

Mirar a través de los lentes del trauma: Impacto del abuso sexual crónico en niños, niñas y adolescentes

AUTOR:

Iván Cornú Machado (ivancornumachado@gmail.com)

ORGANIZACIÓN DE PERTENENCIA:

Plemuu (Plenario de Mujeres del Uruguay). Uruguay.

Eje temático: Abuso Sexual Infantil

Resumen

Este artículo se enmarca dentro de los postulados propuestos por la Psicotraumatología y en base a lo establecido en modelos basados en la evidencia como EMDR (Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares) diseñado por Shapiro en 1987. En este sentido, es importante posicionarse desde una mirada del trauma y comprender los efectos que se producen de la exposición crónica de Abuso Sexual Infantil (en adelante ASI) en Niños Niñas y Adolescentes (en adelante NNA) dentro de relaciones de apego con figuras de cuidados primarias. Poder integrar tópicos de varias disciplinas como la neurobiología, las neurociencias, la teoría del apego y la teoría polivagal permiten desarrollar una perspectiva más abarcativa del fenómeno pudiendo visibilizar el daño que se produce y que generalmente no se tiene en cuenta. De este modo se propone una noción avalada por múltiples investigaciones que pretende enriquecer la comprensión del funcionamiento de NNA expuestos a situaciones de ASI crónico.

Palabras Clave: *Abuso Sexual, Trauma, Trauma Complejo, Disociación.*

Abstract

This article is framed within the postulates proposed by Psychotraumatology and based on what has been established in evidence-based models such as EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy) designed by Shapiro in 1987. In This sence, it is important to position ourselves from a look at the trauma and understand the effects that occur from the chronic

exposure of Child Sexual Abuse (hereinafter ASI) in boys, girls and adolescents (hereinafter NNA) within attachment relationships with figures of primary care. Being able to integrate topics from various disciplines such as neurobiology, neurociences, attachment Theory and polivagal Theory allow the development of a more comprehensive perspective of the phenomenon, Being able to make visible damage that occurs and that is generally not taken into account. In This way, a notion supported by multiple investigations is proposed that seeks to enrich the understanding of the functioning of children and adolescents exposed to situations of chronic ASI.

Keywords: *Sexual Abuse, Trauma, Complex Trauma, Dissociation.*

Introducción

El abuso sexual infantil es un problema de salud pública, consiste en una forma de la violencia estructural a la que someten a NNA y mujeres, se trata de una de las formas de violencias más cruentas contra la infancia, es una vulneración de los derechos y un delito. Es un indicador de la desigualdad de género, propiciado por un sistema patriarcal que limita el ejercicio de derechos de NNA. En Uruguay a través del informe del Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2020) se registraron 4911 situaciones de abuso sexual donde el 75% es de forma prolongada, o sea que 9 de cada 10 casos se encuentran en situaciones crónica de abuso. A su vez 2 de cada 3 NNA que han sido expuestos a situaciones de ASI vuelven a ser revictimizadas en relaciones sentimentales en la vida adulta.

Es un fenómeno complejo que suele ser abordado desde modelos reduccionistas que no contemplan la articulación de otras formas de maltrato los cuales conforman una constelación traumática que destruye al NNA.

Este trabajo parte desde el modelo de la Psicotraumatología, modelo que surge en Europa en la década de los 90 donde se conjugan la psicología, neuropsicología, neurobiología, neurociencias, teorías del apego y teoría polivagal. Cuyo objeto de estudio es el proceso traumático en personas y sistemas sociales. Haciendo énfasis en los factores originarios y contextuales de los sucesos traumáticos, junto con las reacciones e impactos que provocan sobre las personas a nivel subjetivo, biológico, familiar y social.

La variable vincular en estos casos tiene mucho peso ya que la vinculación que existe con el agresor le da un carácter complejo al fenómeno debido al impacto en la desregulación emocional, psíquica y relacional que provoca en las víctimas, los seres humanos necesitamos de un otro que nos cuide y nos contenga en la infancia, y para sobrevivir muchas veces NNA pagan un alto precio, pagando con su cuerpo para obtener esa sensación de protección. Lo cual deriva en un trastorno del apego.

En definitiva, la exposición a múltiples y prolongados sucesos traumáticos como el ASI impacta en el normal desarrollo dentro del proceso vital de NNA ocasionando una serie de alteraciones en diferentes áreas:

Alteración en la regulación de los impulsos afectivos: incluyendo dificultad de la regulación de la ira y auto destructividad, dificultades en el reconocimiento y expresión de emociones, de autolesiones, intentos de autoeliminación, conductas de riesgo.

