

Natibel Romero Gallart

---

TRAUMAS INFANTILES EN LA EDAD ADULTA

Trabajo Fin de Grado  
dirigido por  
Joan D.A. Juanola Cadena

Universitat Abat Oliba CEU  
Facultad de Ciencias Sociales  
Grado en Psicología

---

2016



*“Nuestro pasado, nuestro sufrimiento, nuestros infiernos, nuestros gritos, son el aspecto que adquiere el canto en la lengua de los pobres. No se puede ser hoy sin haber sido ayer”*

Tim Guénard



## **Resumen**

En este trabajo se pretende establecer una correlación entre los eventos traumáticos en la infancia y su repercusión en la edad adulta, así como determinar la influencia del apego y la resiliencia en todo este proceso. Para ello, nos focalizaremos en el trauma y en el trastorno de estrés postraumático, teniendo en cuenta su sintomatología, desarrollo y tratamiento. Además, determinaremos cuáles podrían ser los principales factores de riesgo y de protección frente al trauma. Por otro lado, analizaremos el caso de Tim Guénard, un caso real caracterizado por repetidas exposiciones traumáticas en la infancia y por ser un gran ejemplo de personalidad resiliente.

## **Resum**

En aquest treball es pretén establir una correlació entre els esdeveniments traumàtics en la infància, i la seva repercussió en l'edat adulta, així com determinar la influència de l'aferrament i la resiliència en tot aquest procés. Per aquest motiu, ens focalitzarem en el trauma y en el trastorn d'estrès post-traumàtic, tenint en compte la seva simptomatologia, desenvolupament i tractament. A més, determinarem quins són els principals factors de risc i de protecció davant el trauma. D'altra banda, analitzarem el cas d'en Tim Guénard, un cas real caracteritzat per repetides exposicions traumàtiques en la infància i per ser un gran exemple de personalitat resilient.

## ***Abstract***

This work aims to establish a correlation between the traumatic events in childhood and its impact in adulthood, as well as to determine the influence of the attachment and resilience in this whole process. To do this, we will focus on trauma and post-traumatic stress disorder, bearing in mind his symptomatology, development and treatment. In addition, we will determine which might be the main factors of risk and protection from trauma. On the other hand, we will analyze Tim Guénard's case, a real case characterized by repeated traumatic exposures in childhood and for being a great example of resistant personality.

## **Palabras claves / Keywords**

Traumas infantiles – Trastorno por estrés postraumático– Resiliencia – Apego – Acontecimiento traumático
--



## Sumario

Introducción .....	9
1. Traumas infantiles .....	10
1.1. Definición de trauma .....	10
1.2. Tipos de traumas infantiles .....	13
2. Trastorno por estrés post-traumático .....	15
2.1. Definición y sintomatología característica.....	15
2.2. Criterios diagnósticos .....	18
2.3. Fases del TEPT.....	24
2.4. Pasos para la terapia .....	27
2.5. Factores de riesgo y protección .....	29
2.6. La teoría del Apego .....	37
3. Efectos a largo plazo del TEPT .....	41
4. Resiliencia .....	44
5. Abordaje terapéutico .....	48
6. Caso.....	56
6.1. Análisis del caso.....	59
6.1.1. Dificultades y componentes principales.....	59
6.1.2. Pasos para la terapia .....	63
7. Conclusiones .....	66
Bibliografía.....	68
Anexo I.....	71
Anexo 2.....	75





## Introducción

Actualmente en la psiquiatría moderna existe un gran interés en estudiar la relación entre la psicopatología adulta y los antecedentes traumáticos infantiles. Algunos aspectos que habrían motivado este interés surgen debido a una elevada frecuencia de historias de trauma infantil en pacientes psiquiátricos, particularmente en aquellos con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación o trastornos de personalidad.

Sabemos que el abandono y el maltrato infantil están a la orden día, siendo más niños de los que cabría esperar los que experimentan vivencias traumáticas que muy probablemente les va a repercutir de cara a su desarrollo integral, llegando incluso a dejarles secuelas en su vida adulta.

Del mismo modo, decimos que la influencia de la personalidad es algo que también ha de tenerse en cuenta frente a estas situaciones estresantes y sus consecuencias. Ante la misma situación, pueden desencadenarse en el sujeto distintas estrategias de afrontamiento. Estas, guardaran una estrecha relación con la personalidad, pudiendo dos sujetos actuar de distinto modo frente a una misma experiencia traumática. A su vez, destacamos como el desarrollo de la personalidad del sujeto será el resultado de experiencias, aprendizajes y otros factores como la influencia de los educadores y del entorno en el individuo. Podemos decir pues, que la personalidad es algo que se va construyendo, se va forjando.

Tomando esta realidad como referencia, se va a estudiar el trastorno de estrés post-traumático (TEPT), este puede desarrollarse ya en edades muy tempranas si hablamos de personas cuyas experiencias traumáticas tienen lugar en su infancia. Para poder profundizar en ello, es necesario delimitar correctamente cuando hablamos propiamente de trauma y cuáles son las principales consecuencias que de este se derivan.

Es por todo ello, que este trabajo pretende establecer una correlación entre los eventos traumáticos en la infancia y su repercusión en la edad adulta. Así como determinar cuáles podrían ser los principales factores de riesgo y de protección frente al trauma y que papel jugarían el apego y la resiliencia en todo este proceso. Además, en este proyecto hablamos del caso de Tim Guénard, un caso real caracterizado por repetidas exposiciones traumáticas en la infancia y un ejemplo de personalidad resistente, en definitiva, un reflejo real del poder de la resiliencia, con el fin de analizar la relación entre trauma infantil y psicopatología en la adultez.

## 1. Traumas infantiles

Los acontecimientos traumáticos pueden afectar de diferentes maneras según las diferentes etapas del desarrollo en las que se encuentre la persona. El trauma en la niñez ha sido definido como una forma de abuso que daña o que tiene un potencial para dañar al niño, ya sea verbalmente, emocionalmente, psicológicamente o incluso físicamente si hablamos por ejemplo, de abusos sexuales. (Maepa et al, 2015)

En los adolescentes, esta experiencia traumática puede ir acompañada de depresión, miedo, inseguridad, confusión, impotencia, ira, preocupación, sentimiento de culpa, sentimiento de no tener protección cuando esperan ser protegidos.

Las experiencias traumáticas en el niño suelen dejar secuelas que este llevará consigo hasta la edad adulta, centro del interés en este trabajo.

### 1.1. Definición de trauma

Llamamos evento traumático, a un suceso de características particulares, identificable (situaciones de combate, explosiones, catástrofes, accidentes, maltrato, abuso o cualquier otra situación de violencia física o psíquica) que se produce de forma sorpresiva, inexplicable y brutal, acarreando súbitamente una amenaza para la integridad, para sí o para terceros, que se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del sujeto y sobre la cual no se puede ejercer ningún control. (Abbene, 2010)

*“El trauma desborda la capacidad del individuo de tolerar y procesar las emociones que genera, y desorganiza las estrategias de una persona para manejarse en la vida”* (Manzanero, 2012) Con ello podemos argumentar que el evento traumático deja grandes efectos psicológicos en la víctima, constituyéndose como una amenaza para la integridad de la víctima.

Para complementar esta información, y consultando el Manual psicodiagnóstico DSM-V, encontramos como se define el acontecimiento traumático como *“toda aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que ésta ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos”*

El término trauma desde el punto de vista etimológico, quiere decir: “herida, efracción en un organismo”. Siguiendo esta línea, Abbene describe como la palabra traumatismo hace referencia a las consecuencias en el organismo de esta “herida” producida por un agente exterior.

Por otro lado, destaca el estrés como una reacción biológica normal que pone al organismo en capacidad de defenderse frente a una situación de agresión. Esta reacción puede ser normal o adaptativa o exagerada o desadaptada.

Explica Abbene, que cuando un individuo se encuentra expuesto ante un evento potencialmente traumático, se desencadena en el organismo la reacción de estrés, que en un comienzo se comporta como adaptativa y necesaria para la conservación y defensa del organismo, pero cuando por la magnitud del hecho o por las propias características de la víctima, el suceso supera el límite de la tolerancia y la capacidad de respuesta del mismo, se produce entonces, una reacción de estrés exagerada o desadaptativa con la consiguiente alteración del funcionamiento.

Si nos centramos particularmente en el aparato psíquico de los niños, los mecanismos de defensa (simbolización, capacidad asociativa, etc) se encuentran inmaduros y muchas veces no son suficientes para responder exitosamente a la situación estresante. Además, puede que vivan traumáticamente un acontecimiento que no presenta objetivamente las características extremas que parecerían indispensables para provocar un trauma psicológico en las personas.

También es importante el señalar que la noción de riesgo así como el significado de la muerte son muy diferentes en los niños, de modo que la posibilidad de abordar con éxito un suceso traumático dependerá en cierta medida de las herramientas que le aporten en este caso los padres al niño.

Añade Bruce (2014) que un evento es "traumático" cuando se sobrecarga el organismo, de manera exagerada y negativamente alterando la homeostasis. El trauma lleva al organismo "*fuera de balance*" y crea un conjunto persistente de respuestas compensatorias que crean un nuevo, pero menos funcional estado de equilibrio.

Luego de un evento traumático, los niños experimentarán algunos signos persistentes, cognitivos, conductuales, fisiológicos, emocionales. A veces son temporales, relacionados con los cambios en la homeostasis interna fisiológica. Cuanto más intenso y prolongado el evento traumático, más probable es que haya un cambio de los sistemas neurales. En algunos casos, los signos y los síntomas se vuelven tan severos, persistentes y perjudiciales que alcanzan el nivel de un trastorno clínico como podría ser el Trastorno de estrés postraumático, que explicaremos más adelante. De este modo Bruce indica que el carácter específico de respuestas de un niño a un evento traumático, dependerá de la naturaleza de la duración, el patrón de trauma, las características del niño y su situación familiar y social.

Gómez (2012) señala distintos estudios como el realizado por Ozer, Best, Lipsey y Weiss (2003) en el que se muestra la importancia de diferentes variables para que la persona considere el acontecimiento como traumático, para que tras la vivencia del acontecimiento la persona presente sintomatología postraumática, más allá de lo adaptativo. Entre estas variables cabría destacar:

- Historia vital de la persona, incluyéndose las vivencias de otros acontecimientos vividos, suponiendo un importante factor predisponente para el desarrollo del TEPT las conductas de evitación y negación presentadas previamente ante otros acontecimientos traumáticos.
- Nivel de salud física y mental premórbido, incluyendo antecedentes de enfermedades mentales.
- Apoyo social percibido durante el acontecimiento. El apoyo social será uno de los elementos fundamentales para que la persona no se sienta sola frente al trauma y reciba soporte para salir adelante.
- Recursos percibidos por la persona para enfrentarse a la situación vivida (autoeficacia percibida). Hablaríamos de aquellos recursos que la persona sabe que pueden servirle para hacer frente al trauma y que tiene disponibilidad para usarlos.

Siguiendo esta línea Gómez comenta otro estudio realizado por Echeburúa y Corral (1995) en el que se señalan determinadas características propias del acontecimiento como facilitadoras para el inicio del TEPT, como son: elevada intensidad del acontecimiento, alta frecuencia del acontecimiento, exposición al acontecimiento en edades tempranas, o que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano.

