



Sociedad Española de  
Medicina Psicosomática  
y Psicoterapia

# La realidad clínica del trauma



José Luis Marín  
[www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)  
Marzo 2024

Puedes encontrar la presentación completa en:  
www.psicociencias.com ➡ publicaciones ➡ noticias



Nosotros ▾ Formación ▾ IDAE-EMDR ▾ Asistencia e Investigación ▾ **Publicaciones** ▾ Aula Virtual  ▾

## NOTICIAS

¿QUIERES ESTAR AL DÍA DE TODAS NUESTRAS NOVEDADES? ¡SÍGUENOS!

# Una mañana en la consulta

- **José, 12 años. Qué le pasa:** agresivo, rompe objetos, no se centra, se pelea con sus compañeros... Diagnosticado de TDAH, T. negativista desafiante, ansiedad, T. de desregulación disruptiva del E.A.,..... está tomando actualmente 2 antipsicóticos, un antidepresivo, un ansiolítico y un antiépiléptico. Pasó las últimas Navidades atado a la cama de un hospital. Ahora vive en un Centro de Protección de Menores.
- **José. Qué le ha pasado:** madre inmigrante procede de un país de la Europa del Este en situación de violencia política. Padre alcohólico y ausente. Negligencia marcada.



# Una tarde en la consulta

- **María, 20 años. Qué le pasa:** aislada, controladora, explosiva, sexualizada, narcisista, vengativa, drogadicta. Diagnosticada de T. límite de personalidad, T. explosivo intermitente, T. consumo de sustancias, T. bipolar. Tratada actualmente con 7 psicofármacos diferentes,
- **María. Qué le ha pasado:** abandonada por su padre al nacimiento, su madre es incapaz de ejercer la maternidad. Fría, distante, sin sintonizar, cede la custodia a la Comunidad de Madrid a sus 14 años. Ingresada en varias ocasiones.



# En la misma tarde

- **Carmen, 32 años. Médico. Qué le pasa:** deprimida, ansiosa, inestable, disfunción sexual, sin voluntad, sin pareja. Pesa 118 kgs.
- **Carmen. Qué le ha pasado:** abusada sexualmente por su abuelo entre los 8 y los 13 años. La sexualidad (corporalidad) como disparador.
- **Lola, 46 años. Abogada. Qué le pasa:** fibromialgia, “depresión” (no siempre es depresión).
- **Lola. Qué le ha pasado:** abusada sexualmente por un vecino entre los 6 y los 12 años.



# La experiencia traumática en la vida

- Todos estamos expuestos a experiencias traumáticas: son universales.
- Precoces, mantenidas o actuales.
- No se pueden evitar, pero las consecuencias son diferentes.
- ¿Dependiendo de qué....?
- En la población clínica: prácticamente general.
- Y casi nunca se asocia con el motivo de consulta.



An iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is visible above the water surface, while the much larger, jagged base is submerged underwater. The sky is blue with some clouds, and the water is a deep blue.

**El motivo de consulta:**  
Ansiedad, depresión, t. alimentario, ...

**El problema:**

- Estoy triste
- Estoy enfadado
- Tengo miedo
- No sé lo que hacer
- No tengo palabras...
- Nadie me entiende
- Me quiero morir
- Nadie me escucha

La metáfora del iceberg

# El síntoma y el problema

Los tratamientos actuales: grandes ventiladores para disipar el humo



# Posiciones respecto a trauma y enfermedad

- “No todo es trauma, no es para tanto, es muy raro en la consulta”
- “No se debe hablar de ello, sólo si el paciente lo pide, se puede desestabilizar, mejor esperar..., es peligroso abrir el melón”
- Más de 30 años de investigación exhaustiva y experiencia clínica demuestran, exactamente, lo contrario.
- En algunos países, como UK, no explorar las experiencias traumáticas puede ser considerado una negligencia profesional.
- **Trauma Informed Approach**



# Centro de Investigación Social de Buffalo

Acerca de institutos Noticias y Eventos

Centro de Investigación Social de Buffalo > Institutos > Instituto de Trauma y Atención Informada sobre Trauma > ¿Qué es la atención informada sobre el trauma?

Instituto de Trauma y Atención Informada sobre Trauma

> ¿Qué es la atención informada sobre el trauma?

## ¿Qué es la atención informada sobre el trauma?

La atención informada sobre el trauma comprende y considera la naturaleza generalizada del trauma y promueve entornos de curación y recuperación en lugar de prácticas y servicios que, sin darse cuenta, pueden volver a traumatizar.

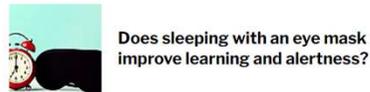
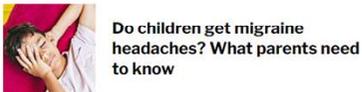


Customer Service Content Licensing About Us

Free HealthBeat Signup Shop Pay Subscrip

Common Conditions Staying Healthy Resources Blog COVID-19 Updates

### RECENT BLOG ARTICLES



HARVARD HEALTH BLOG

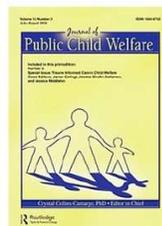
## Trauma-informed care: What it is, and why it's important

Hogar > Seguro de salud y social > servicio Nacional de Salud > Personal sanitario > Definición práctica de práctica informada sobre el trauma

Oficina para la Mejora y las Disparidades de la Salud

## Guía Definición práctica de práctica informada sobre el trauma

Publicado el 2 de noviembre de 2022



Journal of Public Child Welfare



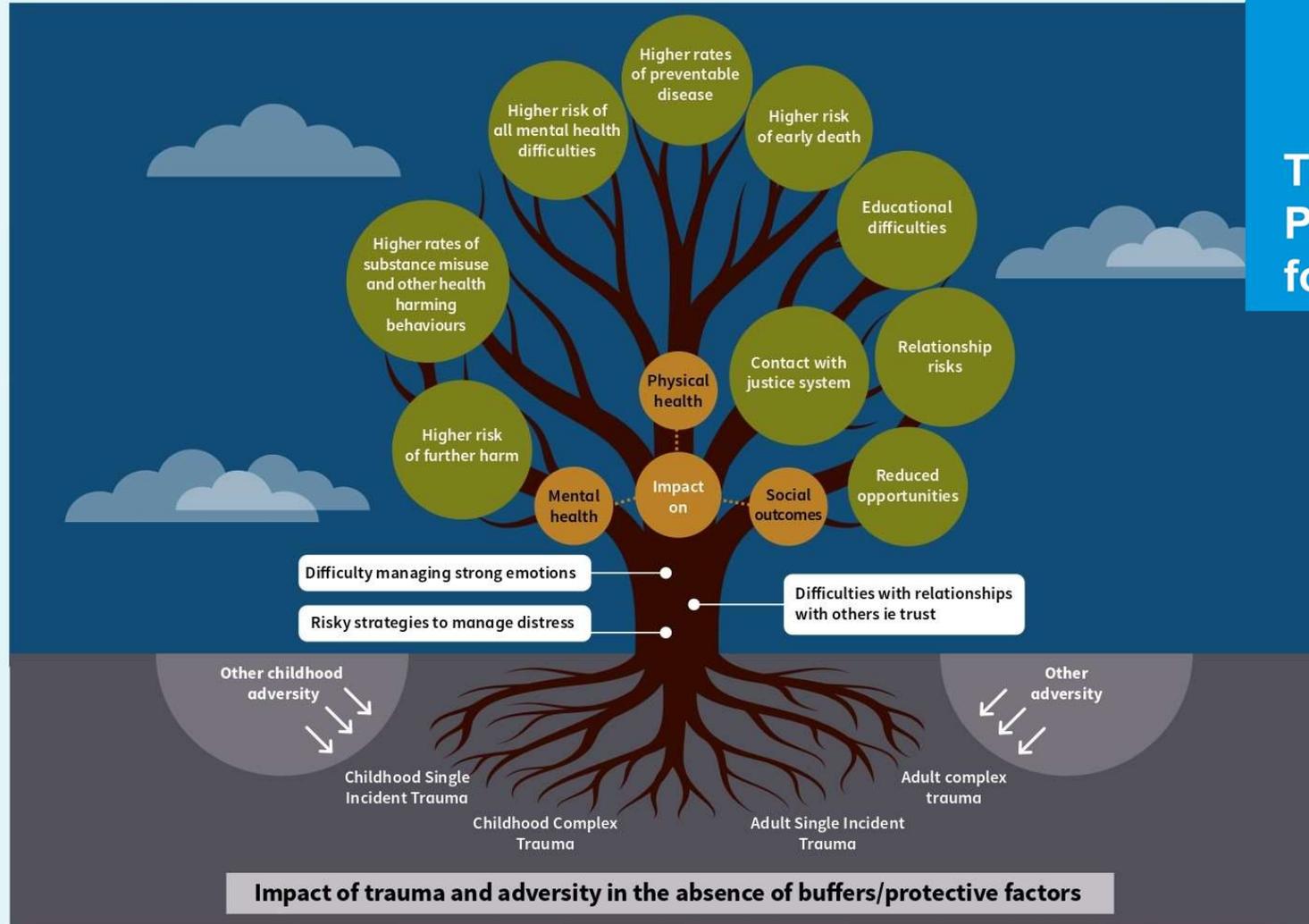
ISSN: 1554-8732 (Print) 1554-8740 (Online) Journal homepage: [www.tandfonline.com/journals/wpcw20](http://www.tandfonline.com/journals/wpcw20)

