

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO
SERVICIO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIDAD DE PSICOTRAUMA

Trauma psicológico

Mag. Ivannia Chinchilla Badilla, Esp
Abril 201

Contenidos:

- El trauma psicológico en la historia
- Hacia un concepto de trauma psicológico
 - Tipos de trauma
 - Eventos desencadenantes
- Dinámica
- Consecuencias



“Probablemente creas que el mundo es un lugar amable, que la vida tiene un sentido y que todo tiene un significado...

Crees estar seguro/a y mereces cosas positivas... pero cuando ves golpeado/a por el trauma pierdes el control de las cosas que te rodean, te sientes vulnerable y el mundo deja de ser un lugar seguro...

...Tampoco puedes seguir dándole sentido a lo que acaba de ocurrir. Lo que, hasta hace poco, daba sentido a tu vida, se ha desvanecido y la vida ha dejado de ser justa y buena”

(Williams y Poijula)

El trauma psicológico en la historia





*“El estudio del trauma psicológico tiene una historia
‘subterránea’.*

*Al igual que las personas traumatizadas, se nos ha
amputado el conocimiento de nuestro pasado...*

*Al igual que las personas traumatizadas, necesitamos
comprender el pasado para recuperar el presente y el
futuro...*

*Por lo tanto, la comprensión del trauma psicológico
empieza con el redescubrimiento de su historia...”*

(Herman, 1992, p.ii)



...Recuento cronológico...



John Erich Erichsen



Hermann Oppenheim



Edouard Stierlin

s. XIX

1889

1906-07

primera descripción en la literatura científica de las lesiones de las espaldas postrauma (railway spine)

distinción del sistema nervioso / genuina ≠ histeria y simulación.

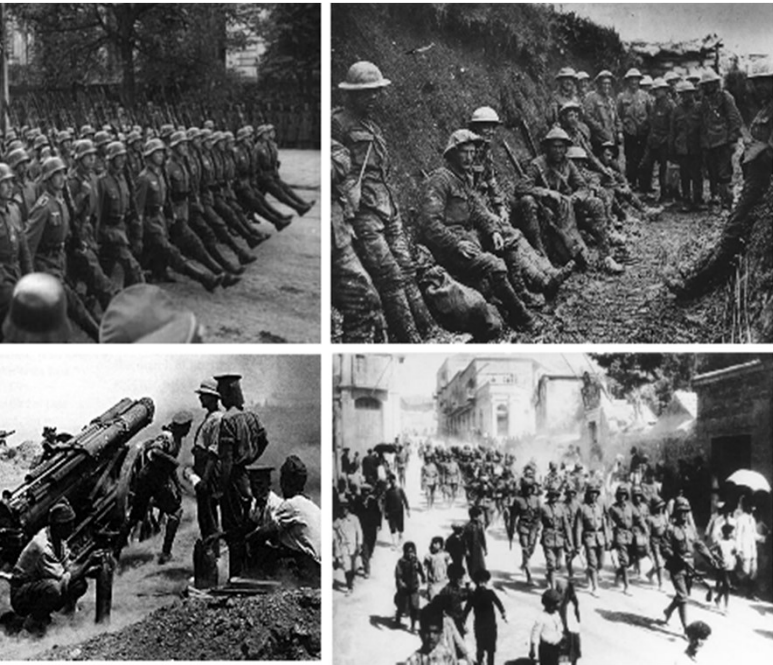
► **“Neurosis traumática”:**

Síntomas se deben a cambios moleculares muy sutiles en el S.N.C.

Alta frecuencia de síntomas aparentemente relacionados con el corazón ~ **“neurosis cardiacas”**

► Sobrevivientes a accidente grave en minas y terremotos (25% sufría alteraciones de sueño y pesadillas).

► La causa de «enfermedad» es **acontecimiento traumático**



Karl Bonhoeffer

1914-1918

...

tormentos de soldados en las trincheras:

“shell shock” (Charles Myers, 1915), “astenia circulatoria”, “corazón del soldado”, “corazón vulnerable” + **“neurosis traumática”**

¿cómo explicar el hecho de que un soldado que había enfrentado el combate de manera satisfactoria se hundiera de repente...?

condenas a muerte / ejecuciones / delito de cobardía.

- ▶ **“Neurosis traumática”** enfermedad social que requiere una cura social.
- ▶ La raíz del problema es el interés de ganancia económica (“**neurosis de reemplazo**”).
- ▶ No sujetas a compensación económica.



Paul Briquet

1859

1880



Jean Martin Charcot

Histeria y sus síntomas... somatización...

Trastorno construido por múltiples síntomas teatrales y exagerados en ausencia de enfermedad orgánica demostrable.

Antecedentes de traumas infantiles
⇒ **“seudología fantástica”** (niños/as que habían acusado a padres de incesto).

▶ Histeria «la Gran Neurosis»,

⇒ síntomas **psicológicos** por los que pueden ser inducidos y aliviados mediante la hipnosis.

▶ La experiencia de un trauma (**nerveaux**) puede colocar a la persona en un estado mental similar al que consigue con la hipnosis.



Pierre Janet

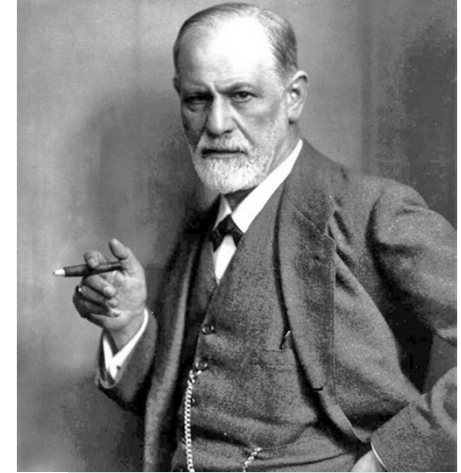
1890

Histeria es una condición causada por **trauma psicológico**

Las reacciones emocionales insoportables ante los eventos traumáticos producen un estado alterado de conciencia que induce los síntomas histéricos

«Disociación»

Síntomas somáticos son representaciones encubiertas de eventos angustiantes desvanecidos de la memoria



Sigmund Freud

«Doble conciencia»



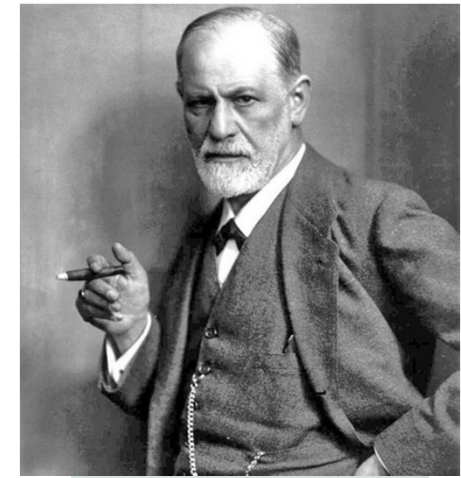
Pierre Janet

Los recuerdos de la experiencia traumática no pueden integrarse en la conciencia personal, se **escinden** (disocian).