En cuanto a la valoración que hacen las víctimas sobre el acontecimiento traumático destaca que siempre refieren que la intensidad de este es grave o de gravedad extrema, sin que lleguen a considerarlo de intensidad leve, siendo muy frecuentes las respuestas de miedo, y sobre todo de indefensión ante el mismo. (Gómez, 2012)

Hablaríamos de intensidad grave en aquellas situaciones en las que la persona pierde la confianza básica, se quiebra el sentimiento de seguridad en sí misma y en los demás. Se añadiría además como causa de una mayor gravedad, la repetición de estas experiencias traumáticas.

Citando a la psiquiatra experta en trauma infantil Lenore Terr, Navarrete (2014) comenta la definición de trauma psíquico en el niño como *“la consecuencia mental de un evento traumático externo e imprevisto o de una serie de eventos traumáticos,*

*que vuelven al niño transitoriamente indefenso y que generan un quiebre en la estrategias habituales de afrontamiento y en los mecanismos de defensa”.*

Los traumas psíquicos se caracterizan según esta autora por:

- La tendencia a reeditar visualmente el evento traumático a través de los otros canales sensoriales
- la aparición de comportamientos repetitivos, aunque el niño generalmente ignora su significado
- el miedo relacionado con el evento traumático, que puede continuar hasta la edad adulta
- un cambio en la actitud frente a la vida, las personas y el futuro.

### **1.2. Tipos de traumas infantiles**

En la infancia pueden darse distintas experiencias traumáticas para el niño que van a marcar en su desarrollo y de las que se podrán derivar graves consecuencias como es el caso del trastorno por estrés postraumático en el que estos recuerdos van a convivir con el sujeto hasta su edad adulta i requerirán de un tratamiento específico en manos de profesionales.

En Estados Unidos, más de cinco millones de niños experimentan algún suceso traumático extremo. Estos incluyen los desastres naturales, los accidentes automovilísticos, enfermedades potencialmente mortales y procedimientos médicos dolorosos asociados, abuso físico, presenciar violencia doméstica, secuestro, o la repentina muerte de uno de los padres. (Bruce 2014)

Entre los distintos sucesos traumáticos o tipos de traumas infantiles citados por Puchol (2001) destacamos los siguientes:

#### Sucesos traumáticos intencionados:

- Abusos sexuales
- Maltrato físico
- Abandono
- Terrorismo, secuestro o tortura
- Experiencias de combate

#### Sucesos traumáticos no intencionados:

- Accidentes
- Catástrofes naturales
- Fallecimiento o pérdida de un ser querido

Esta clasificación también podría hacerse teniendo en cuenta si se trata de un episodio traumático único o episodios traumáticos que se experimentan una y otra vez, de este modo tendríamos:

Episodios traumáticos únicos:

- Un desastre natural, como un tornado, un huracán, un incendio o una inundación
- Una violación
- Ser testigo de que le disparen o que apuñalen a una persona
- La muerte repentina de uno de los padres o un cuidador de confianza
- Una hospitalización

Episodios traumáticos que se experimentan una y otra vez:

- Maltrato físico o emocional
- Abuso sexual
- Violencia entre pandillas
- Guerra
- Eventos terroristas

Asimismo, Terr (2009) distingue dos tipos de trastornos psicológicos generados por el trauma: tipo I y tipo II.

Los del tipo I se caracterizan por un shock imprevisto, determinado a su vez por sucesos impredecibles con una duración limitada en el tiempo, y representan la mayor parte de los casos de TEPT. El niño traumatizado de este grupo en general presenta dispersión, alteración del sentido del tiempo, alucinaciones vívidas y distorsiones en la percepción sensorial. Sobre esto se hablará más detalle en el siguiente apartado.

Por otro lado, los del tipo II se caracterizarían por la capacidad del niño de recuperar, a través del recuerdo y de manera completa, todos los aspectos asociados al trauma. En este tipo, el evento traumático es sólo el inicio de una serie de acontecimientos imprevistos e inesperados que seguirán al niño, por ejemplo, en casos de abuso o maltrato. La duración en estos casos no será limitada sino que el suceso podrá repetirse, constituyendo por lo general, un factor de mayor gravedad, debida a la posible repetición de la situación traumática. De tal modo, se observa en los niños una modalidad de defensa anticipatoria, que permite en lo posible protegerse del sufrimiento. (Terr, 2009).

## **2. Trastorno por estrés post-traumático**

### **2.1. Definición**

El trastorno por estrés post-traumático (TEPT) se diferencia de los otros trastornos de ansiedad porque su inicio depende de la exposición a una o más experiencias traumáticas relacionadas, como sucede durante una guerra o un abuso sexual (persistente). Además, y como ocurre en los otros trastornos de ansiedad, el paciente presenta un considerable deterioro en su funcionamiento ocupacional, social y personal (Pimentel y Genis, 2014)

El TEPT es un síndrome que se manifiesta después de que una persona presencie o experimente un acontecimiento traumático extremo, o escucha sobre éste. La persona reacciona a esta experiencia con miedo e indefensión, revive persistentemente el suceso e intenta evitar todo aquello que se lo recuerde. (Abbene, 2010)

En el Trastorno de estrés postraumático, ocurren reacciones psicofisiológicas anormales que Pimentel y Genis (2014) dividen en dos niveles distintos:

1. Un primer nivel como respuesta a los recuerdos específicos del evento traumático.
2. Un segundo nivel como respuesta a estímulos intensos y a la vez neutrales como serían los ruidos fuertes.

Esto nos informa de que las personas con TEPT sufren una pérdida en la discriminación de los estímulos, sufren de una activación fisiológica elevada en respuesta a sonidos, imágenes y pensamientos relacionados con los incidentes traumáticos específicos para el sujeto.

Hablaríamos de un trastorno que conlleva una afección física, psicológica y emocional que se debe evaluar en el paciente de forma temprana para de este modo poder adecuar un tratamiento eficaz y disminuir las consecuencias que conlleva este síndrome para el sujeto.

Con todo ello, decimos que los factores de estrés que provocan el TEPT tienen que tener un carácter suficientemente abrumador que podría afectar a casi cualquier persona aunque ha de tenerse en cuenta la subjetividad en la atribución de un acontecimiento como traumático, pues dependerá de cómo lo perciba la persona que lo está experimentando.

Manzanero (2012) propone tres factores clave en la respuesta de una experiencia traumática:

1. Las experiencias de apego negligentes u otros traumas en la infancia

2. Las estrategias de afrontamiento

3. El apoyo social a la víctima del trauma

Las personas pueden sentirse culpables por cosas que hicieron o no hicieron, por sentimientos que experimentaron o no, y por pensamientos o creencias previas que son consideradas falsas tras el trauma. Así, los pacientes pueden sentirse culpables por haber sobrevivido cuando otros no lo hicieron o por no haber sido capaces de prever o evitar la ocurrencia del suceso.

Como indica Bados, especialmente tras sucesos traumáticos de tipo interpersonal pueden aparecer problemas como:

- Perturbación de la modulación del afecto
- Comportamiento impulsivo y autodestructivo
- Síntomas disociativos
- Quejas somáticas y enfermedades
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza
- Ideas o intentos de suicidio
- Pérdida de las creencias anteriores

Las experiencias traumáticas alterarían y tergiversarían las expectativas infantiles, configurando conceptos catastróficos acerca de ellos mismos y de los demás, lo cual genera una impronta sobre actitudes presentes o pronósticos negativos acerca del futuro. Esta idea constituiría la base de este trabajo puesto que veríamos el reflejo principal de lo que comportan los traumas infantiles en la edad adulta. La configuración de estos conceptos catastróficos llevaría a la persona a perder el sentido de seguridad en sí misma y a no confiar en la superación del trauma.

Citando a March, J (1999), Abbene indica que esta aproximación, desde una perspectiva evolutiva, debe aplicarse al amplio espectro del TEPT en el niño y adolescente en el que debe tenerse en cuenta:

- el riesgo de exposición
- la experiencia subjetiva del evento traumático
- la naturaleza y respuesta al estrés agudo
- la construcción y evolución de los recuerdos y narrativa traumáticos
- la naturaleza, severidad y curso de los síntomas relacionados al trauma
- la neurobiología de la enfermedad
- la influencia de los factores de resistencia, vulnerabilidad o adaptación
- la influencia de los roles parentales en la valoración subjetiva del TEPT



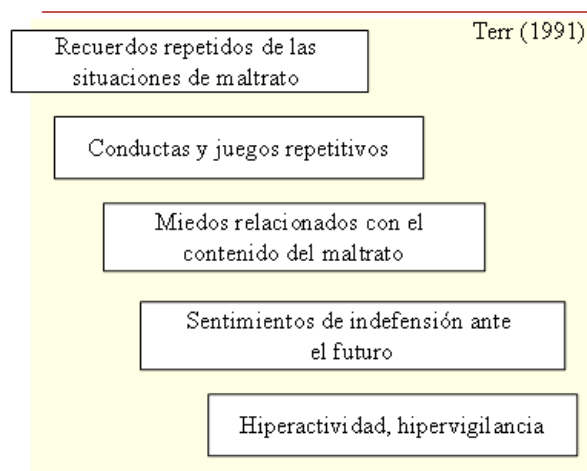
- la relación con padres
- el medio escolar y comunitario
- las estrategias de prevención e intervención

La vivencia de estas experiencias traumáticas derivarían en una sintomatología característica en el niño y en el adolescente , pudiéndose presentar distintos síntomas ante los recordatorios traumáticos:

- Perturbaciones del sueño severas y persistentes, en forma de insomnio, sonambulismo o pesadillas, los cuales perturban la capacidad de concentración y repercuten en el aprendizaje del menor.
- Hipervigilancia, estallidos de agresividad e ira, manifestaciones de irritabilidad.
- Intento de evitar recuerdos respecto del trauma y desinterés en las actividades habituales.
- Los más pequeños pueden evidenciar miedos generalizados o presentar ansiedad por separación.
- Pueden perderse ciertas habilidades que ya se habían adquirido como podría ser el control de esfínteres.
- En el adolescente: cierta tendencia a conductas reactivas, conductas impulsivo- agresivas, abuso de alcohol y drogas.

A partir de este punto, Terr (1991) establece una clasificación de síntomas infantiles más frecuentes en el Trastorno de estrés postraumático. (Véase figura 1)

#### **SÍNTOMAS TEPT INFANTILES MÁS FRECUENTES**



**Figura 1: Síntomas infantiles más frecuentes del Trastorno de Estrés Postraumático, Terr (1991)**

Como indica Abbene, los niños y adolescentes que padecen este trastorno reviven, de manera persistente, el evento traumático en forma de pensamientos o imágenes intrusivas, recuerdos, sueños y pesadillas. Esta reexperimentación continua del trauma puede generarse a partir de estímulos que les recuerden el incidente o de manera espontánea.

Cuando se exponen a estos hechos que recuerdan y simbolizan el trauma, se dispara una gran ansiedad y temor que comporta una tendencia a evitar actividades, personas y lugares que se relacionen con el suceso traumático.

Todo ello conlleva a que el sujeto ya no pueda disfrutar de las actividades como solía hacerlo anteriormente, del mismo modo, se siente solo y separado del resto de compañeros que no tienen esa problemática.

En el Trastorno de estrés postraumático, nos encontraríamos como la experiencia traumática trae consigo modificaciones en las expectativas, atribuciones, interpretaciones y creencias en general de la persona relacionadas con sus respuestas de miedo y ansiedad, y con otros estados emocionales como pueden ser la culpa, la vergüenza, depresión o ira (al percibir como injusto lo que ha pasado. Del mismo modo, también favorece las rumiaciones sobre lo ocurrido.

## **2.2. Criterios diagnósticos**

Para adultos, adolescentes y niños **mayores de 6 años**, los criterios del DSM-5 para el TEPT son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

**A.** Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza 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 o abuso 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.

