones subsecuentes se ven amenazadas por la falta de un modelo que haga atribuciones sobre el estado mental en el trauma original y en las experiencias ulteriores (falta de resistencia);**
- 4. Pueden repartir de forma no balanceada los recursos mentalizantes entre sus mundos interno y externo, volviéndose hipervigilantes hacia los otros pero sin aprehender sus propios estados (adaptación no balanceada).**

FONAGY

		LETARGO parasimpático I (PNS I)	CALMA parasimpático (PNS II) abdominal vago	ACTIVO/ALERTA simpático I (SNS I)	HUIDA/LUCHA simpático II (SNS II)	HIPER BLOQUEO simpático III (SNS III)	HIPO BLOQUEO parasimpático III (PNS III) colapso de dorsal vago
ESTADO PRIMARIO		Apatía, Depresión	A salvo, pensamiento claro, comprometido socialmente	Alerta, dispuesto a actuar	Reacciona al peligro	Espera oportunidad para escapar	Preparado para morir
ACTIVACIÓN		Demasiado baja	Baja	Moderada	Alta	Sobrecarga Extrema	Sobrecarga Excesiva Provoca hipoactivación o parálisis/bloqueo
Músculos		Suelto	Relajado/Tonificado	Tonificado	Tensos	Rígido ("paralizado como un ciervo ante los faros")	Flácidos
Respiración		Superficial	Fácil, frecuentemente abdominal	Ritmo creciente	Rápida, frecuentemente parte superior del pecho	Hiperventilación	Hipoventilación
Ritmo cardiaco		Lento	Reposado	Más rápido y más vigoroso	Rápido y/o vigoroso	Taquicardia (muy rápido)	Bradicardia (muy despacio)
Presión sanguínea		Probablemente baja	Normal	En ascenso	Elevada	Significantemente alta	Significántemente baja
Pupilas, ojos y párpados		Pupilas más pequeñas, párpados pueden pesar	Pupilas más pequeñas, ojos humedecidos, párpados relajados	Pupilas dilatándose, ojos menos humedos, párpados tonificados	Pupilas muy dilatadas, ojos secos, párpados tensos/elevados	Pupilas muy pequeñas o dilatadas, ojos muy secos, párpados muy tensos	Párpados caídos, ojos cerrados o abiertos y fijos
Tono de piel		Variable	Rosado, a pesar del color de la piel (la sangre circula por la piel)	Menos rosado, a pesar del color de la piel (la sangre circula por la piel)	Pálido, a pesar del color de la piel (la sangre circula por los músculos)	Puede ser pálido y/o sonrojado	Notablemente pálida
Humedad	Piel	Seca	Seca	Aumenta el sudor	El sudor aumenta y puede ser frío	Sudor frío	Sudor frío
	Boca	Variable	Humeda	Menos humeda	Seca	Seca	Seca
Manos y pies (temperatura)		Pueden estar calientes o fríos	Calientes	Frescos	Fríos	Muy fríos o muy calientes	Fríos
Digestión		Variable	Aumenta	Disminuye	Parada	Evacuar intestino y vejiga	Parada
Emociones (probabilidad)		Pena, tristeza, remordimiento, repulsión	Calma, placer, amor, excitación sexual, pena "buena"	Ira, remordimiento, repulsión, ansiedad, agitación, climax sexual	Rabia, miedo	Pánico, puede ser disociación	Puede estar demasiado disociado para sentir nada
Contacto con uno mismo y otros		Retraído	Probable	Posible	Limitado	No probable	Imposible
Cortex frontal		Puede o no ser accesible	Debería ser accesible	Debería ser accesible	Puede o no ser accesible	Probablemente inaccesible	Inaccesible
Integración		No probable	Probable	Probable	No probable	Imposible	Imposible
INTERVENCIÓN RECOMENDADA		ACTIVAR AUMENTAR MODERADAMENTE LA ENERGÍA	CONTINUAR DIRECCIÓN PARA LA TERAPIA	CONTINUAR DIRECCIÓN PARA LA TERAPIA	APLICAR FRENOS	FRENAR EN SECO	EMERGENCIA MÉDICA LLAMAR A LOS MEDICOS



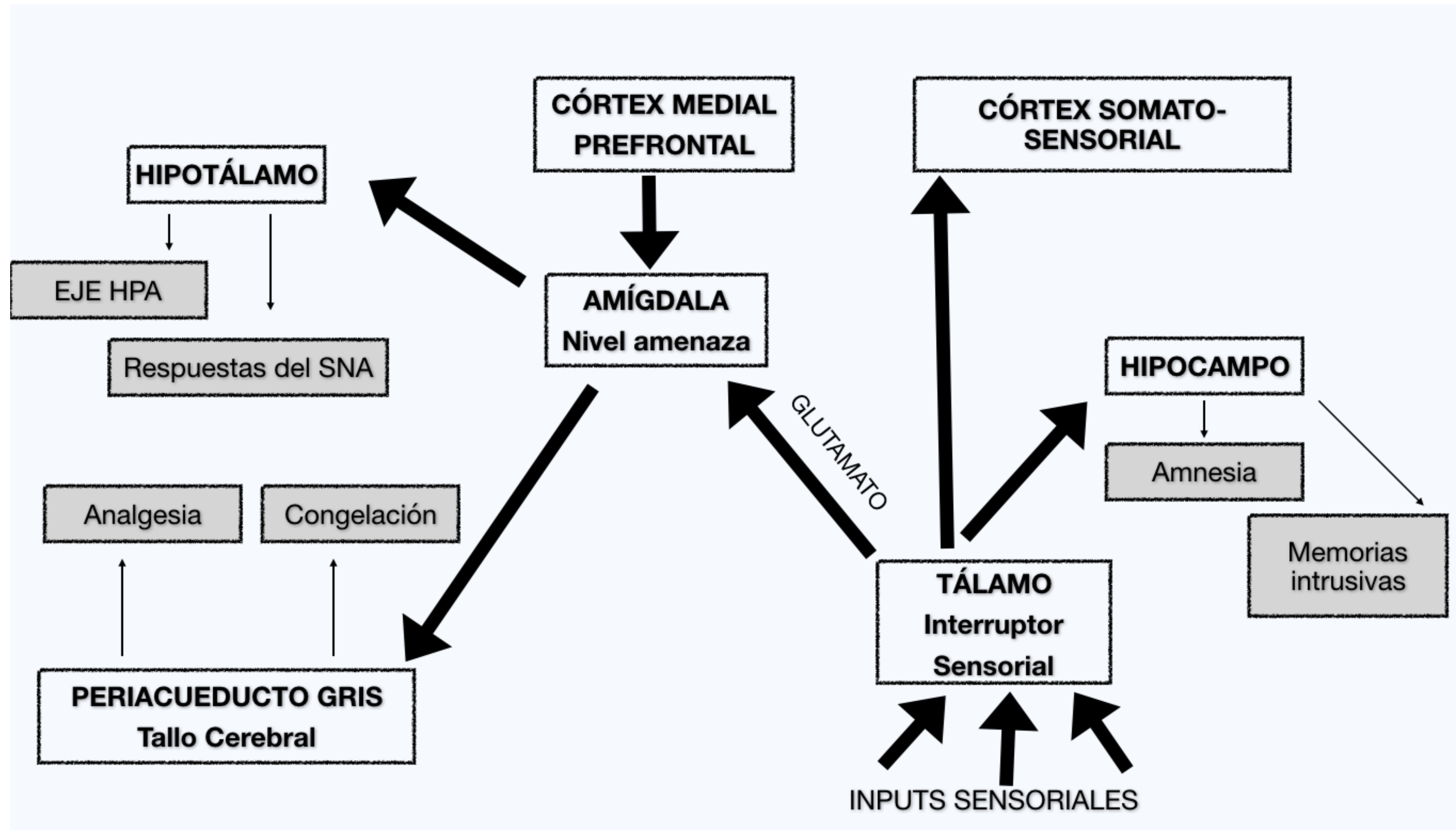
TÁLAMO



El tálamo es el principal centro de relación entre la médula y el [cerebro](#), en él terminan todas las vías sensitivas importantes y con su mediación se produce la respuesta emocional a las [sensaciones](#).

NEUROBIOLOGÍA DE LA DISOCIACIÓN

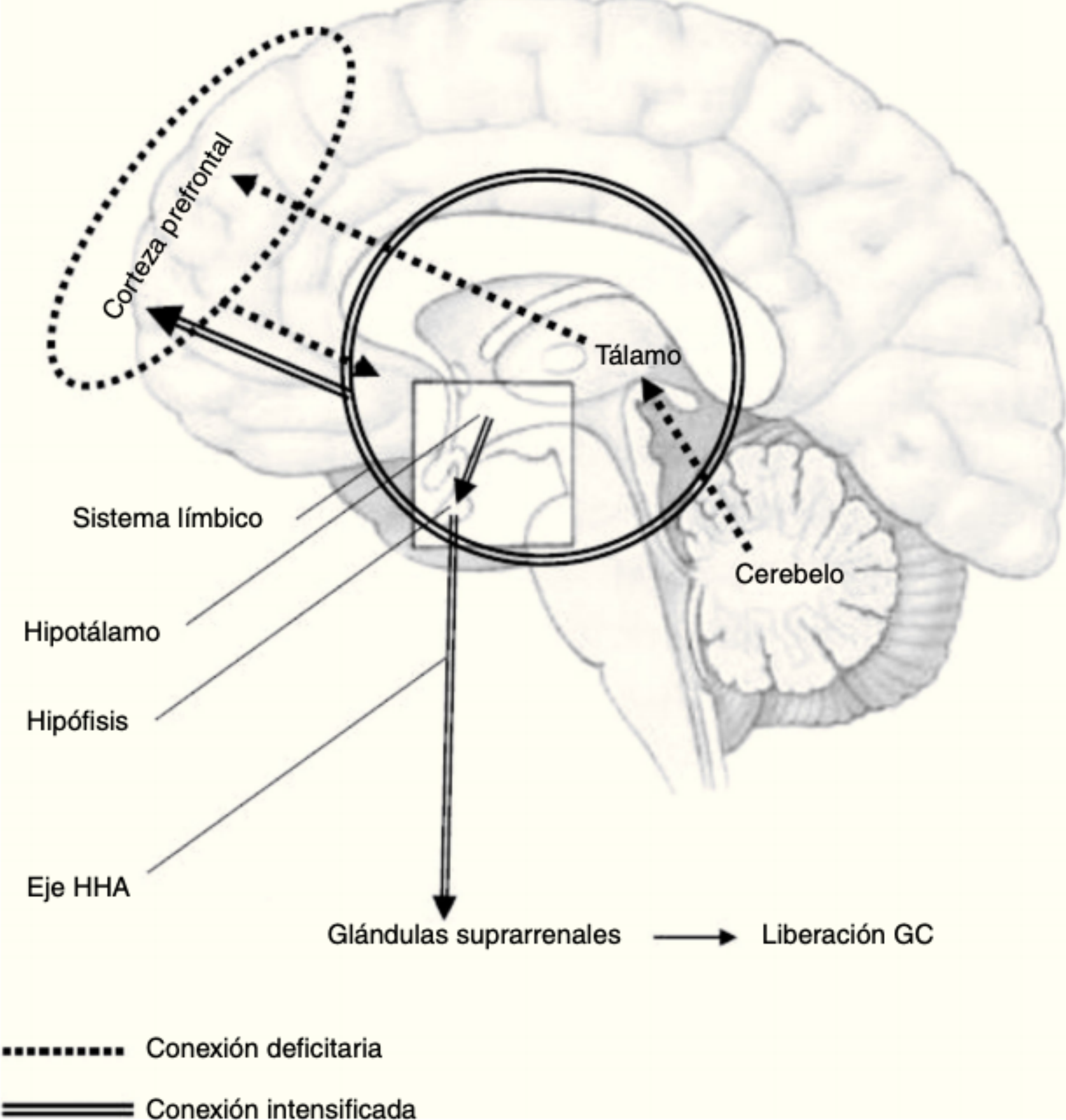
- AL PRODUCIRSE UN AUMENTO DE LOS OPIÁCEOS SE PRODUCE UNA INHIBICIÓN DEL SISTEMA DEL DOLOR QUE CONLLEVA UNA SENSACIÓN DE IRREALIDAD Y PSEUDOBBIENESTAR.
- ESTO PRODUCE DAÑOS EN LA COMUNICACIONES TALAMO-CORTICALES DANDO LUGAR A ENGRAMAS INDEPENDIENTES
- ESTOS ENGRAMAS PUEDEN ESTAR RELACIONADOS CON DIFERENTES TIPOS DE MEMORIAS, TANTO SEMÁNTICAS O EPISÓDICAS COMO PROCEDIMENTALES O SOMÁTICAS.
- EN CUALQUIER CASO LA MEMORIA DE TRABAJO NO PUEDE ACTIVARSE EN ESTE ESTADO LO QUE LLEVA A QUE LOS CONTENIDOS MENTALES Y SOMÁTICOS QUEDEN DISOCIADOS



