

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

**DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DISOCIATIVA CON
MANIFESTACIONES SENSO-PERCEPTIVAS DE PERSONAS
ADOLESCENTES, CON HISTORIA DE ABUSO SEXUAL Y APEGO
DESORGANIZADO, PRESENTE EN CINCO CASOS CONSULTANTES
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE NIÑOS Y
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO, ENTRE
ENERO Y DICIEMBRE DEL 2019**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN SOMETIDO A LA
CONSIDERACIÓN DEL COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA OPTAR POR EL GRADO Y TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

SUSTENTANTE
NATHALY MAJLATON RAMÍREZ-AMAYA

Agradecimientos

Cuando inicié mi camino como estudiante de psicología me prometí tres cosas: nunca iba a trabajar en psicología clínica, nunca iba a trabajar con adolescentes, y nunca iba a laborar en un Hospital Psiquiátrico. Claramente el Universo tomó mis planes, los convirtió en una bolita de papel, y los tiró por una ventana. Ahí aprendí que la vida está llena de ironías y que nunca se puede decir nunca. Hoy en día no me imagino trabajando en un área que no sea la Clínica, le tomé inmenso aprecio y apego al HNP, y he decidido dedicar mi carrera al abordaje de población infantojuvenil (en especial adolescentes).

Parte esencial de este camino para convertirme en Psicóloga Clínica ha sido este Posgrado, un reto que ha valido cada gota de esfuerzo y un poco más.

Hay muchas personas a quienes agradecer, sin embargo, debo de comenzar por la Clínica del Adolescente del HNN, en especial a la MPsc. Dalyana Vargas, quienes me enseñaron la magia de entrar en la mente y en corazón de los/as adolescentes. Así mismo, agradezco desde el fondo de mi corazón al Pabellón de Adolescentes del HNP, al Dr. Sáenz, Carmen, Beatriz y en especial a Vera Ovaes, cuya empatía, cariño y conocimiento me impresionaron desde el primer día; y a Marcela López, a quien respeto y admiro, cuya paciencia y dedicación para trabajar con cada uno de sus pacientes son lecciones que me llevo y espero recordar de por vida. Gracias por creer en mí.

También le agradezco inmensamente a la Máster Karina Jiménez. Desde antes de ingresar al posgrado admiraba su trabajo, y al poder verla en acción pude presenciar cómo le da siempre un pedacito de su alma y corazón a cada uno/a de los/as pacientes que pasan por su consultorio. Gracias por confiarme a sus pacientes. Y gracias por recordarme siempre sobre la magia del trabajo con niños y adolescentes.

Seguidamente, pero no menos importante, gracias a la MPsc. Nelse Fracis, de quien admiro sus conocimientos, capacidad de enseñanza y entrega al trabajo. Tengo tantísimas cosas que agradecerle, pero lo puedo resumir en: agradecimiento sincero por ser una fuente constante de contención, y un apego seguro al que siempre he podido recurrir. En esta misma línea, agradezco a la Psicóloga Clínica, la Dra. Adriana Cortés, pilar de conocimientos que está siempre dispuestos a compartir. Gracias por enseñarme la importancia de la capacitación constante, y por estar siempre dispuesta a escuchar mis preocupaciones y responder a mis dudas.

Gracias también a la Dra. Rocío Jiménez y la Dra. Karen Quesada. En medio de tanta incertidumbre que trajo la pandemia, siempre me transmitieron la sensación de estabilidad y seguridad. De igual manera, son grandes formadoras, quienes me han ayudado a afinar mi ojo clínico y siempre me alentaron en el proceso de realizar la presente tesis.

Finalmente, gracias a la Magíster Ivannia Chinchilla, tutora de tesis, Maestra en el tema de trauma y disociación. Sé que sus enseñanzas me van a acompañar por el resto de mi carrera, tanto a nivel laboral como la importancia del auto-cuidado. Verla trabajar con las partes más adoloridas del alma de sus pacientes, con su paciencia y capacidad de empatía, es presenciar la fuerza mágica de la psicoterapia.

Agradecimientos especiales para el Dr. Mariano Solórzano, el Dr. Carlos Sandoval y la MPsc. Angie Madrigal. Supervisores quienes han sido esenciales en este proceso de Posgrado. Así como para compañeras de residencia: Pamela Barquero, Rosa Chaves y Marianela Jiménez. Gracias por ser mis compañeras de aventuras.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todas las personas menores de edad quienes en este momento o en su pasado han tenido que sobrellevar las secuelas del trauma, en especial a quienes han experimentado la incertidumbre que acompaña los procesos de disociación. Todas las personas tienen derecho a sanar, a comprender lo que les sucede y poder ser acompañadas mientras integran las experiencias difíciles.

Por lo que también dedico esta tesis al Servicio de Niños y Adolescentes del HNP, en especial al Pabellón de Adolescentes. Gracias por permitirme conocer a sus pacientes y por creer en mí. Gracias por la manera en que luchan por asegurar el bienestar integral de las y los adolescentes. Gracias por haberme recibido en un momento donde necesitaba un puerto seguro. Tienen mi completa admiración y respeto.

Y finalmente a mamá. Nos tocó separarnos mucho antes de lo esperado, pero las enseñanzas y el amor viven para siempre.

Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Psicología Clínica del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista Psicología Clínica.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

PPEM Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Hoja de calificación de Presentación de Trabajo Final de Graduación Programa de Posgrado de Especialidades Médicas

Fecha de la sesión: 10/08/21
 Nombre del estudiante: Nathaly Majlaton Ramirez
 Título del Trabajo de Investigación: Descripción de la salomonología disociativa con manifestaciones somato-psíquicas de personas adolecentes con historia de abuso sexual y apego disorganizado, presentada en cinco casos consultados en el SANA, ANP (-)
 Tutor académico: Dra. Juliana Chinchilla Badilla

Rúbrica de evaluación (Calificar en escala de 1-10)

Calidad de la presentación	10
Claridad de la exposición	10
Dominio del tema	10
Claridad de respuestas al público	10
Uso adecuado del tiempo	10
TOTAL	50

Observaciones: Excelente trabajo. Recomendación para publicación. Continuar trabajando el tema de disociación intrínsecamente dividido e integrado

Aprobado Sí No

Juanita Chinchilla Badilla
 NOMBRE Tutor (a)

Karen Jaraque
 NOMBRE Lector (a)

Karen Jaraque
 NOMBRE Director (a)



Teléfonos 2511-8271 / Sitio web medicina@sep.ucr.ac.cr / Correo electrónico medicina@sep.ucr.ac.cr

Nathaly
 MPsc. Nathaly Majlaton Ramírez-Amaya
 Sustentante

Tabla de Contenidos

RESUMEN	7
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I. Marco Introdutorio	9
1.1 Justificación	9
1.2 Antecedentes	12
II. Marco Conceptual	16
2.1 Abuso Sexual	16
2.2 Estilo de apego desorganizado	16
2.3 Disociación	17
2.4 Sintomatología sensoperceptiva	18
III. Objetivos	18
3.1 Objetivo general:	18
3.2 Objetivos específicos	18
IV. Metodología	19
4.1 Tipo de Estudio y Metodología	19
4.2 Población de estudio	19
4.3 Población	19
4.3.1 Criterios de Inclusión	19
4.3.2 Criterios de Exclusión	20
4.4 Procedimiento	20
4.5 Operacionalización de Variables	20
4.6 Método para el Análisis de Casos	22
4.7 Resultados	22
V. Discusión Final	31
VI. Conclusiones y Recomendaciones	34
VII. Referencias Bibliográficas	38

RESUMEN

Este trabajo nace a partir de la necesidad de poder reseñar la sintomatología disociativa con manifestaciones senso-perceptivas en población adolescente, asociadas a procesos de trauma y disociación, como consecuencia de una historia de apego desorganizado y abuso sexual. Para esto se realizó un análisis descriptivo de cinco casos, todas menores de edad quienes asistieron al Servicio de Consulta Externa Niños y Adolescentes (SANA) del Hospital Nacional Psiquiátrico entre enero y diciembre del 2019. Logrando de esta manera analizar y describir la existencia similitudes y diferencias en el patrón de presentación de dichas alteraciones, resaltando el peso y el carácter desorganizante de la exposición prolongada a eventos interpersonales perturbadores en el desarrollo psicológico temprano.