Alteraciones en la atención y la conciencia, presencia de síntomas disociativos, amnesia disociativa, despersonalización, desrealización, trastorno de identidad disociativo.

Alteración en la autopercepción con sentido de culpa y vergüenza crónica, sensación negativa de sí misma.

Alteración en la percepción del maltratador, idealización del agresor, minimización de las violencias, naturalización de las violencias, creencias distorsionadas.

Alteraciones en las relaciones con los demás con dificultades en confiar, o por el contrario, no discriminar las relaciones, revictimización. *Somatizaciones* y dolores que no tienen explicaciones médicas.

Alteraciones en el sistema de significados con un profundo sentimiento de desesperanza

Trauma

Cuando se habla de trauma se entiende como aquella situación o experiencia que sobrepasa la capacidad de afrontamiento de una persona, lo cual se convierte en una información que no puede ser integrada en la memoria autobiográfica de la persona. "El trauma es una experiencia psicofísica, aun cuando el evento traumático no causa ningún daño físico directo" (Rothschild, 2015, p. 23). En este contexto se hará énfasis en el trauma desarrollado en el contexto de las relaciones de apego que incluye todas aquellas violencias a las que son expuestos NNA a nivel intrafamiliar. Se trata de pues, de una figura de cuidados primarios que es la fuente de miedo y protección simultáneamente, lo cual genera un apego desorganizado. En esta misma línea Silberg (2019) sostiene que las experiencias traumáticas generadas en contextos de aislamiento y secreto son consideradas en extremo dañinas para la salud mental de NNA ya que son muy difíciles de superar por la constelación sintomatológica que manifiestan.

Si la figura de apego está implicada de manera directa en el daño, ya sea como agente concreto por acción (como en el maltrato físico, emocional y sexual), ya sea como agente pasivo por omisión (como en la negligencia), la dicotomía agente de daño versus garantía de supervivencia puesta en la misma persona, colocará al niño o niña en una paradoja sin solución. (Baita, 2015, p. 38)

Esto hace que el NNA no pueda desarrollar una forma predecible para vincularse con sus cuidadores primarios, ya que se activan dos sistemas de respuesta simultáneamente el de defensa y el de apego, lo cual causa desregulación e impactando en el modelado del desarrollo cerebral.

Trauma complejo

Es un término acuñado por Herman (1992) aludiendo a las experiencias de ASI, cuyas manifestaciones clínicas superaban a las propuestas por Trastorno por Estrés Pos-Traumático (en adelante TEPT), vinculando la exposición repetida y prolongada de situaciones traumáticas in-

terpersonales a otro tipo de manifestaciones más complejas a la que denominó *trauma complejo* en el cual la víctima queda cautiva sin posibilidad de escapar y bajo el control del agresor. La literatura científica sostiene que se produce una respuesta psicobiológica que impacta en múltiples niveles que afectan psíquica, emocional, relacional y socialmente al NNA. Esto significó un antes y un después en los abordajes en violencias basadas en género contra mujeres, niñas, niños y adolescentes, generando el punto de partida para investigar y generar un constructo teórico a partir de la complejidad que solventa nuevas perspectivas integrales y sistémicas en las intervenciones en trauma psíquico.

Este fenómeno cuenta con varios estudios realizados a NNA sobrevivientes de ASI por autores como Pelcovitz et al. (1997), Van der Kolk et al (2000), Cook et al. (2005), los cuales comienzan a visibilizar una serie de alteraciones en la regulación del afecto y los impulsos, con incapacidad para modular los estados afectivos con predominio de berrinches prolongados, perturbación en el sueño, alimentación, control de esfínteres. Desregulación en la atención y conciencia, dificultad en la concentración, episodios disociativos, amnesias, mostrando una constante preocupación por la amenaza o dificultad de percibir el peligro, deterioro en la capacidad de defenderse, conductas de riesgo, intentos desadaptativos para calmarse como el balanceo y la masturbación compulsiva. Desregulación en la autopercepción, en la cual se observa un sentido negativo de sí mismo, falta de empatía, sentimiento de culpa y vergüenza crónica. Alteraciones en la percepción del agresor. Alteraciones en las relaciones con los demás, desconfianza extrema, reactividad impulsiva, intentos inapropiados para tener contacto íntimo, falta de empatía. Alteración en los sistemas de significados, con un sentimiento de desesperanza y por último el despliegue de somatizaciones que incluyen una cantidad de dolores y manifestaciones somáticas que no tienen explicaciones médicas.