## Trauma-informed care and the public child welfare system: the challenges of shifting paradigms: introduction to the special issue on trauma-informed care

Jennifer S. Middleton, Sandra L. Bloom, Jessica Strolin-Goltzman & James Caringi



# Trauma-Informed Practice: A Toolkit for Scotland





AMERICAN INSTITUTES FOR RESEARCH®

## Trauma-Informed Care and Trauma-Specific Services: A Comprehensive Approach to Trauma Intervention

Carmela J. DeCandia, Psy.D., Kathleen Guarino, L.M.H.C.; and Rose Clervil, M.S.W.



National Center on Safe Supportive Learning Environments

Engagement • Safety • Environment

SCHOOL CLIMATE IMPROVEMENT

TOPICS

EVENTS

RESOURCES

Home / Resources

### Trauma Informed Care and Trauma Specific Services: A Comprehensive Approach to Trauma Intervention

Discusses the need for a comprehensive approach to trauma intervention across service settings. Defines complementary approaches, identifies core principles and current practices for each, and discusses how they are being integrated across service sectors. Also identifies next steps for providers, researchers, and policymakers to ensure that all service systems are prepared to sustain this comprehensive approach to trauma intervention.

<http://www.air.org/sites/default/files/downloads/report/Trauma-Informed%20Care%...>

**Sponsored By** American Institutes for Research

**Year Resource Released** 2014

REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQ. 2023; 43(144): 17-45  
DOI: 10.4321/S0211-57352023000200002

# Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa

Retraumatization in Mental Health Services: A Review and Alternative Proposals

ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

*Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*



# Atención informada en el trauma *(trauma-informed approaches)*

- *Desde hace años está documentado el papel causal de las experiencias adversas en la infancia con los problemas de salud mental en la edad adulta.*
- *Tanto en términos humanos como económicos, el coste de no abordar el daño asociado a estas experiencias adversas es elevado: las repercusiones se observan en los sistemas de atención sanitaria, el empleo, el bienestar infantil, las personas sin hogar, la justicia penal y la educación.*



- *La investigación sugiere que la violencia interpersonal debería ser un foco principal cuando los profesionales de la salud mental evalúan a los usuarios, formulan las causas de sus dificultades y hacen planes de tratamiento.*
- *La prevalencia estimada de trauma psíquico entre las personas que acceden a servicios de salud mental se sitúa aproximadamente entre el 70% y el 90%.*
- *¿Qué estamos haciendo?*



# El trauma en la SEMPyP



**D<sup>a</sup>. CRISTINA AVENDAÑO SOLÁ, PRESIDENTA DEL COMITÉ ETICO DE  
INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA DE MADRID**

**C E R T I F I C A**

Que dicho Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**“IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON EMDR SOBRE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS  
EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y TRASTORNO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO”.**



# Begoña Aznárez y Juan Torres



- Protocolo de evaluación e intervención en 22 sesiones.
- En prensa





Sociedad Española de  
Medicina Psicosomática  
y Psicoterapia

# Fibromialgia, trauma y EMDR: un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa

*Fibromyalgia, trauma and EMDR:  
a successful protocol and a wonderful experience*

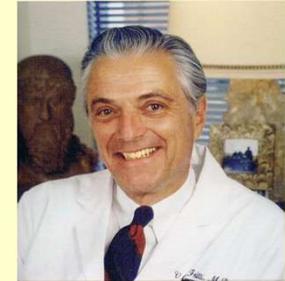
**Begoña Aznárez**

Psicóloga. Psicoterapeuta  
Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia



# Adverse Childhood Experiences

- Vincent Felitti, 1985: Centro de Tratamiento de la Obesidad de Kaiser Permanente, San Diego (CA).
- Donna, 53 años, había perdido 45 Kgs. en un año; recuperados en los últimos 6 meses.
- Un lapsus:
  - *¿Cuánto pesabas (cuantos años tenías) cuando empezaste a tener relaciones sexuales?*
  - *18 Kilos*
  - *¿?*
  - *18 Kilos, a los 4 años, con mi padre.*
- Había que estudiar eso





Original Articles

# Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J Felitti MD, FACP A , Robert F Anda MD, MS B, Dale Nordenberg MD C,  
David F Williamson MS, PhD B, Alison M Spitz MS, MPH B, Valerie Edwards BA B,  
Mary P Koss PhD D, James S Marks MD, MPH B



- Maltrato físico, recurrente
- Maltrato psíquico, emocional, recurrente
- Abuso sexual
- Negligencia física
- Negligencia emocional
- Exposición a la violencia doméstica
- Consumo de sustancias psicoactivas en el hogar
- Enfermedad mental de los miembros del hogar
- Separación de padres, o divorcio, conflictivo
- Conducta delictiva en el hogar, p. ej., encarcelamiento de un miembro de la familia