ABSTRACT

This work was born from the need to be able to review dissociative symptoms with sensory-perceptual manifestations in the adolescent population, associated with processes of trauma and dissociation as a result of a history of disorganized attachment and sexual abuse. For this, a descriptive analysis of five cases was carried out, all of them minors who attended the Outpatient Children and Adolescents Services (SANA) of the National Psychiatric Hospital between January and December of 2019. This way we were able to analyze and describe the existence of similarities and differences in the pattern of presentation of these alterations, highlighting the weight and disorganizing nature of prolonged exposure to disturbing interpersonal events in early psychological development.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace a partir de la necesidad de poder reseñar la presencia de sintomatología senso-perceptiva, ligada a procesos de disociación traumática en adolescentes del servicio de Consulta Externa de Niños y Adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico, quienes han sufrido uno o múltiples eventos de abuso sexual. Mismo que ha sido un fenómeno cuya evidencia dentro del servicio se ha transmitido por tradición oral, y cuya presentación sintomática aparece consistente en múltiples casos.

Es por tanto que se considera necesario poder dejar huella escrita del fenómeno percibido, que permita visibilizar la sintomatología fuera del contexto único de la unidad ambulatoria de tratamiento infanto-juvenil, logrando entonces servir como paso inicial para propiciar investigaciones continuas sobre el tema que permitan ampliar el análisis y proponer modelos complejos y estructurados de tratamiento. De manera que se permita la identificación y el abordaje temprano de casos, así como mayor claridad al momento de encauzarse en la asignación de un diagnóstico.

Los y las adolescentes se encuentran en el periodo crítico de integración de la personalidad. Es importante, entonces, poder reconocer las presentaciones sintomáticas a tiempo, con el fin de poder brindar un abordaje centrado en instrumentar a la persona menor de edad (PME) con suficientes herramientas como para poder comenzar un proceso terapéutico e interdisciplinario que permita el reconocimiento, asimilación, procesamiento y/o integración de las experiencias traumáticas y partes disociadas, todo bajo un ambiente seguro.

I. Marco Introdutorio

1.1 Justificación

Para hablar de disociación primero es necesario hablar de trauma, siendo la disociación un resultado postraumático. Para definir trauma, entonces, parece prudente presentar la definición propuesta por Baita (2015) en donde se instruye que:

Cuando hablamos de trauma...nos referimos a las consecuencias, los efectos de la exposición de situaciones que - en base a determinadas características - sobrepasan nuestra capacidad de afrontamiento, o situaciones para las cuales nuestra posibilidad de completar la acción de sobrevivir, aunque exitosa a primera vista si salimos caminando, no deja de recordarnos sus efectos...Aunque aquel peligro haya pasado, cualquier cosa que se le parezca hoy, revive aquella vieja sensación que nos invadió...Incluso a veces es posible que ni siquiera recordemos el peligro del pasado, y aun así, sigamos sufriendo...(p. 35).

Siendo así un evento traumático aquel que amenaza la integridad física y/o emocional de una persona, a raíz de situaciones naturales o causadas por el hombre de carácter violentas y que provocan la sensación de impotencia, inseguridad, dolor, así como la ruptura en las “expectativas y creencias” previas (APA, 2008 & Kleber, 2019). El haber vivido un evento traumático no necesariamente implica el desarrollo de una patología, sin embargo es alarmante saber que aproximadamente dos tercios de la población menor de edad habrá sufrido al menos un evento traumático antes de llegar a los 16 años (APA, 2008).

No todas las respuestas conductuales ante un evento traumático son desadaptativas: por el contrario, en ocasiones los cambios en el comportamiento pueden ser un reflejo de la persona haciendo uso de sus recursos internos para intentar adaptarse y sobreponerse a la nueva situación. Lamentablemente, las reacciones emocionales en respuesta al trauma en ocasiones pueden pasar desapercibidas y pasar encubiertas en la consulta clínica. Situaciones como alteraciones en el sueño, desarrollo nuevos miedos, dificultad para la concentración, irritabilidad, anhedonia, problemas en el rendimiento escolar y las relaciones sociales y familiares, entre otras, pueden ir

incrementando en gravedad cuando no se analiza a fondo la razón que provocó su génesis (APA, 2008).

El problema recae, en parte, en que los manuales diagnósticos actuales no tienen un diagnóstico que repare sobre los efectos del trauma en el proceso del desarrollo. En muchas ocasiones, cuando el trauma inicia en etapas tempranas y es de carácter interpersonal, las manifestaciones clínicas no logran calzar por completo en un diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Trauma. Esto debido al carácter interpersonal y crónico, donde la relación con sus figuras primarias de apego está severamente alteradas y comprometidas (Cook et al., 2005 & Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013).

Ahora bien, la exposición a múltiples eventos traumáticos ya sea por periodos sostenidos de tiempo o en diferentes momentos del desarrollo se ha definido como Trauma Complejo. Una gran cantidad de estos casos tienen su génesis en la niñez, donde la persona menor de edad (PME) ha sobrevivido a experiencias de abuso, negligencia y/o abandono, especialmente cuando las personas que perpetran la violencia son sus propios cuidadores. Desembocando entonces en una sensación de angustia y vulnerabilidad constante y de la cual no se tiene escapatoria (referencia.).

Se ha planteado la presencia de alteraciones, en los siguientes dominios, en niños expuestos a traumatismos complejos (Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013):

Apego	Biología	Regulación Afectiva
Problemas con los límites Desconfianza y suspicacia Aislamiento social Dificultades interpersonales Dificultad para sintonizar con los estados emocionales de otras personas. Dificultad para tomar perspectiva.	Problemas de desarrollo sensoriomotor Analgesia Problemas de coordinación, equilibrio, tono corporal. Somatización. Aumento de los problemas médicos en un amplio intervalo (p. Ej., Dolor pélvico, asma, problemas de la piel, trastornos autoinmunitarios, pseudoconvulsiones).	Dificultad con la autorregulación emocional. Dificultad para etiquetar y expresar sentimientos. Problemas para conocer y describir estados internos. Dificultad para comunicar deseos y necesidades.
Disociación	Problemas de Conducta	Cognición

<p>Distintas alteraciones en los estados de conciencia. Amnesia Despersonalización y desrealización Dos o más estados de conciencia distintos Memoria deteriorada para eventos basados en estados</p>	<p>Mala modulación de impulsos. Comportamiento autodestructivo Agresión hacia los demás Comportamientos patológicos de auto calma Trastornos del sueño Trastornos de la alimentación Abuso de sustancias Cumplimiento excesivo Comportamiento de oposición Dificultad para comprender y cumplir las reglas. Recreación de un trauma en el comportamiento o el juego (p. Ej., Sexual, agresivo)</p>	<p>Dificultades en la regulación de la atención y el funcionamiento ejecutivo Falta de curiosidad sostenida Problemas con el procesamiento de información nueva. Problemas para concentrarse y completar tareas Problemas con la constancia del objeto Dificultad para planificar y anticipar Problemas para entender la responsabilidad Dificultades de aprendizaje Problemas con el desarrollo del lenguaje. Problemas con la orientación en el tiempo y el espacio.</p>
<p>Auto-concepto Falta de un sentido de sí mismo continuo y predecible. Pobre sensación de separación Alteraciones de la imagen corporal. Baja autoestima. Vergüenza y culpa.</p>		

La disociación por su parte se refiere a la ruptura en la homeostasis de ciertos sistemas estructurados de acción, creando como resultado mucha dificultad para diferenciar las experiencias internas de las externas, o para dejarlas en el pasado. En especial si el o los eventos traumáticos se siguen reiterando (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008; Baita, 2015).

Los estados de disociación más extremos, en los cuales los procesos mentales y las experiencias vividas no se han logrado integrar satisfactoriamente, provienen de una reacción primitiva de sobrevivencia como resultado de una disrupción severa en el vínculo con las figuras de apego (Miller, 2016).