**B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos 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., reviviscencias o flashbacks) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede ocurrir durante 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 intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.

Destacamos como en los adultos se mantienen estas reacciones disociativas como son los flashbacks en los que el sujeto recuerda ese evento traumático o los sueños angustiosos, que en el caso de los traumas infantiles suelen mantenerse hasta la edad adulta, provocando un gran malestar en la persona que no logra olvidarse de lo sucedido .

**C. Evitación** persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienza tras este último y que se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.

Tener el recuerdo traumático tan presente puede llevar a que la persona se aíse completamente para evitar ese recordatorio permanente que le causa el malestar. Puede alejarse de sus relaciones sociales o de sitios en los que frecuentaba por el hecho de que estos guarden relación con el suceso. El sujeto evitara todo aquello que le lleve de vuelta el recuerdo del trauma.

**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 y que se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad para 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 totalmente destrozados”).

Es aquí en donde vemos reflejada la falta de confianza en uno mismo y en los demás derivadas del suceso traumático y al miedo a que este pueda repetirse.

3. Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se culpe 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.

Es tal el sufrimiento, que la persona pierde el interés por hacer cosas que antes hacía, parte de estas porque pueden recordarle o asociarse al evento traumático o simplemente a causa de la inseguridad y el miedo presentes en el sujeto.

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

**E. Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso/s traumático/s,** que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s y que 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 (p.ej., conducción peligrosa, uso excesivo de alcohol o drogas, conducta suicida o autolesiva).
3. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).

**F. La duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.**

**G.** El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H.** El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

1. **Con síntomas disociativos:** Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al suceso estresante, la persona experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:
  1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado, como si uno mismo fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del propio cuerpo (p.ej., sentir como si se soñara; sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
  2. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., amnesia anterógrada o lagunas, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

**Con expresión demorada:** Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Como podemos deducir a partir de los criterios anteriores, la presentación clínica del TEPT puede variar mucho en función del tipo de síntomas que predominan en el sujeto particular.

Para niños de **6 años o menos**, los criterios del TEPT según el DSM-5 son los siguientes:

**A.** Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación 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.

**B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusos 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 no ser posible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación 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 ante los recordatorios del suceso/s traumático/s.

**C.** Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso/s traumático/s o alteraciones negativas en las cogniciones y estado de ánimo asociados al suceso/s traumático/s y que comienzan o empeoran 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.

#### **Alteraciones negativas de las cogniciones (y del estado de ánimo)**

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 del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

**D. Alteración de la activación y reactividad asociadas al suceso/s traumático/s**, que comienza o empeora después de este y que 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 rabieta extremas).
2. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas de concentración.
5. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).

**E.** La duración del trastorno alteración es **superior a un mes**.

**F.** El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

**G.** El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

**Con síntomas disociativos:** Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el niño experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado, como si uno mismo fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del propio cuerpo (p.ej., sentir como si se soñara; sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
1. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no han de poder atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., amnesia anterógrada o lagunas) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

**Con expresión demorada:** 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).

Es necesario remarcar la importancia de la descripción de estos criterios en las dos modalidades según el grupo edad que representan puesto que en el presente trabajo deberemos tener en cuenta aquellos criterios que pueden surgir en la infancia pero también aquellos que aparecen en la edad adulta.

### **2.3. Fases del TEPT**

El TEPT no es un síndrome estático sino que tiene una evolución en la persona que lo padece, en la que se pueden identificar tres fases principales. Para comentar las distintas fases características en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), es necesario indicar que se deberán tener en cuenta las variables de gravedad, duración, proximidad (grado de exposición) y frecuencia del trauma ya que se trata de aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de este trastorno. Tanto es así que como señala Bados (2015), el trastorno puede aparecer incluso en personas sin condiciones predisponentes si el suceso estresante es particularmente extremo.

Para que se desarrolle el TEPT se requiere la interacción del suceso traumático, ya sea directamente experimentado por el sujeto, observado o transmitido con otras condiciones. Según Jones y Barlow (1990) citado por Bados, son necesarias una vulnerabilidad biológica y una vulnerabilidad psicológica<sup>1</sup>, de este modo y al interactuar con el evento traumático, la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos, desarrollando una “expectativa ansiosa” a volver a experimentar respuestas condicionadas al miedo, respuestas aprendidas, y los estímulos internos o externos que guardan relación con el trauma en concreto.

La respuesta de la persona está asimismo moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social (entendido como el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta el individuo para superar una dificultad), de forma que estos influirán en el posible surgimiento del trastorno y/o en su mantenimiento o superación.

Como hemos comentado, a partir de la interacción de los factores implicados en el surgimiento del TEPT, se desarrolla una expectativa o aprensión ansiosa a volver a experimentar respuestas condicionadas de miedo y los estímulos relacionados con el trauma. Esta expectativa quedaría definida según Lang (1988) citado por Bados, como una estructura cognitivo-afectiva que, una vez establecida, es básicamente automática. Es decir, no depende de que se den valoraciones e interpretaciones cognitivas conscientes, sino que se almacenan profundamente en la memoria a lar-

---

<sup>1</sup> Sensación de que los eventos amenazantes y/o las reacciones a los mismos son impredecibles o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas.



go plazo como una serie de proposiciones desde las que se valoran de forma automática las situaciones.

Se vería la estructura de información de una emoción como una red asociativa conceptual que contiene proposiciones o representaciones de estímulos, respuestas y significado de los elementos de estímulo y respuesta (Bados 2015). Este significado vendría incluido tanto en asociaciones automáticas entre estímulos, respuestas y consecuencias, como en la forma de expectativas, interpretaciones, evaluaciones y creencias.

De este modo, cuando las señales de entrada concuerdan con los conceptos de la red, el resultado es una emoción. En el caso de una persona con TEPT, la red afectiva puede verse activada en el momento en el que el sujeto vea alguna cosa relacionada con el trauma.

Siguiendo el modelo de Lang, la producción de una emoción puede ser debida a la activación de representaciones de estímulos, de respuestas y /o de significados. Estas tres representaciones estarían interrelacionadas, de modo que la activación de una de ellas lleva a la activación de las otras, aunque el nivel de esto dependerá del grado de asociación de aquellas.

En todo este proceso de desarrollo del trastorno, hay que tener en cuenta que la ausencia de apoyo social, la ocurrencia de acontecimientos estresantes o de nuevos sucesos traumáticos puede agravar los síntomas del TEPT.

Dada la naturaleza e intensidad de las situaciones traumáticas sucede que múltiples estímulos presentes durante el trauma que anteriormente eran neutrales o estaban asociados a seguridad, adquieren propiedades generadoras de miedo así y del mismo modo, estas propiedades se extienden a otros muchos estímulos internos ( pensamientos, recuerdos, imágenes, sensaciones) y externos ( sonidos, olores, lugares, objetos, personas) constituyéndose lo que podríamos llamar como la **primera fase** del trastorno.

Podemos decir pues, que las estructuras de miedo en el trastorno de estrés post-traumático serán más amplias, intensas y fácilmente activables que las que encontraríamos en las fobias (Bados, 2015) ya que serán muchos los estímulos que activen esta estructura y darán lugar a frecuentes respuestas de miedo, activación e incluso reexperimentación del evento traumático.

La segunda fase del trastorno la definiríamos en el momento en el que la percepción de frecuentes reacciones de miedo como impredecibles y/o incontrolables lleva a la persona a un malestar significativo que conlleva a reaccionar con:

- Hiperactivación crónica, favoreciendo la aparición de pensamientos e imágenes intrusos, muchos de ellos relacionados con el suceso traumático y cuya focalización conllevará a reacciones incontrolables que podrían facilitar la reexperimentación del trauma ( Jones y Barlow,1990)
- Hipervigilancia hacia los estímulos temidos
- Reducción del foco atencional: es más probable que interprete la información ambigua que le llega como amenazante

El recuerdo del trauma no se caracteriza por ser un recuerdo completo y elaborado, sino más bien un recuerdo fragmentado, afectivo e incontrolable que es evocado por estímulos externos y sensaciones asociados y que no están bien integrados con otros recuerdos autobiográficos, todo esto facilita una nueva experimentación involuntaria de aspectos concretos del trauma. Este recuerdo fragmentado del que hablamos podría relacionarse con las dos tipologías de trastornos psicológicos generados por el trauma, concretamente con el tipo II anteriormente comentado en el que decíamos que existe una repetición de los acontecimientos. Cabe destacar además, que como indica Bados (2015), en ocasiones los recuerdos traumáticos pueden incorporar elementos de memorias mucho más tempranas como sería por ejemplo la sensación de sentirse diminuto frente al evento traumático como cuando era un niño pequeño frente a sus hermanos mayores.

Dentro de esta segunda fase también encontraríamos como las expectativas de peligro y ansiedad y/o la experiencia de ansiedad juntamente con la carencia percibida de unas adecuadas habilidades para afrontar estímulos internos y/o externos que se perciben como impredecibles e incontrolables, favorecen las conductas de evitación de dichos estímulos temidos. De este modo, estas conductas reducen o previenen las respuestas condicionadas de ansiedad y los peligros temidos pero por otro lado, impiden el procesamiento emocional de la información y contribuyen a que las expectativas de amenaza y la reexperimentación del trauma se sigan manteniendo. Esta idea nos puede hacer plantear que los estilos evitativos que se manifiestan en la edad adulta, podrían guardar una cierta relación con un pasado traumático.

Como argumenta Bados, estas conductas de evitación pueden ser:

- Externas: si hablamos de conductas como la de evitar actividades, conversaciones, lugares, gente, relacionados con el trauma.
- Internas: evitar pensamientos, sensaciones, intentar suprimir las intrusiones o pensamientos relacionados con el suceso traumático.

Hay que destacar, citando a Bados (2015), que en ocasiones el embotamiento emocional también puede verse como un intento de evitar las reacciones emocionales perturbadoras, y en casos graves incluso los estados disociativos pueden ser el resultado de intentos para evitar los recuerdos traumáticos.

Citando a Wells (2009), Bados comenta la importancia en el desarrollo del trastorno de las creencias cognitivas positivas y negativas acerca de la preocupación, rumiación y atención. Las reacciones iniciales tras un evento traumático son parte de un proceso adaptativo temporal en el que se pretenden hallar nuevas estrategias de afrontamiento, pero este proceso sin embargo, puede verse bloqueado por un estilo cognitivo en el cual la preocupación y los recuerdos exhaustivos sean los protagonistas y persigan encontrar un significado para prevenir un daño futuro. Este procesamiento disfuncional como indica el autor, estaría mantenido por dos tipos de creencias:

- Las creencias positivas, las cuales potencian la utilidad de preocuparse, de completar lagunas en los recuerdos y de estar atentos a posibles amenazas.
- Las creencias negativas de que las preocupaciones y rumiaciones son incontrolables y pueden llevar a algún tipo de daño. (*“estos pensamientos sobre el trauma significan que voy a perder el juicio”*)

Como **tercera fase** destacaríamos el convivir con la sintomatología característica del trastorno y el avance hacia un tratamiento específico que permita afrontar el trauma y aliviar significativamente el malestar de la persona. En el siguiente apartado se hace una explicación extendida de esta fase.

#### **2.4. Pasos para la terapia**

Siguiendo el programa de tratamiento propuesto por Sarasua et al (2013) para la intervención de mujeres víctimas de violencia familiar, estableceremos distintos pasos característicos en la terapia cognitivo-conductual para el TEPT, aportando una programación de distintas sesiones en las que se podrán ver reflejados los diferentes pasos para el tratamiento de este trastorno. Escogemos este tipo de abordaje frente a otros debido a la eficacia demostrada en este trastorno y a la importancia de integrar y trabajar en una misma terapia las conductas desadaptativas y los pensamientos que llevan a efectuar esas acciones.