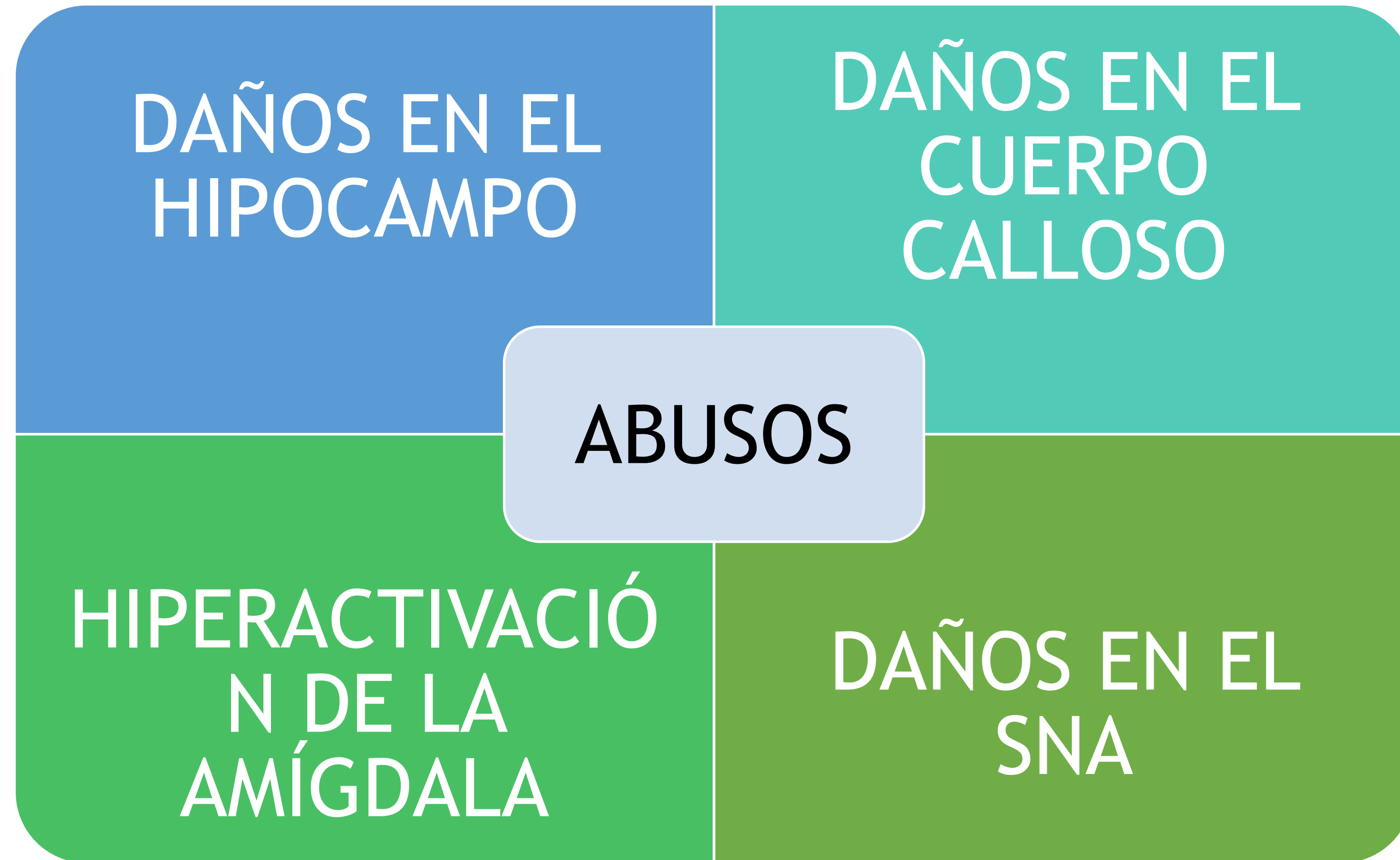
Los daños ~ en las áreas cerebrales, las cuales se encuentran funcionalmente interconectadas en un sistema global no localizacionista, permiten explicar el perfil neuropsicológico que más frecuentemente se ha encontrado en niños ~ maltratados, pues un determinado estado cerebral explicará el modo de funcionamiento de los diversos procesos cognitivos. En términos generales, este perfil se caracteriza por un estado cognitivo de hipervigilancia, percepción de amenazas procedentes del entorno, excesiva identificación de emociones de miedo e intenciones agresivas en los otros, problemas de conducta, agresividad, dificultades para el aprendizaje, menor adaptación escolar y desarrollo intelectual, mayor comorbilidad psiquiátrica, patologías del estado anímico y peor ajuste social en la vida adulta

A. Amores-Villalba, R. Mateos-Mateos / Psicología Educativa 23 (2017) 81–88

Manuel Hernández Pacheco ©



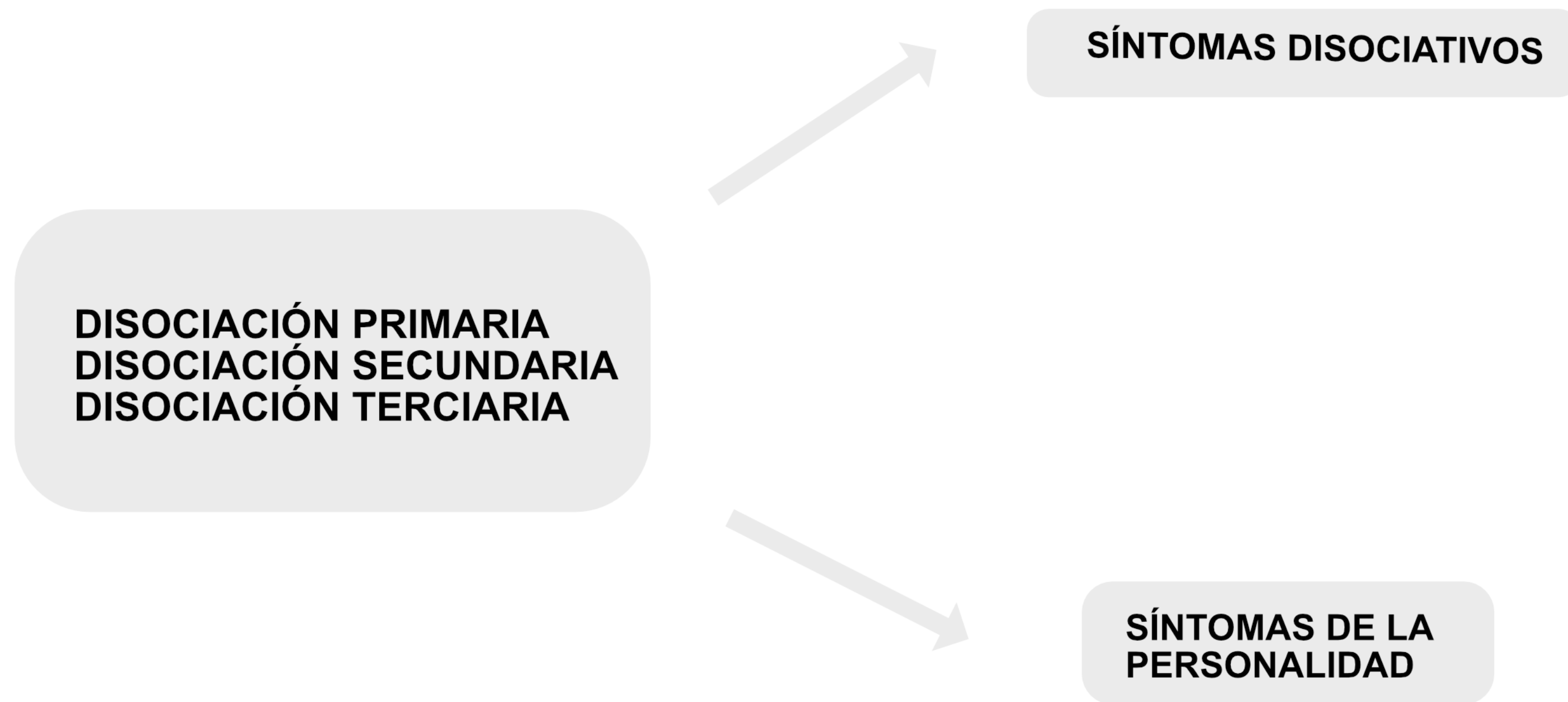
NEUROBIOLOGIA DE LOS ABUSOS

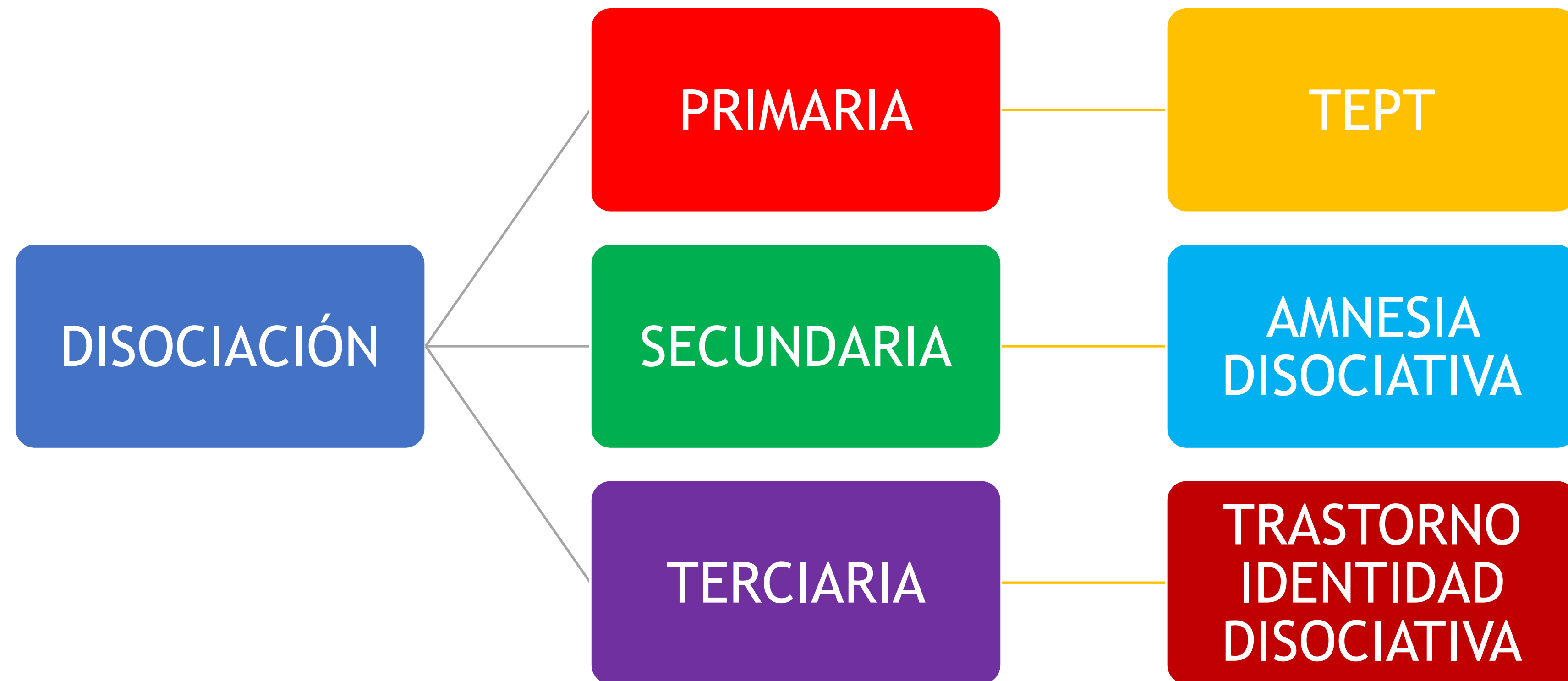


El estudio de De Bellis et al es una de las escasas investigaciones sobre este tema realizadas con víctimas infantiles de malos tratos, incluyendo el abuso sexual. Los autores apreciaron un menor tamaño intracraneal (7%) y cerebral (8%) en estas víctimas que en el grupo control. Los resultados indicaron que el volumen intracraneal se correlacionaba positivamente y de forma significativa con la edad de inicio del maltrato (con un menor tamaño craneal en las víctimas de malos tratos más jóvenes), así como negativamente con la duración de este maltrato (con un menor tamaño intracraneal en las víctimas de malos tratos más duraderos), y los autores concluyen que el maltrato infantil, incluyendo la violencia física, la negligencia, la victimización sexual y la exposición a la violencia, parece influir de forma adversa en el desarrollo cerebral de las víctimas