En lo que respecta propiamente a la disociación con sintomatología sensoperceptiva, Read, Agar, Argyle y Aderhold (2003) realizaron una investigación en la cual buscaron determinar si realmente existía relación entre las alucinaciones y el abuso infantil, a la luz de estudios previos que se referían a una posible relación causal entre la sintomatología positiva de la esquizofrenia y el trauma infantil. En su estudio estos autores logran identificar al abuso infantil como un predictor significativo de alucinaciones, especialmente auditivas y táctiles. Donde las alucinaciones visuales presentaban contenidos relacionados al trauma experimentado. En muchas ocasiones, el contenido general de la alteración sensoperceptiva parecía indudablemente ligado a las mismas experiencias traumáticas.

De aquí en adelante se hará referencia en el texto a la disociación traumática, aquella derivada de la exposición a trauma complejo y, en el contexto de éste, a experiencias varias de violencia interpersonal crónica por omisión o por comisión.

1.2 Antecedentes

Kilcommons y Morrison (2005) realizaron un estudio centrado en explorar la relación entre trauma y psicosis. Concluyeron que existía una alta prevalencia de pacientes diagnosticados con psicosis que habían estado expuestos a eventos traumáticos en su vida, donde la disociación y la severidad del trauma parecían ser factores mediales asociados a las alucinaciones. Otro estudio encontró relación significativa entre el abuso físico en la niñez, incluido el abuso sexual, y las alucinaciones visuales (Shevlin, Dorahy y Adamson, 2006).

Por su parte, Stewart y White (2008) propusieron que las experiencias traumáticas podían tener un efecto disruptivo en el filtrado sensorial de la información. Mientras que Perona-Garcelan, et al. (2008) estudiaron a pacientes con alucinaciones quienes reportaban un alto porcentaje de

experiencias disociativas. Lo anterior es congruente con otro estudio realizado por los mismos autores (2010), donde proponen que la sintomatología sensoperceptiva parecía ligada a la disociación en los casos donde había existido trauma durante la niñez.

Se ha encontrado que las alucinaciones ligadas a procesos de trauma y disociación presentan la característica de que la capacidad para discriminar la realidad no parece estar significativamente alterada (Perona-Garcelán et al., 2012), existiendo una fuerte correlación entre alucinaciones auditivas y abuso sexual infantil (Daalman et al., 2012).

En el 2014, un estudio dirigido por Gómez, Kaehler, y Freyd, nuevamente encontró relación entre disociación, trastornos sensoperceptivos y abuso sexual, explicando que en los casos en que dicho abuso sea perpetrado por una persona cercana, o sea percibido como un acto simbólico o literal de traición, se identificaba mayor potencial para que se desarrollaran alteraciones sensoperceptivas.

Por su parte, otros estudios resaltan que si bien hasta el momento se ha concordado que existe una relación causal disociación-alucinaciones, se debe de seguir indagando en los mecanismos que las provocan, sugiriendo las alucinaciones visuales como la re-experimentación de las mismas vivencias traumáticas no integradas (Steel; Brewin, 2015). Mientras que otros autores se preguntan si, en este caso, deberían de ser consideradas como alucinaciones puras o “pseudoalucinaciones” (Wearne y Genetti, 2015).

En los últimos años, los estudios han continuado encontrando asociaciones entre los trastornos sensoperceptivos o alucinaciones en personas con historia de trauma, con procesos claramente disociativos (Dorahy y Palmer, 2016). Correlacionado sólidamente, además, las experiencias traumáticas en la niñez en conjunto con la presencia de apego inseguro con la tendencia a desarrollar un trastorno disociativo con sintomatología senso-perceptiva (Berry, Fleming, Wong y Bucci, 2017; Bailey et al., 2018). Siendo el abuso sexual un fuerte mediador de dichas experiencias traumáticas tempranas (McCarthy-Jones, 2017).

En la actualidad, el recorrido investigativo propone centrarse en la fuente de dicha sintomatología, explorando los mecanismos biológicos que median entre los procesos de disociación y trastornos sensorceptivos, los cuales provocan que las experiencias violentas experimentadas no se logren integrar adecuadamente, fracturándose y siendo experimentadas como situaciones intrusivas y externas al cuerpo. Creando entonces también la necesidad de conocer y desarrollar más estrategias terapéuticas dirigidas a integrar las experiencias sensorceptivas producto de las partes fragmentadas (Moskowitz, Dorahy y Schäfer; Moskowitz y van der Hart; Jardri, Larøi y Waters, 2019).

A la luz de lo anterior es importante poder clasificar entonces de manera concreta la clase de síntomas relacionados con la disociación, los cuales se listan a continuación:

<p style="text-align: center;">Cambios de conciencia desconcertantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lapsus de conciencia momentáneos o estados de bloqueo que podrían durar horas • Entrada en estados de flashback en los que se confunde el presente y el pasado • Trastornos del sueño: sonambulismo, dificultad para activarse, insomnio o cambios de personalidad al despertar de un sueño profundo • Confusión, no sentirse en el propio cuerpo, despersonalización • Sentir un cambio significativo en la sensación del yo
<p style="text-align: center;">Experiencias alucinatorias muy reales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oír voces • Ver fantasmas u otras entidades imaginarias que interactúan con ellos • Amigos imaginarios muy reales y creencias de que pueden “controlar” o influir en la conducta • Sentirse más joven o mucho mayor a la edad cronológica

<p>Cambios destacables en conocimientos, estados de ánimo o patrones de conducta y de reacción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir que los estados del ánimo tienen “mente propia” • Cambios extremos en las relaciones con la familia • Las competencias y las habilidades son inconsistentes • Sentimientos de tener un “yo” dividido • Conductas extremas que parecen no características: promiscuidad sexual, agresión extrema
<p>Lapsus de memoria desconcertantes para las conductas propias o para eventos vividos recientemente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No poder recordar lo que ocurrió durante un episodio de enfado • No poder recordar meses enteros o años de vida (después de los 4 o 5 años) • No poder recordar trabajos que uno ha hecho • No poder recordar experiencias con amigos o con familiares que otras personas explican
<p>Experiencias somáticas anormales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somáticos cambiantes • Conductas de autolesión • Síntomas de conversión • Pseudo-ataques • Insensibilidad al dolor • Incontinencia urinaria o fecal

Cuadro tomado de: Silberg, J. (2019). *El Niño Superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer.

II. Marco Conceptual

2.1 Abuso Sexual

El abuso sexual de una persona menor de edad comprende toda acción en la cual el mismo sea utilizado en la realización o presencia de un acto de connotación sexual, llevado a cabo por parte de un familiar, conocido, o persona ajena en la cual no haya, o no se pueda brindar consentimiento. Inclusive en situaciones donde no haya un rechazo aparente de la persona menor de edad, o cuando se vea presente entre dos menores de edad, con una disparidad entre las edades. El abuso sexual infantil puede o no estar enmarcado en un contacto sexual explícito, e incluye (UNICEF, 2016):

- Los manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales.
- El coito interfemoral (entre los muslos).
- La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal.
- El exhibicionismo y el voyeurismo.
- Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de los niños, niñas y adolescentes (NNyA).
- La exhibición de pornografía. En ocasiones, disfrazada como “educación sexual”.
- Instar a que los NNyA tengan sexo entre sí o fotografiarlos en poses sexuales.
- Contactar a un NNyA vía internet con propósitos sexuales (grooming)

2.2 Estilo de apego desorganizado

Surge a partir de experiencias primarias en las cuales la persona menor de edad no sabe de qué manera poder acceder a la seguridad y proximidad de su(s) fuente(s) primarias de apego (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013), debido a que esta figura se presenta de manera paradójica: en algunos momentos se acercan de manera temerosa, y en otras de manera hostil y atemorizante; por lo cual la misma figura que calma también imbuje temor. Puede haber momentos de acercamiento afectivo, pero estos no duran mucho, aumentando la confusión y desorganización de la PME. Lo cual dificulta que el niño o la niña comprendan si la amenaza está en el ambiente, o si la amenaza es ellos/as mismos/as. Al existir este tipo de apego, se crea una representación interna conflictiva (Baita, 2015).