En la primera sesión o primeros pasos encontraremos como indispensable la motivación para el tratamiento, que el sujeto quiera llevar a cabo la terapia y conseguir con ello unas mejoras, una superación del malestar para que el paciente pueda volver a tener el control sobre su vida y hacer frente al trauma. Además, se le deberá

brindar de comprensión y apoyo, facilitando que la víctima cuente todo lo ocurrido, todo lo que ha pensado y lo más importante, aquello que ha sentido.

Siguiendo esta línea se deberá conocer la historia del paciente, realizar una anamnesis completa haciendo hincapié principalmente en aquella información referente al trauma y que nos permita conocerlo en más detalle. Una vez actualizada la historia del paciente debemos realizar una reevaluación cognitiva, es decir, una discusión racional que permita a la víctima eliminar sus ideas y creencias irracionales que le ocasionan malestar, sobre todo aquellas que guarden relación con sentimientos de baja autoestima y culpabilidad por todo lo ocurrido. En esta primera etapa de la terapia, se le darán al paciente las estrategias urgentes de afrontamiento que en el caso de las víctimas de maltrato sería por ejemplo, denunciar el maltrato o abandonar el domicilio conyugal. En otro tipo de traumas podríamos hablar de otras estrategias como el establecimiento de nuevas metas y relaciones.

En una segunda sesión tendríamos en cuenta la expresión emocional en la que el paciente pueda expresar sus emociones como por ejemplo la irritabilidad que le ocasiona lo vivido. Se volverán a discutir aquellos aspectos cognitivos expuestos en la sesión anterior. Del mismo modo, se incorporarán nuevas estrategias de afrontamiento en las que encontraremos el entrenamiento en respiración y en relajación muscular progresiva. Será en este momento en el que ya se asignaran las primeras tareas en las que el sujeto deberá practicar las técnicas de relajación.

En la tercera y cuarta sesión se revisaran las tareas realizadas, se reforzarán los logros terapéuticos conseguidos por el paciente y se seguirá trabajando en la autoestima, respiración y relajación frente aquellas situaciones que le recuerdan el suceso traumático, así como se continuará con las tareas para realizar fuera de la sesión de terapia. Llegado a este punto del tratamiento, se le pedirá al paciente que vuelva a realizar aquellas actividades que realizaba anteriormente al suceso traumático para facilitar de este modo la recuperación hacia actividades de la vida diaria que debido al trastorno la persona ha dejado de hacer.

Más adelante se empezará a exponer al paciente frente aquellos estímulos que evoquen respuestas de ansiedad y de evitación en su vida diaria (en el caso de una víctima de maltrato un ejemplo sería el contárselo a una amiga). Con ello vamos a conseguir hacerle llevar a cabo de forma gradual actividades que antes eran evitadas por el miedo o la ansiedad que le generaban y que ahora serán reforzantes para avanzar en la superación del trauma.

A partir de este momento y hasta que finalicen las sesiones, el objetivo va a ser el de ir avanzando, reforzando los logros terapéuticos conseguidos hasta el momento, aportando nuevas estrategias de afrontamiento, ofreciendo un entrenamiento en habilidades de solución de problemas, continuación de los ejercicios de relajación y

la realización de actividades reforzantes relacionadas con la recuperación de las actividades normales como pueden ser el trabajo o las actividades de ocio que solía realizar antes del diagnóstico del trastorno.

De este modo y como sugiere el estudio al que hacemos referencia, se trataría de un programa que consta de 2 partes. La primera centrada en los aspectos motivacionales, y la segunda más referida a las consecuencias psicopatológicas derivadas de los sucesos traumáticos vividos. Los componentes del programa, así como la distribución de las sesiones correspondientes y su función en el conjunto de la terapia también fueron descritos por Echeburúa et al (1995). (Tabla 1)

**Tabla 1: Programa de tratamiento y diario de sesiones**

---

**MOTIVACIÓN ( 1ª Y 2ª SESIÓN)**

Aspectos motivacionales:

- Percepción de seguridad en un marco terapéutico empático
- Apoyo emocional

---

**SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS**

Primer nivel de intervención (3ª y 4ª sesión) : catarsis emocional

Segundo nivel de intervención ( 5ª - 7ª sesión ):

- Intervención psicoeducativa: explicación del proceso de victimización y de las consecuencias psicológicas a corto y largo plazo
- Reevaluación cognitiva : distorsiones cognitivas y racionalización de la situación vivida

Tercer nivel de intervención ( 8ª-12ª sesión):

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:

- Técnicas de distracción cognitiva
- Relajación muscular progresiva
- Técnicas de autoexposición : recuperación de actividades cotidianas

---

**Fuente: Adaptado de Sarasua, B, Zubizarreta, I, et al (2013) *Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia : resultados a largo plazo***

## **2.5. Factores de riesgo y de protección**

El TEPT no aparece de forma determinística ante un acontecimiento objetivable como traumático, sino que *“Existen ciertas situaciones que facilitan la aparición de diversos trastornos psicopatológicos en los niños y adolescentes, los problemas familiares, la estructura de la familia, la psicopatología de los padres, entre otros, contribuyen al desarrollo de trastornos psicológicos en los hijos”* (Lemos, 2003). Esto hace que haya que tener en cuenta otros elementos circunstanciales de la situación y de la propia persona que vive aquella situación para explicar la aparición (o no) de este trastorno.

## Factores de riesgo

Como sugiere Lemos, podemos definir el riesgo como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desadaptativo. La investigación psicológica demuestra que existen determinadas condiciones familiares que actúan como determinantes para la aparición de psicopatología en la niñez y la adolescencia.

Encontramos el impacto negativo de un **entorno social empobrecido** en el rendimiento escolar, en trastornos emocionales o en el incremento de la delincuencia juvenil (Loeber y Stouthamer-Loeber, 1986). Del mismo modo lo vemos reflejado en la aparición de perturbaciones conductuales infantiles, especialmente en psicopatología externalizada como son los trastornos de conducta y el déficit de atención (Vélez, Johnson y Cohen, 1989).

Por otro lado, destacamos la **estructura familiar**, concretamente, la exposición de los niños a ambientes de riesgo como pueden ser la separación o el divorcio de los padres, la convivencia con madre soltera o el fallecimiento de alguno de los padres. Entre los problemas más frecuentes derivados de estas situaciones suelen ser emocionales, seguidos de problemas escolares, sociales e incluso físicos. (Lemos, 2003).

La convivencia de los hijos con una madre soltera eleva el riesgo de sufrir problemas de ansiedad y depresión, trastornos de conducta y de incompetencia social (Furstenberg, Brooks-Gunn y Morgan, 1987). Todo ello puede ser consecuencia de la juventud, de un nivel cultural y económico empobrecido y de la falta de apoyo del otro miembro de la pareja. No debemos olvidar, que una mujer casada (con un maltratador) también eleva el riesgo.

También destacamos como el fallecimiento de uno de los padres ha sido considerado otro importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicopatológicos. Sin embargo, como indica Rutter (1981), la pérdida de uno de los padres en edades tempranas ha de ser analizada puesto que dependerá de las circunstancias intrafamiliares que la preceden y la acompañan, de la adaptación del niño después de la pérdida, del carácter súbito o esperado del fallecimiento, de la naturaleza de la relación existente entre el niño y el padre fallecido o de la capacidad de otros familiares para compensar afectivamente esta pérdida.

La **psicopatología parental** aparece del mismo modo como un factor de riesgo y como objeto de numerosas investigaciones. Lemos (2003) nos informa de que en investigaciones observacionales se ha confirmado como los hijos de padres depresivos presentan un menor grado de felicidad, mayor tensión, tendencia a la fatiga, peor funcionamiento social, más trastornos de conducta, humor depresivo o pérdida de interés por las cosas. Otras investigaciones sobre la influencia de la esquizofrenia parental sobre la salud de los hijos, reflejan un mayor riesgo de desadaptación y de alteraciones psicopatológicas, además de un alto riesgo de deterioro cognitivo y social (Fisher y Jones, 1980).

Se ha comprobado, además, que el riesgo de alcoholismo y consumo de otras sustancias en la edad adulta es elevado entre los hijos de padres alcohólicos, seguido de un menor control conductual, mayor hiperactividad y agresividad, peor rendimiento escolar o abandono de los estudios, en los niños pequeños, aparece de un modo más frecuente la patología internalizada como sería la ansiedad (Chassin, Rogosch y Barrera, 1991).

Dentro de los factores de riesgo Lemos añade **la conflictividad o desacuerdo parental** e indica sus efectos negativos en la adaptación de los hijos, manifestándose a través de trastornos de conducta, agresividad, depresión, ansiedad y problemas escolares. Del mismo modo, argumenta como los mecanismos de afectación del conflicto parental sobre los niños y adolescentes transcurre por varias vías, rescatando de Emery (1982) distintas hipótesis:

- La disolución de los lazos de unión padres-hijos, que produce respuestas de ansiedad y temor en los hijos.
- El modelado, los conflictos interparentales suelen dar lugar a conductas hostiles en el hogar que serán imitadas por los hijos, además de la posibilidad de rechazo al modelo de los padres y la búsqueda de otros modelos a imitar (pudiendo ser más desviados).
- La alteración de las normas disciplinarias o la aplicación inconsistente de éstas.
- La exposición a mayores niveles de estrés en el hogar.
- La asimilación de los síntomas por parte de los propios niños, adoptando de este modo la función de distraer a sus padres de sus propios conflictos.

Del mismo modo, la exposición a ambientes socioeconómicos pobres o a familias desestructuradas da lugar a problemas adaptativos como pueden ser dificultades escolares, enfermedades físicas, trastornos emocionales o desadaptación social. (Lemos ,2003).

Es muy importante tener en cuenta que los factores de riesgo específicos pueden dar lugar a diferentes dificultades conductuales e cada uno de los diferentes momentos del proceso evolutivo y en diferentes contextos, pudiéndose experimentar los mismos sucesos estresantes de forma distinta dependiendo del nivel de funcionamiento en todos los ámbitos del desarrollo psicológico y biológico del niño. Como indica Lemos, de este modo, nos encontraremos con que diversos problemas tendrán diferentes significados para una persona dependiendo tanto de la naturaleza de la experiencia como del momento en que ocurren.

Así pues, desde la perspectiva evolutiva de la psicopatología, el trastorno se entiende como el resultado de la interacción entre factores del sujeto y factores del contexto, que es probable que debiliten la capacidad del sujeto para afrontar los distintos problemas que se le presentan en la vida. (Ebata, Petersen y Conger, 1990). Siguiendo esta perspectiva, Werner y Smith (1982) comprobaron cómo los factores constitucionales juegan un papel primordial en los primeros periodos del desarrollo, los factores cognitivos y escolares son cruciales para la adaptación durante los años intermedios de la niñez, mientras que los factores interpersonales y del “yo” están implicados en la adaptación durante la adolescencia.

En cada fase de la vida, los factores de la persona que son importantes, son aquellos que requiere el contexto social específico de cada fase, de modo que, un resultado negativo en una fase temprana, posiblemente debilitará al sujeto en el proceso adaptativo posterior, contribuyendo a organizar de alguna manera las capacidades cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales para adaptarse al contexto social.