A.C.E.,S

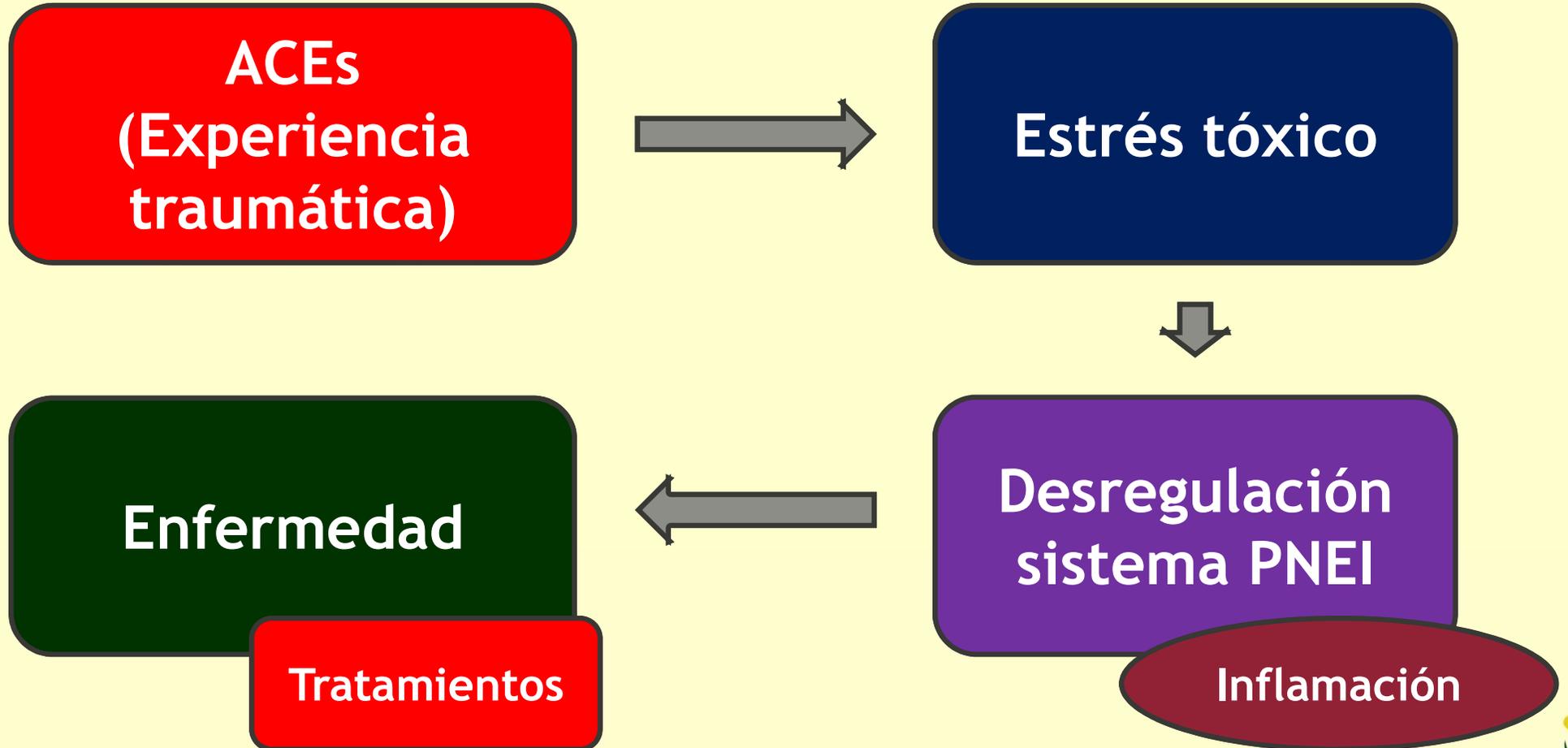


# Algunos resultados

- El 67 % de la población contaba, al menos, con una categoría.
- El 13 %, con 4 o más.
- Había una relación dosis-efecto entre los A.C.E. y los estados de salud deficientes.
- Salud, sólo hay una.



# Itinerario



# Alan Edward Guttmacher

- Director del Instituto Nacional de Salud infantil y Desarrollo Humano (*National Institute of Child Health and Human Development*) (2016):  
*“entender que los orígenes de la enfermedad están en el desarrollo infantil es el futuro de la medicina”*



# Trauma, sufrimiento mental y enfermedad corporal

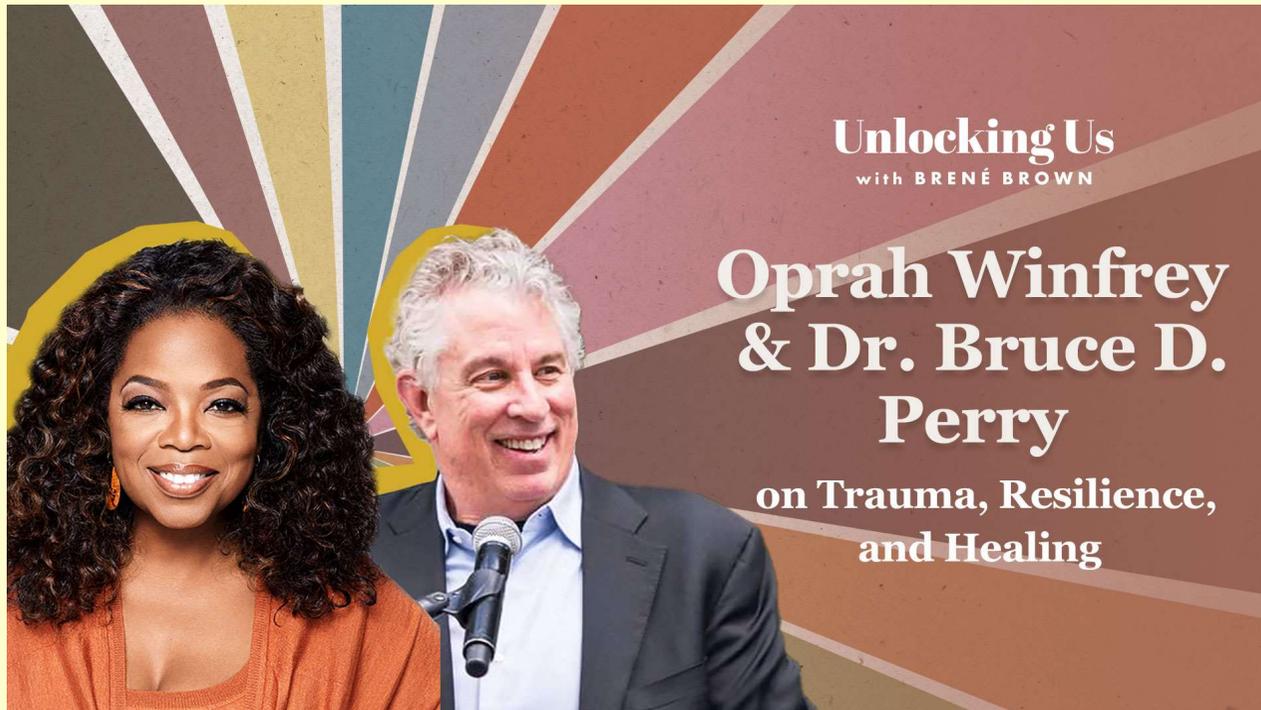
- La regulación emocional y del Sistema PNEI (psico-neuro-endocrino-inmunitario) se consigue en el vínculo de apego.
- Nos construimos en la relación.



- Así se organizan los **Modelos Internos de Trabajo** descritos por Bowlby (*Internal Working Models: IWM, MIT*) que definen nuestros sistemas relacionales (con nosotros mismos y con los demás) en la edad adulta: el “libro de códigos”.
- Las experiencias adversas, traumáticas, alteran la función cerebral y afectan a todas las áreas de funcionamiento del individuo.



# Cambiar la pregunta: ¿qué te ha pasado?



BESTSELLER DE THE NEW YORK TIMES

BRUCE D. PERRY,  
OPRAH WINFREY

## ¿QUÉ TE PASÓ?



TRAUMA, RESILIENCIA  
Y CURACIÓN

zenith

# A vueltas con cambiar la conducta

22:25 Domingo 13 de marzo

elpais.com

50 %



EL PAÍS

REGALA

SUSCRÍBETE

INICIAR SESI...