Liotti (2009) mencionado en Baita (2015) hace referencia a tres posibles desenlaces del apego desorganizado. En la primera, existe un cambio positivo en las cualidades de la figura de

apego, lo cual permite que se integren aquellas estructuras internas que podrían haberse visto segregadas o disociadas. En la segunda, se adquiere un trastorno disociativo de menor severidad como resultado de estar expuesto/a a nuevas experiencias traumáticas. Y en la tercera, la más relevante en el caso de este estudio, ante la presencia de abusos crónicos y repetidos durante el desarrollo, entre ellos el abuso sexual, a lo que se le suma una figura afectiva de apego que no logra contener y se muestra negligente, se espera se desencadenen traumas complejos y experiencias disociativas graves.

2.3 Disociación

Actualmente la disociación no se considera como un mecanismo de defensa desde la conceptualización psicoanalítica más pura, sino como una defensa ante el peligro percibido. Nijenhuis (2005, mencionada en Baita, 2015) refiere que la disociación puede ser analizada desde cinco niveles: (1) sintomática, manifestada a través de síntomas observables; (2) estructural, como “una forma de organización de la personalidad” (pp.59); (3) causal, como dificultad para integrar; (4) funcional, como un mecanismo que surge para poder sobrevivir o adaptarse a una situación; y (5) dinámica, “en función de las acciones mentales que intervienen para mantenerla [disociación]” (pp. 59). A partir de lo anterior es que se ha buscado integrar estos distintos niveles de manera que puedan todos adquirir coherencia y consistencia. Para esto (y el presente estudio) se considera que la integración de la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad en conjunto con la Teoría del Apego permite una visión comprensiva y evolutiva de la disociación (Baita, 2015).

Vale acotar que la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad desarrollada por Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis y Kathy Steele (2006) propone que la personalidad está formada por sistemas estructurados de acción de vida cotidiana, los cuales permite el ajuste a la vida diaria y el de defensa, que ayuda a responder y posteriormente recuperarse del peligro. Ambos tienen propensiones innatas a la acción y funcionan de manera coordinada, inhibiéndose mutuamente. Sin embargo, ante situaciones de estrés grave y prolongado, que puede además darse en periodos críticos del desarrollo donde el cerebro aún se encuentra en formación de las estructuras de asociación, se puede dar una disociación de dichos sistemas. En casos donde además existe un ambiente de apego desorganizado, donde la PME debe de luchar continuamente por su

supervivencia, se implican sistemas de acción ya de por sí mermados (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008; Baita, 2015).

Todo lo anterior provoca que esta PME tenga mucha dificultad para diferenciar las experiencias internas de las externas, o dejarlas en el pasado. En especial si el o los eventos traumáticos se siguen reiterando (Baita, 2015).

A su vez, se han propuesto dos manifestaciones fenomenológicas de la sintomatología disociativa: somatomorfa y psicomorfa (positiva y negativa) (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005). Donde trastornos sensorceptivos como alucinaciones visuales o auditivas son comunes en la presentación psicomorfa positiva de los síntomas (Dell, 2002 mencionado en van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005).

2.4 Sintomatología sensorceptiva

Se consideran como “fenómenos perceptivos erróneos” (pp. 5510) y según su modalidad sensorial se subdividen en: alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, alucinaciones gustativas y olfativas, alucinaciones táctiles, alucinaciones somáticas o cinestésicas. También se incluyen anomalías de la percepción no alucinatorias, como la despersonalización y la desrealización (Paniagua, Villa, García y Sánchez, 2007).

III. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Realizar un análisis de casos descriptivo de las características de la sintomatología sensorceptiva en adolescentes víctimas de abuso sexual.

3.2 Objetivos específicos

1. Delimitar características específicas de la presentación sintomática de los trastornos sensorceptivos relacionados a un proceso de disociación traumática.
2. Analizar los posibles patrones de contenidos en los trastornos sensorceptivos.
3. Analizar posibles diferencias en los patrones de contenido en las manifestaciones sensorceptivas de los fenómenos disociativos estudiados.

IV. Metodología

4.1 Tipo de Estudio y Metodología

El diseño del estudio obedece a un estudio de casos de enfoque cualitativo de características fenomenológicas circunscrito a un análisis a profundidad de las experiencias sensorceptivas reportadas en los casos de estudio a partir de la revisión expedientes con previo consentimiento del Comité Ético Científico del Hospital Nacional Psiquiátrico.

4.2 Población de estudio

Se seleccionaron y estudiaron cinco casos de personas adolescentes, basados en los criterios de inclusión y exclusión.

4.3 Población

Se intentó a nivel de Registros Médicos colaboración relacionada con una aproximación numérica de casos. El mismo fue denegado por la justificación de que no se podía brindar los datos sin antes el estudio fuera aprobado por el Comité de Bioética de la institución. Por lo tanto, se optó por realizar un estudio de cinco casos atendidos (ya sea por primera vez o en sesiones de seguimiento) desde enero hasta diciembre del 2019, mismos que fueron filtrados y seleccionados por la psicóloga tratante, la Especialista en Psicología Clínica Karina Jiménez, del Servicio de Consulta Externa de Niños y Adolescentes, basándose en los criterios de inclusión y exclusión listados en este documento.

4.3.1 Criterios de Inclusión

La población de estudio cumplió con lo siguiente:

- Un rango de edad entre 12 y 17 años y 11 meses, usuarias del Servicio de Consulta Externa de Niños y Adolescentes con motivos de consulta y referencia que fueran atendidas por la Esp. Karina Jiménez entre enero y diciembre del 2019, y que correspondieran a sintomatología disociativa con características sensorceptivas asociadas, mismas que pueden ser visuales, auditivas, táctiles, o una mezcla de las mismas. Se decide no incluir a población menor a estas edades para así poder delimitar aún más la muestra del estudio. A su vez, se selecciona la población infanto-juvenil debido a que, como se menciona en los

antecedentes, gran parte de los estudios anteriores sobre disociación y sintomatología sensorceptiva se han centrado más en población adulta, por lo cual se considera que existe una necesidad de indagar más sobre el tema en población menor de edad.

- Adolescentes con historia de abuso sexual perpetrada por una persona de su núcleo familiar, o por una persona externa al mismo.
- Historia clínica que haya sido recopilada mediante entrevista clínica y sesiones terapéuticas subsiguientes donde se evidencie un patrón de apego desorganizado durante la primera infancia.
- Personas que hayan cumplido la mayoría de edad en el 2019, en cuyo caso no se analizó ninguna información posterior a su cumpleaños, con la finalidad de poder integrar toda la información dentro del marco propuesto.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Usuarios y usuarias con un diagnóstico primario de Trastornos del Neurodesarrollo, o con compromiso neurológico comprobado que dificultara la clara identificación de la sintomatología, o cuya presentación sensorceptiva pudiera estar asociada a fallas neurológicas.
- Personas menores a los 12 años o mayores a los 17 años y 11 meses.

4.4 Procedimiento

Estudio de casos de enfoque cualitativo de características fenomenológicas, mediante la revisión del Expediente Digital Único en Salud, circunscrito a un análisis a profundidad de las experiencias sensorceptivas reportadas en los casos de estudio.