Algunas personas son incapaces de hacer uso de la **memoria narrativa** y todavía continúan confrontándose con la situación traumática.

Esto produce una **fobia de la memoria** que evita la integración de los recuerdos al plano consciente.

Lo ocurrido sigue apareciendo de **manera intrusa** como percepciones aterradoras, preocupaciones obsesivas y re-experiencias somáticas.



Sigmund Freud

- ▶ Experiencias sexuales prematuras en los primeros años de infancia en la base de cada caso de histeria.

¿familias respetables de Viena?

- ▶ **s.XX:**

El origen de la neurosis traumática se encuentra en:

- pulsiones sexuales reprimidas durante los conflictos de la fase edípica.
- no en el acontecimiento traumático, sino en **conflictos durante la infancia.**

Trauma e historia: *escuela francesa, s. XIX*

Calcedo (2000)



Pierre Janet

- ▶ Cuando las personas experimentan emociones vehementes, mentes se vuelven incapaces de confrontar sus experiencias aterradoras con los esquemas cognoscitivos preexistentes.
- ▶ Tal fijación:
 - ▶ Afecta la capacidad de asimilar nuevas experiencias en su vida.
 - ▶ Las personas sienten que su vida se encuentra bloqueada por un obstáculo infranqueable.
 - ▶ Su esfuerzo mental para eliminar de la vida consciente los recuerdos traumáticos es muy alto y reduce la energía psicológica para actividades mentales.

Disminución en funcionamiento social y laboral



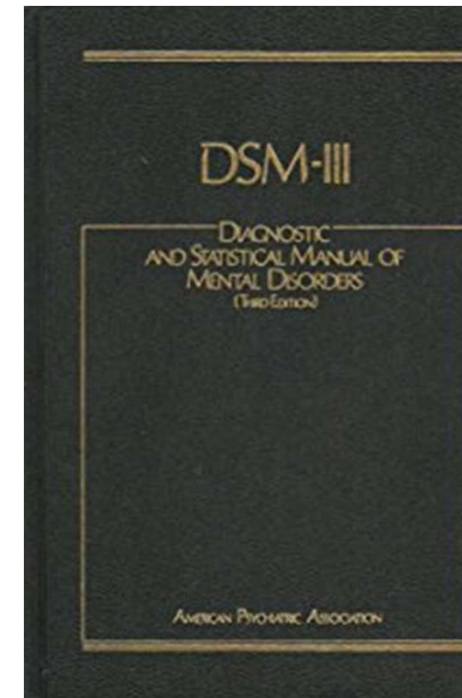
Abram Kardiner, M.D.

1941

- ▶ *“The traumatic neuroses of War”...*
 - ▶ Las personas con neurosis traumática desarrollan un grado de vigilancia anormal y una sensibilidad excesiva a estímulos amenazantes del entorno, persistente más allá del campo de batalla.
 - ▶ *Su origen es una **fisioneurosis** cuya alteración principal reside en mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia.*
 - ▶ Hay una relación alterada de la relación de sí mismos respecto al mundo porque se sienten fijados al acontecimiento traumático al que sufrieron, presentan alteraciones importantes del sueño, reacciones de alarma y episodios de agresividad de carácter explosivo.
- ▶ Episodios disociativos tras estímulos sonoros...
- ▶ Flashbacks de imágenes de combate al entrar al mundo...
- ▶ Crisis de angustia ante algún estímulo...

1970's

- ▶ Introducción del TEPT como categoría diagnóstica.
 - ▶ 1974: síndrome de la mujer violada (Anne Burgess y Linda Holdstrom)
 - ▶ Pesadillas y flashbacks similares a los de soldados expuestos a combate.
 - ▶ Retorno de soldados de guerra de Vietnam (1955-1975)
 - ▶ Síndrome del veterano de Vietnam ⇒ mismos síntomas postrauma descritos por Kardiner.
 - ▶ Presión social para su visibilización.



1980

DSM-III

ANXIETY DISORDERS

Phobic disorders (or Phobic neuroses)

- 300.21 Agoraphobia with panic attacks
- 300.22 Agoraphobia without panic attacks
- 300.23 Social phobia
- 300.29 Simple phobia

Anxiety states (or Anxiety neuroses)

- 300.01 Panic disorder
- 300.02 Generalized anxiety disorder
- 300.30 Obsessive compulsive disorder (or Obsessive compulsive neurosis)

Post-traumatic stress disorder

- 308.30 acute
- 309.81 chronic or delayed
- 300.00 Atypical anxiety disorder

308.30 Post-traumatic Stress Disorder, Acute

309.81 Post-traumatic Stress Disorder, Chronic or De

... finales del siglo XX...



Leonore Terr

1990

1992



Judith Lewis Herman

«Too Scared to Cry»:

- ▶ El trauma sufrido antes de los 3 años de vida raramente se logra describir verbalmente, en su lugar, se repite comportamentalmente.
- ▶ Distinción de tres tipos de trauma, según defensas y la movilización psicológica en general.
- ▶ El trauma simple puede ser claramente recordado y narrado vs. el **trauma prolongado**.

- ▶ Trabajo fundamental en la comprensión del tratamiento del incesto y del trauma posttraumático.
- ▶ Acuña el concepto de **Trastorno de estrés posttraumático complejo** («Trauma and Recovery», 1992).

s. XXI

Neurociencias

(Damasio, LeDoux, Panksepp, Porges, Llinas y Davidson)

Psicopatología del desarrollo

(impacto de las experiencias adversas en el desarrollo del cerebro y la mente)

Neurobiología interpersonal

(influencia de los vínculos en las emociones, biología, actitudes y presupuestos de quienes nos rodean)

Van der Kolk

Francine Shapiro
(Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR)

Pat Ogden, Keith Minton y Charles Pain (El trauma en el cuerpo)

Bessel Van der Kolk (The Body Keeps the Score)

Richard Bentall (trauma complejo temprano y psicosis)




...Análisis histórico...