Lemos argumenta que en los estudios realizados sobre los factores de riesgo, se suelen clasificar las variables ambientales en categorías que van desde las más próximas a las más distales al niño. Las **próximas** actuarían directamente con el niño, como son el calor afectivo materno y las prácticas educativas parentales. Las **intermedias** incluyen las creencias y valores parentales, como pueden ser la valoración que los padres hagan de la independencia del niño. Las **distales** incluyen la educación familiar, la ocupación y las características del vecindario.

Las variables de riesgo se diferencian entre sí por el grado en que actúan directamente sobre el niño. La clase social por ejemplo, no incide directamente sobre el niño, sino que sus efectos están mediatizados por otras variables más próximas.



En un análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de la psicopatología en la niñez y adolescencia ( tabla 2), Coie y Colaboradores (1993) refieren los siguientes postulados:

- Los trastornos generalmente están relacionados con varios factores d riesgo diferentes y no con uno solo. El riesgo de desarrollar alguna alteración psicológica es el resultado de la interacción entre disposiciones personales y factores ambientales de riesgo.
- La relevancia de los factores de riesgo puede fluctuar durante el proceso evolutivo, de este modo, algunos factores predicen una disfunción solo en determinados periodos del desarrollo, mientras que otros son predictores estables durante grandes periodos del proceso vital.
- La exposición a diversos factores de riesgo tiene efectos acumulativos, es decir, los factores de riesgo parecen tener efectos aditivos sobre la vulnerabilidad.
- Diversos trastornos comparten ciertos factores de riesgo.

**Tabla 2: Factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología (Coie et al, 1993)**

<p><b>Circunstancias familiares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clase social baja</li> <li>- Conflictividad familiar</li> <li>- Enfermedad mental familiar</li> <li>- Tamaño familiar grande</li> <li>- Pobres lazos con los padres</li> <li>- Desorganización familiar</li> <li>- Desviación de la comunicación</li> </ul> <p><b>Dificultades emocionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso infantil</li> <li>- Apatía o aplanamiento afectivo</li> <li>- Inmadurez emocional</li> <li>- Acontecimientos vitales estresantes</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Descontrol emocional</li> </ul> <p><b>Problemas escolares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracaso en los estudios</li> <li>- Desmoralización con los estudios</li> </ul> <p>Contexto ecológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desorganización en el vecindario</li> <li>- Injusticia racial</li> <li>- Desempleo</li> <li>- Pobreza extrema</li> </ul>	<p><b>Minusvalías constitucionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicaciones perinatales</li> <li>- Discapacidades sensoriales</li> <li>- Minusvalías orgánicas</li> <li>- Desequilibrio neuroquímico</li> </ul> <p><b>Problemas interpersonales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechazo de los compañeros</li> <li>- Alienación o aislamiento</li> </ul> <p><b>Retraso en el desarrollo de habilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inteligencia por debajo de lo normal</li> <li>- Incompetencia social</li> <li>- Déficits atencionales</li> <li>- Discapacidades para la lectura</li> <li>- Pobres habilidades y hábitos laborales</li> </ul>
---	---

**Fuente: Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes, Lemos (2003)**

Centrándonos más específicamente en el Trastorno de Estrés Postraumático, también podemos destacar una serie de factores de riesgo característicos que incrementan la posibilidad de presentación y la cronicidad de este.

Como podemos ver en la siguiente tabla (tabla 3), la historia familiar en psicopatología, así como los antecedentes familiares de TEPT y el número de eventos traumáticos sufridos serán algunos de los factores que habrá que tener en cuenta a la hora de valorar si nos encontramos frente unas condiciones más vulnerables para desarrollar un trastorno de estrés postraumático.

**Tabla 3: Factores de riesgo para el desarrollo del TEPT y su cronicidad**

Experimentar el evento en etapas tempranas
Múltiples eventos traumáticos
Severidad del evento traumático
Sexo Femenino
Historia personal de estrés
Historia de problemas conductuales o psicológicos
Psicopatología comórbida
Factores genéticos
Historia familiar de psicopatología
Historia de TEPT en los padres
Exposición subsecuente a eventos medio-ambientales reactivantes

**Fuente: *Algos, dolor y tratamiento (Foro de investigación clínica), Trastorno por estrés postraumático, Pimentel, P.A y Genis, M.A (2014)***

Otro dato importante a destacar sería la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad en las primeras etapas de la infancia. Un estudio realizado por Storr, C, Breslau, N, et al (2007) confirma en sus resultados como se pueden identificar niños con un riesgo elevado no solo de depresión mayor y trastornos de ansiedad, sino también de TEPT en respuesta a experiencias traumáticas. Estos resultados sugieren por tanto que los niños que refieren problemas emocionales durante el primer grado de la escuela, podrían ser vulnerables al Trastorno de Estrés Postraumático. La presencia de niveles elevados de estado de ánimo ansioso o depresivo en primer grado entre los sujetos expuestos a acontecimientos traumáticos se asociaría con un riesgo de sufrir TEPT 1'5 veces mayor.

Toda esta información nos sugiere potenciales factores de riesgo para el TEPT que podrían ser identificados en fases precoces de la vida y ser modificados mediante distintas intervenciones según cuales sean los factores de riesgo y las características propias del sujeto.

### **Factores de protección**

En los últimos años ha crecido el interés por conocer el por qué no padecen TEPT algunas personas a pesar de que las condiciones de riesgo y de estrés sean múltiples y frecuentes. Observamos cómo algunos niños manejan dichas experiencias de diversa forma y con resultados diferentes, de este modo, mientras que algunos funcionan de manera más adaptativa de lo esperado, otros, ante similares situaciones, sufren importantes alteraciones psicológicas. ¿Cuáles son los factores de protección que reducen los efectos negativos de exposición al estrés?

Bajo esta línea se define la resistencia o resiliencia como el proceso o capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes (Pellegrini y Tellegen, 1990).

El individuo resistente estaría dotado según Lemos (2003) de recursos generales para encontrar más soluciones cuando se enfrenta a una barrera, para mantener un funcionamiento integrado ante el estrés.

Esta “supervivencia” a la que hacemos referencia con el concepto de resiliencia se manifiesta en la práctica en que estos niños no presentan diagnósticos psiquiátricos, llevan bien los estudios correspondientes a su edad, se relacionan bien con sus compañeros y con las figuras adultas de autoridad y tienen un autoconcepto positivo. Según Lemos, esta resistencia hacia la psicopatología que encontramos en estos niños, está estrechamente relacionada con determinados sentimientos respecto uno mismo, de modo que, encontramos la autoestima y la autoconfianza, el convencimiento de la propia autoeficacia o la capacidad para manejar el estrés.

Del mismo modo, Lemos comenta que los factores esenciales que influyen en la adaptación de los niños, son características compartidas por todos los hijos de una misma familia, por ejemplo, la personalidad y la psicopatología de los padres, las cualidades de la relación interparental, la historia educativa del niño, el entorno social en el que ha crecido y las actitudes de los padres frente la crianza infantil. Sin embargo, las experiencias diferentes de cada uno de estos hijos, tanto fuera como dentro de la familia, del ambiente no compartido, les hace a cada uno diferentes, contribuyendo de este modo a sus respuestas adaptativas.

La información obtenida sobre los factores de riesgo y protección de la psicopatología en los niños y adolescentes, ha tenido como resultado el reconocimiento de que no es posible formular una explicación simple que se base en una sola variable como puede ser la autoestima ni en un único ámbito explicativo como podría ser el ambiente, la personalidad o la dotación genética.

Jessor (1993) representa en un esquema los factores de riesgo y de protección psicopatológicos en relación con los diversos ámbitos con los que estos están relacionados. (Véase tabla 4).

**Tabla 4: Interrelación factores de riesgo y factores de protección**

	<b>Biología/ genética</b>	<b>Ambiente social</b>	<b>Ambiente percibido</b>	<b>Personalidad</b>	<b>Conducta</b>
<b>Factores de riesgo</b>	Historia familiar de alcoholismo	-Pobreza -Desigualdad racial -Oportunidad de ilegalidad	-Modelos de conducta desviada -Conflicto normativo entre padres y amigos	- Baja percepción de oportunidades -Baja autoestima -Propensión al riesgo	-Beber problemático -Poco rendimiento escolar
<b>Factores de protección</b>	Inteligencia alta	-Calidad de las escuelas -Cohesión familiar -Recursos del vecindario -Interés en los adultos	-Modelos de conducta adaptada -Elevados controles contra la conducta desviada	-Afán de logro -Valoración de la salud - Intolerancia a la desviación	-Afilación religiosa -Participación en clubes escolares o en otro tipo de actividades voluntarias

**Fuente:** Adaptado de *Ámbitos interrelacionados de los factores de riesgo y protección* (Jessor, 1993)

La resistencia a manifestar trastornos psíquicos no se considera cuestión de fuerza o debilidad frente al estrés, sino que se concibe como un proceso complejo de naturaleza interactiva persona-ambiente, siendo un concepto amplio que resulta de mecanismos específicos de vulnerabilidad y protección.

Como comenta Lemos, el desarrollo de conductas desviadas o alteraciones emocionales durante la infancia y adolescencia como un proceso en el que están presentes factores de riesgo próximos que están presentes en los contextos familiar y ambien-

tal, así como factores más distales que operan indirectamente a través de agentes inmediatos al niño.

Es importante destacar que la exposición del individuo a un estresor moderado puede fortalecer su resistencia, protegiéndole así de un estrés posterior que abrumaría a la persona que no hubiera sido inmunizada por experiencias tempranas de este tipo. Los mecanismos de protección, tienen lugar cuándo una trayectoria que previamente anunciaba un grave riesgo de aparición de algún trastorno psicológico, cambia hacia una dirección positiva en la que es mayor la probabilidad de conseguir un resultado adaptativo.

Los factores de protección pueden disminuir la disfunción de forma directa, mediante la interacción con el factor de riesgo, amortiguando sus efectos, rompiendo los mecanismos mediadores de acción del factor de riesgo como causa del trastorno, u bien, previniendo la ocurrencia inicial de dicho factor de riesgo.

## **2.6. Teoría del Apego**

Debemos remarcar la importancia del apego. Es en este ámbito en el que se puede gestar el TEPT y es por ello, que dedicaremos este apartado a su descripción y ampliación.

El concepto de apego fue desarrollado originalmente por John Bowlby, un psicólogo del desarrollo británico que recibió influencias tanto de la teoría psicoanalítica como de la etología<sup>2</sup>. Sus ideas inspiraron a Mary Ainsworth (1973) que descubrió que casi todos los bebés desarrollan cierto apego especial hacia la persona que los cuida, del mismo modo algunos están más seguros en su apego que otros.

Alrededor de los 12 meses, los bebés pueden caminar y hablar y eso cambia los ritmos de su interacción social (Jafee y cols., 2001). Un nuevo tipo de conexión, denominada *apego* se desarrollará a partir de la sincronía<sup>1</sup> (Berger, 2007).

El **apego seguro** (denominado tipo B) proporciona comodidad y confianza y se pone de manifiesto en los intentos del bebé por estar próximo a la persona que lo cuida (comodidad) y por su predisposición a explorar (confianza). El cuidador se transformaría en la base para las exploraciones del niño, dándole la seguridad en sí mismo que le permitirá llevar a cabo sus exploraciones. El apego seguro permite según

---

<sup>2</sup> Rama de la biología y de la psicología experimental que estudia el comportamiento de los animales en sus medios naturales, en situaciones de libertad o en condiciones de laboratorio.

Berger (2007) que el bebé juegue de manera independiente y alegre, sintiéndose apoyado por la proximidad de quién lo cría, estableciéndose de este modo una relación de confianza y seguridad.