4.5 Operacionalización de Variables

Categoría de Análisis	Definición Operacional
Abuso sexual	El abuso sexual de una persona menor de edad comprende toda acción en la cual el mismo sea utilizado en la realización o presencia de un acto de connotación sexual, llevado a cabo por

	<p>parte de un familiar, conocido, o persona ajena en la cual no haya, o no se pueda brindar consentimiento. Inclusive en situaciones donde no haya un rechazo aparente de la persona menor de edad, o cuando se vea presente entre dos menores de edad, con una disparidad entre las edades (UNICEF, 2016).</p>
<p>Apego desorganizado</p>	<p>Surge a partir de experiencias primarias en las cuales el menor no sabe de qué manera poder acceder a la seguridad y proximidad de su(s) fuente(s) primarias de apego (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013), debido a que esta figura se presenta de manera paradójica: en algunos momentos se acercan de manera temerosa, y en otras de manera hostil y atemorizante; por lo cual la misma figura que calma también imbuye temor. Puede haber momentos de acercamiento afectivo, pero estos no duran mucho, aumentando la confusión y desorganización de la PME. Lo cual dificulta que el niño o la niña comprendan si la amenaza está en el ambiente, o si la amenaza es ellos/as mismos/as. Al existir este tipo de apego, se crea una representación interna conflictiva (Baita, 2015).</p>
<p>Sintomatología disociativa</p>	<p>Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis y Kathy Steele (2006) proponen que la personalidad está formada por sistemas estructurados de acción de vida cotidiana que el ajuste a la vida diaria y el de defensa, la cual ayuda a responder y posteriormente recuperarse del</p>

	<p>peligro. Sin embargo, ante situaciones de estrés grave y prolongado, se puede dar una disociación de dichos sistemas. Provocando que la PME tenga mucha dificultad para diferenciar las experiencias internas de las externas, o dejarlas en el pasado. En especial si el o los eventos traumáticos se siguen reiterando (Baita, 2015).</p>
<p>Sintomatología sensoperceptiva</p>	<p>Se consideran como “fenómenos perceptivos erróneos” (pp. 5510) y según su modalidad sensorial se subdividen en: alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, alucinaciones gustativas y olfativas, alucinaciones táctiles, alucinaciones somáticas o cinestésicas. También se incluyen anomalías de la percepción no alucinatorias, como la despersonalización y la desrealización (Paniagua, Villa, García y Sánchez, 2007).</p>

4.6 Método para el Análisis de Casos

Para el análisis de los datos se utilizó un enfoque cualitativo en el cual se parte de poseer las categorías de análisis previas, generales, a partir de las cuales se organizó la información proveniente de los expedientes de salud de la población de estudio, con la apertura posterior a que estas se puedan eventualmente subclasificar en categorías más finas de análisis a partir de un análisis final de texto de las historias clínicas y las sesiones de seguimiento. Acorde a esto, se estará realizando un análisis por categorías.

4.7 Resultados

La meta de esta investigación era poder describir la sintomatología disociativa con manifestaciones senso-perceptivas en población adolescente, asociadas a procesos de trauma y disociación. Y a su vez encontrar, analizar y describir la existencia similitudes o diferencias en el

patrón de presentación de dichas alteraciones. En base a la revisión de literatura y al análisis de expedientes realizado queda en claro que cuando se unen el trauma y la falta de vínculos primarios seguros, contenedores, existe la gran posibilidad de que este ser humano escinda sus propias vivencias como un mecanismo de sobrevivencia.

Todos los casos estudiados fueron de adolescentes del grupo etario comprendido entre los 12 y los 16 años. No se encontraron registros de adolescentes varones quienes reportaran la sintomatología estudiada.

Al realizar un análisis a profundidad de la población de estudio se identificó que en todos los casos estas menores de edad pertenecían a hogares desintegrados, con predominio de violencia intrafamiliar y apego desorganizado. La mayoría de las adolescentes percibían a la unidad parental como compuesta por un padre percibido como ausente (física y/o emocionalmente). Así como una relación de doble vínculo con la madre. Donde estas figuras que brindan cariño al mismo tiempo hieren, creando una experiencia desconcertante para las menores al punto en que su propio hogar deja de ser percibido como un lugar seguro, e inclusive puede volverse un detonante más para las crisis.

En todos los casos hay predominio de conductas auto-lesivas, la percepción de estar vulnerables, sintomatología depresiva de larga data, reportes de mucha desregulación emocional, e ideación suicida latente. Ante esto, el diagnóstico primario con el cual se clasificaron los casos fue el de “Distimia”. En tan solo uno de los casos se clasificó con el diagnóstico de “Historia Personal de Trauma y Reacción Grave al Estrés”. A ninguna de las menores se les anotó diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Trauma o Disociación.

Característica	Caso #1	Caso #2	Caso #3	Caso #4	Caso #5
Tipo de apego	Desorganizado	Desorganizado	Desorganizado	Desorganizado	Desorganizado
Patología diagnosticada	<p>F321. Episodio Depresivo Moderado.</p> <p>F439. Reacción al Estrés Grave, No Especificado</p> <p>Z914. Historia personal de Trauma Psicológico, no clasificado en otra parte.</p> <p>Z639. Problema no especificado relacionado con el Grupo Primario de Apoyo - Problemas Familiares</p>	<p>F341. Distimia</p> <p>Z598. Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.</p> <p>Z759. Problema no especificado relacionado con servicios médicos y de salud.</p>	<p>F341. Distimia</p> <p>F439. Reacción al Estrés Grave, No Especificado</p> <p>Z915. Historia Personal de Lesión Autoinflingida intencionalmente.</p> <p>Z637. Problemas Relacionados con o Hechos Estresantes que Afectan a la Familia y al Hogar.</p>	<p>F321. Episodio Depresivo Moderado</p> <p>F341. Distimia</p> <p>F920. Trastorno Depresivo de la Conducta Z731. Problemas Relacionados con la Acentuación de Rasgos de la Personalidad</p> <p>Z639. Problema No Especificado Relacionado con el Grupo Primario de Apoyo</p> <p>Z638. Otros Problemas Especificados</p>	<p>F29X. Psicosis Origen No Orgánico, No Especificado F911. Trastorno de la Conducta Insociable</p> <p>F819. Trastorno Del Desarrollo Habilidades Escolares, No Especificado</p> <p>F900. Perturbación de la Actividad y de la Atención</p> <p>F913. Trastorno Oposicionista Desafiante</p> <p>F919. Trastorno de la Conducta, No Especificado de la Conducta</p>

				Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo T742. Abuso Sexual	Z638. Otros Problemas Especificados Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo.
Consolidación familiar	Familia reconstruida.	Monoparental.	Monoparental.	Monoparental	Convive con ambos padres.
Relación con la figura paterna	Ausente emocional y físicamente.	Ausente emocional y físicamente.	Ausente emocionalmente.	Ausente emocionalmente	Ausente emocionalmente
Sintomatología	Ideas de muerte, insomnio, dificultad para mantener la atención.	Ideas de muerte, insomnio, auto-lesiones. Dificultades de socialización. Anhedonia. Irritabilidad. Sintomatología ansiosa. Dificultad concentrarse.	Sentimientos de tristeza. Hiporexia. Aislamiento. Anhedonia. Auto-lesiones. Visión de túnel. Llanto constante. Poca integración social.	Anhedonia, dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de culpa, tristeza, desanimo, ideas pasivas de muerte. Desregulación emocional	Conducta alimentaria inadecuada. Conductas hipersexualizada. Dificultad para la autorregulación emocional. Agresiones verbales y físicas hacia terceros. Agresión hacia animales. Auto-lesiones.

Variable	Caso #1	Caso #2	Caso #3	Caso #4	Caso #5
Abuso sexual	Abuso sexual en etapa pre-verbal.	Abuso sexual durante primera y segunda infancia.	Abuso sexual en etapa adolescente.	Abuso sexual durante segunda infancia.	Abuso sexual en etapa pre-verbal.
Trauma complejo	Violencia intrafamiliar. Bullying. Experiencias de abandono.	Violencia verbal. Carencia económica extrema. Experiencias de abandono.	Violencia física y verbal.	Violencia verbal y física. Experiencias de abandono.	Violencia física y verbal.
Apego desorganizado.	Presente.	Presente.	Presente.	Presente.	Abandono.
Sintomatología disociativa	Cambios de conciencia desconcertantes. Experiencias alucinatorias muy reales. Cambios destacables en conocimientos, estados de ánimo o patrones de	Cambios de conciencia desconcertantes. Experiencias alucinatorias muy reales. Cambios destacables en conocimientos, estados de ánimo o patrones de	Cambios de conciencia desconcertantes. Experiencias alucinatorias muy reales. Cambios destacables en conocimientos, estados de ánimo o patrones de	Cambios de conciencia desconcertantes. Experiencias alucinatorias muy reales. Lapsus de memoria desconcertantes para las conductas propias o para	Cambios de conciencia desconcertantes. Experiencias alucinatorias muy reales. Lapsus de memoria desconcertantes para las conductas