Trauma e historia

Herman (1992)

- ▶ Tres etapas históricas recientes según coyunturas sociopolíticas:
 - ▶ **El estudio de la histeria.**
(Movimiento republicano anticlerical de fines de siglo XIX en Francia)
 - ▶ **Las neurosis de guerra.**
(Estudio de las consecuencias de la guerra y el combate, movimientos antibelicistas y pacifistas)
 - ▶ **La violencia sexual y doméstica.**
(Estudio de las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, movimiento feminista)





“El estudio del Trauma Psicológico ha estado indisolublemente ligado al desarrollo y ocaso de movimientos políticos y sociales que le dieron sustento.

Es así que a lo largo de la historia reciente pueden comprobarse abruptas amnesias de los desarrollos científicos alcanzados en el campo del trauma...”


(Cazabat, 2002, p.38)



“... curiosa historia, de amnesia episódica.

Períodos de investigación activa se han alternado con períodos de olvido. De forma repetida en el siglo XIX, líneas similares de investigación se iniciaron y luego abruptamente se abandonaron, sólo para ser redescubiertas mucho después.

Documentos clásicos de cincuenta o cien años atrás con frecuencia se leen como trabajos contemporáneos. Aunque el campo, de hecho, cuenta con una tradición rica y abundante, periódicamente ha sido olvidado y debe ser periódicamente recuperado”



“El estudio del Trauma Psicológico penetra en los resquicios más hondos de una sociedad, poniendo en tela de juicio desde hechos macrosociales, como las guerras, a las relaciones más íntimas, como las relaciones familiares.

Su estudio puede cuestionar desde los más altos niveles del poder político y militar, hasta los aspectos ideológicos más cotidianos...”

(Cazabat, 2002, p.38)

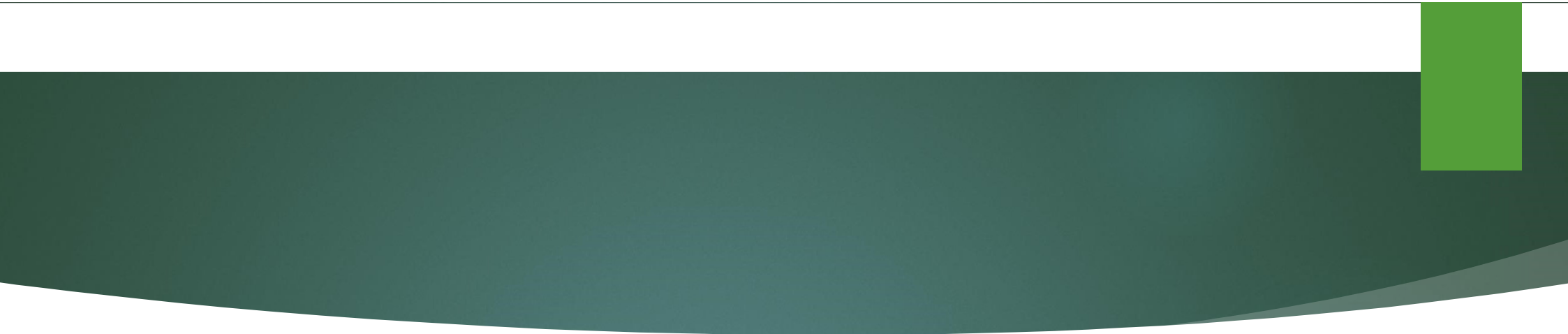
Hacia un concepto de trauma psicológico





τραῦμα

...heric



“El trauma es la causa más evitada, ignorada, negada, peor comprendida y menos tratada del sufrimiento humano”

(Levine, 2012, p.1)

“Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona.

Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reactuaciones conductuales”

Trauma psicológico:

Clasificaciones



- ▶ Lenore Terr (1994):
 - ▶ Trauma tipo I
 - ▶ Trauma tipo II
 - ▶ Trauma mixto

- ▶ Trauma complejo / DESNOS

- ▶ Trauma relacional

- ▶ Traumatización secundaria

Trauma psicológico:

Clasificación

Terr citada por Rojas (2001)

▶ **Trauma tipo I:**

- ▶ Aquél producido por un evento único, repentino y externo.
- ▶ Generalmente no se acompaña de dolor masivo ni de adormecimiento psíquico, ni de baja autoestima ni de problemas severos de personalidad que caracterizan al trauma crónico.



Trauma psicológico:

Clasificación

Tej Williams y Poijula (2015)

▶ Trauma tipo I:

▶ Se caracteriza por:

- ▶ Memorias completas y detalladas de lo ocurrido...

 - ▶ Detalles... olores, formas, sonidos...

- ▶ Augurios

 - ▶ "Si no hubiera...", búsqueda de explicación

 - ▶ ...¿cómo lo pude haber evitado?...

- ▶ Percepciones erróneas.



Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

▶ Trauma tipo I:

▶ Por eventos conocidos como “*incidentes críticos*”:

- ▶ Agresión sexual
- ▶ Accidentes de tránsito
- ▶ Catástrofes naturales



Trauma psicológico:

Clasificación

Terr citada por Rojas (2001)

▶ Trauma tipo II:

- ▶ Ocurre producto de una exposición repetitiva a eventos traumáticos externos.
- ▶ El primer evento es sorpresivo, pero los subsecuentes crean un horror a la anticipación de la recurrencia.



Trauma psicológico:

Clasificación

Terr citada por Rojas (2001)

▶ **Trauma tipo II:**

- ▶ Mecanismos de defensa: negación, represión, disociación.
- ▶ Consecuencias: autoconcepto lesionado, identificación con el/la agresor/a o vuelta de la agresión contra sí mismo/a.
- ▶ La negación, la furia y la tristeza parecen ser casi permanentes en víctimas de trauma tipo dos.



Trauma psicológico:

Clasificación

Terr citada por Rojas (2001)



▶ Trauma mixto:

▶ Se produce por un **evento único**, repentino externo, como el trauma tipo uno, pero con **secuelas severas, crónicas**:

▶ Muerte, desfiguración, pérdida del hogar, embarazo producto de una violación...

Trauma psicológico:

Clasificación

Terr citada por Rojas (2001)

▶ **Trauma mixto:**



- ▶ Hay recuerdo claro del hecho, augurios, distorsiones perceptuales propias del trauma tipo uno, así como negación, adormecimiento psíquico, disociación y furia del trauma tipo dos
- ▶ Generalmente asociado a cuadros depresivos secundarios:
 - ▶ Trauma + duelo(s)
(...parte del cuerpo, infancia, salud...)