Los resultados de diversos estudios sugieren que hay un período crítico en el desarrollo del individuo en el cual la experiencia de estrés puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida del individuo^{15,16}. Esta perspectiva se relaciona con el concepto de alostasis, definido como la capacidad de conseguir estabilidad a través del cambio y referido a la respuesta que los sistemas nervioso e hipotalámico-hipofisario-adrenal del individuo proporcionan ante un estresor, y que tiene como finalidad el retorno a la estabilidad fisiológica. No obstante, si el estresor perdura durante largos períodos de tiempo y la respuesta de los sistemas implicados resulta infructífera para estabilizar al individuo, se produce una sobrerreactividad crónica que puede conllevar consecuencias fisiopatológicas¹². Esto es especialmente grave si se produce en el período de desarrollo del individuo, es decir, durante la infancia¹⁷, pues las regiones cerebrales sensibles al estrés se encontrarían en un momento de máxima sensibilidad¹⁸⁻²

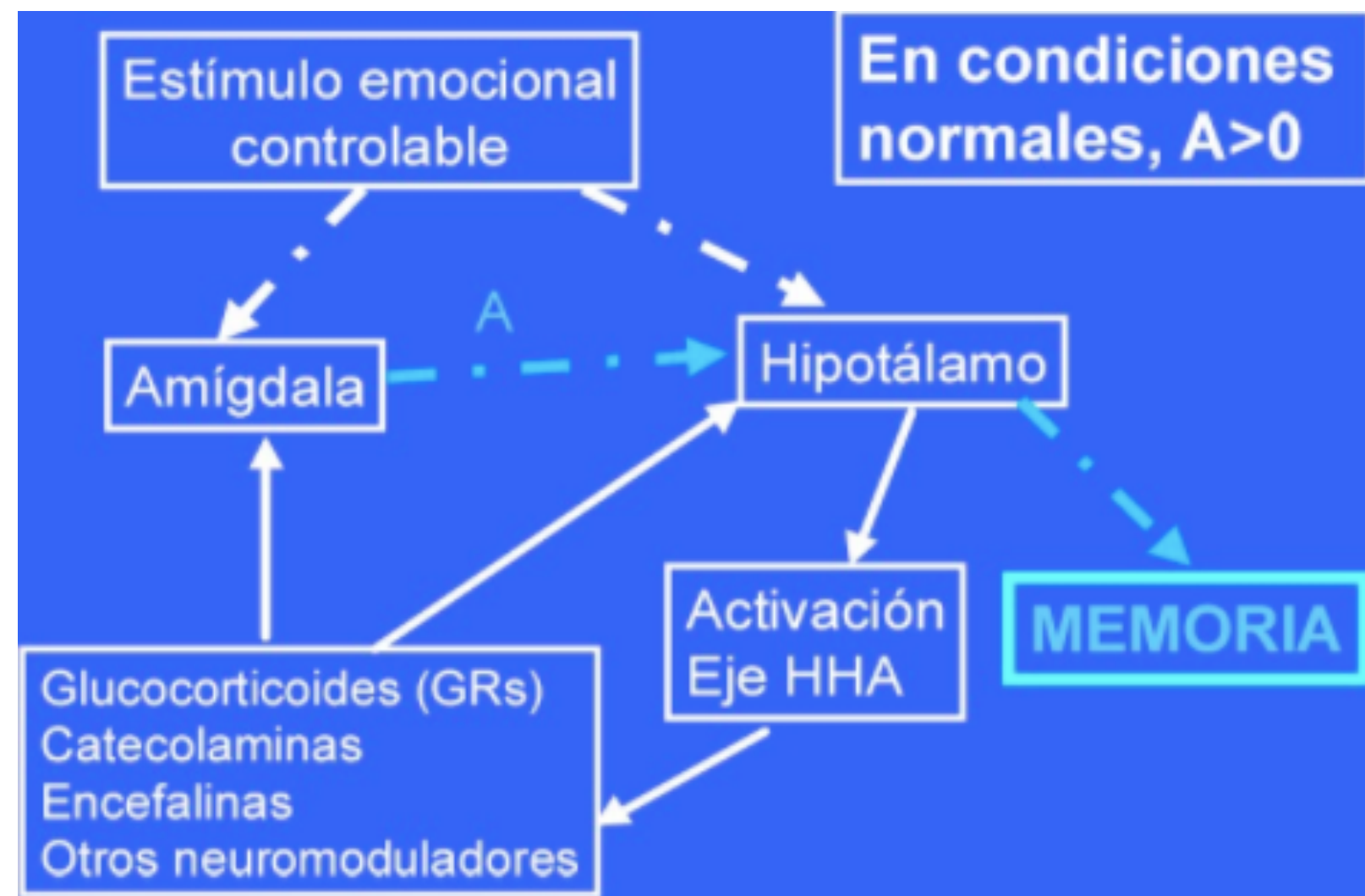
TIPOS DE DISOCIACIÓN





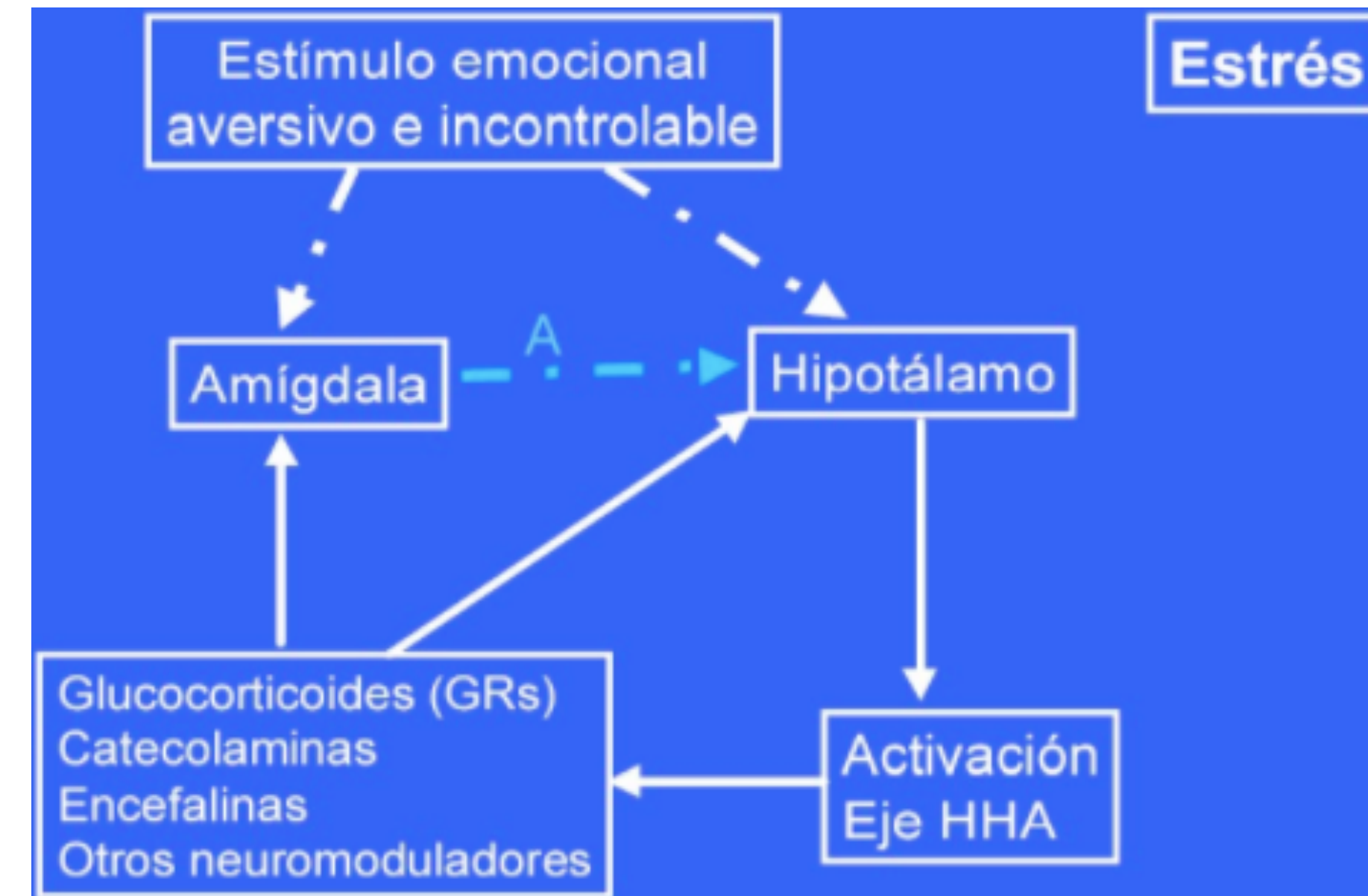
Si la amígdala está lesionada o se bloquea su activación ($A=0$) [inhibiendo o bloqueando los neuromoduladores intermediarios (corticoides, opioides, GABA, NMDA...)]

- Deterioro memoria/aprendizaje dependientes del hipocampo



HIPERMNESIA

La activación de la amígdala y su efecto modulador sobre el hipocampo ($A > 0$) es determinante (unido al efecto de los neuromoduladores directamente sobre el hipocampo) para el deterioro de la memoria por el estrés.



AMNESIA



Amanda
Pero sé que cuando me den las crisis
no debo molestarte porque nadie
puede salvarme de mí misma

Ahí necesitas medicación

10:02 ✓✓

Tomo más medicación de la
que me mandan

10:03

Pero la rabia hace que tenga
cero control sobre mí

10:03

Es como si algo me controlara
y digo y hago cosas que siento
que no son propias de mí, no
me reconozco