Es importante poder entender el trauma desde esta conceptualización diagnóstica que integra la vulneración somato psíquica por la exposición a ASI crónico y la falla en la sincronía de las relaciones de apego. Por tal motivo estas experiencias no fueron reconocidas, contenidas ni resignificadas, lo que hace que el trauma quede sin solución. Queda anclado en la memoria de forma desadaptativa en su estado original de perturbación, esto hace que afecte la capacidad de organizar la información de forma integral, lo cual hace que se reviva permanentemente a través de pensamientos e imágenes intrusivas que hacen que el trauma se reviva una y otra vez. Esto a su vez se complejiza con el despliegue de sintomatología disociativa que afecta a la memoria, la personalidad y las relaciones consigo mismo y los demás.

Impacto

Como se ha señalado hasta el momento, la exposición a situaciones de ASI de forma prolongada puede ocasionar una multiplicidad de alteraciones, a su vez, neurobiológicamente se producen importantes efectos a nivel del desarrollo cerebral. Por lo tanto, se deben de tener en cuenta la presencia de factores de vulnerabilidad como la edad de la víctima, la cronicidad y el vínculo de apego con el agresor. Cuanto más pequeño el niño mayor será el impacto de deterioro en el Sistema Nervioso Central, en esta misma línea una de las primeras fuentes en tomar en cuenta la magnitud de la prevalencia de este fenómeno fue el estudio realizado por Felitti

et al. (1998) donde se evaluó a 45 000 personas del Sistema Sanitario Kaiser Permanente en el San Diego Health Appraisal Clinic. Los resultados mostraron que más del 60% de la población estudiada había experimentado al menos una experiencia adversa en su infancia.

“Cuando un ser humano se enfrenta a una situación traumática, su organismo produce una cascada de cambios fisiológicos que preparan a la víctima para poner en marcha las acciones defensivas programadas por el cuerpo” (Nieto Martínez & López Casares, 2016, p. 87). Cabe aclarar que “no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección” (López Soler, 2008, p. 159) en esta misma línea Van der Kolk (2000) sostiene que la traumatización en edades tempranas ocasiona un gran impacto en tres vías de desarrollo: En la maduración de determinadas estructuras cerebrales, en el desarrollo de respuestas fisiológicas y neuroendocrinológicas y en el desarrollo de habilidades para coordinar cognición, respuestas emocionales y comportamentales.

Teoría Polivagal

En esta línea Schore (2001) a través de estudios sobre el apego desorganizado y Porges (2017) por medio la elaboración de la teoría polivagal concuerdan que los niños, niñas y adolescentes tienen una forma determinada de reaccionar psicobiológicamente ante situaciones traumáticas que se componen de dos respuestas: una de hiperalerta o hiperactivación donde se provoca una respuesta de sobresalto con la activación del sistema de miedo (amígdala) activándose el SNA con su Sistema Nervioso Simpático, esto provoca el aumento del ritmo cardíaco y la producción de la hormona corticotropina (CRF) al torrente sanguíneo. La segunda respuesta es la disociación la cual produce la desconexión de los sucesos traumatizantes, aquí se activa el Sistema Nervioso Parasimpático donde las posibilidades de lucha o huida quedan cortadas, por lo cual se activa la rama vagal dorsal quien genera la respuesta de inmovilidad o congelamiento, donde se produce una desconexión del cuerpo, se disocia, es el escape cuando no hay escape. “En este estado pasivo se eleva la producción de opiáceos endógenos y las hormonas de inhibición como el cortisol” (Aburto Baselga, 2007, p. 105).

Los circuitos de supervivencia se activan en situaciones en las que el bienestar está potencialmente amenazado. La respuesta del cerebro y el cuerpo es un estado organístico total. Estos estados involucran a la totalidad del organismo (cuerpo y mente) como parte del manejo de los recursos y así optimizar las posibilidades de sobrevivir”(Le Doux, 2015, p. 44). Por lo tanto

la exposición a situaciones altamente estresantes durante la infancia lleva asociada un aumento en las respuestas de estrés. De este modo, los mecanismos que actúan ante los niveles de ansiedad a los que se ve sometido el niño, niña, adolescente activan los sistemas biológicos de respuesta de estrés, produciéndose como consecuencia la aparición de cambios cerebrales adversos. (Bernal Santacreu & Moya Albiol, 2015, p. 65)