Trauma psicológico

Talarn, Sáinz y Rigat (2011)

- ▶ Cada tipo de trauma requiere un abordaje diferente, dado que presenta una clínica postraumática distinta:

Tipo I	<ul style="list-style-type: none">- Persona con recuerdo claro de lo sucedido- Útiles terapias breves
Tipo II	<ul style="list-style-type: none">- Personas generalmente acuden con presentaciones clínicas variadas, fundamentalmente de orden depresivo.- Abordaje más complejo, largo y delicado.
Tipo III (Solomon y Heide) <i>Sufrimiento repetido y crónico desde <u>temprana edad</u> y con especial <u>sadismo</u></i>	<ul style="list-style-type: none">- Personas pueden recibir diagnósticos como esquizofrenia, TLP, TAB o TID.- Abordaje largo y de pronóstico incierto.

Trauma psicológico:

Clasificación

Trauma mixto



Trauma complejo

Trauma psicológico:

Clasificación

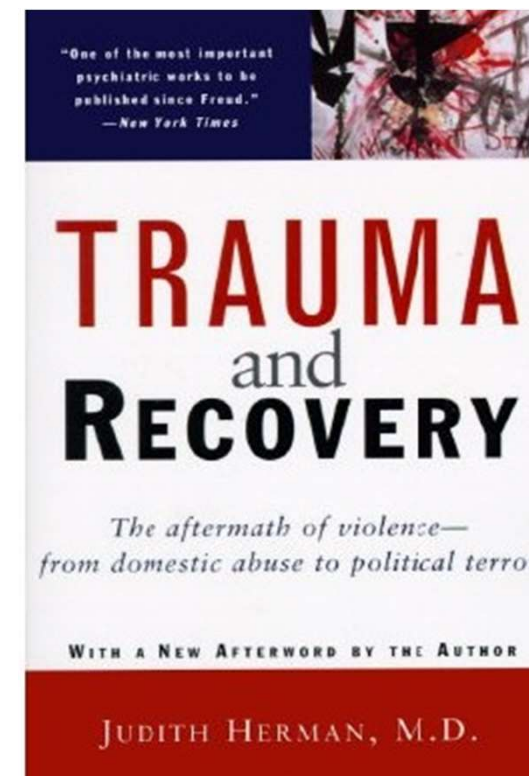
Williams y Poijula (2015)

▶ Trauma complejo:

- ▶ Aún no referido en Manuales de nosología psiquiátrica.
- ▶ Descrito en primera instancia por Judith Herman (1992):
 - ▶ “Trastornos de estrés postraumático complejo” o “Trastorno de estrés extremo no especificado de otro modo”

(DESNOS)

Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified



Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

▶ Trauma complejo:

- ▶ Por **exposición prolongada, repetida y extensa** a acontecimientos traumáticos.
- ▶ Síntomas son notablemente distintos de aquellos asociados con TEPT:
 - ▶ Experiencias de estar cautivo/a e impotente.
 - ▶ Se extienden por un período prolongado en lugar de sólo la duración de un evento traumático.

Prisioneros de guerra

*Rehenes mucho tiempo
cautivos*

*Supervivientes de
campos de
concentración, zonas
en guerra o sectas*

*Supervivientes de
palizas, V.I.F., abusos
sexuales*

*Niños/as que han
sufrido años enteros
otros tipos de trauma*

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 1

Alteraciones en la regulación de las emociones e impulsos

- Desregulación crónica del afecto (las emociones parecen tener vida propia)
- Dificultades en la modulación (en la gestión y regulación) de la ira
- Conducta autodestructiva o suicida
- Dificultades para modular el compromiso sexual
- Conductas impulsivas y arriesgadas

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 2

Alteraciones en la atención o la conciencia

- Amnesia
- Episodios disociativos transitorios (breves períodos de ausencia)
- Despersonalización

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 3

Somatización (el modo en que el cuerpo mantiene el trauma)

- Problemas del sistema digestivo
- Dolor crónico
- Síntomas cardiopulmonares
- Síntomas de conversión (problemas psicológicos que acaban convirtiéndose en síntomas físicos...)
- Síntomas sexuales
- Pánico

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 4

Alteraciones en la autopercepción (modo de verse a sí mismo/a)

- Vergüenza y culpa crónica
- Sensación de estar definitivamente lesionado/a
- Sensación de ineficacia
- Sentirse incomprendido
- Minimizar la importancia de los acontecimientos vitales traumáticos

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 5

Alteraciones en la percepción del agresor

- Asumir y adoptar como ciertas las creencias distorsionadas de quien agrede, sobre sí mismo/a, los/as demás y lo que ocurrió
- Idealizar al agresor
- Preocuparse por dañar al agresor

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 6

Alteraciones en la relación con los/as demás

- Incapacidad de confiar
- Convertirse a sí mismo/a en víctima
- Convertir en víctimas a los/as demás

Trauma psicológico:

Clasificación

Williams y Poijula (2015)

► Síntomas del Trauma complejo (Herman, 1992):

TEPT complejo, categoría 7

Alteraciones en los sistemas de significado (el modo de verse a sí, los/as demás y la espiritualidad)

- Desesperación e impotencia
- Pérdida de las creencias anteriormente sustentadas

Trauma psicológico:

...complejo...

*“mayor probabilidad de TEPT complejo si el trauma ocurrió en un **momento temprano** de la vida y fue **prolongado e interpersonal**”*

(Williams y Poijula, 2015, p



.... Otras vertientes comprensivas.

Trauma psicológico relacional

Talarn, Sáinz y Rigat (2011)

- ▶ ... el fallo del ambiente en el que nos criamos, la alteración del vínculo de apego, la falta de validación empática de nuestros afectos, la falta de contención, de comprensión, de la posibilidad de compartir...
- ▶ ... acumulativo...

“Un patrón crónico de vivencias infantiles frustrantes padecidas de un modo pasivo a manos de otros significativos y que cuando se repiten día tras día durante un determinado número de años, pueden adoptar un significado emocional traumático”

(Shabac)

Estrés traumático secundario

Meda, Moreno, Palomera y Vargas (2011)

- ▶ E.T.S.
- ▶ “Proceso por el cual un individuo que observa el sufrimiento de otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de la otra persona”.
- ▶ Factor fundamental:
 - ▶ Empatía



Trauma psicosocial

Madariaga (2002)



- ▶ Martín-Baró:
 - ▶ Causalidad estructural de la violencia política que dirige a la violencia social.
 - ▶ Trauma colectivo como recurso sociopolítico de dominación y exterminio social con el fin de afirmar un determinado modelo de sociedad.
 - ▶ Intencionada materialización de daño en doble vía:

Individual y Colectiva

Trauma psicosocial

- ▶ Trauma histórico (Sotero, 2006).