10:05

Eso no soy yo

10:05

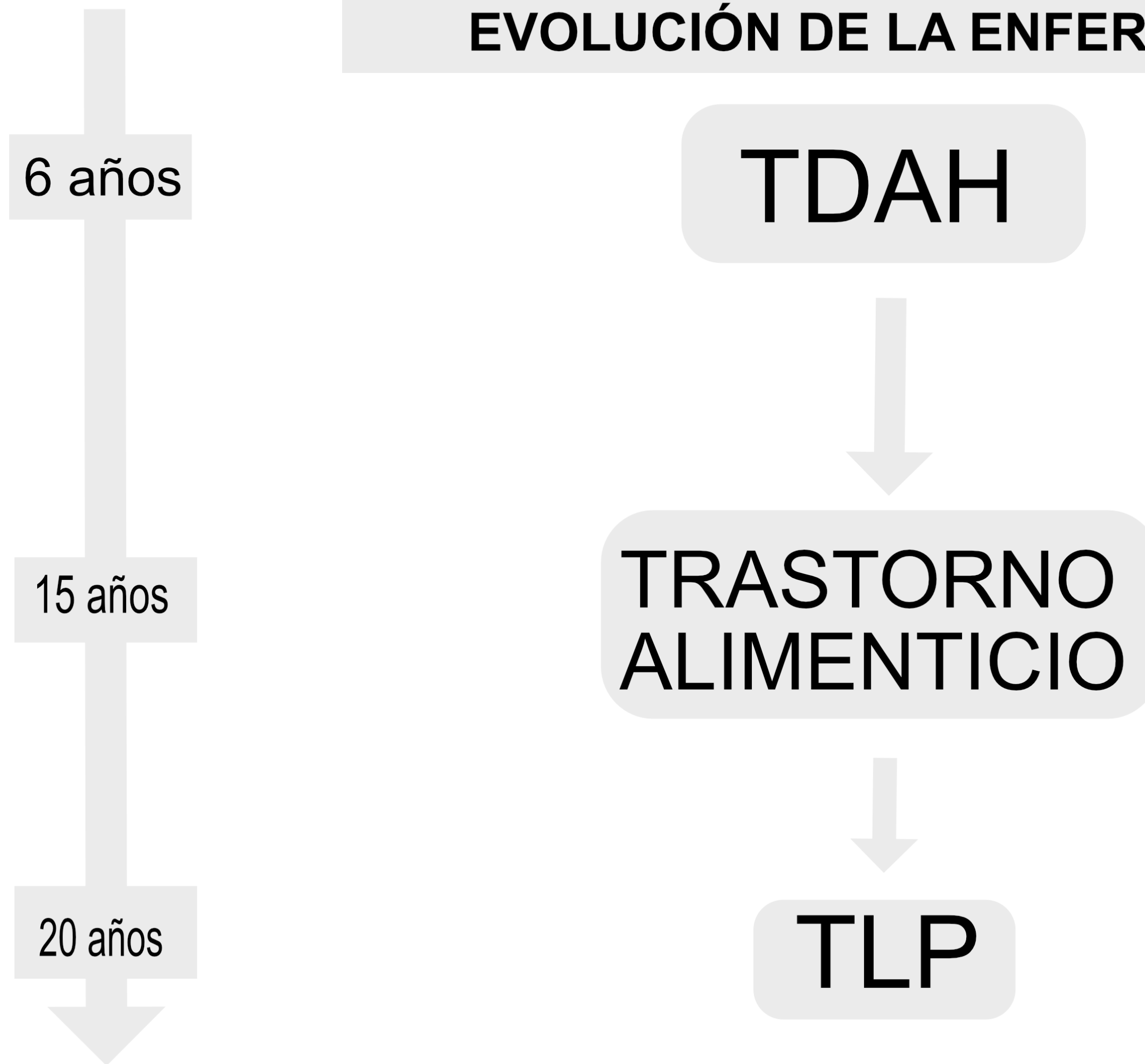
No es algo que me invento
para justificarme, sea lo que
sea soy responsable de todo
aunque no pueda controlarlo

10:06

FACTORES AFECTADOS POR LOS ABUSOS

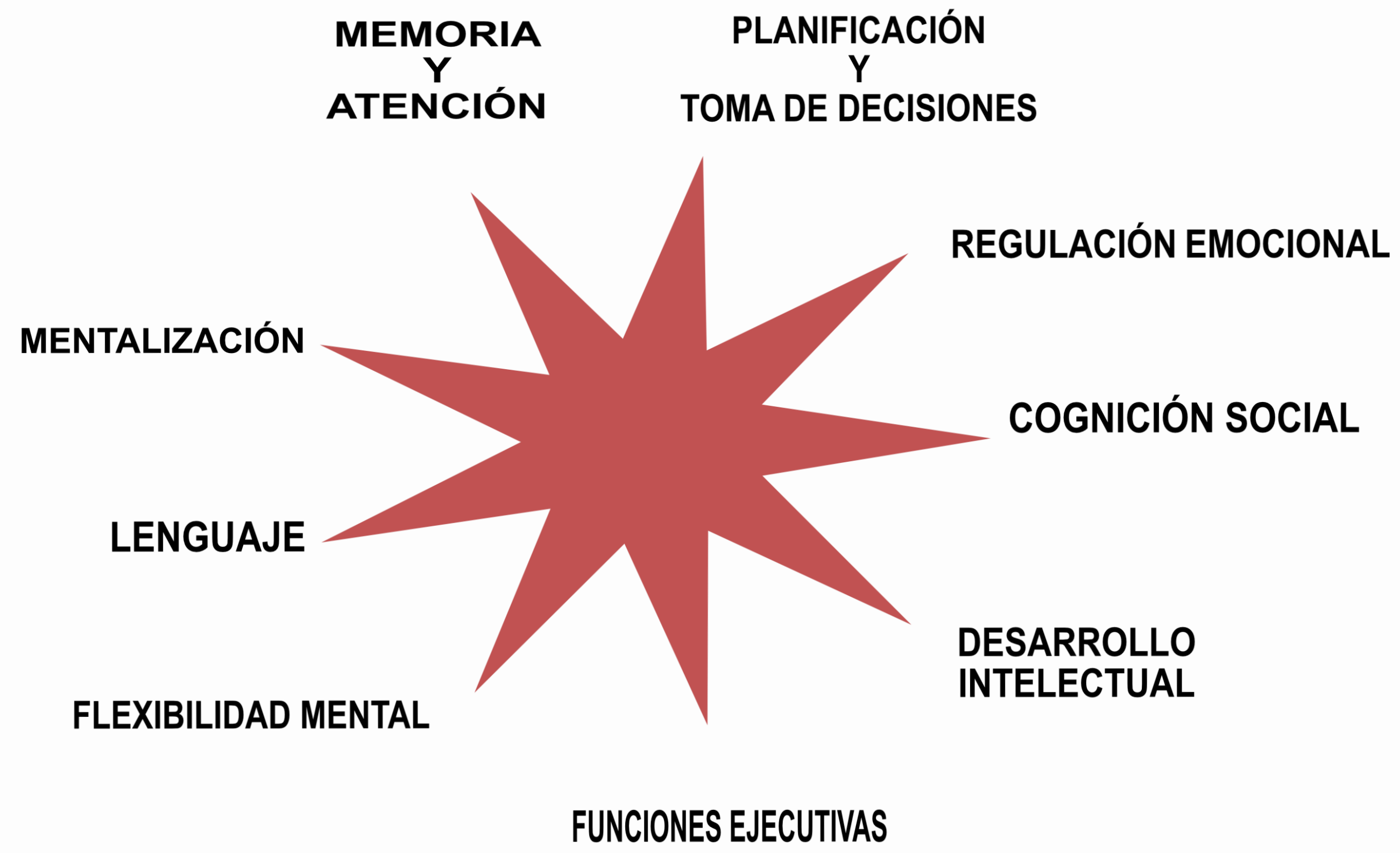
ABUSOS SEXUALES EN NIÑOS

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD



Manuel Hernández Pacheco ©

**FACTORES AFECTADOS
POR EL ABUSO**



Lenguaje

La capacidad lingüística se desarrolla paulatinamente como habilidad madurativa durante el desarrollo del niño. ~ Aunque en términos generales el maltrato afecta al lenguaje, las alteraciones guardan relación con el tipo de maltrato. Las mayores carencias lingüísticas se encuentran en casos de abandono (donde la interacción cuidador-menor es inexistente), seguido de la negligencia emocional (comunicaciones escasas) y maltrato emocional y físico (donde la comunicación es disfuncional, basada en gritos, amenazas, insultos y hostilidad)

Memoria y Atención

En un estudio de investigación se evaluó la ejecución en tareas de atención selectiva y alternante y de memoria inmediata y lógica, en una muestra de niños ~ de entre ocho y diez años ~ de edad diagnosticados de TEPT secundario a abusos sexuales en comparación con un grupo de sujetos control de la misma edad. Los resultados obtenidos indicaron, de manera consistente, un peor rendimiento entre los sujetos del grupo experimental, tanto en las pruebas de atención como en las de memoria

Regulación emocional.

Las dificultades en la regulación emocional se pueden encontrar en la mayor prevalencia de trastornos internalizantes (síntomatología ansiosa, vulnerabilidad ante el estrés psicógeno, menor tolerancia a los estresores psicosociales, síntomatología depresiva, postraumática y apática) y externalizantes (comportamientos disruptivos, agresiones físicas y verbales, problemas con compañeros, ~ etc.), secundarios a los casos de maltrato infantil

Cognición social.

El correcto comportamiento social está vinculado con la cognición relativa a la inteligencia emocional y la capacidad de regulación emocional anterior. La inteligencia emocional se refiere a la capacidad de percibir y comprender las propias emociones y las de los demás, inferir un estado emocional en el otro en base a claves faciales, corporales y contextuales (Leitzke y Pollak, 2016), ser capaces de procesar la información para regular las propias emociones y tomar decisiones orientadas a comportamientos socialmente efectivos

Desarrollo intelectual.

El desarrollo intelectual general no solo se ve afectado por el hecho de padecer malos tratos durante la infancia sino también según el tipo de maltrato y la cronicidad del mismo, en una correlación negativa entre duración del maltrato y desarrollo intelectual (Jaffe y Kohn, 2011). El índice general cognitivo (McCarthy, 1972) resulta menor de lo esperado según la edad cronológica en menores maltratados (Moreno-Manso, 2005). Este índice parece menor al comparar niños ~ abandonados y maltratados emocionalmente con aquellos cuyo maltrato fue por abandono o maltrato físicos (Moreno-Manso, 2005). Sugiere la importancia de la estimulación verbal, sensorial y afectiva tempranas para el desarrollo cognitivo del menor (Moreno-Manso, 2005).

Funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas (FFEE) son un constructo que hace referencia a un conjunto de procesos cognitivos superiores relacionados con la capacidad de integración y optimización de otros procesos cognitivos considerados más básicos (García-Molina et al., 2009). Incluyen las capacidades de flexibilidad cognitiva, de planificación de conducta orientada a metas, control de los impulsos, valoración de las consecuencias, toma de decisiones, la capacidad de autosupervisión de la propia conducta, la corrección de errores de manera proactiva y la metacognición, entre otras (Barrera, 2007; Capilla et al., 2007; Tirapu-Ustárriz, Muñoz-Céspedes ~ y Pelegrín-Valero, 2002). Se desarrollan desde la infancia y se van perfeccionando hasta alcanzar la completa madurez, paralelamente al desarrollo anatómico de los lóbulos frontales (García-Molina et al., 2009). Las principales alteraciones ejecutivas en niños ~ maltratados se circunscriben a la capacidad de flexibilidad cognitiva, impulsividad, planificación de la conducta y escaso razonamiento a la hora de tomar decisiones (Davis et al., 2015). Parece ser, además, causa y consecuencia del funcionamiento de los otros dominios neuropsicológicos descritos.

Flexibilidad cognitiva

El maltrato y abandono físicos repercuten negativamente en el desarrollo de la flexibilidad cognitiva, dando lugar a disfunciones llegada la adolescencia (Spann et al., 2012), incluso persistentes en la vida adulta (Nikulina y Spatz, 2013). Tales disfunciones se traducen en un mayor número de errores perseverativos (Spannet al., 2012), fallos en la atención alternante y problemas de memoria operativa (Bernate-Navarro et al., 2009). - Impulsividad: los problemas de regulación emocional y trastornos externalizantes indican fallos en la capacidad de control de los impulsos y de adecuación de la reacción a la situación ambiental real (Davis et al., 2015). El afrontamiento de las adversidades en niños ~ maltratados se basa en disfunciones ejecutivas, tales como la menor capacidad de inhibición y de control emocional o la capacidad de cambio y desplazamiento del foco atencional

Planificación de la conducta y toma de decisiones:

de todo lo anterior se deriva que el comportamiento reactivo se debe a la toma de decisiones impulsivas, escasa planificación previa a la acción y escaso control de la propia respuesta comportamental e incluso a errores en la metacognición, al no poder ejercer el control cognitivo sobre otros procesos cognitivos

LOS RECUERDOS Y EL ABUSO SEXUAL

Amnesia y flashbacks

Relaciones objetales



LA LEY DEL SILENCIO



LA IDENTIDAD ¿QUIEN Y QUE SOY?