## Menores en centros de acogida



Un menor en su habitación, en un centro de acogida. ANDREA COMAS

EXCLUSIVO SUSCRIPTORES

# “No es qué he hecho. Es qué me han hecho a mí”

ANTONIO JIMÉNEZ BARCA | Madrid

Varios adolescentes tutelados cuentan cómo es su vida, de qué se quejan, por qué se fugan y por qué se sienten estigmatizados

— Los expertos abogan por pisos pequeños y crear vínculos afectivos



# Unos costes insoportables



*Papeles del Psicólogo (2023) 44(3) 145-151*

**Papeles del Psicólogo**  
***Psychologist Papers***

<https://www.papelesdelpsicologo.es/> • ISSN 0214-7823

PAPELES DEL  
PSICÓLOGO  
PSYCHOLOGIST PAPERS

Revista del Consejo General de la Psicología de España

---

Artículo

## **El Coste Social de la Violencia Contra la Infancia y la Adolescencia**

Noemí Pereda<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA), Universitat de Barcelona, España

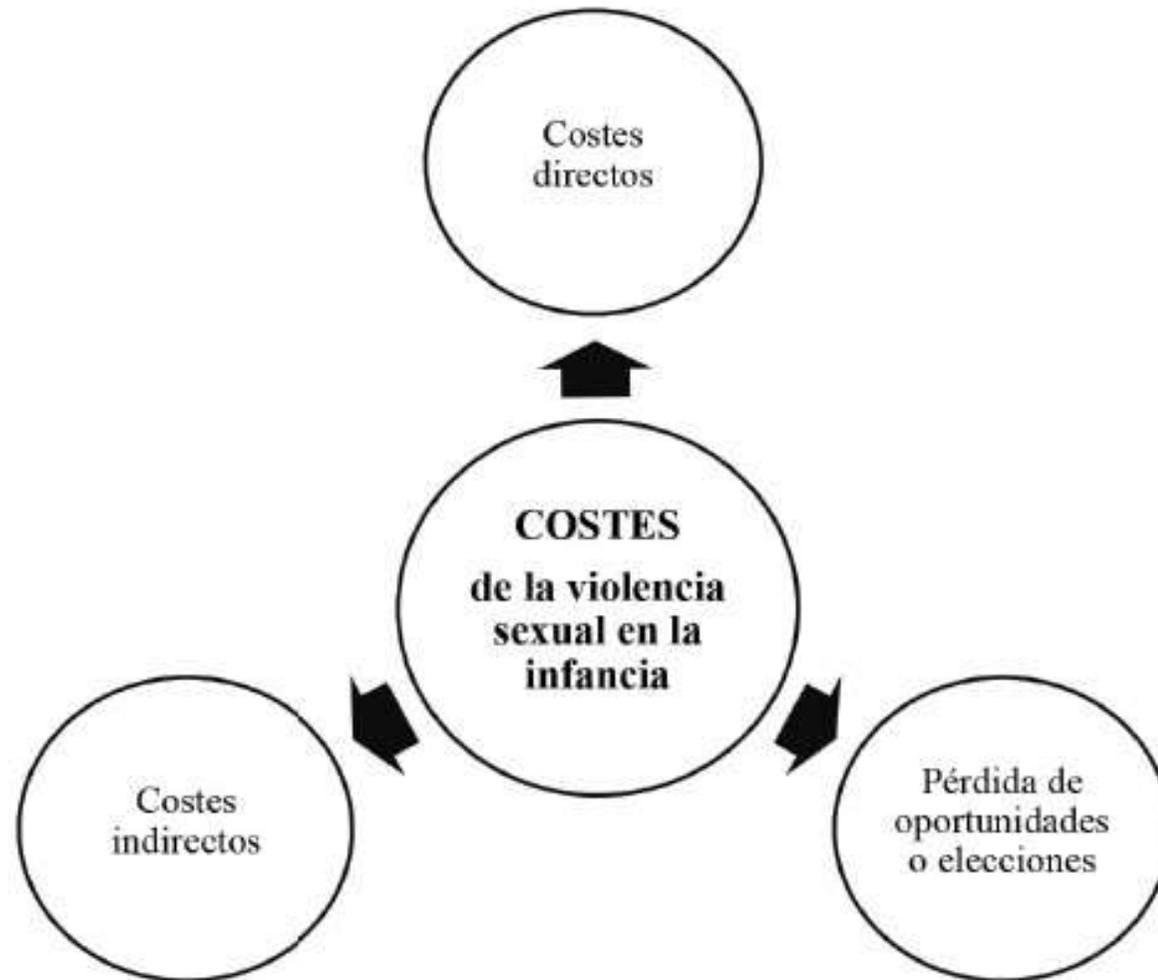
<sup>2</sup>Instituto de Neurociencias (UBNeuro), Universitat de Barcelona, España

- La violencia contra niños, niñas y adolescentes es un problema social, de salud pública y de derechos humanos, con una elevada prevalencia en todos los países del mundo (Stoltenborgh et al., 2015), que afecta a 1 **billón** (uso americano, mil millones en España) de niños y niñas de entre 2 y 17 años al año, según rigurosos estudios de revisión (Hillis et al., 2016).



**Figura 1**

*Tipos de Costes Asociados a la Violencia Sexual Durante la Infancia*



- Recientemente, Hughes et al. (2021) han estimado la carga económica anual vinculada a estas experiencias adversas en la infancia para 28 países europeos, incluyendo España.
- Según esta revisión, para España los costes vinculados a las experiencias adversas en la infancia (ACE,s) **suponen el 1,2% del producto interior bruto del país o unos 17 mil millones de dólares.**



- Incluso teniendo en cuenta lo elevado de estos costes económicos, son estimaciones conservadoras y es imposible calcular el impacto del dolor, sufrimiento y reducción de la calidad de vida que experimentan las víctimas de violencia en la infancia.



---

*Impacto presupuestal en México*  
*de los costos derivados*  
*del maltrato y abuso infantil*

---

**Autores:**

Lic. María Teresa Sotelo,  
Presidenta

Fundación En Pantalla Contra la Violencia Infantil (FUPAVI)

Lic. Luis Muciño

# La realidad clínica, hoy

- La experiencia (y la investigación) demuestran que una mayoría altamente significativa de los pacientes, en cualquier ámbito y con cualquier motivo de consulta, son capaces de referir, **si se les da la oportunidad, una experiencia traumática de gran contenido emocional.**
- Las modernas técnicas de exploración neurobiológica y clínica nos explican cómo estas experiencias traumáticas afectan al funcionamiento cerebral y **se manifiestan en forma de síntomas** en las áreas psíquica, corporal o relacional.



- El mito de la “enfermedad mental” (las alteraciones en los neurotransmisores) ya no se sostiene.
- *“La depresión no está en tu cerebro, está en tu vida”* J. Hari.
- Escuchar, contener y tratar estas manifestaciones del sufrimiento humano son, hoy, una prioridad en cualquier dispositivo sanitario.
- Dilema: **tratamos síntomas o biografías.**
- La medicalización de la vida...



# La infradetección del trauma en los servicios de salud mental

- Phipps et al examinaron las tasas y los tipos de trauma informados por los usuarios que utilizan un servicio de salud mental del centro de la ciudad en Sídney, Australia.
- El estudio también exploró **si los usuarios sentían que había sido útil que se les preguntara sobre su experiencia traumática**, si pensaban que estas preguntas deberían hacerse de forma rutinaria y si querían hablar sobre estas experiencias.



- El 88% de los usuarios evaluados informó que había experimentado al menos un evento traumático, mientras que el 79% informó haber experimentado dos o más eventos.
- La mayoría de los usuarios pensaban que **era útil que se les preguntara sobre el trauma** y que debería ser parte de la evaluación.



➤ [Community Ment Health J](#) 2019 Apr;55(3):487-492. doi: 10.1007/s10597-018-0239-7.

Epub 2018 Feb 9.