Por el contrario, el apego inseguro se caracterizaría por el temor, la ansiedad y el enfado o por una aparente indiferencia hacia el cuidador. De este modo, el niño inseguro tiene menos confianza y puede jugar sin tratar de mantener contacto con la persona que lo cuida o, por el contrario, no desea alejarse de su lado. En ambos extremos nos situaríamos frente un apego inseguro, el primero se denominaría **apego inseguro y evasivo** (tipo A) y el segundo **apego inseguro con resistencia o ambivalencia** (tipo C).

Como indica Berger (2007), el apego seguro y evasivo se caracterizaría por un patrón de apego en el cuál la persona evita la conexión con la otra. El apego inseguro con resistencia o ambivalencia sería aquel en el cual son evidentes la ansiedad y la incertidumbre, como en el caso de un bebé que se disgusta mucho al separarse del cuidador y que al mismo tiempo se resiste y busca contacto cuando cuándo se reúne con él.

Otro tipo a destacar sería el **apego desorganizado** o tipo D caracterizado por un comportamiento inconstante por parte del niño hacia la persona que lo cría cuando ésta se marcha o retorna.

Ainsworth (1973) desarrolló un procedimiento de laboratorio denominado “situación extraña” para medir el apego. En una sala de juegos bien equipada, el bebé es observado de cerca en ocho episodios, durante los cuáles permanece con el cuidador (generalmente la madre), con un extraño, con ambos, o solo. En un comienzo, el cuidador y el niño están juntos. Luego, cada tres minutos, el extraño o el cuidador entran o abandonan la sala. Los aspectos clave de la situación extraña son los siguientes:

- Exploración de los juguetes: el niño con apego seguro juega y se muestra feliz.
- Reacción con la partida del cuidador: el niño con apego seguro lo echa de menos.
- Reacción ante el regreso del cuidador: el niño con apego seguro le da la bienvenida.

La partida del cuidador puede causar angustia, el regreso del cuidador provoca un contacto social positivo como la sonrisa o un abrazo y luego continúa el juego. Esta reacción de equilibrio reflejaría el apego seguro.

Los resultados del experimento del apego mostraron unos claros resultados en los que el apego seguro se hacía más presentes respecto a los otros tipos (véase tabla 5)

**Tabla 5: Teoría del apego y tipologías**

Ti-po	Categoría del patrón	En la sala de juegos	La madre se aleja	La madre regresa	Niños según categoría (porcentaje)
A	Inseguro- evitativo	El niño juega feliz	El niño continúa jugando	El niño la ignora	10-20
B	Seguro	El niño juega feliz	El niño se detiene, no está tan feliz	El niño le da la bienvenida y vuelve a jugar	50-70
C	Inseguro- resistente	El niño se aferra, está preocupado por la madre	El niño es infeliz, puede dejar de jugar	El niño está enfadado, puede llorar, golpear a la madre o gritar	10-20
D	Desorgani- zado	El niño es caute- loso	El niño puede contemplar o gritar	El niño se comporta de una manera extraña, puede paralizarse, gritar, golpearse o arrojar objetos.	5-10

Fuente: Adaptado de Berger, *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*, 2007.

Según Thompson (1998) los bebés que presentan apego seguro tienen en cierto modo más probabilidades de ser niños en edad de caminar que presenten apego seguro, preescolares socialmente competentes, escolares académicamente habilidosos y hasta mejores padres.

Los bebés más problemáticos pueden ser aquellos que se encuentran dentro del tipo D. Si la desorganización comporta el no poder desarrollar una estrategia efectiva para enfrentarse a las otras personas, pueden sumirse en un estado de dolor y confusión, pudiendo incluso llegar a ser hostiles y agresivos, con grandes dificultades para relacionarse con los demás. (Lyons-Ruth y cols., 1999).

Por otro lado cabe destacar que este estado de apego puede cambiar de forma que determinados factores perturbadores pueden debilitar el estatus de apego seguro.

Aun así, el apego inseguro no comporta necesariamente una vida aislada, triste y desagradable sino que es sólo uno de los muchos factores que influyen en el desarrollo psicosocial del niño.

Bender (2001) alude a distintos estudios en los que se han identificado varios factores que afectan las posibilidades de un niño de ser clasificado como tipo A, B, C o D. Dicho esto, encontraríamos que el apego seguro es más probable si existen las siguientes condiciones:

- El padre es inusualmente susceptible y receptivo a las necesidades del bebé.
- La relación bebé –cuidador muestra una gran sincronía.
- El temperamento del bebé es considerado como “fácil”
- Los padres no están preocupados con respecto a los ingresos, a otros niños o a su matrimonio.
- Los padres tienen un “modelo de trabajo” de apego seguro en sus propios padres.

Por el contrario, el apego inseguro es más probable si existen estas condiciones:

- El padre maltrata al hijo. (El rechazo incrementa el porcentaje de apego del tipo A; el maltrato incrementa el porcentaje de tipos C y D)
- La madre es enferma mental.
- Los padres están muy estresados. (El estrés parental incrementa el tipo A y D)
- Los padres son controladores. (La dominancia de los padres incrementa el tipo A)
- Ambos padres son alcohólicos activos
- El temperamento del niño es “difícil” (correlacionando con el tipo C)
- El temperamento del niño es de reacción lenta (correlacionando con el tipo A)



### **3. Efectos a largo plazo del TEPT**

Este apartado nos permite profundizar en la base de este trabajo, la correlación entre los traumas infantiles y su repercusión en la edad adulta. Los efectos a largo plazo y las secuelas que podremos encontrar en la adultez derivados del TEPT en la infancia, podrán tomar dos caminos según los cuales estos serán totalmente distintos o si mas no un tanto variables.

El sujeto no tendrá los mismos efectos a largo plazo si recibe tratamiento con anterioridad en comparación con aquel que no lo reciba. Es por ello que deberemos hacer una distinción de cuales serian los dos caminos que podría tomar la persona y cuales serían los efectos a largo plazo característicos de estos.

Como indica Pimentel (2014), el curso clínico es con frecuencia crónico: la mitad de los pacientes se recupera dentro de los dos primeros años después del incidente pero destacan muchos quienes no se recuperan y cuyos síntomas permanecerán incluso 15 años después.

Del mismo modo, tendremos que diferenciar en qué etapa madurativa se producen los eventos traumáticos y como consecuencia el desarrollo del trastorno, puesto que si el diagnóstico se produce en edades tempranas los efectos serán más prolongados en el tiempo ya que al niño y adolescente todavía tiene menos recursos personales para asumir el conflicto, contrariamente al adulto que ya puede tener unas estrategias que le hagan más fácil la superación de este y por lo tanto se reduzcan los efectos aunque no siempre es así.

Haciendo referencia a esta reflexión, Bruce (2014) argumenta que cuando hablamos de trastorno de estrés postraumático, estamos hablando de un trastorno crónico, de modo que sin tratamiento se disuelve a una velocidad muy lenta. Las secuelas emocionales, conductuales, cognitivas y sociales residuales del trauma infantil persisten y parecen contribuir a una serie de problemas neuropsiquiátricos durante toda la vida. De este modo, no es inusual para un niño con trastorno de estrés postraumático relacionado con la exposición crónica traumática el tener seis, siete u incluso ocho diagnósticos, y a menudo, seis o siete enfoques de tratamiento diferentes responden a las diferentes impresiones diagnósticas.

Centrándose en edades tempranas Bruce (2014) comenta que el estrés traumático en la infancia aumenta el riesgo de problemas de apego( como hemos indicado anteriormente), trastornos de la alimentación, depresión, conducta suicida, ansiedad, alcoholismo, conductas violentas, trastorno del estado de ánimo y por supuesto, el TEPT. Pero además, también afectaría a otros aspectos de la salud física durante

toda la vida. Los adultos víctimas de abuso sexual en la infancia, por ejemplo, tendrían más probabilidades de tener dificultades en dar a luz, trastornos gastrointestinales y ginecológicos, así como otros problemas somáticos como dolores de cabeza, fatiga o dolor crónico.

Como evidencia científica que nos permite validar esta información destacamos el estudio realizado acerca de las experiencias adversas en la infancia (**Adverse Childhood Experiences**) donde se examinaron la exposición a siete categorías de eventos adversos durante la niñez. Este estudio reveló una relación gradual entre el número de eventos adversos en la niñez y los resultados obtenidos de salud y enfermedad en los adultos examinados. Los resultados indicaron que con cuatro o más eventos adversos en la infancia, el riesgo de variar las condiciones médicas aumentaba de 4 a 12 veces.

Otro autor, Manzanero (2012), manteniendo la relevancia que tienen los efectos a largo plazo en el TEPT, indica que estos dependerán de la intensidad del trauma y de la vulnerabilidad del sujeto. De este modo, no afectará de la misma forma un trauma derivado de un accidente de tráfico, que un trauma derivado de una experiencia de abuso sexual continuado en la infancia.

Pimentel (2014) comenta como el TEPT crónico parece asociarse también con un riesgo elevado para el desarrollo secundario y crónico de trastornos afectivos, de ansiedad, por uso y abuso de sustancias así como trastornos de personalidad comórbidos. Del mismo modo, los individuos con este trastorno tienen altos índices de falla escolar, ingresos bajos, y más problemas interpersonales si los comparamos con la población general, además, y como hemos comentado anteriormente, la edad de inicio del trastorno mental tiene un valor predictivo sobre los logros en los distintos ámbitos como el educativo, marital y económico.

Por esta parte, entrando más de lleno en la psicopatología adulta asociada al evento traumático en la infancia y señalando el estudio realizado por Vitriol (2005), decimos que los antecedentes traumáticos ocurridos en la niñez constituirán factores de riesgo frecuentes para algunas enfermedades como serían los trastornos afectivos, ansiosos, de la alimentación, somatización, disociativos y abuso de alcohol. Estos hallazgos son compatibles con lo que la literatura señala respecto a la relación entre psicopatología adulta y los antecedentes de trauma infantil (Barudy, J y Dantagnan, M (2005), Gómez, M.M y Crespo, M (2012), Storr, C.L, Lalongo, N.S, et al. (2007))

Del mismo modo y citando a Johnson, Vitriol comenta un estudio en el que se encontró que los pacientes a los cuales se les había documentado maltrato infantil, se les diagnosticaba posteriormente cuatro veces más un trastorno de personalidad

del cluster B, existiendo principalmente una relación entre abuso sexual y trastorno límite de personalidad.

Siguiendo esta línea y citando a Herman se encontró como un 81% de los pacientes con personalidad límite, referían historias de trauma infantil y abuso sexual. Vitriol (2005) también señala a Zanarini cuyo estudio encontró en 358 pacientes con trastorno límite de personalidad, el antecedente de abuso sexual en un 92% de estas, y además, determinó que existía una relación entre la gravedad del abuso sexual y la gravedad de las manifestaciones patológicas en la vida adulta.

Todo ello nos lleva a indicar que existe una correlación entre trauma infantil y psicopatología adulta y lo que es más concreto, nos lleva a poder hablar de una gran relación entre un evento traumático de abusos sexuales y posterior trastorno de límite de la personalidad (TLP).

## 4. Resiliencia

Algunos niños que experimentan problemas serios parecen, sorprendentemente, salir indemnes. Bender (2007) comenta que todo estrés tiene un impacto, pero algunos niños lo sobrellevan tan bien que este impacto se suaviza. El éxito de estos niños ha proporcionado un nuevo objetivo a la psicología del desarrollo, el de fortalecer los potenciales del niño y no necesariamente eliminar los riesgos.