APEGO Y SEXUALIDAD

CONDUCTA CUIDADO

- ☐ ABRAZANDO
- ☐ MIRANDO
- ☐ SUCCIONANDO
- ☐ ACERCANDO
- ☐ TOCANDO
- ☐ CUIDANDO
- ☐ BESANDO
- ☐ SIGUIENDO

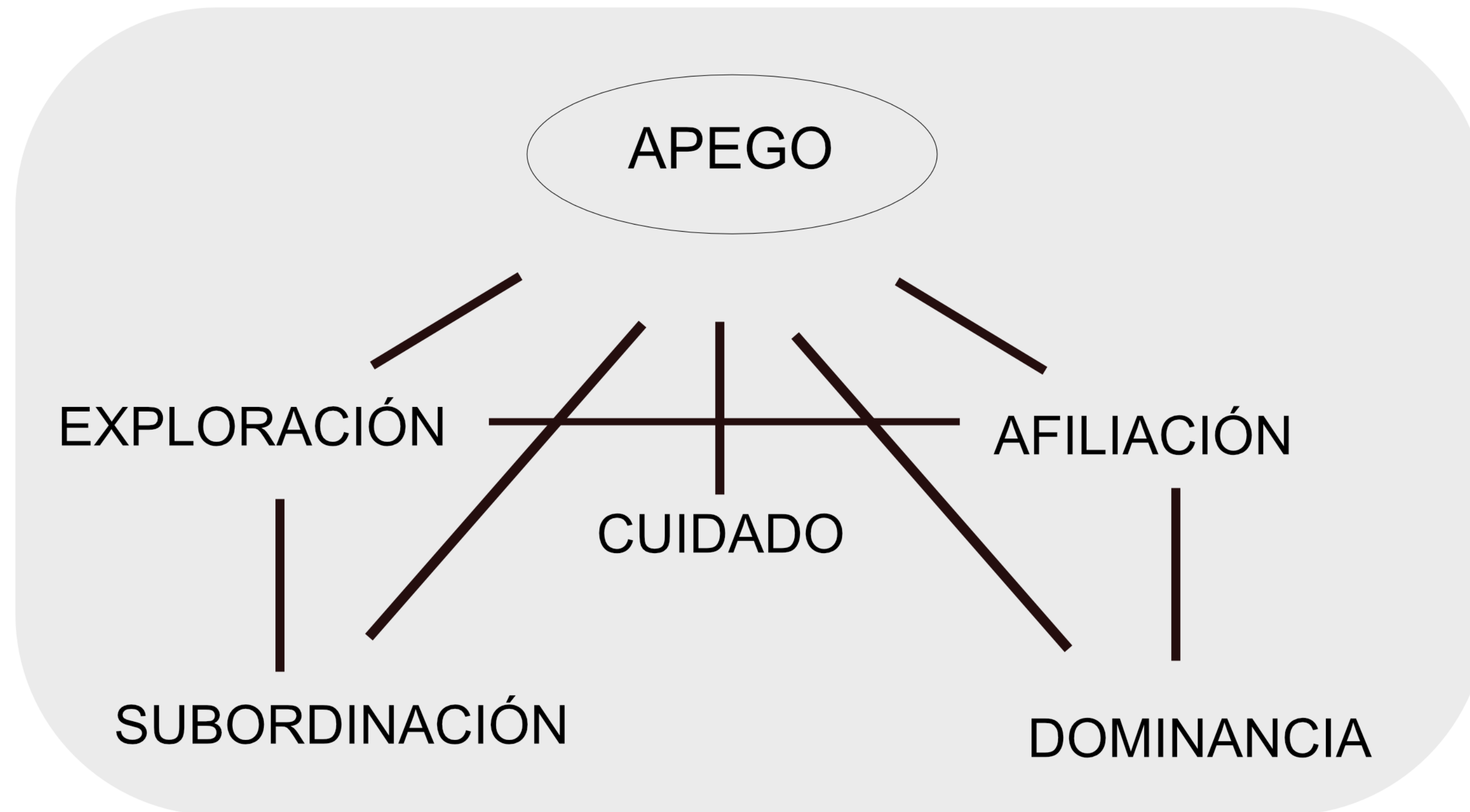


CONDUCTA SEXUAL

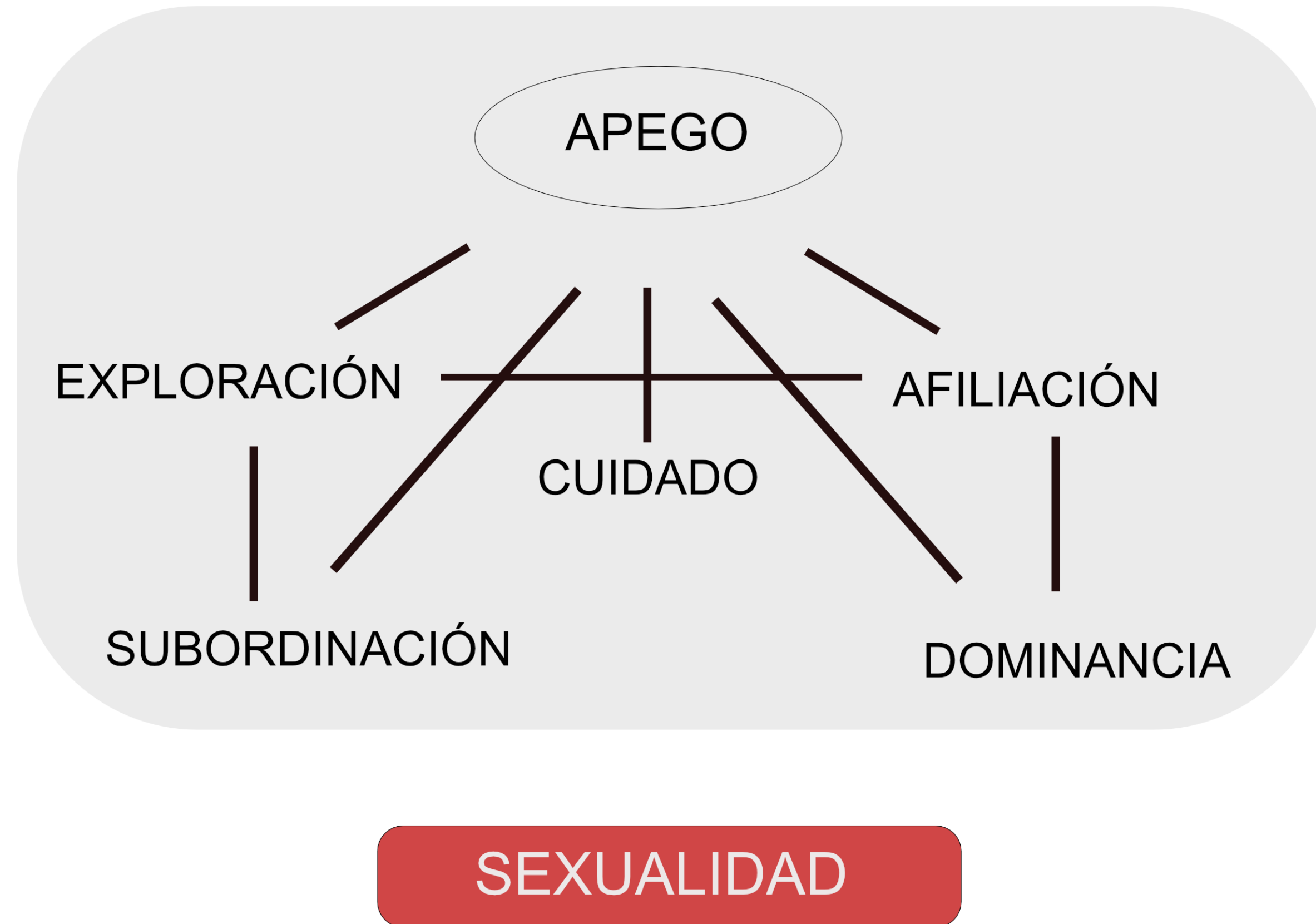
- ☐ ABRAZANDO
- ☐ MIRANDO
- ☐ SUCCIONANDO
- ☐ ACERCANDO
- ☐ TOCANDO
- ☐ CUIDANDO
- ☐ BESANDO
- ☐ SIGUIENDO
- ☐ USO DE LOS GENITALES

Crittenden, P. (2008)
Raising Parents. p. 36

INTEGRACIÓN DE MÚLTIPLES SISTEMAS EN LA ADOLESCENCIA



INTEGRACIÓN DE MÚLTIPLES SISTEMAS EN LA ADOLESCENCIA



ABUSOS Y PSICOPATOLOGÍA

Más allá del síntoma

ABUSOS



ANOREXIA
BULIMIA
ATRACONES
PROBLEMAS EN LA SEXUALIDAD
TRASTORNOS ANTISOCIALES
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
AUTO LESIONES - AGRESIVIDAD
ATAQUES DE PÁNICO
ADICCIONES
SÍNTOMAS DISOCIATIVOS
ESQUIZOFRENIA
TRASTORNOS BIPOLARES