Grupos poblacionales históricamente sometidos a trauma colectivo prolongado (colonialismo, esclavitud, guerra, genocidio) muestran una mayor prevalencia de enfermedad incluso varias generaciones posteriores a la ocurrencia del evento original.

- ▶ Transmisión transgeneracional del trauma psicosocial (Faúndez y Cornejo, 2010).



.... Eventos desencadenantes..





Trauma psicológico

Levine (2012)

*Si bien todos los sucesos traumáticos resultan estresantes, **no todos los sucesos estresantes resultan traumáticos.***

- ▶ El trauma ocurre cuando nuestra capacidad de responder a una amenaza percibida queda restringida en algún sentido, lo cual puede impactarnos de maneras más evidentes o más sutiles.
 - ▶ Percepción de amenaza depende de factores como:
 - ▶ Edad
 - ▶ Experiencia
 - ▶ Temperamento...
 - ▶ Contexto...

Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

- ▶ Factores que influyen en el desarrollo de Trastorno de Estrés Postrauma (TEPT):
 - ▶ Factores pre-evento.
 - ▶ Menos determinantes en grandes catástrofes.
 - ▶ Factores peri-evento.
 - ▶ Factores post-evento.



Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

► Factores pre-evento:

(pueden influir en la forma en que la persona reacciona al evento traumático)

- Exposición previa al trauma.

- Acontecimientos vitales adversos:

haber sido víctima o testigo durante la infancia de situaciones de descuido, abuso físico, sexual o emocional.

- Depresión o ansiedad previa de carácter no situacional.

- Inestabilidad familiar:

historial de trastornos psiquiátricos, separaciones infantiles, problemas económicos, violencia intrafamiliar.

Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

► Factores pre-evento:

- Historial familiar de conducta criminal o antisocial.
- Abuso temprano de sustancias.
- Problemas con la autoridad:
escapar de casa, expulsiones, bajo rendimiento escolar, delincuencia, peleas o ausentismo escolar.
- Pérdida temprana de personas, posesiones u hogar.
- Socialización de género:
riesgo se duplica en mujeres.

Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

► Factores pre-evento:

- Habilidades de enfrentamiento ineficaces.

- Falta de apoyo social para superar momentos difíciles.

- Edad:

Más probable en personas menores de 25 años.

- Genética:

Miembros de algunas familias parecen tener una mayor tolerancia al trauma.

Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

► Factores peri-evento: (que rodean el evento)

- Proximidad geográfica al acontecimiento.
- Grado de exposición al acontecimiento.
- Significado que, para la persona, tiene el acontecimiento.
- Edad
Siendo más vulnerables quienes son más jóvenes en momento del evento.
- Haber sido víctima de muchos incidentes traumáticos

Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

► Factores peri-evento:

- Duración del trauma.
- Amenaza de que el trauma no ha concluido:
guerra.
- Hallarse implicado en un acontecimiento traumático provocado intencionalmente por el ser humano.
- Perpetrar o presenciar una atrocidad:
actos muy brutales y espantosos, como asesinato deliberado de mujeres y niños.

Trauma psicológico

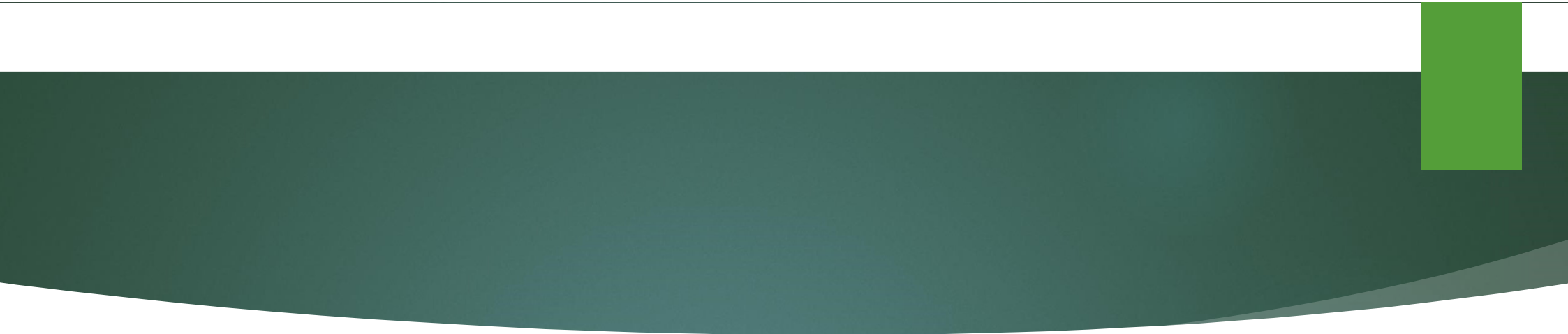
Williams y Poijula (2015)

► Factores post-evento:

- Ausencia de un buen apoyo social.
- No poder hacer nada con lo sucedido.
- Sumirse en la autocompasión y en el rechazo hacia sí mismo (victimización).
- Ser pasivo más que activo.
- No lograr darle sentido al sufrimiento.
- Desarrollar un Trastorno de estrés agudo.
- Experimentar durante el acontecimiento traumático o poco después un *arousal* fisiológico (↗ presión sanguínea, reacción de sobresalto... síntomas de evitación o embotamiento).

Dinámica del trauma psicológico





“Los hallazgos en neurociencias demuestran que muy escasos problemas psicológicos son el resultado de problemas en la comprensión, por el contrario, la mayoría de tales problemas se originan en presiones de regiones profundas del cerebro que guían nuestra percepción y atención”

(Van Der Kolk, 2

Bases fisiológicas

Van Der Kolk (2014)

- Neurociencias:

- Mecanismos cerebrales organizados para facilitar una respuesta de **supervivencia** frente a amenazas.