La resiliencia ha sido definida como un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de la adversidad significativa (Luthar y Cols, 2000, p.543). Si atendemos a esta definición veremos como la resiliencia es dinámica, es decir, no es un rasgo estable. Esto significa que un niño puede ser resiliente en algunos periodos pero no en otros. Además, hay que destacar que la resiliencia no es ausencia de patología sino una adaptación positiva al estrés.

Por otra parte, la adversidad ha de ser significativa. Hay estrés más “sanos” (inclusive aquellos que en un primer momento se pensó que eran dañinos, como el empleo materno), algunos son de menor importancia (gran tamaño de la clase, déficit visuales) otros son de mayor importancia (discriminación por parte de los iguales, descuido de los padres).

Para determinar el impacto más probable de un tipo de estrés particular en un niño, deben responderse distintas preguntas: ¿Cuántas veces ha experimentado estrés? ¿Se ve afectada la vida cotidiana? ¿Qué piensa el niño sobre ello?

Del mismo modo sucede si nos centramos en los adultos, como podemos ver en la vida cotidiana, hay personas que se muestran resistentes a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático o la muerte de un ser querido. Echeburúa (2004) esto no quiere decir que estas personas no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables relacionados con el hecho traumático, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida diaria y poder disfrutar de otras experiencias positivas.

Destacamos la definición de resiliencia propuesta por Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003) “ *La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves*”

Todo ello ha suscitado numerosas investigaciones y estudios acerca de cómo podríamos definir a estas personalidades “resistentes”, aquellas personas que tras sufrir experiencias traumáticas son resilientes y llegan a afrontarlas. Echeburúa des-

cribe un conjunto de características que podrían definir a estas personalidades resistentes al estrés y que estarían presentes en estas como podrían ser el control emocional, una autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, aficiones gratificantes para el sujeto, una vida social estimulante o una actitud positiva ante la vida.

Todas estas características enunciadas posibilitan recurrir a todos aquellos recursos disponibles para poder hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades, y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales. De este modo, veríamos como este tipo de personalidad funciona como un amortiguador o como una vacuna protectora que por lo general, tiende a debilitar la respuesta al estrés. (Véase tabla 6)

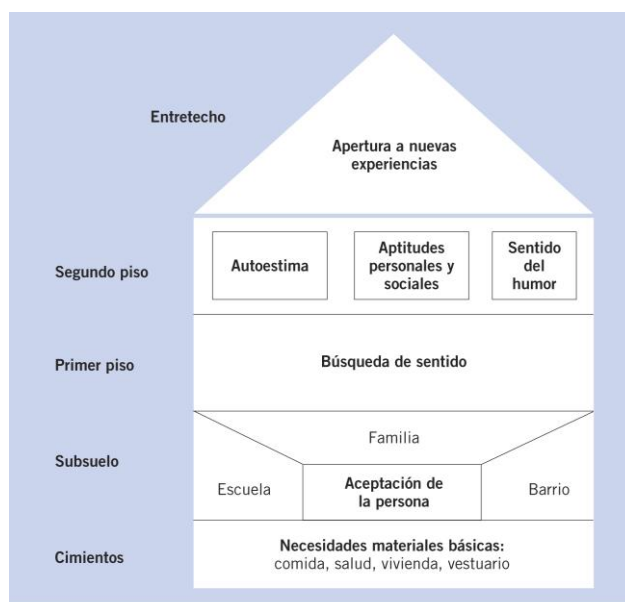
<b>Tabla 6: Personalidades resistentes al estrés</b>
Control de las emociones
Autoestima adecuada
Apoyo social y participación en actividades sociales
Estilo de vida equilibrado
Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.)
Afrontamiento de las dificultades cotidianas
Aficiones gratificantes
Sentido del humor
Actitud positiva ante la vida
Aceptación de las limitaciones personales
Vida espiritual

**Fuente : Adaptado de Echeburúa, E. et al , *La resistencia humana ante los traumas y el duelo* (2004)**

Para visualizar los diferentes niveles que participan en la construcción de la resiliencia, cogemos como referencia el modelo de “*la casita*” de Vanistendael (2000) citado por Barudy y Dantagnan(2005) .

Vanistendael sostiene con este modelo que la resiliencia es como construir una casita. En primer lugar, se encuentra el suelo sobre el que está construida: se trata de las necesidades básicas como la alimentación y los cuidados de la salud. Luego vendría el subsuelo con la red de relaciones más o menos informales: la familia, los amigos, los compañeros de la escuela o los colegas de trabajo. En el corazón de

estas redes se asientan los cimientos de la resiliencia de una persona, su aceptación incondicional. En el primer piso o planta baja se encontraría una capacidad fundamental: encontrar un sentido y una coherencia a la vida. En la metáfora de este autor, en el segundo piso encontraríamos las *cuatro habitaciones* de la persona resiliente: la autoestima, las competencias, las aptitudes y el humor. Finalmente el altillo de la casa representaría la apertura hacia otras experiencias que también pueden contribuir a la resiliencia.



Decimos que en el caso de las personas optimistas que sufren un suceso traumático o una pérdida, estas tienden a mantener el estado de ánimo positivo, más allá del dolor intenso, pero pasajero, que un acontecimiento de estas características pueda provocarles. Estas personas mantienen la capacidad personal de dar sentido a sus experiencias en el contexto de un proyecto vital previo. (Echeburúa, 2004)

No resulta siempre fácil predecir la reacción de un ser humano concreto ante un acontecimiento estresante pero conocer la respuesta dada por esa misma persona ante los sucesos negativos vividos anteriormente, nos ayuda a realizar una predicción ante una nueva reacción.

Siguiendo esta línea decimos que, se puede averiguar si una persona es resistente al estrés o, en el extremo opuesto, si se derrumba con facilidad ante una experiencia estresante. Hay personas que son muy sensibles y, por ello, les afectan de forma especial los hechos que les ocurren, por insignificantes que estos sean. Estas personas están predispuestas a tener por lo tanto, una respuesta más exagerada e intensa que otras ante un mismo suceso negativo.

En este sentido y citando a Echeburúa, decimos que la mayor o menor repercusión psicológica de un suceso traumático en una persona depende de su vulnerabilidad psicológica, que se entendería como la precariedad del equilibrio emocional, y de su vulnerabilidad biológica, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar, a modo de caja de resonancia, el daño psicológico de las experiencias negativas sufridas.

Citando a Avia y Vázquez (1998), vemos como en algunas personas concretamente, la baja autoestima y el desequilibrio emocional preexiste sobre todo si va acompañado de una dependencia de alcohol y a las drogas y de aislamiento social, agravan el impacto psicológico y actúan como moduladores entre el hecho vivido y el daño psíquico.

De este modo, ante acontecimientos traumáticos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamente traumatizadas. Desde una perspectiva psicológica, un nivel bajo de inteligencia (sobre todo, cuando hay un historial de fracaso escolar), una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza.

Estas personas cuentan con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para hacerse con el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de delitos violentos o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo, cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares y cuando hay un divorcio de los padres antes de la adolescencia de la víctima (Esbec, 2000)

Por otro lado, los factores psicosociales desempeñan también un papel muy importante. Como comentan Echeburúa et al (2004) un apoyo social próximo insuficiente, por ejemplo, ligado a la depresión y al aislamiento, y a la escasa implicación en las relaciones sociales y en actividades de ocio, dificultarán siempre la recuperación del trauma. Se dice que el principal antídoto contra la pena es el poder compartirla, pero cambiando también las circunstancias que mantengan la situación traumática (deteriorado ambiente familiar, etc.).

Llegados a este punto, destacaríamos distintas estrategias de afrontamiento positivas frente a una experiencia traumática. (véase tabla 7)

Citando a Baca, Cabanas y Baca-García (2003) vemos como el grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad /duración del hecho

traumático y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado de riesgo para la vida que este tenga, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia con otros problemas actuales y pasados , así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles en el sujeto. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima.

<b>Tabla 7: Estrategias de afrontamiento positivas</b>
• Aceptación del hecho y resignación
• Experiencia compartida del dolor y de la pena
• Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana
• Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello es posible)
• Establecimiento de nuevas metas y relaciones
• Búsqueda de apoyo social
• Implicación en grupos de autoayuda o en ONG

**Fuente:** Adaptado de Echeburúa, E. et al (2004) *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*



## 5. Abordaje Terapéutico

Gómez (2012) comenta como las diferencias en la sintomatología postraumática presentada, tendría implicaciones clínicas importantes, mostrando la necesidad de ajustar la intervención a la sintomatología postraumática presente en cada caso.

Frente al trastorno de estrés postraumático hay que remarcar en primer lugar que los tratamientos cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, de este modo pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad. Como comenta Bados (2015) los programas transdiagnósticos de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad ( educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad).

Centrandonos ya en el TEPT, existen varios acercamientos y técnicas principales en su tratamiento:

- Exposición: la exposición sistemática a los estímulos externos e internos temidos es una técnica conductual que puede aplicarse en la imaginación y/o en vivo según los casos y las situaciones concretas. Muchas veces, la exposición solo podrá ser realizada a nivel imaginativo como por ejemplo una rememoración detallada, mientras que en otras podrá llevarse a cabo en vivo ( hablar del trauma con otros personas, ponerse la misma ropa que se llevaba cuando se experimentó el trauma...). La exposición también puede incluir de forma repetida o prolongada, escribir sobre los eventos traumáticos o pesadillas, escuchar grabaciones sobre descripciones de los mismos, dibujar o jugar en el caso de los niños.

La exposición imaginativa promueve según Bados (2015) el procesamiento emocional del trauma a través de distintas acciones como el permitir recordar los detalles del evento traumático y adquirir nuevas perspectivas , realizar una distinción entre recordar (presente) y reencontrar el evento traumático ( el pasado) permitiendo comprender que lo segundo es peligroso pero no lo primero, ayudar a crear un recuerdo organizado y coherente del evento traumático, reducir la ansiedad y aumentar la sensación de dominio y competencia personal. Por otro lado, la exposición en vivo proporciona información correctiva de que las situaciones evitadas relacionadas con el trauma no son peligrosas y, de este modo, reduce la ansiedad y aumenta la sensación de dominio ( Cook, Schnurr y Foa, 2004).

Citando a Littrell(1998), Bados comenta como parece que para que la exposición funcione no basta con que se produzca una mera reexperimentación de la emoción, sino que la persona debe aprender a responder a su experiencia de un modo diferente, con una menor activación y con una nueva perspectiva cognitiva, esto requiere que la exposición sea sistemática y prolongada y que se extienda a lo largo de un numero suficiente de sesiones.

Citando a Hagenaars, van Minnen y De Rooij (2010) decimos que la exposición reduce en el postratamiento y seguimiento los síntomas de reexperimentación y los de evitación, embotamiento afectivo y activacion fisiológica, así como las cogniciones negativas relacionadas con el trauma, la ansiedad y la depresión

- Reestructuración cognitiva: esta puede darse por sí sola o bien combinada con exposición. Se trata de una técnica cognitiva-conductual basada en que los síntomas del TEPT están causados normalmente por los denominados puntos de bloqueo: creencias contradictorias o fuertes creencias negativas que originan emociones desagradables y conductas desadaptativas. Estos puntos de bloqueo suelen estar relacionados con el peligro/seguridad, pero también con otros factores tales como la confianza, el poder, la autoestima o la intimidad, además, tienen dos fuentes principales:
  - Conflictos entre las creencias previas y la nueva información extraída del trauma. Por ejemplo, la creencia “ *no puedo ser violada por alguien que conozco*” entra en conflicto con haber sido violada por un conocido.
  - Confirmación o reforzamiento de creencias negativas previas por la información extraída del trauma. Así, la creencia de que los hombres no son buenos puede ser confirmada por la violación, esto llevaría en este caso a la mujer a alejarse aún más de los hombres, creándole un problema en el caso de que esta deseara relacionarse con ellos.