LA SANTÍSIMA TRINIDAD DEL TRAUMA

MÁS PEQUEÑO SE ERA, MENOS RECURSOS SE TENIA

MAYOR FUE EL TIEMPO

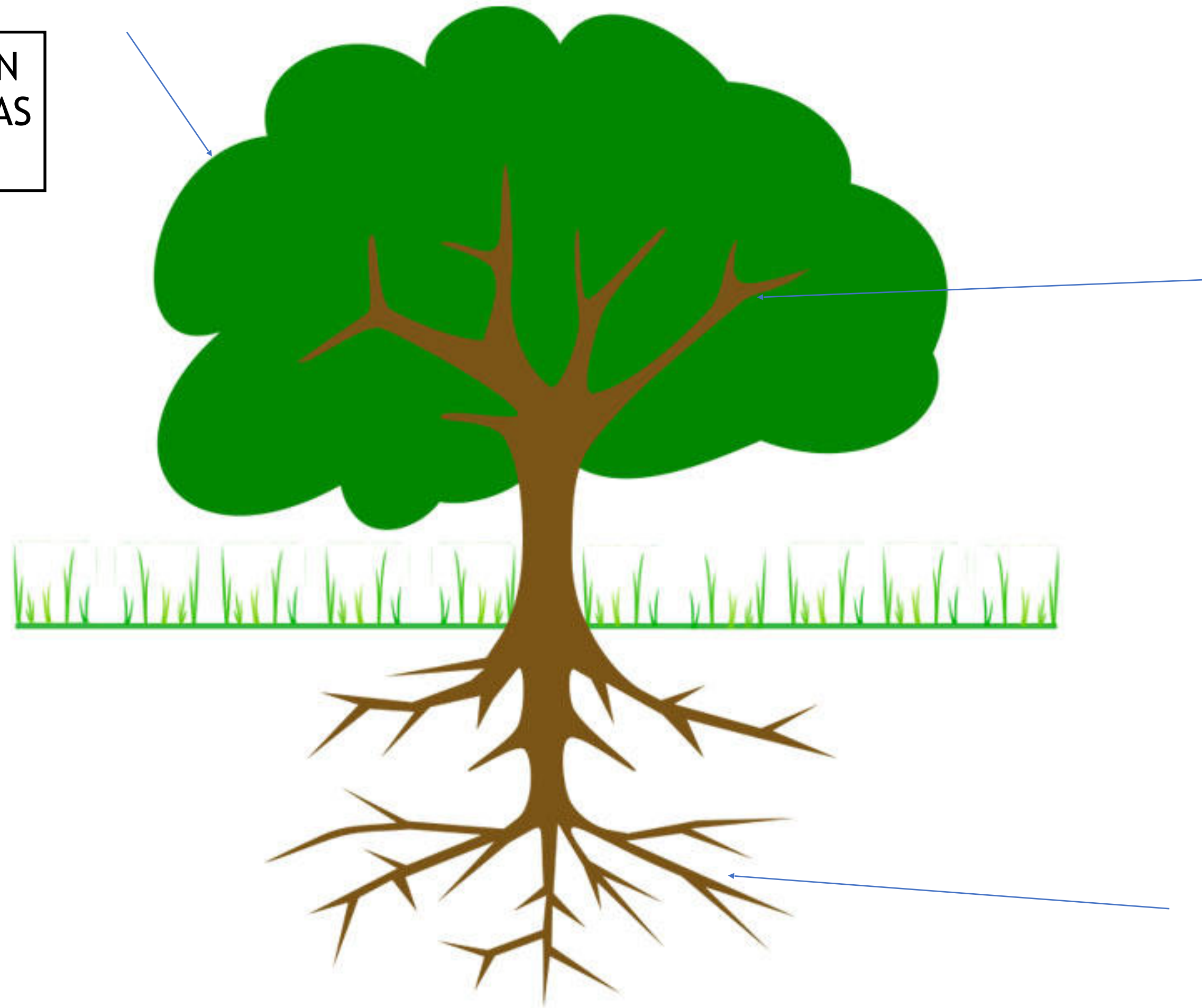
MÁS CERCANA FUE LA
FIGURA DE MALTRATO

TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN

PRIMEROS PASOS

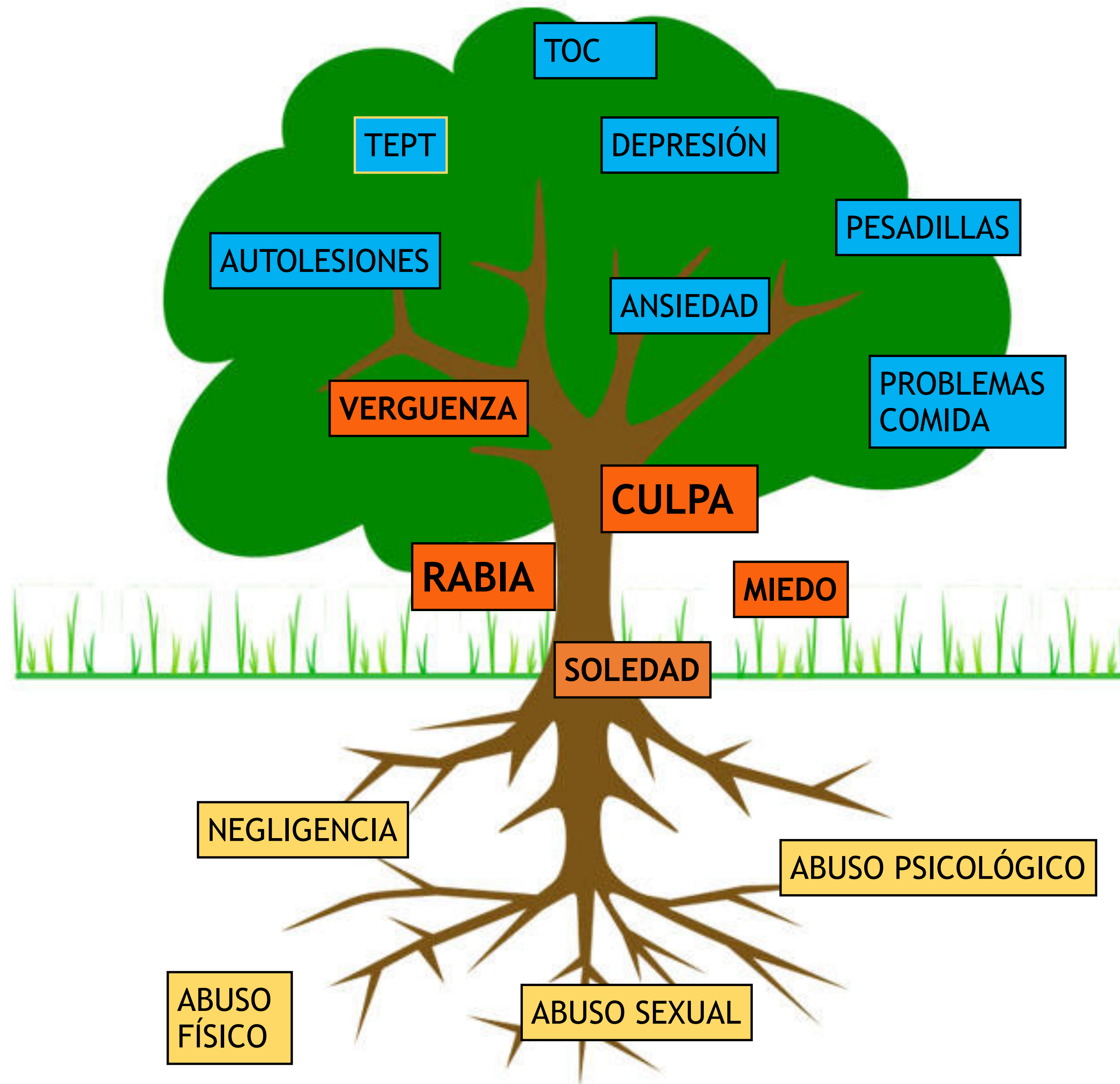
METAFORA DEL ÁRBOL

LAS HOJAS SON
LOS PROBLEMAS
ACTUALES



LAS RAMAS SON LOS EFECTOS
PSICOLÓGICOS

LAS RAÍCES SON LAS CAUSAS



TRABAJO CON LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

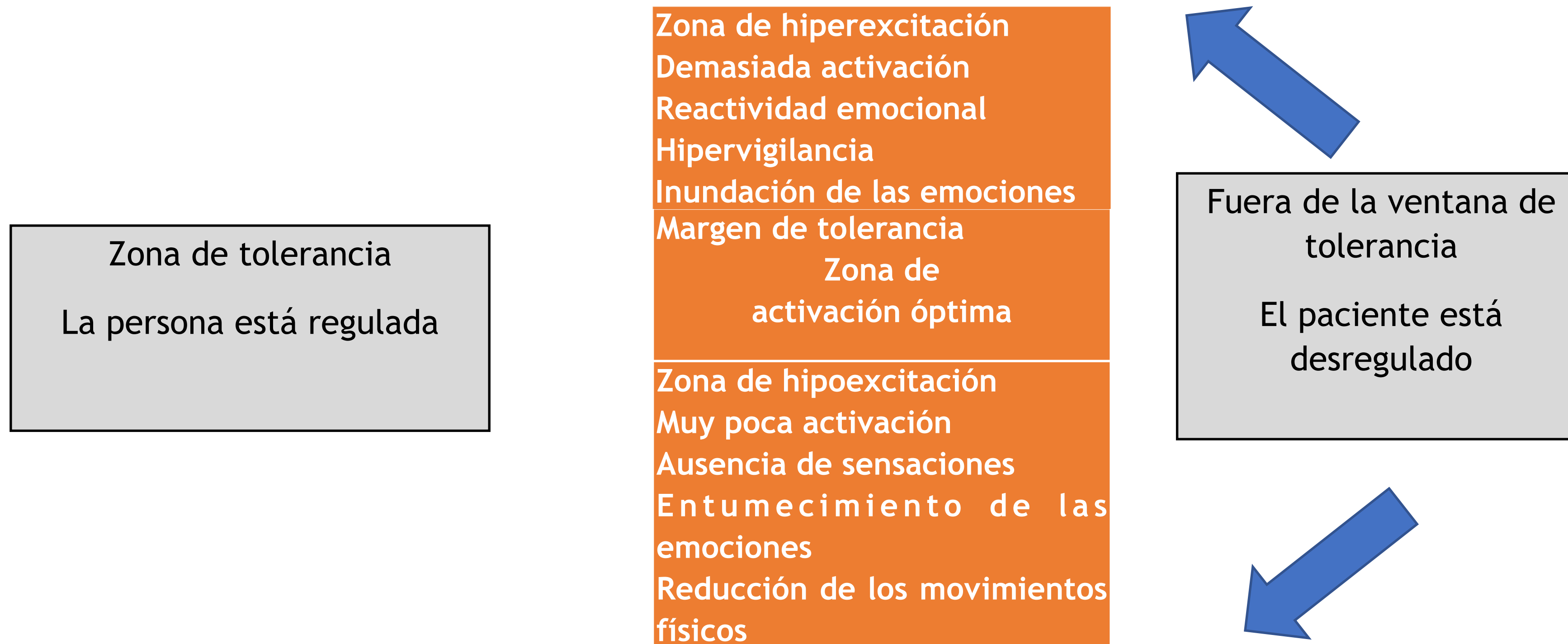
VIAJE A LOS MIEDOS



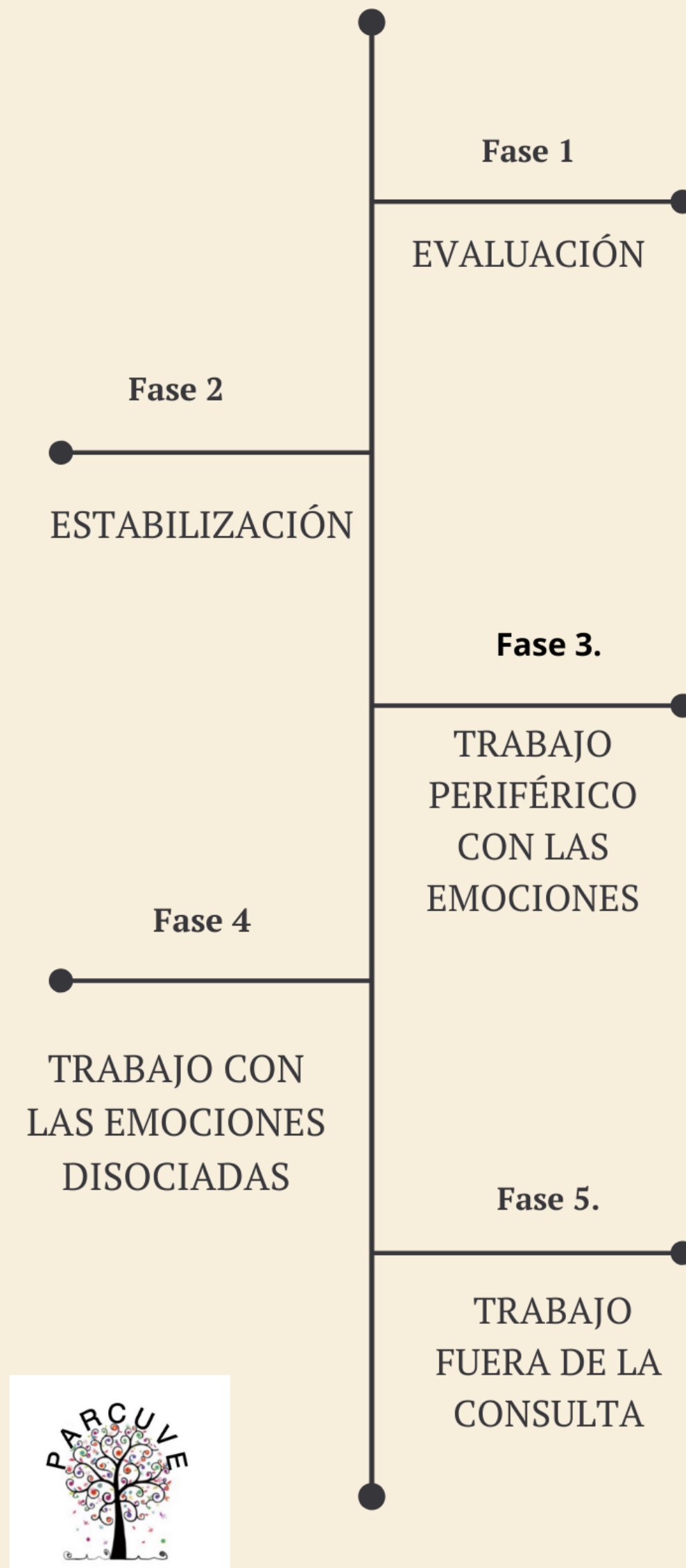
ME GUSTA DECIRLE A MIS PACIENTES QUE EL VIAJE QUE VAMOS A HACER ES COMO EL DE DANTE EN LA DIVINA COMEDIA UNA BAJADA AL INFIERNO DE SUS MIEDOS.

PERO QUE NO LO VA A HACER SOLO . YO VOY A ACOMPAÑARLO IGUAL QUE A DANTE LO ACOMPAÑO VIRGILIO. Y CUANDO LLEGUE AL PARAISO PODRÁ SEGUIR JUNTO A NUEVAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑEN EN EL VIAJE DE LA VIDA.

VENTANA DE TOLERANCIA



FASES DEL MODELO PARCUVE



DEFENSAS DISOCIATIVAS



ETAPA INICIAL

S = Autocuidado
A = Reconocimiento
F = Funcionamiento
E = Expresión
R = Relaciones

ETAPA INTERMEDIA

RECORDAR EL TRAUMA

CARTAS COPE
CARTAS OH
MUÑECOS
DIBUJOS
HIPNOSIS
PARCUVE
EMDR

ETAPA FINAL

**INTEGRAR
LA EXPERIENCIA**

GRUPOS DE AYUDA
PODER HABLAR DE LO
OCURRIDO
NO AVERGONZARSE
EVITAR MECANISMOS
DE REGULACIÓN TÓXICOS

Estas cinco etapas de tratamiento se pueden diferenciar aún más en categorías de etapa temprana, media y tardía.