- ▶ “Cerebro emocional”

- ▶ S. Límbico

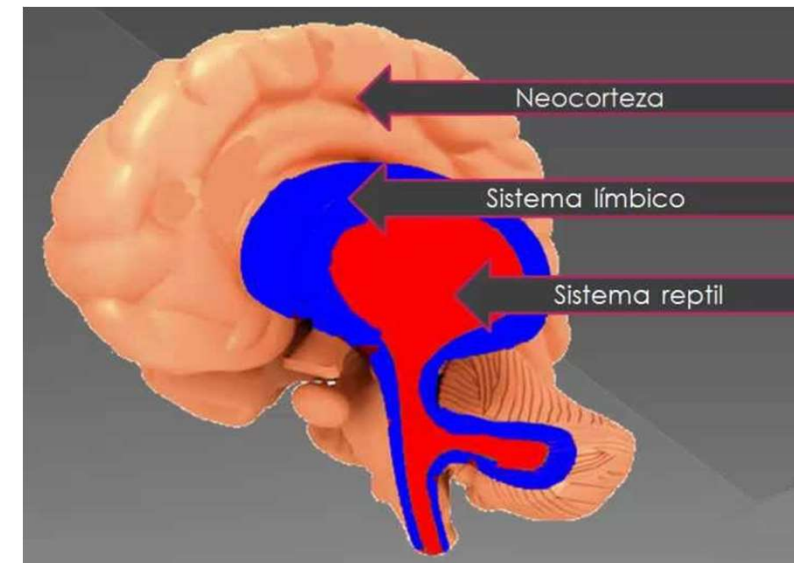
- ▶ S. Reptiliano

- ▶ Activación a partir de estímulos simples

- ▶ No racionales

- ▶ Activación de sistema endocrino

- ▶ Reacciones fisiológicas, musculares...



Cerebro triádico
(MacLean)

Bases fisiológicas

Van Der Kolk (2014)

- “Para el momento en que nos percatamos de lo que está pasando, ya nuestro cuerpo está en acción”



MacLean

- “Cuando la vida se encuentra en riesgo, los tres sistemas pueden funcionar de manera independiente...”

Bases fisiológicas

Salvador (2009)

▶ Mecanismos de defensa activa

▶ Lucha-huida

- ▶ No eficaces- aumentan riesgo y peligro frente a la situación.

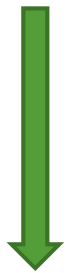


▶ Mecanismos de defensa pasiva

▶ Parálisis / congelamiento / anestesia emocional

- ▶ Función biológica en mamíferos
- ▶ Segregación de endorfinas = anestésicos naturales contra dolor físico y emocional

SNA Simpático

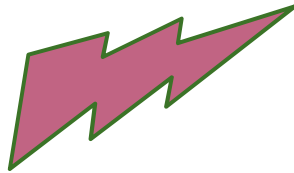


SNA
Parasimpático

Bases fisiológicas

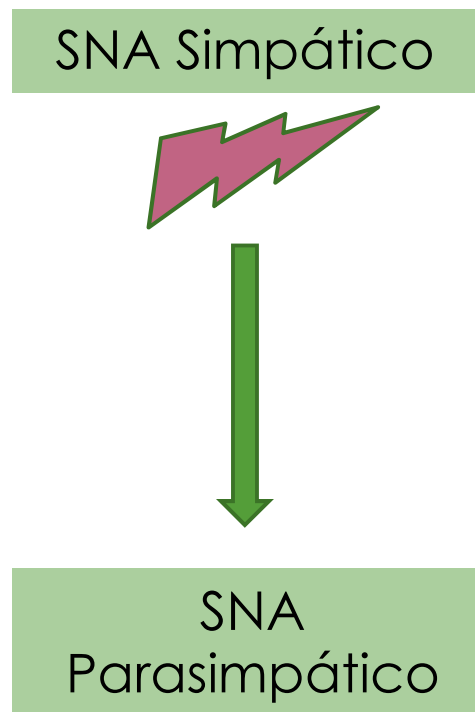
Salvador (2009)

SNA Simpático



Falta de integración de la experiencia

SNA
Parasimpático



- ▶ Activación bloqueada / No descarga física de energía retenida (animales).
- ▶ Arousal sirve como impulso para la memoria y los síntomas de activación del trauma (Levine 1997)

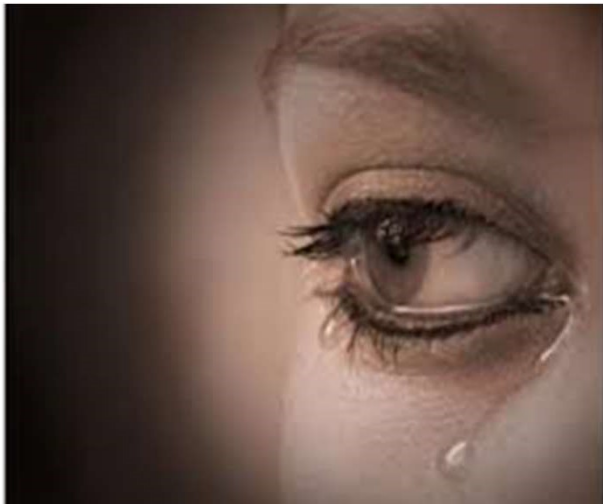
- Circuitos cerebrales de memoria somatosensorial que vuelven a activarse tras la exposición a un estímulo no específicamente traumático, pero asociado al evento traumático.
 - Ej: sonido, olor, sensación...

Trauma y consecuencias



Mecanismos de acción

Calcedo (2000)



- ▶ Fijación del trauma
- ▶ Intrusiones (emociones, impresiones somatosensoriales)
- ▶ Reexposición compulsiva al trauma
- ▶ Evitación y embotamiento
- ▶ Incapacidad de modular el grado de alerta
 - ▶ Alexitimia
- ▶ Capacidad de procesar información
- ▶ Percepción
- ▶ Verbalización
- ▶ Cambios permanentes en la personalidad

Trauma y consecuencias

Carvalho (2012)

- ▶ El trauma congela los recuerdos en las redes cerebrales a nivel neuroquímico:
 - ▶ Redes de contenido guardadas de forma neuroquímicamente disfuncional “congeladas”.

El trauma se va formando-organizándose como un recuerdo disociado y/o vinculado de forma mal adaptativa en función del hecho de que el cerebro no logra cumplir su función normal de procesamiento (p. 22)

- ▶ Información maladaptativa disociada de herramientas adaptativas (procesar y resolver dicho recuerdo).