De modo que se trata de una constante, en el sentido que “las personas que padecen trastornos de origen traumático son vulnerables a la hiperactivación fisiológica y/o a la hipoactivación

fisiológica, y con frecuencia oscila entre estos dos extremos”(Ogden et al., 2011, p. 87). Es importante tener en cuenta que

la estimulación, y por tanto la hiperestimulación traumática, tiene lugar a través del sistema límbico, el cual está localizado en el centro del cerebro entre el tallo cerebral y la corteza cerebral. Esta parte del cerebro regula los comportamientos de supervivencia y la expresión emocional. (Rothschild, 2015, p. 27)

Son de destacar los aportes de Perry et al. (1995) quien señala que el estado de hiperactivación en las personas traumatizadas se vuelve una respuesta desadaptativa incluso cuando ya no existen situaciones de amenaza. “Es como si se vieran constantemente inundados por un aluvión incesante de señales de peligro evocadas tanto por el mundo exterior como por sus respuestas interiores” (Silberg, 2019, p. 205).

Neurobiología del trauma

Entonces, la exposición a situaciones traumáticas múltiples causa un desequilibrio entre la amígdala y la corteza prefrontal debido al bombeo continuo de cortisol que impide llegar a un nivel de homeostasis. Es decir, el cerebro del NNA queda en modo guerra, mantiene una sensación de peligro constante, con un Sistema Nervioso Autónomo desregulado, hipersensible a cualquier estímulo externo e interno. Apoyando esta idea, existen diversos estudios en neuroimágenes como los presentados por Linnman et al. (2012), Lobo et al.(2011), Shin (2010) que demuestran que ante situaciones de mucho estrés producidos por los efectos de diversas formas de maltrato infantil se constata la activación de las zonas subcorticales y se reduce la actividad de las áreas de los lóbulos frontales.

En esta misma línea existen unos estudios de neuroimagen realizados por DeBellis (2005) que demuestran cómo las situaciones de estrés como el abuso sexual afecta a las personas, mostrando que las regiones mediales prefrontales son hiporresponsivas mientras que la amígdala es hiperrresponsiva. A su vez, Lee & Hoaken (2007) agregan que la activación del sistema límbico durante sucesos traumáticos continuos puede inhibir el procesamiento de la información significativamente afectando a la recuperación de la memoria autobiográfica. El hipocampo juega un importante papel en la conexión y organización de diferentes aspectos de la memoria. A su vez se hipotetiza su responsabilidad en la localización de un evento en su tiempo, lugar y contexto correspondiente.

Además DeBellis (1999, 2005) afirma que la continua exposición a situaciones de estrés provoca una activación crónica de la amígdala la cual puede generar deterioro en el desarrollo del córtex prefrontal. Es importante agregar estudios realizados por Schore (1996), Brenner et al. (1997), Stein et al. (1997) y Gunnar y Barr (1998) los cuales afirman que la producción continua de cortisol inhibe el desarrollo del hipocampo sugiriendo una posible respuesta ante la distorsión de memoria traumática y la escasa habilidad para regular el estrés. Años más tarde Teicher (2000) investigando en casos de mujeres abusadas sexualmente comprueba una deformación notoria en la zona hipocampal, área que juega un papel importante en el almacenamiento y recuperación de la memoria, estos resultados fueron años más tarde replicados en un estudio por Carrión et al. (2007).

Es importante agregar que DeBellis y Kuchibhatla (2006) en una investigación mediante Resonancia Magnética (RM) en niños y niñas con TEPT se observó una disminución significativa en el cerebelo.

El cerebelo desempeña un papel importante en la atención, lenguaje, la cognición y el afecto. En cuanto a las manifestaciones funcionales relacionadas con cambios en las estructuras cerebelares, cabe destacar las lesiones en las áreas cerebelares, y del vermis se relacionan con alteraciones a nivel cognitivo, lingüístico, social, conductual y emocional. (Bernal Santacreu & Moya Albiol, 2015, p. 69)

Otra zona con notable evidencia de su deformación es el cuerpo caloso. Teicher et al. (1997) a través de estudios demuestran una marcada reducción de esta estructura en niños, niñas y adolescentes con historias de maltrato. DeBellis et al. (1999) replican la experiencia con casos de abuso sexual demostrando una mayor inhibición en el desarrollo de esa área. Esto a su vez repercute en una menor integración de información inter hemisférica. Por lo cual de acuerdo a Teicher et al. (2003) redundan en una lateralización hemisférica izquierda provocada por la falta de mielinización del cuerpo caloso.

“El hecho de que el cerebro humano siga desarrollándose durante la infancia y la adolescencia, e incluso durante el período adulto, hace que sea especialmente vulnerable ante situaciones traumáticas o de estrés crónico, produciéndose daños, en ocasiones irreversibles” (Bernal Santacreu & Moya Albiol, 2015, p. 76).