AUTOCUIDADO

1. Los comportamientos de autocuidado que son autodestructivos y de alto riesgo ocurren comúnmente entre los sobrevivientes de trauma y aumentan su vulnerabilidad a la revictimización. Un enfoque en el autocuidado erradica los sentimientos de indignidad de un sobreviviente de trauma e infunde un sentido positivo de identidad. El control de los síntomas traumáticos, especialmente aquellos que interfieren con el funcionamiento actual, reduce la sensación de impotencia del cliente (Chu, 1998). Las técnicas de puesta a tierra y auto-calmantes como la respiración profunda, apretar una pelota o frotar una piedra pueden ayudar a los clientes a superar los pensamientos intrusivos y reorientarse al momento.

RECONOCIMIENTO

2. Reconocimiento El reconocimiento de abuso es un concepto central en la recuperación del trauma. A los clientes se les asegura constantemente que no fueron responsables del abuso. Al reconocer las experiencias abusivas, los consejeros evitan tácitamente confabular con la negación de abuso de un cliente y las creencias erróneas de defectos personales.

FUNCIONAMIENTO

3. En esta etapa del tratamiento, los clientes son guiados hacia el funcionamiento normal en la realidad actual de sus vidas. Para evitar pensar en problemas traumáticos pasados y mejorar la angustia, se alienta a los clientes a establecer y mantener una rutina mientras desarrollan relaciones de apoyo.

EXPRESIÓN

4. Expresión Para renunciar a los aspectos indescriptibles del trauma, los clientes deben encontrar otras salidas para la expresión. Varias técnicas de terapia expresiva, incluida la escritura de poesía, el dibujo y el movimiento, pueden capturar los aspectos indescriptibles del trauma de manera constructiva.

RELACIONES

5. Relaciones Establecer relaciones de beneficio mutuo y de colaboración es una tarea importante de la recuperación temprana. Dado que es probable que el cliente vuelva a representar relaciones abusivas tempranas dentro del entorno terapéutico, el terapeuta puede descubrir que la alianza terapéutica debe renegociarse constantemente. Es probable que el proceso de desconexión y reconexión se repita, pero al continuar brindando apoyo y atención, el terapeuta modela una relación emocional correctiva para un cliente

INSTALACIÓN DE RECURSOS

- ❖ AUTOHIPNOSIS (LUGAR SEGURO, RELAJACIÓN)
- ❖ GRABACIONES HIPNOSIS
- ❖ HACER ACTIVIDADES QUE ESTIMULEN
- ❖ OLER SUSTANCIAS FUERTES
- ❖ PERMITIR ESCRIBIR AL TERAPEUTA



FASE DE ESTABILIZACIÓN

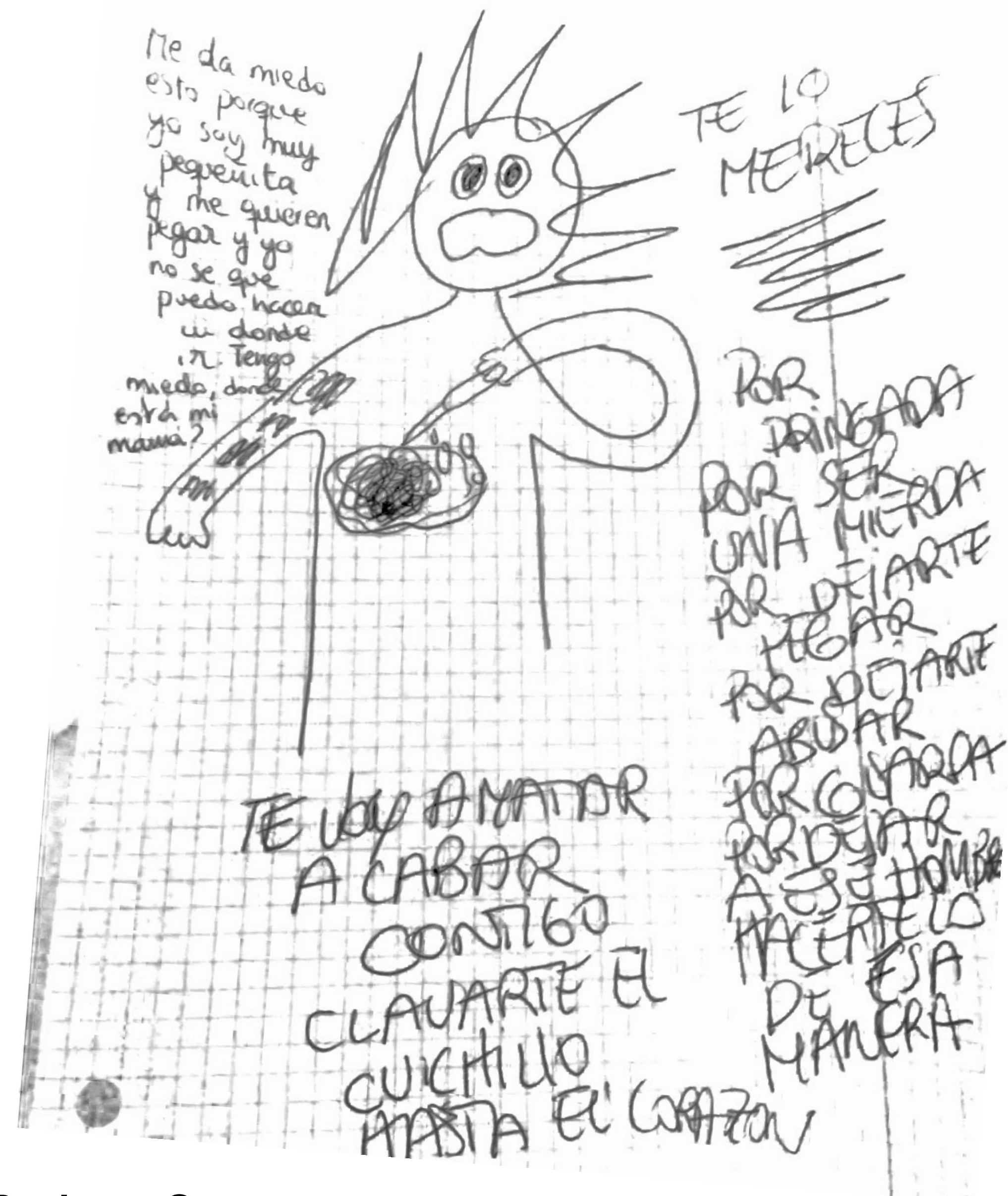
1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL TRAUMA
2. ESTABLECIMIENTO DE UNA BUENA RELACIÓN TERAPEUTICA
3. RECONOCIMIENTO Y TOLERANCIA DE LAS SENSACIONES
4. RECONOCIMIENTO Y TOLERANCIA DE LAS EMOCIONES
- 5, RECONOCIMIENTO Y TOLERANCIA DE LOS PENSAMIENTOS
5. TRABAJO CON LA AUTOESTIMA Y SITUACIONES ACTUALES QUE CAUSEN MALESTAR. CREAR ESTABILIDAD EN EL SUEÑO, COMIDA, HÁBITOS, AUTOLESIONES, ETC..