Trauma y consecuencias

Carvalho (2012)

- ▶ El trauma es la secuela de vivencias de peligro (real y/o percibido) que no conseguimos resolver adecuadamente:
 - ▶ Continúa siendo eternamente revivido – no termina – el cerebro continúa activo / hipervigilante.
 - ▶ ***“...Hay una parte que todavía ‘no sabe’ que el peligro pasó...”***

Trauma y consecuencias

Carvalho (2012)

- ▶ El trauma quita la capacidad de elegir.
- ▶ La repetición de lo ocurrido a partir de huellas neuroquímicas excluye conductas adaptativas
 - ▶ Repetición de comportamientos asociados con el trauma (ej. conductas destructivas, “violencia genera violencia”).



Trauma y consecuencias

Carvalho (2012)

- ▶ El trauma favorece la instalación de creencias negativas sobre sí.
- ▶ Los recuerdos de experiencias dolorosas que no se han logrado procesar (“digerir”) quedan guardados no sólo con huellas de memoria emocional, sino también con pensamientos, sensaciones corporales, olores, sonidos, colores....
- ▶ Pensamientos y creencias vigentes en el evento del trauma / intrusivos en el presente.



Trauma y consecuencias

“No ‘llamamos’ al evento ni estamos pensando en aquello... a veces es sutil... No entendemos por qué cambiamos de humor, por qué nos sentimos tristes sin razón aparente o irritados. Es que alguna cosa en el presente disparó algo que nos ocurrió en el pasado”

(Carvalho, 2012, p.2)

Trauma y consecuencias

Carvalho (2012)

- ▶ El trauma conduce al desarrollo de conductas de evitación.
 - ▶ Alejamiento de huellas de memoria consciente asociadas con el evento traumático.
 - ▶ Preámbulo de fobias.

- ▶ El trauma bloquea la capacidad para el aprendizaje.
 - ▶ Imposibilidad de “escuchar” la lección externa porque el “ruido interno” es muy alto.

Trauma y consecuencias

Carvalho (2012)

- ▶ La individualidad interviene en el grado de impacto del trauma:
 - ▶ Historia de vida, recursos personales...
 - ▶ Temperamento
 - ▶ Desarrollo (déficits en su evolución...)
 - ▶ Contexto familiar, ámbitos de interacción...



Trauma y consecuencias

DSM-V (2012)

- ▶ Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés:
 - ▶ Trastorno de apego reactivo
 - ▶ Trastorno de relación social desinhibida
 - ▶ Trastorno de estrés postraumático
 - ▶ Pme < 6 años
 - ▶ Trastorno de estrés agudo
 - ▶ Trastornos de adaptación

Criterios diagnósticos para TEPT según DSM-III

- A. Existencia de un **estrés** reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.
- B. El **reexperimentar** el traumatismo se pone de manifiesto por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento
 - 2. Sueños recurrentes del acontecimiento
 - 3. Comportamiento repentino o sentimiento también repentino, como si el acontecimiento traumático estuviera presente debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideacional
- C. **Embotamiento** de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la incorporación a él, que empieza en algún momento después del trauma, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Disminución marcada del interés en una o más actividades significativas
 - 2. Sentimientos de separación o de extrañeza frente a los demás
 - 3. Constricción del afecto
- D. Al menos dos de los siguientes síntomas no estaban presentes antes del trauma
 - 1. Estado de **hiperalerta** o respuesta de alarma exagerada
 - 2. Alteraciones del sueño
 - 3. Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo o remordimiento por la conducta llevada a cabo para la supervivencia
 - 4. Fallas de memoria o dificultades de concentración
 - 5. **Evitación** de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático
 - 6. Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

DSM-V (2012)

Trastorno de apego reactivo

313.89 (F94.1)

- A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:
 - 1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
 - 2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.
- B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:
 - 1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
 - 2. Afecto positivo limitado.
 - 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

Trastorno de relación social desinhibida

313.89 (F94.2)

DSM-V (2012)

- A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con **adultos extraños** y presenta dos o más de las características siguientes:
 1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños.
 2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
 3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
 4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.
- B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

Trastorno de apego reactivo

313.89 (F94.1)

Y

Trastorno de relación social desinhibida

313.89 (F94.2)

DSM-V (2012)

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p.

ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).

E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.

F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.

G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Apego Reactivo

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

DSM-V (2012)

- A. **Exposición** a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

B. Presencia de uno (o más) de los **síntomas de intrusión** siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. **Evitación persistente** de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

- E. **Alteración importante de la alerta y reactividad** asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.



Trastorno de Estrés Agudo

Duración de 3 días a 1 mes después de la exposición al evento traumático

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

DSM-V (2012)

3. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La presentación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

- C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución de juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

DSM-V (2012)

- D. **Alteración importante de la alerta y reactividad** asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
 2. Hipervigilancia.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas con concentración.
 5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- E. La duración de la alteración es superior a un mes.
- F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
- G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Trastorno de estrés postraumático

309.81 (F43.10)

DSM-V (2012)

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastornos de adaptación

DSM-V (2012)

- A. Desarrollo de **síntomas emocionales o del comportamiento** en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
 - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
 - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros tres meses.

Otro trastorno relacionado con traumas
y factores de estrés especificado

309.89 (F43.8)

DSM-V (2012)

1. Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés.
2. Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés.
3. *Ataque de nervios*: Véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el Apéndice del DSM-5.
4. **Otros síndromes culturales** Véase el “Glosario de conceptos culturales de malestar” en el DSM-5.
5. **Trastorno de duelo complejo persistente**: Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto (véase el capítulo “Afecciones para continuar el estudio” en la Sección III del DSM-5).



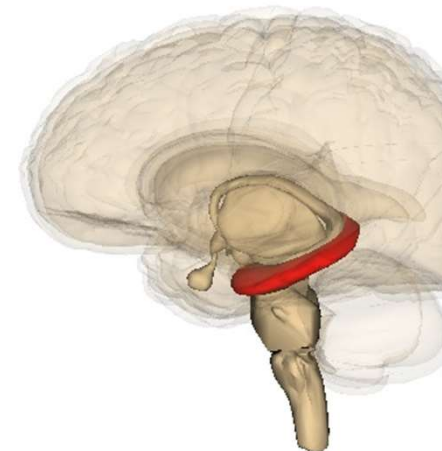
....Otras consecuencias...

...Psicosis...

Read, Bentall y Fosse (2009)

- ▶ El desarrollo neuropsicológico desde el nacimiento hasta la adultez se rige por mecanismos epigenéticos que son moldeados por las interacciones con el ambiente.
- ▶ Especialmente notorio en estructuras límbicas como el hipocampo:

el procesamiento de los factores de estrés psicosocial así como la dinámica general del aprendizaje y la memoria están directamente relacionados con la modificación del estado epigenético



...*Psicosis*...