# Prevalence of Trauma in an Australian Inner City Mental Health Service Consumer Population

Monique Phipps <sup>1</sup>, Luke Molloy <sup>2</sup>, Denis Visentin <sup>3</sup>

Affiliations + expand

PMID: 29427054 DOI: [10.1007/s10597-018-0239-7](#)



# Siendo invisible en el Sistema de Salud Mental

- Ann Jennings lleva a cabo un estudio cualitativo en el que recoge el testimonio de 199 personas atendidas en servicios de salud mental y que han sido hospitalizadas al menos una vez.
- Encuentra que entre el 87% y el 99% tenían antecedentes de exposición a múltiples tipos de traumas a lo largo de sus vidas.
- El 47% había sufrido agresiones físicas y el 33%, agresiones sexuales durante la infancia y/o la edad adulta.
- El 27% cumplía criterios de TEPT
- Pocos, el 3%, fueron diagnosticados como tales.





BUSCAR ▸

EXAMINAR ▸

Búsquedas

## On being invisible in the mental health system.

 Exportar  Agregar a Mi lista   

Base de datos: APA PsycInfo

Chapter

[Jennings, Ann](#)

### Cita

Jennings, A. (1998). On being invisible in the mental health system. In B. L. Levin, A. K. Blanch, & A. Jennings (Eds.), *Women's mental health services: A public health perspective* (pp. 326–347). Sage Publications, Inc. (Reprinted from *Journal of Mental Health Administration*, 21(4), 1994, pp. 374–387)



2017



Naciones Unidas  
**Derechos Humanos**

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS

- Muchos de los conceptos que sustentan el modelo biomédico en salud mental no han sido respaldados por investigaciones recientes.
- Las herramientas diagnósticas como la CIE y el DSM siguen extendiendo los parámetros del diagnóstico individualizador, a menudo sin base científica sólida.



- La necesidad urgente de un cambio de modelo debería dar prioridad a la innovación de las políticas a nivel de la población dirigida a los **determinantes sociales y a las experiencias traumáticas**, y abandonar el modelo médico dominante que busca curar a los individuos centrándose en “trastornos”
- Las políticas de salud mental deben abordar el **“desequilibrio de poder”** en vez del **“desequilibrio químico”**.

# Trauma psíquico

- Experiencia que tiene la característica de **ser inasumible** con los **esquemas cognitivos y emocionales habituales** de la persona.
- El acontecimiento es de tal intensidad que el sujeto es incapaz de responder adecuadamente, desbordado por la cantidad o por la fuerza de las **emociones vividas**.



- Esta experiencia, que desborda los mecanismos adaptativos del sujeto, **altera la función cerebral.**
- Dependiendo de las capacidades de recuperación del sujeto, esta alteración cerebral puede mantenerse estable durante mucho tiempo, **manifestándose en forma de síntomas.**



- El problema está en que su reconocimiento pone en tela de juicio algunas características humanas y muchos mandatos culturales (los estilos de crianza, p. ej.).
- La negación como defensa social: **nadie quiere mirar**



# Begoña Aznárez

## SEMPyP



## Begoña Aznárez

# El Trauma Psíquico es de Todos

### Rompe el silencio



Las experiencias traumáticas son más frecuentes de lo que imaginamos y dejan secuelas en forma de síntomas que no siempre relacionamos con lo que nos pasó.

# Consecuencias

- La experiencia traumática altera funciones cerebrales, alteraciones que pueden mantenerse estables.
- Deben sospecharse secuelas emocionales de experiencias traumáticas en toda persona con:
  - *inestabilidad afectiva, síntomas disociativos,*
  - *refractariedad a tratamientos convencionales,*
  - *síntomas abigarrados, difusos, cambiantes...*
  - *dificultades de concentración y rendimiento*



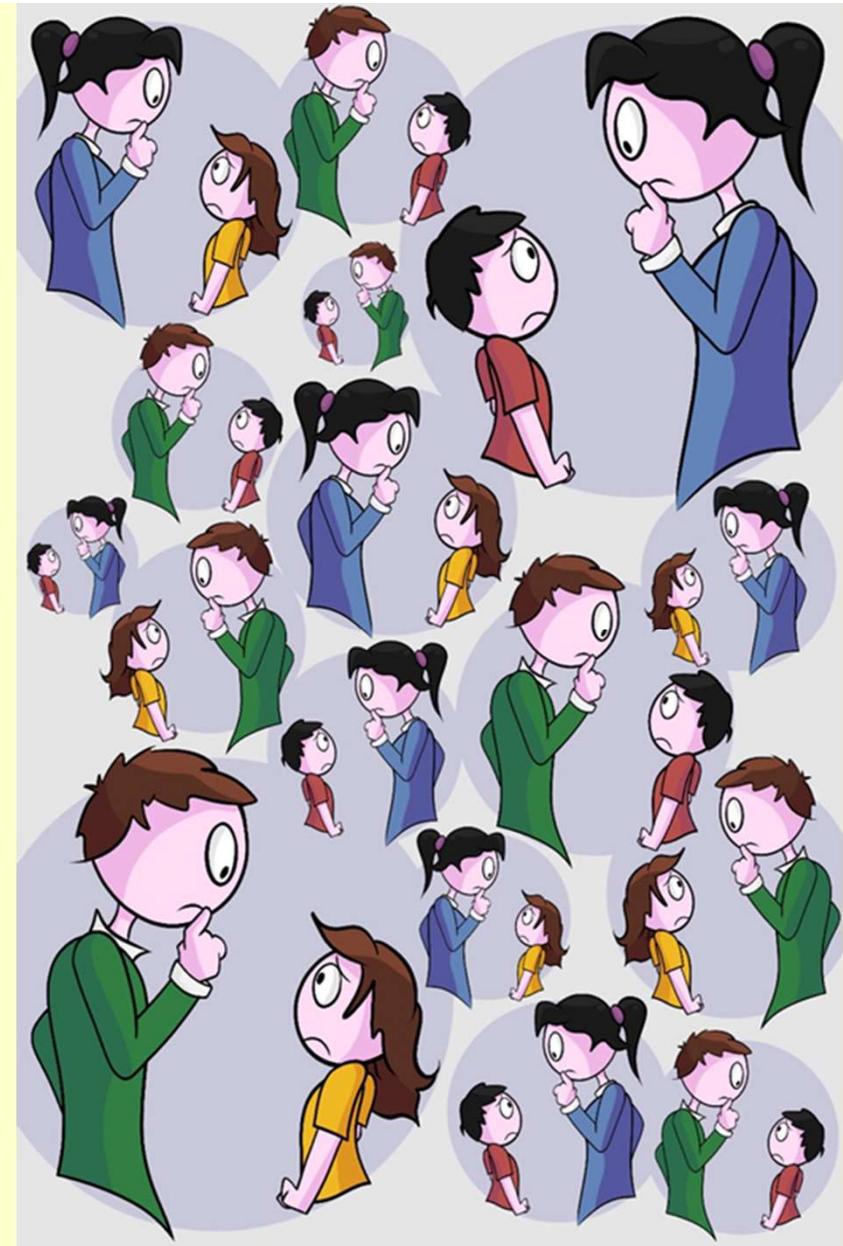
- *somatizaciones,*
- *adicciones,*
- *autolesiones,*
- *intentos repetidos de suicidio (dejar de sufrir),*
- *trastornos de la personalidad,*
- *trastornos alimentarios,*
- *dificultades en las relaciones,*
- *trastornos sexuales,*
- ..... ¿DSM-5?



# La socialización del secreto

Ojos que no ven,  
corazón que no siente

¡Es imprescindible  
hablar, compartir!



Cuando la voz es silenciada...



# La sabiduría popular

- “Lo que no decimos se nos acumula en el cuerpo, se convierte en insomnio, en nudos en la garganta, en nostalgia, en error, en duda, en tristeza...”
- Lo que no decimos no se muere, **lo que no decimos nos mata”**  
(anónimo)

# Trauma, disociación y somatización



# Disociación

- La disociación es un mecanismo de defensa que consiste en **escindir** elementos disruptivos para el yo, del resto de la psique.
- Es un intento de “**como si**”.
- Esto se traduce en que el sujeto convive con **fuertes incongruencias**, sin lograr conciencia de ello (psicoterapia).



- Y presenta sintomatología en la cual funciones corporales, ya sea completamente o bien por áreas de las mismas, dejan de operar o se ven seriamente impedidas: **somatización**.
- Siempre que hay disociación hay que pensar en **experiencia traumática**.



# El síntoma, ¿un mensaje?

- En la experiencia traumática, el cerebro “**desconecta**” la comunicación entre cerebro límbico (emociones) y corteza (razón).
- Cuando las emociones no se pueden regular.
- El resultado es que “**no hay palabras para expresar lo que siento**”.
- El bloqueo postraumático: Alexitimia.



# Trauma, estrés y retraumatización

- Las experiencias traumáticas tempranas (trauma relacional temprano) generan alteraciones en las conexiones cerebrales que se mantienen a lo largo de toda la vida.
- Y presentan síntomas que, casi nunca, son reconocidos como postraumáticos.

- Mediante fenómenos de “emigración” y “sustitución”, el paciente puede pasar toda su vida consultando a diferentes especialistas.
- Cada vez que pasa por uno de ellos y está “obligado” a guardar silencio, **sufre una retraumatización.**
- Personas en permanente estado de alerta, activación (ansiedad) e indefensión aprendida, hipoactivación (depresión).

# Trauma y estrés crónico

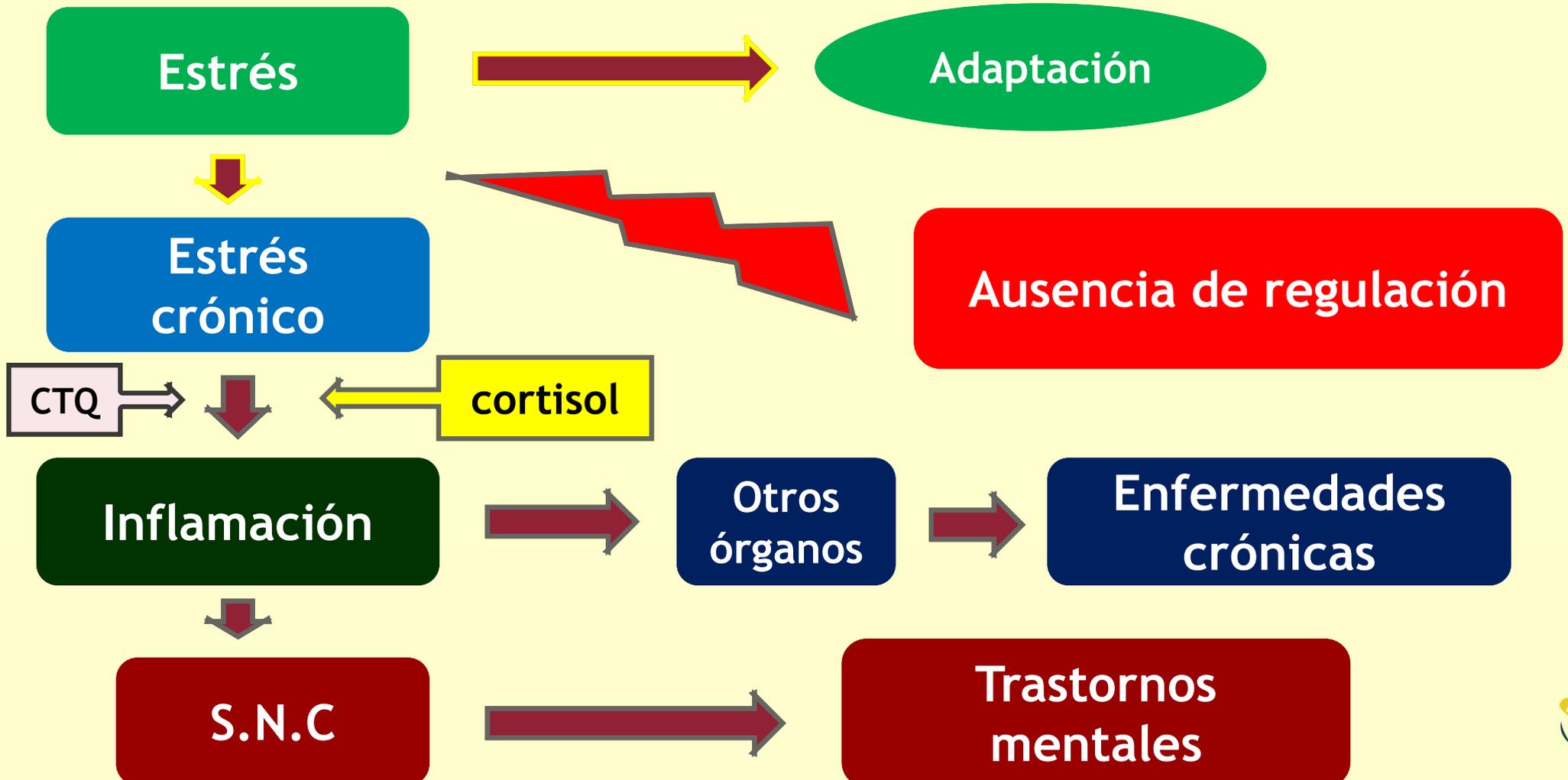
El trauma mantenido o silenciado actúa como un **estresor crónico** que induce una activación persistente del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal con desensibilización del receptor de glucocorticoides (GR), **elevado nivel de cortisol circulante**, y aumento del factor liberador de corticotrofina (CRF)



**Activación del sistema de la inflamación  
y la actividad de citoquinas**



# Teoría inflamatoria



# Tipología del trauma

- Trauma Tipo 1
- Trauma Tipo 2:
  - *Trauma complejo*
  - *Trauma relacional temprano*
- Nuevo concepto de Trauma neuronal