	<p>conducta y de reacción.</p> <p>Experiencias somáticas anormales.</p>	<p>conducta y de reacción.</p> <p>Experiencias somáticas anormales.</p>	<p>conducta y de reacción.</p> <p>Experiencias somáticas anormales.</p>	<p>eventos vividos recientemente.</p> <p>Experiencias somáticas anormales.</p>	<p>propias o para eventos vividos recientemente.</p> <p>Cambios destacables en conocimientos, estados de ánimo o patrones de conducta y de reacción.</p> <p>Experiencias somáticas anormales.</p>
--	---	---	---	--	---

La información recabada evidencia las repercusiones negativas en el desarrollo emocional y personal de las personas adolescentes quienes han tenido que sobrevivir uno o múltiples eventos de abuso sexual, y que además se han criado en un hogar donde predomina un estilo de apego desorganizado. Ante esto, estas adolescentes han tenido que vivir su miedo en medio de mucha soledad y confusión, desembocando en gran dificultad para poder integrar y procesar la información y emociones pertinentes a él o los eventos traumáticos

Es aquí donde podemos observar cómo la dificultad para integrar las experiencias difíciles en conjunto con la falta de figuras afectivas que brinden un espacio de seguridad desemboca en la presencia de sintomatología disociativa, especialmente cuando tenemos en cuenta que el abuso sexual no es una situación aislada, sino que se une a otros múltiples tipos de abusos que él o la menor experimenta a lo largo de su desarrollo.

El denominador común en todos los casos son una serie de experiencias desconcertantes que incluyen alteraciones sensorio-perceptivas auditivas, visuales, táctiles y olfatorias. En respuesta a un estado constante de alerta, donde re-experimentan el trauma de manera fragmentada, mediante experiencias que les impresionan fuera de su control.

Al estudiarse las similitudes y diferencias fenomenológicas de las experiencias disociativas con sintomatología sensorio-perceptiva en personas menores de edad, con historia de apego desorganizado y abuso sexual, se logra encontrar lo siguiente¹:

Similitudes en el patrón de contenido

1. **Alteraciones auditivas:** se presentan por medio de voces ajenas a ellas mismas, las cuales se presentan en forma de palabras aisladas o conversaciones fragmentadas con un discurso negativo y abusivo, donde eran llamadas por su nombre, escuchaban burlas, eran incitadas a lastimarse a sí mismas y a las personas a su alrededor, y les indicaban que debían huir ante la presencia de estresores.

¹ Se utiliza el pronombre femenino durante la descripción de resultados debido a que la muestra estuvo compuesta al 100% por adolescentes quienes se identificaban con dicho género.

2. **Alteraciones visuales:** el contenido primario es siempre el de una sombra -la cual tiende a tomar la forma de una figura masculina, humana o humanoide-. A su vez, también parece manifestarse mediante la percepción de un carro negro o blanco, y/o la de siluetas y sombras de animales.
3. **Alteraciones táctiles:** reportan la sensación de estar siendo tocadas en diferentes partes de su cuerpo, tales como pequeños toques o jalones, y la sensación ocasional de que hay una presencia junto a ellas, la cual no son capaces de ver. Experiencia que es vivida con miedo, incertidumbre, la sensación de no poder huir y de no tener control.
4. **Alteraciones olfativas:** se observa la presencia de olores que se han ligado con experiencias emocionales significativas.

Diferencias en el patrón de contenido

La disparidad en las experiencias sensorceptivas se debe a las particularidades individuales tales como el tipo de experiencias traumáticas experimentadas y el contexto en que se dio. Los resultados obtenidos reflejan las dos siguientes variantes:

1. El contenido del mensaje que escuchan, cuando este hace referencia a una situación específica en su historia de vida.
2. Alteraciones visuales donde se ven figuras humanas o animales mucho más claras, inclusive de varios colores y con rasgos definidos. Algunas adolescentes percibieron sus experiencias visuales como un mecanismo que les distrae en momentos de angustia.

No en todos los casos se van a reportar en conjunto las cuatro alteraciones anteriormente descritas; y si bien aquellas que implican lo visual y auditivo en general pareciera que tienden a manifestarse juntas, no es una regla aplicable en el caso de todas las historias de vida analizadas. De igual manera, todas estas perturbaciones pueden presentarse en distintas etapas del desarrollo, sin un orden específico -empero, aumentando en gravedad y desembocando en mayor malestar emocional y psíquico a medida que se mantienen sin tratamiento.

Del estudio de casos realizado también se desprenden las siguientes subcategorías de análisis:

Cambios de conciencia desconcertantes

Todas las menores reportan experimentar flashbacks ante diferentes estímulos detonantes, re-experimentando partes de él o los eventos traumáticos. En uno de los casos, los flashbacks inclusive contenían experiencias vividas en etapas pre-verbales.

También están presentes los trastornos del sueño, teniendo dificultades para poder conciliar o mantener el sueño. Y cuando por fin logran quedarse dormidas tienen pesadillas recurrentes donde se ven amenazadas, incapaces de huir, y reviven algunas de las experiencias traumáticas vividas, las cuales no se circunscriben solamente a situaciones adversas de índole sexual.

Cambios destacables en el conocimiento, estados de ánimo o patrones de conducta y reacción:

Se experimentan respuestas repentinas de hostilidad e impulsividad, especialmente cuando se sienten amenazadas por alguna cosa, persona o situación, sea esta real o imaginaria. Por tanto sus reacciones emocionales pueden fluctuar con rapidez, pues el estado de alerta constante implica que ante algún detonante se pongan en acción mecanismos primitivos de protección: huir, pelear o congelarse.

Lapsus de memoria desconcertantes

En dos de los casos las menores no lograban recordar de manera completa o parcial eventos traumáticos, así como las personas involucradas en estos eventos.

Experiencias somáticas anormales

Se reportaron dolores de cabeza y episodios de pérdida de conciencia ante situaciones de mucho estrés. A su vez, priman las conductas auto-lesivas con diferentes grados de intensidad, donde se destaca el cutting como el principal método con el cual se hacen daño.

V. Discusión Final

Desde el inicio del presente estudio de casos se planteó que los procesos sensorio-perceptivos asociados a disociación tienen su base en las experiencias de apego desorganizado y el haber sido víctima de trauma complejo, especialmente aquel relacionado con el abuso sexual (Gómez, Kaehler y Freyd, 2015; Dorahy y Palmer, 2016; McCarthy-Jones, 2017). Lo anterior se vio reflejado en la historia de vida de cada una de las adolescentes que formaron parte de la población de estudio, pues todas cumplían con los criterios anteriormente mencionados.

Es evidente que en los casos estudiados el apego desorganizado estaba caracterizado por el abandono, figuras que cuidan pero al mismo tiempo agreden, y personas cuyo funcionamiento no sigue un patrón fácilmente predecible. En los bebés, quienes dependen de los adultos para su sobrevivencia, un apego desorganizado implica la sensación constante de que se encuentran ante un peligro del cual no pueden escapar. Estos miedos se convierten en una realidad cuando las menores se ven víctimas de agresiones, y se continúan recrudeciendo a medida en que se ven expuestas a este u otros tipos de abuso.

El Abuso sexual infantil se presentó de diferentes maneras: familia, conocidos/as, y extraños; así como en diferentes momentos del desarrollo. Parece de gran importancia señalar que inclusive los eventos de abuso sexual en etapas pre-verbales tuvieron repercusiones en el desarrollo integral de las adolescentes. Si bien la memoria explícita de todo el evento no es codificada, el impacto tan sobrecogedor del trauma deja su rastro a nivel somático y emocional, creando una huella de memoria que termina en la re-experimentación traumática ante la dificultad del cerebro para poder integrar y encontrar coherencia en lo sucedido, por lo cual el recuerdo termina siendo almacenada de manera desestructurada, en forma de fragmentos (Echeburúa & Amor, 2018).

La violencia experimentada sumados a un apego desorganizado implica la pérdida de confianza con las figuras de apego, pues nuevamente confirma que se encuentran en un espacio cargado de incertidumbre donde lo que se les modela son estrategias desadaptativas de afrontamiento, mermando las oportunidades para que puedan lidiar efectivamente con las secuelas del trauma.