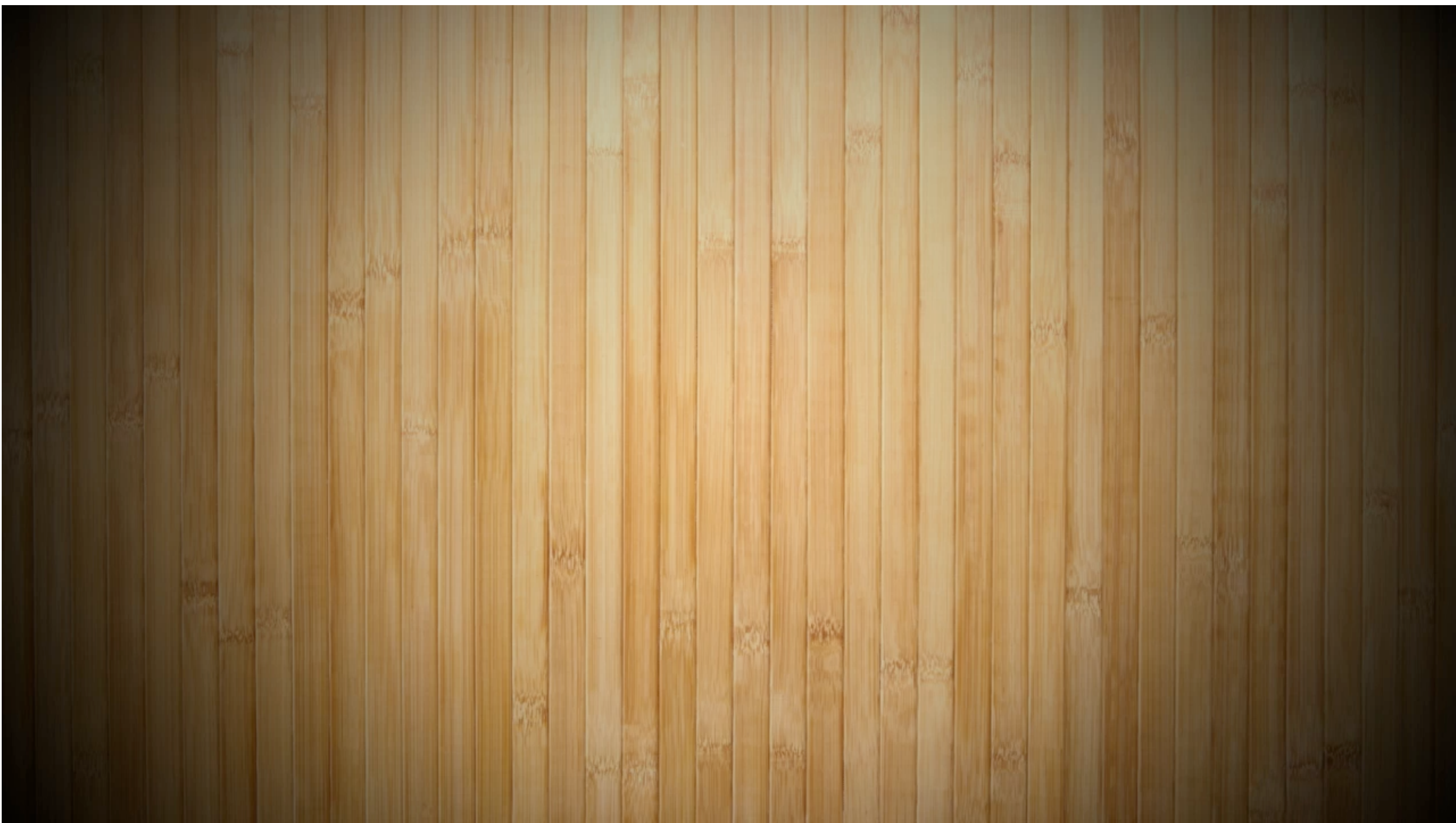
FASES CON EL TRABAJO DISOCIATIVO



Tratamiento de la etapa intermedia

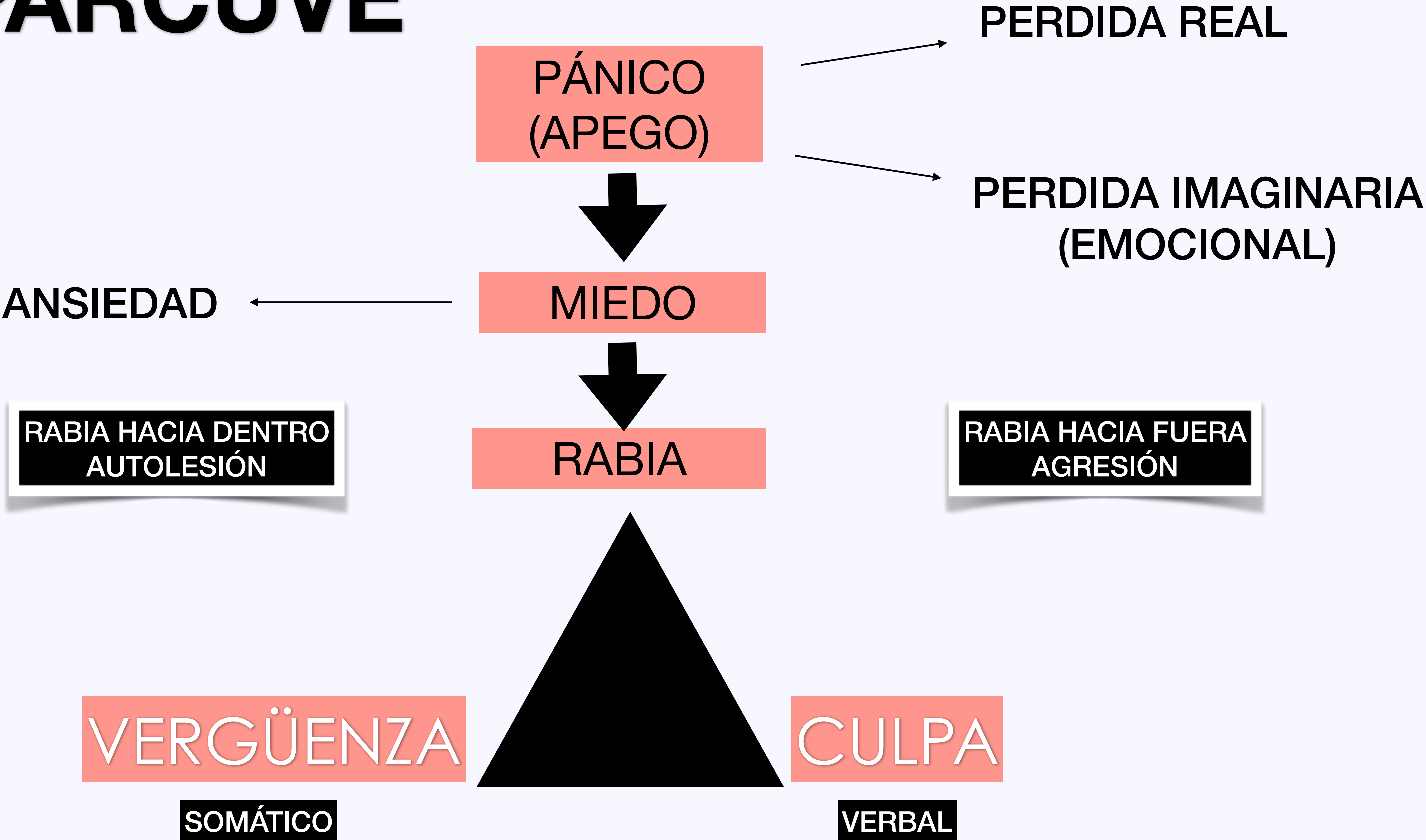
Una vez que los clientes dominan las tareas del tratamiento temprano, pueden comenzar a abordar las tareas de la etapa de tratamiento intermedio. La exploración y la apertura son las tareas principales de esta etapa. Chu (1998) advierte que la apertura y la exploración solo pueden tener lugar cuando los clientes han alcanzado una posición de fortaleza; La exploración de material traumático no debe hacerse con clientes que muestran vulnerabilidad o con clientes que se encuentran en una nueva crisis. Aunque la dirección de la acción abreviada difiere entre los clientes, varias características comunes son evidentes: • Un aumento de los síntomas • Conflicto interno intenso • Aceptación y duelo • Movilización y empoderamiento Abreacción libera al cliente de los temores infundidos por el trauma pasado (Chu, 1998). Los clientes pueden desarrollar una narrativa personal de comprensión que les permita continuar con sus vidas.





Manuel Hernández Pacheco ©

PARCUVE



METODO PARCUVE

TRABAJAR EL TRAUMA PSICOLÓGICO

1

COSIFICACIÓN DE LA EMOCIÓN.

SE LE DA FORMA FÍSICA A LA EMOCIÓN
¿Si tuvieras que darle forma a esa emoción como sería?

2

EVALUAMOS SI HAY FOBIA HACIA ESA PARTE

PREGUNTAMOS QUE SE SIENTE HACIA ESA PARTE
¿Qué sientes hacia esa parte? ¿Cariño?
¿Miedo? ¿Rabia? ¿Vergüenza?

3

EVALUAMOS QUE SIENTE ESA PARTE HACIA LA PERSONA

PREGUNTAMOS QUE SIENTE ESA PARTE HACIA LA PERSONA
¿Qué siente esa parte hacia ti? ¿Desprecio?
¿Vergüenza? ¿Miedo?

4

TRABAJAMOS LAS FOBIAS SI LAS HUBIERA

HACEMOS PSICOEDUCACIÓN DE PORQUE EXISTE ESA FOBIA, SI LA HUBIERA.
Si hubiera fobia explicamos el papel que tuvo que hacer esa parte. Y porque sienten eso el sujeto y la parte que representa la emoción. Si no hay fobia o está resuelta se sigue adelante

5

PREGUNTAMOS QUE EDAD TIENE ESA PARTE

¿QUE EDAD TIENE ESA PARTE?
Esto nos indicará cuando apareció el síntoma o esa emoción fue necesaria

6

PASAMOS A TRABAJAR DIRECTAMENTE CON LA PERSONA DE ESA EDAD

PREGUNTAMOS: ¿QUE OCURRIÓ A ESA EDAD?
Dejamos que la persona nos lo cuente

7

SE EVALUA DE NUEVO SI HAY FOBIA HACIA LA PERSONA QUE SUFRIÓ LA EMOCIÓN

SE LE DA FORMA FÍSICA A LA EMOCIÓN
¿PREGUNTAMOS: QUE SIENTES TU HACIA ESA PERSONA DE AÑOS?
De este modo evaluamos si hay fobia a los recuerdos traumáticos.

8

SE VUELVE A TRABAJAR LA FOBIA SI LA HUBIERA

SE HACE PSICOEDUCACIÓN CON LA SITUACIÓN QUE VIVIÓ LA PERSONA EN ESE MOMENTO
¿Sabiendo lo que sabes ahora? ¿Qué hubieras hecho? ¿Qué aprendiste de esa experiencia?

9

SE TRABAJAN TÉCNICAS DE REPROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DISFUNCIONAL

VAMOS A TRATAR DE QUITARLE EL PESO QUE LLEVA ENCIMA
Vamos a convertir ese trauma en un aprendizaje

10

SE PROUCE LA CONEXIÓN ENTRE LA PARTE DISOCIADA Y EL ADULTO

SE PRESENTIFICA A LA PARTE.
¿Sabe esa parte quién eres tú? ¿Sabe la edad que tienes ahora? ¿Sabe qué sois la misma persona?

11

SE EVALUA SI HAY PARTES CON EDADES INFERIORES QUE CONTENGAN LA EMOCIÓN NEGATIVA

¿HAY ALGUNA PARTE MÁS JOVEN QUE CONTENGA ESA EMOCIÓN NEGATIVA?
Pregúntale si hay alguna parte que contenga esa emoción y vamos a ayudarla

12

SE CIERRA EL PROCESO Y SE DAN INSTRUCCIONES DE COMO CONTINUAR EN EL PRESENTE

SE ENSEÑA A COMO REGULARSE DE FORMA ADECUADA CUANDO APAREZCA ESA SENSACIÓN.
Se enseña a la persona a hablar consigo mismo de un modo diferente y por tanto a regularse de un modo más adaptativo y sano.

DEPENDENCIA ← **PÁNICO** → **SOLEDAD**

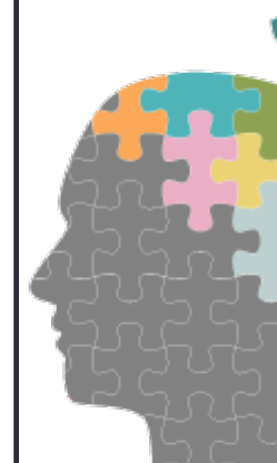
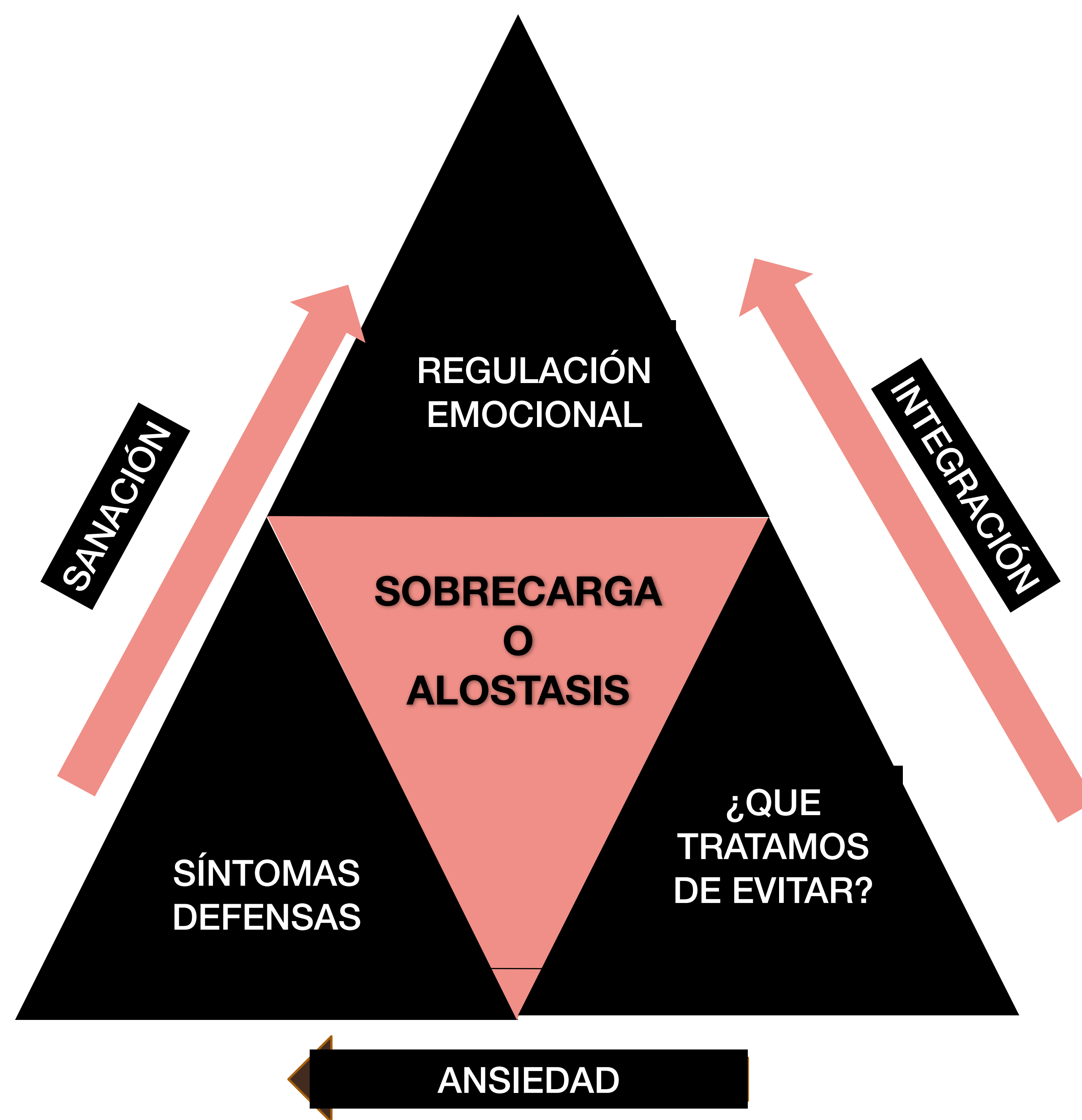
IMPULSIVIDAD ← **MIEDO** → **FOBIA**

AGRESIÓN ← **RABIA** → **AUTOLESIÓN**

PERFECCIONISTAS ← **CULPA** → **INDOLENTES**

CUIDADORES ← **VERGÜENZA** → **NARCISISTAS**

**TRIANGULO
DEL
PARCUVE**



Tratamiento de la etapa final

Tratamiento de etapa tardía Chu (1998) describe la última etapa como la etapa de consolidación del tratamiento de trauma. En esta etapa, el cliente continúa desarrollando nuevas habilidades mientras estabiliza las ganancias. Con un nuevo sentido de sí mismo, el cliente puede participar en interacciones que antes se veían con ansiedad. Aunque los clientes pueden lograr una buena fortaleza del ego, el tratamiento continuo puede ser una opción necesaria ya que el cliente inevitablemente encuentra nuevos desafíos.

INTEGRACIÓN DE LO OCURRIDO EN LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA