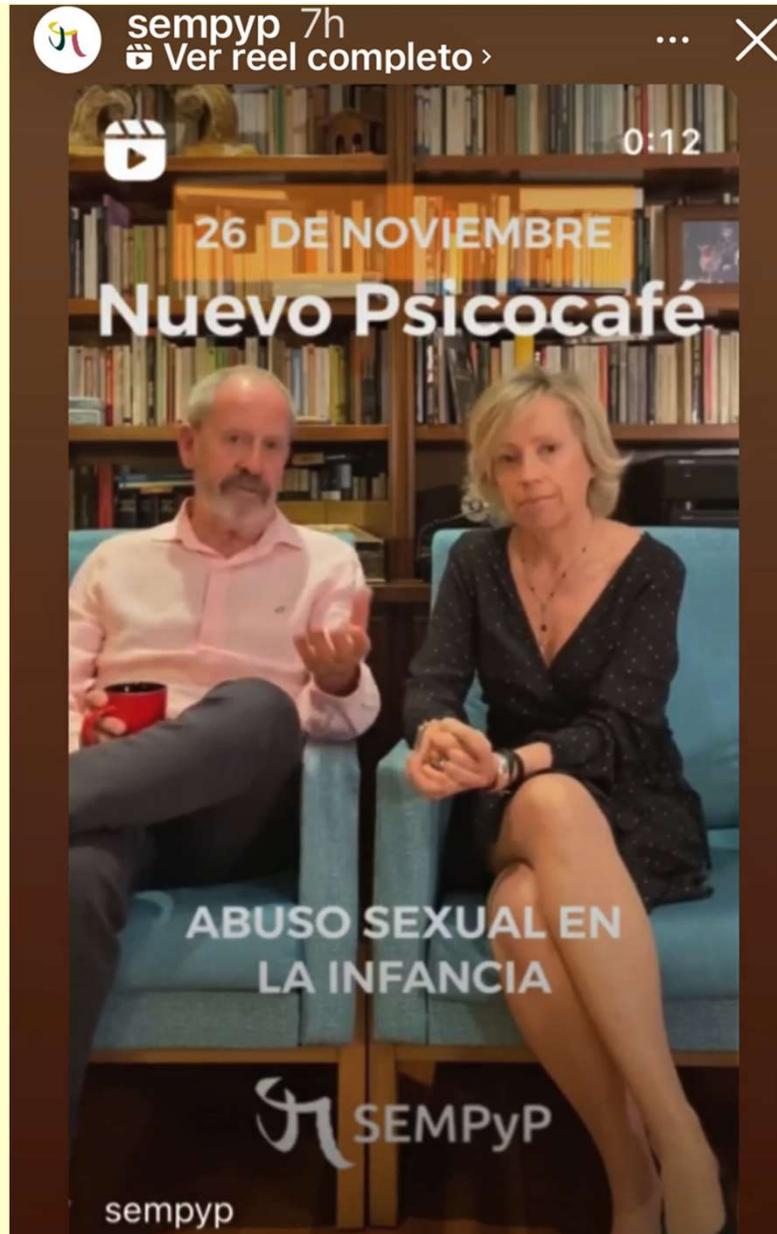
# Tipología del trauma

- **Trauma “activo”**: maltrato, abuso sexual, violencia política, acoso...
- **Trauma “pasivo”**: negligencia, abandono (en todas sus formas), privaciones, falta de sintonía...
- **Trauma “oculto”**: parentalización, el drama del niño dotado, sobre-exigencia, la sociedad del cansancio, los determinantes sociales..



# Los Psicocafés de SEMPYP, en Instagram

@sempyp





Sociedad Española de  
Medicina Psicosomática  
y Psicoterapia

# La realidad clínica del trauma: apuntes para una intervención



José Luis Marín  
[www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)

# Conocimiento actual: los hechos

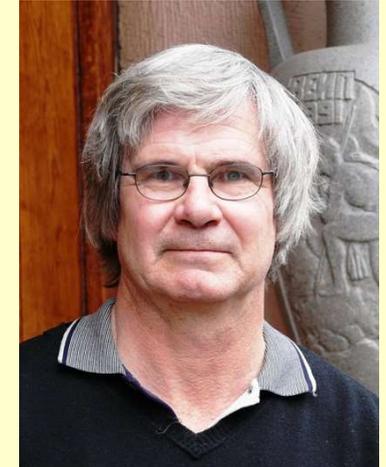
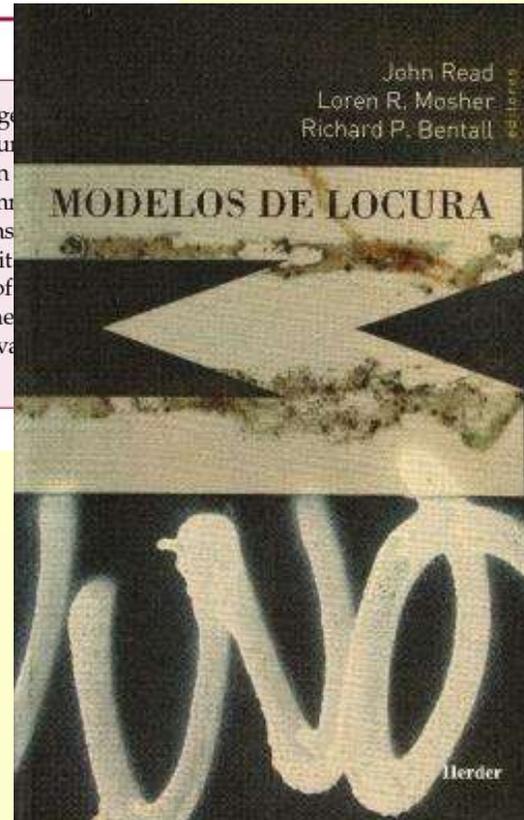
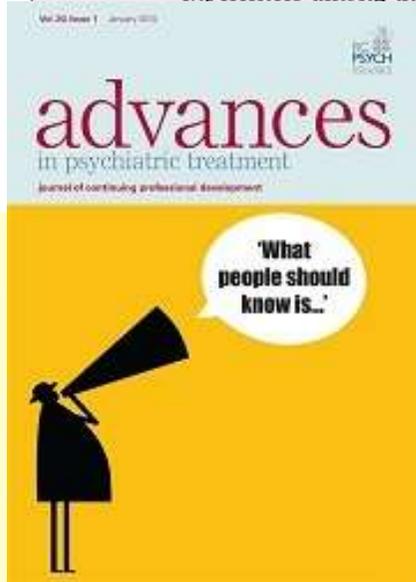
- Las experiencias traumáticas están en la historia de la inmensa mayoría de nuestros pacientes.
- Hoy conocemos los mecanismos psicobiológicos por los que estas experiencias traumáticas, mediadas por mecanismos de estrés crónico, se manifiestan en patología corporal, mental, en trastornos en la relación, en forma de personalidades “raras”, en trastornos alimentarios, en adicciones (rellenar carencias), **en cualquier motivo de consulta, en suma.**

- Una parte importante de estas experiencias traumáticas están relacionadas con los vínculos de apego, aunque no lo parezca.
- Nadie les ha escuchado nunca... o peor.
- Si seguimos sin hacerlo, somos cómplices de su sufrimiento.

# Why, when and how to ask about childhood abuse

John Read, Paul Hammersley & Thom Rudegeair

**Abstract** Subscribers to the medical model of the causation of madness and distress emphasise the role of genes and can severely underestimate the impact of traumatic events on the development of the human mind. This bias persists despite the worldwide popular wisdom that mental illness arises when things happen to people. Childhood physical and sexual abuse and neglect are extremely common experiences among those who develop serious mental health problems. Unfortunately, victims disclose their histories of abuse and practitioners are often reluctant to seek the full extent of the problem and the apparent reasons for the pervasive neglect of victims. Then, on the basis of our experience in New Zealand, we provide guidelines for the assessment of childhood abuse and describe an ongoing initiative in the UK to further advance the impact of abuse and our skills to detect it and treat survivors.



# Razones para no preguntar

- Preparando un taller de capacitación en Auckland, se encuestó a psiquiatras y psicólogos sobre sus razones para no preguntar sobre abusos pasados (Young et al, 2001).
- Para ambas profesiones, las dos razones más frecuentemente respaldadas fueron "demasiadas necesidades y preocupaciones inmediatas" y "los pacientes pueden encontrar el tema demasiado perturbador o puede causar un deterioro en su estado psicológico".
- La primera podría ser una razón sensata para retrasar la investigación (por ejemplo, ante una psicosis aguda o una conducta suicida).



- La segunda es una buena razón para aprender a preguntar con sensibilidad y a responder terapéuticamente.
- Recordar cosas malas que han sucedido puede ser angustiante, especialmente si la persona que pregunta sobre ellas lo maneja con torpeza, pero no hay evidencia de que preguntar cause algún daño grave o permanente, y sí hay evidencia de que no preguntar puede causar angustia, ira, sensación de rechazo, culpa, desconfianza...
- La experiencia demuestra que los terapeutas tienen más miedo que los pacientes



# Principios para la exploración

- Pregunta a todos los pacientes
- En la evaluación inicial (o, si está en crisis, tan pronto como la persona se calme)
- En el contexto de una historia psicosocial general
- Prefacio con breve declaración normalizadora
- Utiliza preguntas específicas, con ejemplos claros de lo que estás preguntando.