Conclusiones

Las nuevas evidencias sobre la gnoseología en trauma complejo y sus manifestaciones a nivel psicofisiológico permiten articular las violencias, las relaciones de apego con las figuras de cuidado primarias y la disociación. Es importante el desarrollo de abordajes interdisciplinarios a partir de modelos basados en la evidencia que pueden incidir en la reparación del daño y recuperación de derechos. Siempre desde una perspectiva de género y derechos humanos teniendo presentes a NNA como sujetos de derechos.

A través de años de estudios, se ha generado una potente literatura científica que avala que la exposición temprana a repetidas y prolongadas situaciones traumáticas como el ASI generan daño a nivel estructural produciendo el subdesarrollo de importantes áreas del cerebro y a nivel bioquímico con la continua generación de cortisol el cual se transforma en neurotoxina. A su vez, la exposición temprana a situaciones de abuso implica la posibilidad de revictimización y generación de psicopatología en la vida adulta.

Referencias Bibliográficas

Aburto Baselga, M. (2007). Psicotraumatología I: El trauma temprano. *Clínica e Investigación Relacional. CEIR.*, 1(1), 91-109.

- Baita, S. (2015). *Rompecabezas: Una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*. Sandra Baita.
- Bernal Santacreu, M. C., & Moya Albiol, L. (2015). *Neurocriminología: Psicobiología de la violencia*. Pirámide.
- Brenner, D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R., Mazure, C., Capelli, S., Mc Carthy, G., Innis, R., & Charney, D. (1997). Medición basada en imágenes de resonancia magnética del volumen del hipocampo en el trastorno de estrés postraumático relacionado con el abuso físico y sexual en la infancia: Un informe preliminar. *Biol Psychiatry*, 41, 23-32.
- Carrión, V. G., Weems, C. F., & Reiss, A. L. (2007). Stress Predicts Brain Changes in Children: A Pilot Longitudinal Study on Youth Stress, Posttraumatic Stress Disorder, and the Hippocampus. *PEDIATRICS*, 119(3), 509-516. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2028>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Mallah, K., Liataud, J., Van der Kolk, B., & Olafson, E. (2005). Trauma complejo en niños y adolescentes. *Anales Psiquiátricos*, 35(5), 390-398.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development**See accompanying Editorial, in this issue. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271-1284. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)
- De Bellis, M. D., & Kuchibhatla, M. (2006). Cerebellar Volumes in Pediatric Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 60(7), 697-703. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.04.035>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Gunnar, M. R., & Barr, R. G. (1998). Stress, Early Brain Development, and Behavior: *Infants & Young Children*, 11(1), 1-14. <https://doi.org/10.1097/00001163-199807000-00004>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Le Doux, J. (2015). *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. Penguin Books.
- Lee, V., & Hoaken, P. N. S. (2007). Cognition, Emotion, and Neurobiological Development: Mediating the Relation Between Maltreatment and Aggression. *Child Maltreatment*, 12(3), 281-298. <https://doi.org/10.1177/1077559507303778>

- Linnman, C., Zeidan, M. A., Furtak, S. C., Pitman, R. K., Quirk, G. J., & Milad, M. R. (2012). Resting amygdala and medial prefrontal metabolism predicts functional activation of the fear extinction circuit. *The American Journal of Psychiatry*, 169(4), 415-423. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121780>
- Lobo, I., de Oliveira, L., David, I. A., Pereira, M. G., Volchan, E., Rocha-Rego, V., Figueira, I., & Mocaiber, I. (2011). The neurobiology of posttraumatic stress disorder: ¿Dysfunction in the prefrontal-amygdala circuit? *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 191-203. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2011.2.004>
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Nieto Martínez, I., & López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2011). *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199524\)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B)
- Porges, S. W. (2017). *La teoría polivagal: Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Pléyades.
- Rothschild, B. (2015). *El cuerpo recuerda: La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma*. Elefthería.
- Schore, A. (2001). The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22(2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:13.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:13.0.CO;2-N)
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59-87. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006970>
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Silberg, J. L. (2019). *El niño superviviente: Curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée de Brouwer.

- SIPIAV. (2020). *Informe de Gestión 2020. Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia Contra la Violencia* (p. 79). SIPIAV. <https://www.inau.gub.uy/sipiav/informes-de-gestion-sipiav>
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClARTY, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27(4), 951-959. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005242>
- Teicher, M. H. (2000). Wounds That Time Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse. *Dana Press*, 2(4), 50-67.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 160-175. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48277.x>
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.