Cuando a esto se suma a una situación donde las redes de apoyo son frágiles y/o reducidas, las experiencias difíciles son vividas en medio de mucha soledad, pues si los adultos no parecen saber cómo ayudarla o reaccionan mediante la agresión o el miedo, provocan la sensación de que ellas mismas son el problema.

Como resultado se produce una alteración en “el circuito del miedo”, el cual se considera un “circuito cerebral innato” y compartido con los demás mamíferos cuya finalidad es poder proteger a la persona de posibles daños reales o imaginarios. En el caso de los y las bebés, este sistema puede activarse no solo ante un padre o madre que ejerza violencia, sino también cuando existe una desconexión emocional que no les permita responder de manera adecuada a las necesidades del infante, convirtiéndose en extremo traumáticas cuando se producen de manera repetida (Hernández, 2019).

Tal situación provoca una sobre-activación del circuito del miedo, ante lo cual él o la menor buscará reguladores ajenos al adulto que les cuida pues este no es capaz de modelar estrategias de afrontamiento saludables; lo cual en muchas ocasiones desemboca en el desarrollo de psicopatologías, incluidas entre ellas la disociación como estrategia de auto-protección (Hernández, 2019).

Ante esto muchas adolescentes se retraen, desarrollan una auto-percepción negativa, y finalmente evitan hablar sobre su sintomatología por miedo a que se confirme la creencia de que hay algo terriblemente mal en ellas.

Todo lo anterior resalta el peso y el carácter desorganizante de la exposición prolongada a eventos interpersonales perturbadores en el desarrollo psicológico temprano. Siendo la disociación el resultado final ante la dificultad para integrar los traumas experimentados.

Dentro del marco de la disociación las alucinaciones (o pseudo-alucinaciones, como prefieren definirlo algunos autores) se componen en su mayoría de memorias traumáticas que no han logrado integrarse y, por tanto, debido a la carga emocional, terminan siendo fragmentadas y escindidas (Baita, 2015). Es por esto por lo que las diferentes manifestaciones sensorperceptivas

son percibidas como ajenas, desconcertantes y en ocasiones persecutorias, pues sin importar cuanto traten de evitarlas se siguen manifestando una y otra vez, provocando la sensación de que hagan lo que se hagan no se puede escapar de ellas.

Tal como proponen Perona-Garcelán et al. (2012), la capacidad para poder discriminar la realidad no presenta alteraciones severas. En los casos estudiados no se reportaron lapsus de quiebre con la realidad al momento de experimentar estas alteraciones sensorio-perceptivas. Por el contrario, la sintomatología presente desembocaba en que las menores se preocuparan ante la posibilidad de estar padeciendo de un trastorno mental mayor, demostrando un nivel de insight sobre sus experiencias que no se aprecia en casos de psicosis activa. Esto no implica que una PME con historia de trauma y disociación no pueda tener algunos deslices a nivel de pensamiento cuando se sobrecarga emocionalmente, sino que en general están muy conscientes de que lo que están experimentando no es “normal”, y por ende la sensación de vulnerabilidad percibida.

En lo que respecta específicamente a las alteraciones auditivas, Mosquera (2019) le brinda relevancia al hecho de que “todas las voces son partes” disociadas. Es por esto que las y los adolescentes tienden a referir sus experiencias como si existieran “mundos internos o personas” diferentes dentro de su cabeza quienes les brindan instrucciones, las aconsejan, y/o agreden verbalmente.

Baita (2015) también describe en sus textos como los cambios de estados emocionales que se presentan cuando existe un proceso de disociación de por medio tienden a ser “bruscos, repentinos”, en respuesta a disparadores de los cuales los menores pueden o no estar conscientes, donde inclusive las explosiones emocionales pueden llegar a ser tan abrumadoras que posteriormente no se puedan recordar con claridad, y en casos aún más graves, del todo. Provocando en los adultos mucho desconcierto, tendiendo a centrarse más en la conducta que en el gran escenario de dolor y trauma que se encuentra detrás de ella.

Lo anterior se ve muy claramente en los casos estudiados, donde una de las quejas principales de sus cuidadores eran estas conductas repentinas y explosivas de agresividad y desregulación emocional, que provocaban molestia y/o miedo al no poder anticipar de qué manera

la adolescente iba a responder ante diferentes situaciones. Lo cual terminaba en un círculo donde en vez de poder calmar a la menor, el mismo ambiente le refuerza que se encuentra en una situación donde no puede ser ayudada, o que realmente sí se encuentra en peligro: en la medida en que la persona adulta no pueda brindar contención, indirectamente se le está indicando a la PME que su situación es grave y sin solución. Y ante la falta de ayuda externa, las únicas opciones son la agresividad como protección o la desesperanza ante el cansancio emocional.

VI. Conclusiones y Recomendaciones

La revisión de expedientes realizada concuerda con la teoría en que la mezcla de apego desorganizado y trauma por abuso sexual tienden a desembocar en una serie de sintomatología sensorial de carácter disociativo que afecta todas las esferas personales y sociales de la persona menor de edad. Dichas alteraciones pueden ser auditivas, visuales, táctiles y olfatorias, con un contenido que en general representa algún aspecto del evento traumático.

Donde sobresale mucha homogeneidad a nivel de contenido, siendo lo más común que proyecten su miedo en figuras amorfas, como sombras negras que impresionan viene a representar al perpetrador (o perpetradores) ante el cual aún se sienten vulnerables y perseguidas. Así como alteraciones auditivas en las cuales re-experimentan las agresiones verbales que sufrieron y/o escinden sus propias creencias negativas por medio de voces dentro y fuera de su cabeza que constantemente les acosan.

Cabe resaltar que la sintomatología disociativa tiene características polimorfas, ante lo cual las alteraciones sensoriales van a estar acompañadas de otros fenómenos no menos importantes como cambios de conciencia, lapsus de memoria, alteraciones repentinas en el estado de ánimo y el comportamiento, y somatización. El trauma no se manifiesta por una sola vía, y no se pueden obviar las demás respuestas post-traumáticas en favor de solo centrarse en un fenómeno, pues todo se encuentra intrínsecamente conectado. Son, a final de cuenta, diferentes vías por las cuales se presenta la dificultad para procesar e integrar la información adecuadamente. Cada síntoma es, en realidad, una ventana a la experiencia interna de la persona menor de edad.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el experimentar este tipo de sintomatología provoca mucha angustia en las PME, quienes necesitan de mucha guía y psicoeducación para poder comprender los procesos que acontecen dentro de su mundo interno y percibir sus vivencias como una secuela del trauma que puede ser tratada y tiene solución, y cuya presencia es mucho más común de lo que se cree.

Es por tanto que se vuelve necesario conocer y comprender este fenómeno, evitando que pasen desapercibidos o se confundan con otros diagnósticos, logrando así elegir la intervención que favorezca más al proceso terapéutico individual de cada uno/a de las PME.

Se debe de analizar el reporte de las experiencias sensorperceptivas en el marco de las experiencias personales de cada una de las PME. Es recomendable explorar antecedentes de trauma y como estos se relacionan con el contenido de las alteraciones auditivas, visuales, olfatorias o táctiles reportadas. No todo es disociación, pero tampoco todo es psicosis.

Ahora bien, tomando en cuenta lo anterior, es importante considerar hasta qué punto el abuso sexual en sí mismo no es el factor explicativo principal ni el de mayor peso traumatogénico vinculado con la disociación traumática y sus manifestaciones sensorperceptivas, sino aquel que es más “visible” al ojo clínico. El centrarnos solamente en este tipo de trauma o tratar de explicar la gran complejidad de las manifestaciones senso-perceptivas como resultado único del abuso sexual implicaría replicaría mitos y estereotipos, y sobresimplificar la comprensión de la complejidad del trauma psicológico complejo en etapas tempranas del desarrollo. Concluyendo en invisibilización de la extensión y múltiples dimensiones implicadas y afectadas en las dinámicas traumatogénicas.

La psicoeducación siempre es necesaria, pero se vuelve absolutamente invaluable cuando trabajamos con esta población. La sintomatología disociativa es percibida como aversiva por las menores, generando miedo a “volverse locas” o padecer de un trastorno mental mayor debido a la falta de conocimientos sobre la razón de sus experiencias internas. El que se les brinde explicación sobre lo que realmente sucede en su mundo interno no solo es su derecho, sino que les ayuda a comprender mejor sus detonantes, reacciones, y alienta a la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento más eficaces.

En cierta medida, también puede convertirse en una manera de crear confianza y fortalecer el rapport, en la medida en que la persona menor de edad reconoce a la persona terapeuta como un profesional con la capacidad para darle sentido a sus experiencias. Y finalmente, le permite al terapeuta tener más claras cuales estrategias utilizar durante el proceso de psicoterapia.

A su vez, la familia también debe de ser psicoeducada para así evitar que la PME se retraiga y se abstenga de hablar de manera sincera acerca de sus experiencias por temor a que no se les crea.

Existe también la gran necesidad de codificar el trauma y la disociación una vez que esta es identificada. En muchos casos, los diagnósticos son en lo primero en lo que las personas se fijan al momento de atender un caso. La falta de codificación implica el subreporte de las experiencias de trauma, y puede convertirse en una herramienta para que la sintomatología disociativa sea ignorada, o que las manifestaciones (en especial sensoperceptivas) sean vistas como mentiras, manipulación, exageración, o que inclusive se confunda por psicosis.

Un dato particular para señalar es que ningún adolescente del género masculino cumplió con los requisitos para ser parte del estudio, es decir, si bien en ocasiones hubo reportes de la sintomatología estudiada, no se encontró consignado el reporte de alguna experiencia de abuso sexual. Queda la incógnita que tanto esto se puede deber un problema de socialización de género, donde el tema del abuso sexual en el hombre sigue siendo poco hablado, cargado de tabúes, y el ser sobreviviente de este o cualquier otro tipo de agresión implicaría el convertirse en una figura vulnerable que no encaja con el constructo social del hombre fuerte.

Finalmente, es necesario continuar estudiando el tema de la disociación en la población infanto-juvenil, pues las manifestaciones del trauma tienden a diferir en algunos aspectos a como se presentan en los adultos. Actualmente la información acerca del tema es limitada en comparación con otros trastornos, existiendo aún menos estudios centrados en la población menor de edad.

A su vez, mayor entendimiento sobre la etiología y función de los trastornos sensoperceptivos en el marco de la disociación implica el que se puedan crear y/o mejorar propuestas de abordaje, permitiendo intervenciones más especializadas y adaptadas a las necesidades de la población con la que se trabaja en los diferentes centros de salud, ya sea a nivel público o privado.

VII. Referencias Bibliográficas

APA Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents. (2008). *Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*. American Psychological Association.

Baita, S. (2015). *Rompecabezas: Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*. Buenos Aires, Argentina: el autor.

Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A., Hulbert, C., Barlow, E., y Bendall, S. (2018). Childhood Trauma Is Associated with Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 1-12. doi:10.1093/schbul/sbx161.

Berlinerblau, V. (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Berry, K., Fleming, P., Wong, S. y Bucci, S. (2017). Associations between Trauma, Dissociation, Adult Attachment and Proneness to Hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-10. doi:10.1017/S1352465817000716.

Brewin, C. (2015). Re-experiencing traumatic events in PTSD: new avenues in research on intrusive memories and flashbacks. *Psycho-Traumatology*, 6, 1-5.
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.27180>

Daalman, K., Diederens, K., Derks, E., van Lutterveld, R., Kahn, R., y Sommer, I. (2012). Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 42,2475–2484. doi: 10.1017/S0033291712000761.

- Dissociative Experiences as Mediators Between Childhood Trauma and Auditory Hallucinations. *International Society for Traumatic Stress Studies*, 25, 323–329. DOI: 10.1002/jts.21693.
- Dorahy, M. y Palmer, R. (2016). Auditory Hallucinations in Chronic Trauma Disorders: Phenomenology and Psychological Mechanisms. *Springer International Publishing Switzerland*, 1224-1237. DOI 10.1007/978-3-319-08359-9_45.
- Gómez, J., Kaehler, L. y Freyd, J. (2014). Are Hallucinations Related to Betrayal Trauma Exposure? A Three-Study Exploration. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 675–682. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037084>
- Kleber R. J. (2019). Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 451. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
- Echeburúa, E. & Amor, P. (2018). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80.
- Hernández, P. (2019). Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer, S. A.
- Jardri, R., Larøi, F., y Waters, F. (2019). Hallucination Research: Into the Future, and Beyond. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), S1-S4. doi:10.1093/schbul/sby170.
- Kilcommons, A. y Morrison, A. (2005) Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand*, 112,351–359.
- McCarthy-Jones, S. (2017). Post-Traumatic Symptomatology and Compulsions as Potential Mediators of the Relation Between Child Sexual Abuse and Auditory Verbal Hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-14. doi:10.1017/S1352465817000686.

- Miller, P. (2016). *EMDR Therapy for Schizophrenia and Other Psychoses*. New York, NY: Springer Publishing Company
- Moskowitz, A., Dorahy, M. y Schäfer, I. (2019). *Psychosis, Trauma and Dissociation Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*. Hoboken, Estados Unidos: John Wiley & Sons Ltd.
- Moskowitz, A. y van der Hart, O. (2019). Historical and contemporary conceptions of trauma related dissociation: A neo-Janetian critique of models of divided personality. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.004>
- Mosquera, D. (2019). *Working with Voices and Dissociative Parts: A trauma-informed approach*.
- Paniagua, G., Villa, R., García, L., y Sánchez S. (2007). *Protocolo diagnóstico del paciente con alucinaciones. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(85), 5510–5512. doi:10.1016/s0211-3449(07)74688-x
- Perona-Garcelan, S., Cuevas-Yust, C., García-Montes, J., Pérez-Álvarez, M., Ductor-Recuerda, M., Salas-Azcona, R., Gómez-Gómez, M. y Rodríguez-Martín, B. (2008). Relationship Between Self-Focused Attention and Dissociation in Patients with and Without Auditor Hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 190-197
- Perona-Garcelan, S., Cuevas-Yust, C., García-Montes, J., Pérez-Álvarez, M., Ductor-Recuerda, M., Salas-Azcona, R., Gómez-Gómez, M. y Rodríguez-Martín, B. (2010). A Preliminary Exploration of Trauma, Dissociation, and Positive Psychotic Symptoms in a Spanish Sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 284-292, DOI: 10.1080/15299731003786462
- Carrascoso-López, F., García-Montes, J., Ductor-Recuerda, M., López-Jiménez, A., Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M. y Gómez-Gómez, T (2012). Dissociative Experiences

- Mediators Between Childhood Trauma and Auditory Hallucinations. *International Society for Traumatic Stress Studies*, 25, 323–329. DOI:10.1002/jts.21693.
- Read, J., Agar1, K., Argyle, N. y Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *The British Psychological Society*, 76, 1-22
- Shevlin, M., Dorahy, M. y Adamson, G. (2006). Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 222-228.
- Silberg, J. (2019). El Niño Superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación. Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Steel, C. (2015). Hallucinations as a trauma-based memory: implications for psychological interventions. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01262.
- Stewart, L. y White, P. (2008). Sensory filtering phenomenology in PTSD. *Depression and Anxiety*, 25, 38-45.
- Talarn, A., Sáinz, F. & Rigat, A. (2013). Los vínculos en la primera infancia. En A. Talarn, F. Sáinz & A. Rigat. *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo* (pp. 71-114). Barcelona: Herder.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2005). An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2008). *El Yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao, España: Editorial Desclee Brouwer.

Varese, F., Barkus, E., y Bentall, R. (2012). Dissociation mediates the relationship between trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine*, 42, 1025–1036.doi: 10.1017/S0033291711001826.

Wamser-Nanney, R. and Vandenberg, B.R. (2013), Empirical Support for the Definition of a Complex Trauma Event in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 671-678. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>

Wearne, D. y Genetti, A. (2015). Pseudohallucinations versus hallucinations: wherein lies the difference? *Australasian Psychiatry*, 1-4. DOI: 10.1177/1039856215586150.