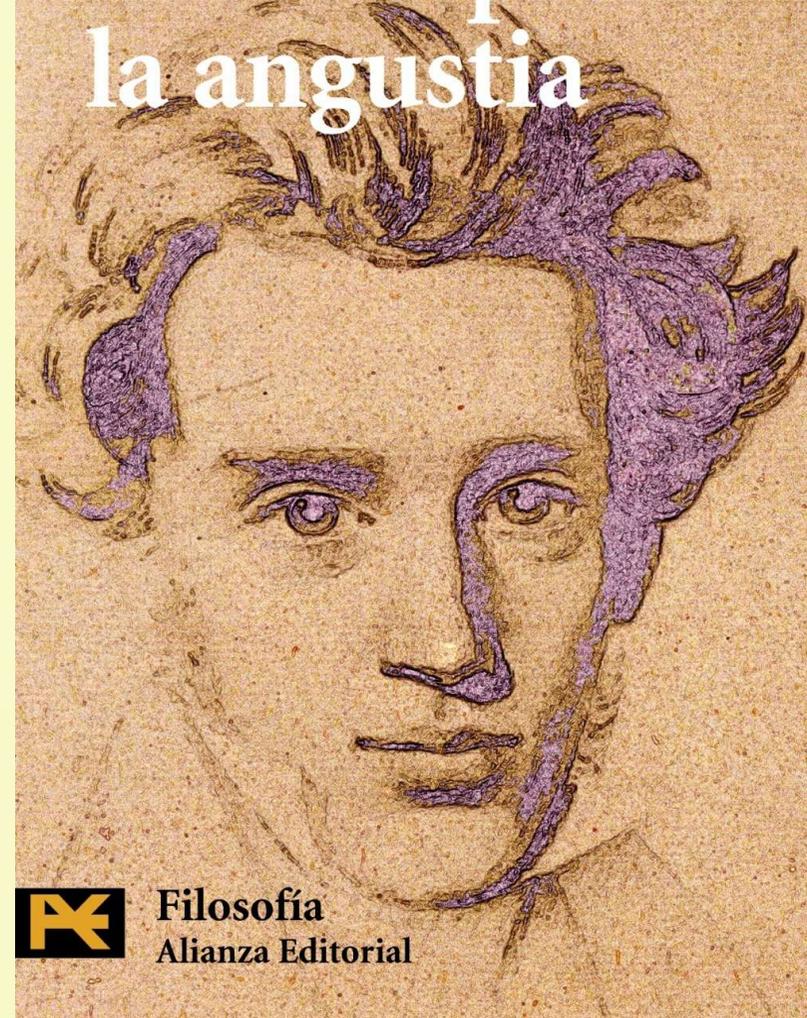
# Soren Kierkegaard

Copenhagen, 1813-1855

*“La vida ha de ser vivida hacia adelante, pero solo puede ser comprendida mirando hacia atrás”*

- *En psicoterapia nos movemos del presente al pasado y del pasado al futuro*

## Sören Kierkegaard El concepto de la angustia



Filosofía  
Alianza Editorial



**NO NECESITAS  
MÁS TIEMPO**



**NECESITAS MÁS  
CONCENTRACIÓN**



# ¿Por qué no se pregunta?

- El riesgo de preguntar es que, a veces, te contestan.
- Es un tema tabú en nuestra cultura: denegación sistemática.
- Por ello, no se forma a los clínicos en la exploración.
- Ni, desde luego, en el abordaje.

- Así que no sabemos qué hacer ante una respuesta positiva.
- A algunos terapeutas les puede resonar en su propia experiencia.
- Ante todo ello, es frecuente “racionalizar” el que *“el paciente no querrá hablar de ello”, “es muy duro...”, “más adelante...”*
- *“Total si todos mienten...”* ¡Cuidado!!
- Y acabamos todos siendo cómplices del silencio impuesto.

# Algunos ejemplos

- ... *“ahora no se puede hablar de ello; primero hay que estabilizarte. Toma diacepam y paroxetina”...*
- ... *”no, denunciar ahora puede abrir la herida”...*
- ... *“eso pasó hace mucho tiempo y no tiene ninguna relación con lo que te pasa ahora, no le des más vueltas”...*
- ... *”bueno, es duro, pero ahora lo que toca es pasar página y seguir viviendo”...*
- ... *”tienes que poner de tu parte y superarlo, ahora ya no se puede remediar”...*
- ... *”tu infancia bien, ¿verdad?”...*

# Consideraciones de urgencia, para terminar

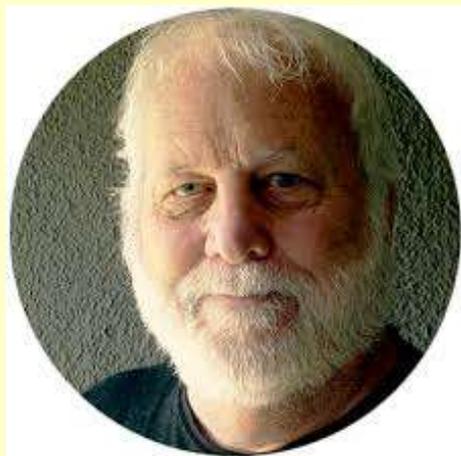
- Recuerda: si tú no puedes hablar de ello, el paciente si... siempre.
- Verbalizaciones del tipo: “pasar página”, “déjalo ya”, “hace mucho tiempo”, “supéralo”, “no le des más vueltas”... hacen mucho daño. **Retraumatización**

- La develación, con respuesta empática, de contención, siempre es terapéutica.
- Para superar el estrés postraumático es imprescindible:
  - *Hablar de ello*
  - *Pensar en ello*
  - *Soñar con ello*
- Y, si es posible, en el marco de un proceso psicoterapéutico con EMDR.

# Porque nuestro paciente sabe....

## “Lo sabido impensado”

- C. Bollas. Washington, 1943.
- Nacionalizado británico en 2010



# Y ahora, ¿qué hacemos?

- Piensa en la relación entre experiencia traumática y psicopatología: **sólo se encuentra aquello que se conoce y se busca.**
- Incluye la **exploración de la experiencia traumática** (incluyendo A.S.I., por supuesto) en tu protocolo de evaluación: no se puede hacer psicoterapia sin saber de qué.
- Conecta (estar “presente” en la sesión) y redirige.

# Escuchar... y mirar



- **Pregunta:** el paciente necesita que lo hagas. Si no lo haces, estás siendo cómplice del silencio y atendiendo, fundamentalmente, a tus miedos. Y sostén la respuesta.
- **Mantén la mirada**
- No hagas psicoterapia del síntoma: para eso ya están los psicofármacos.

- Pisa fuerte, aprieta los puños y **aguanta tu miedo** (no te digo que “no tengas miedo”, ¿eh?). Para eso, sobre todo, te pagan.
- Sostén la angustia del momento. Tienes que **convertirte en una “base segura”** en la que se puedan explorar esas experiencias traumáticas.
- Proyecto Supershrinks.

- Fórmate en alguna técnica que sea eficaz en el reprocesamiento de las experiencias traumáticas, sabiendo lo que es importante.
- **Identifica la contratransferencia:** esto es lo más difícil, lo sé. ¿Por qué, si sabemos todo lo anteriormente expuesto, no nos hacemos cargo de ello?
- **Reparte equitativamente las ansiedades:** las del paciente.. Y las tuyas.
- El objetivo terapéutico: **reconectar.**

# Firmar la paz en el cerebro...



Muchas gracias  
por tu atención

[www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)



@sempyp