Read, Bentall y Fosse (2009)

- ▶ Los factores psicosociales que aumentan el riesgo de psicosis recaen principalmente en el ámbito del estrés relacional:
 - ▶ Vía ⇒ creación de patrones sólidamente duraderos de apego inseguro.
 - ▶ No debería sorprender que la psicosis, que puede involucrar síntomas severamente angustiantes, sea causada por eventos adversos en la infancia.
- ▶ Maltrato infantil significativamente relacionado con psicosis.

...Psicosis...

Talarn, Sáinz y Rigat (2011)

▶ Richard Bentall (2012), n>7000 personas:

- ▶ Pme que han experimentado algún tipo de situación traumática antes de los 16 años son tres veces más propensas a desarrollar Tx. Psicóticos en adultez.
- ▶ A mayor severidad de experiencias difíciles en la infancia y mayor exposición a éstas, mayor riesgo de síntomas psicóticos en edad adulta.
- ▶ Hay correlación entre el tipo de suceso experimentado en la infancia y el tipo de sintomatología psicótica desarrollada en la edad adulta

AS ≈ alucinaciones

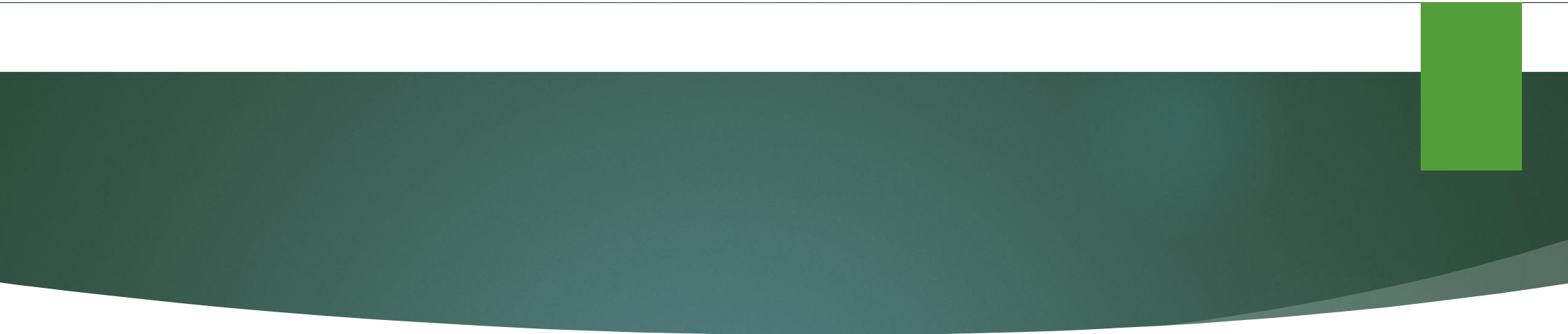
Orfanato y maltrato físico ≈ pensamiento paranoide

¿Drogodependencias?

- ▶ Consumo perjudicial, abuso y dependencia a drogas como mecanismo de evasión de síntomas postraumáticos (Carvalho, 2012).



.... para finalizar...



“El factor traumático nunca debe desdeñarse en el historial de una persona que presenta psicopatología”

(Talam, Sáinz y Rigat, 2013, p.262)

Trauma psicológico

Williams y Poijula (2015)

Lesión de estrés postraumático (LEPT)

NO

Trastorno de estrés postrauma (TEPT)

- ▶ Énfasis en:
 - ▶ Posibilidad recuperación.
 - ▶ Connotación me negativa.
 - ▶ Desestigmatización.

“

No estamos condenados/as a
vivir en ese pasado que nos hizo
tanto mal

”



(Carvalho, 2012, p

Bibliografía

- ▶ American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- ▶ Calcedo, A. (2000). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En: Bobes, J.; Bousoño, M.; Calcedo, A. & González M. (Comp.) *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- ▶ Carvalho, E. (2012). *Sanando la pandilla que vive adentro. ¿Cómo el EMDR puede sanar nuestros roles internos?*. Brasília: D.F. Brasil.
- ▶ Cazabat, E. (2002). Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma* 1(1), pp. 38-41.
- ▶ Cova, F.; Rincón, P.; Grandón, P. y Vicente, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. En: *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 49 (3), 288-297.
- ▶ Faúndez, X. y Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. En: *Revista de Psicología* 19 (2), 31-54.
- ▶ Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- ▶ Nieto, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. En: *Clínica Contemporánea* 7 (2), pp. 87-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
- ▶ Levine, P. (2012). *Sanar el trauma. Un programa pionero para restaurar la sabiduría de tu cuerpo*. España: Neo Person Ediciones.
- ▶ Maradiaga, C. (2002). *Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. Serie Monografías*. Chile: CINTRAS

Bibliografía

- ▶ Meda, R.; Moreno, B.; Palomera, A. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. En: *Terapia psicológica* 30 (2), 31-41.
- ▶ Ogden, P.; Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao, Desclée De Brouwer, S.A.
- ▶ Rojas, A. (2001). *Después de romper el silencio. Psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- ▶ Read, J.; Bentall, R. y Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. In: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 18 (4), 299-310. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000257>
- ▶ Salvador, M. (2009). *El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas*. En: *Revista de psicoterapia* XX (80), 5-16.
- ▶ Sánchez, F. (2013). Terapia sensoriomotriz del trauma. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 3 (2), 1-32.
- ▶ Servan-Schreiber, D. (2003). *Curación emocional. Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos mediante psicoanálisis*. Barcelona: Kairós.
- ▶ Sotero, M. (2006). A Conceptual Model of Historical Trauma: Implications for Public Health Practice and Research. In: *Journal of Health Disparities Research and Practice* 1 (1), 93-108.
- ▶ Talarn, A.; Sáinz, F. y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder.

Bibliografía

- ▶ Van der Kolk, B. (2014). *The Body keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.
- ▶ Varese, F.; Smeets, F.; Drukker, M.; Lieveerse, R.; Lataster, T.; Viechtbauer, W.; Read, J.; Van Os, J. & Bental, R. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective and Cross-sectional Cohort Studies. In: *Schizophrenia Bulletin* 38 (4), 661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050
- ▶ Williams, M. & Poijula, S. (2015). *Manual de tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del trastorno de estrés postraumático*. España: Desclée de Brouwer, S.A.