Se trabaja con estos de modo que se describen los patrones erróneos de pensamiento y se explica que estos patrones de pensamiento son automáticos y dan lugar a sentimientos negativos y conductas desadaptativas. Se ayuda al paciente a cuestionar los pensamientos automáticos y a reemplazarlos por otros más adaptativos , y se discute con este como los patrones incorrectos de pensamiento pueden haberle afectado en sus reacciones. Todo esto se realizará mediante la ayuda de una Hoja de Cuestionamiento de Creencias que nos permitirá también trabajar las cinco áreas principales de funcionamiento y que

suelen estar afectadas por el trauma (seguridad, confianza, poder/control, estima, intimidad). Esta hoja u autorregistro permite ser revisada en cada sesión y se emplean las preguntas de cuestionamiento para reestructurar aquellas cogniciones negativas.

La última actividad consistirá en volver a escribir el significado actual que tiene para el paciente el trauma en concreto, comparándose este relato con el escrito al comienzo del tratamiento, de este modo se pueden examinar como han cambiado las creencias y el terapeuta comprueba si persisten creencias negativas que necesiten intervención.

**Ejemplo de autorregistro:**

<i>Fecha</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos automáticos</i>	<i>Cuestionamiento de pensamientos automáticos</i>	<i>Patrones erróneos de pensamiento</i>	<i>Pensamientos alternativos</i>	<i>Descatastrofización</i>

- Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR)(Shapiro, 1996). Se trataría de un procedimiento diseñado para el tratamiento de los recuerdos traumáticos que incluye la imaginación de las escenas traumáticas, la autorrepetición de una autoverbalización negativa que resume la valoración del trauma, la concentración en las sensaciones físicas de ansiedad y la inducción de movimientos oculares rítmicos por parte del terapeuta. Posteriormente el paciente visualiza la imagen original junto con una autoverbalización positiva que refleja el sentimiento deseado.
- Inoculación de estrés: persigue enseñar a los pacientes habilidades para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma. Normalmente se trabaja en dos fases. En la fase educativa se ofrece al sujeto una conceptualización de sus problemas y una justificación y descripción del tratamiento. En una segunda fase de adquisición y aplicación de habilidades se enseña a los pacientes habilidades como pueden ser de relajación, respiración profunda, autoinstrucciones o detención del pensamiento, para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma, incluyendo la exposición.

A medida que se van dominando las habilidades aprendidas, el paciente las aplicará primero en situaciones no relacionadas con el TEPT ( situaciones estresantes de la vida diaria) y después en situaciones gradualmente más ansiógenas relacionadas con el trauma.

Existen también programas de intervención cognitivo-conductuales breves dirigidos a víctimas recientes con riesgo de desarrollar o cronificar el TEPT. Además, también destaca un tratamiento del TEPT para adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia como es la terapia de reelaboración imaginativa y reprocesamiento (Smucker y Dancu, 1999/2005).

Estos tratamientos pueden clasificarse en dos grandes categorías según Bados (2015): centrados o no centrados en el trauma.

- Los centrados en el trauma se focalizan en la memoria del evento traumático y su significado. Incluyéndose en esta categoría la exposición, la EMDR, la terapia de procesamiento cognitivo, la reelaboración imaginativa y otros tipos de terapia cognitivo-conductual.
- Los no centrados en el trauma no requieren recordar este, sino que se focalizan en aspectos actuales o pasados de la vida del paciente diferentes del evento traumático; el objetivo será el de enseñar habilidades para manejar las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma y mejorar el funcionamiento. Se incluyen la inoculación al estrés, la relajación, las terapias dirigidas a regular las emociones y el funcionamiento interpersonal y la terapia no directiva. Este segundo tipo de tratamientos no ha sido tan investigado sino más bien poco, no se recomienda su uso puesto que se considera menos eficaz (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Estas técnicas de intervención propuestas pueden tener que ser complementados con otras técnicas según el caso en particular con el que nos encontremos. Según Bados (2015) en esta línea y centrados en el tratamiento del TEPT destacaríamos:

- Entrenamiento en habilidades sociales en el caso de pacientes que presenten problemas con otras personas (pareja, hijos, padres, amigos, compañeros...). Puede emplearse entrenamiento en comunicación ( escuchar, hablar, comunicación no verbal), resolución de problemas, reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales ( falta de confianza en los otros, miedo a la intimidad), control de la ira, entrenamiento en asertividad e implicación en actividades sociales.

- Enseñanza de habilidades personales para prevenir o reducir la probabilidad de repetición de ciertos traumas como podría ser el abuso sexual. Si nos encontráramos por ejemplo con un caso de abuso sexual infantil los puntos principales serían el informar que el abuso puede provenir tanto de conocidos como de desconocidos, enseñar a discriminar las señales de peligro y enseñar como se puede responder ante el peligro ( decir que no, hablar con alguien de confianza, salir corriendo...).
- Manejo de la ira cuando esta se exprese inadecuadamente. La ira debe ser sacada a la luz y admitida pero luego debe ser manejada en la consulta. Posibles medios que han sido propuestos son: imaginar que alguien conocido pasa por lo que uno pasó, leer los testimonios de otras personas, manifestar la ira en un sitio seguro, emplear la técnica de la silla vacía para expresar la rabia hacia alguna persona en concreto, escribir una carta , etc. También pueden reestructurarse posibles pensamientos erróneos. Hay pacientes que pueden estar pensando en vengarse del causante del daño, en estos casos, se comienza analizando las ventajas y desventajas de dicha acción y en el caso de que el paciente vea más ventajas se le puede preguntar si desea que el otro siga controlando su vida ( si se venga, es probable que vaya a la cárcel, deje de trabajar, pierda dinero, etc) para provocar de este modo una reevaluación en el sujeto.

Así mismo, puede darse el caso de que una persona tenga problemas de controlar su ira en sus relaciones interpersonales , habrá que enseñar estrategias para su control: hacer una pausa, respirar controladamente, detención del pensamiento ,autoverbalizaciones para controlar pensamientos perturbadores, buscar interpretaciones alternativas de la situación, o intentar comprender los motivos del otro.

- Manejo de los sentimientos de culpa. Esto va a requerir el identificar aquello de lo que uno se siente culpable, el origen de la culpa: cosas que hicieron o no hicieron, sentimientos que experimentaron o no experimentaron, el hecho de haber sobrevivido mientras que otros no y pensamientos o creencias previos y que son considerados falsos tras el trauma. Lo que se va a pretender será el corregir los sesgos cognitivos y juzgar retrospectivamente lo ocurrido, hay que hacer énfasis en que el paciente pueda distinguir entre lo que sabía entonces y lo que sabe ahora.
- Terapia sexual en los casos en los que las disfunciones sexuales persistan tras el tratamiento con éxito del TEPT. La educación sexual es importante

sobre todo en víctimas de abuso sexual infantil, en las que los objetivos básicos van a ser dar información sexual adecuada a la edad, corregir ideas erróneas, clarificar y establecer los valores sociales y facilitar el desarrollo de una expresión sexual sana.

- Terapia familiar o de pareja allí donde las relaciones familiares o de pareja estén deterioradas y los problemas del paciente puedan resultar una fuente de estrés para la familia y/o pareja.
- Rehabilitación vocacional cuando sea necesario promover la vuelta al trabajo, asesoramiento jurídico, facilitación de asistencia social, etc.
- Técnicas de distracción para combatir los recuerdos intrusivos o experiencias disociativas que puedan aparecer en el día a día del paciente. Estas últimas podrían considerarse como un síntoma psicótico, por lo que destacamos en este caso la importancia de interconsulta con psiquiatría. En estos casos se puede proponer el describir y observar estímulos ambientales, concentrarse en su respiración, realizar actividades distractoras o distraerse internamente (contar hacia atrás, imaginar algo agradable).

Por otro lado, hay que destacar la posible comorbilidad con depresión grave o con abuso de sustancias en algunos casos, que requerirá abordar primero estos problemas. Además, debemos incluir el tratamiento de las perturbaciones graves del sueño que también podemos encontrar en algunos pacientes.

Sea cual sea la intervención que se adopta, hay distintas consideraciones que merecen tenerse en cuenta:

- Citando a Tarrier et al (1999), los pacientes con TEPT desean ayuda, pero al mismo tiempo temen y desean evitar sus recuerdos traumáticos, es por esto que muchos de los pacientes diagnosticados de este trastorno no se presentan a la primera sesión, se saltan sesiones y/o presentan conductas de evitación durante la terapia.
- El tratamiento puede ser aplicado individualmente, en grupo o combinando estas dos modalidades. El tratamiento en grupo tiene como ventajas el reducir la sensación de aislamiento e incompreensión por parte de los otros, proporcionando apoyo social sincero y no culpabilizador, además, permite compartir las estrategias de afrontamiento. ( Bados,2015) Sin embargo, un tratamiento en grupo no sería adecuado para pacientes con riesgo de suicidio, abuso de sustancias o con una vida muy inestable y

desorganizada, tampoco para pacientes que nunca han verbalizado su trauma ( Resick y Calhoun, 2001).

- El trabajo con este tipo de pacientes puede trastocar los esquemas del terapeuta sobre sí mismo( sentirse mucho menos seguro) y sobre el mundo (el mundo no es tan justo), afectar a sus emociones y conductas y , consecuentemente, alterar la relación terapéutica. Esto ha sido llamado según Resick y Calhoun (2001) traumatización vicaria o secundaria. En estos casos podríamos plantearnos la supervisión con otros terapeutas para facilitar que se pueda avanzar correctamente en el tratamiento.

En resumen y citando a Wampold et al. (2010) señalamos diversos factores que podrían ser importantes en los tratamientos eficaces para el TEPT y que son enfatizados en mayor o menor grado por los distintos tratamientos anteriormente comentados:

- Justificación psicológica aceptable para el paciente
- Conjunto sistemático de acciones de tratamiento congruentes con la justificación
- Relación terapéutica segura, respetuosa y de confianza
- Acuerdo sobre las metas y tareas terapéuticas
- Promover la esperanza y la autoeficacia
- Psicoeducación sobre el TEPT
- Oportunidad para hablar sobre el trauma
- Garantizar la seguridad del paciente
- Ayudar a los pacientes a aprender cómo evitar la revictimización
- Identificar los recursos y fortalezas del paciente y desarrollar la resiliencia
- Enseñar habilidades de afrontamiento
- Examinar cadenas conductuales de eventos
- Exposición imaginal y en vivo
- Dotar de sentido al evento traumático y a las reacciones del paciente al mismo
- Atribución del cambio por parte del paciente a sus propios esfuerzos
- Aliento para buscar y utilizar apoyos sociales
- Prevención de recaídas

## 6. Caso

En base al testimonio de vida traumatizada de Tim Guénard, que él mismo explica en la obra *“Más fuerte que el odio”* se va a analizar su caso en base a lo comentado previamente en el trabajo. En esta obra, el autor narra su vida, exponiendo todas aquellas situaciones terroríficas que ha tenido que vivir y como ha podido salir adelante a pesar del sufrimiento, la soledad y la desesperación.

Tim es abandonado por su madre con tan solo tres años de edad atado a un poste de electricidad de una carretera rural. Su madre no le abraza, no se despide de él, nada, ni una palabra. Se aleja y desaparece dejándolo solo. Los gendarmes le encuentran de madrugada y le llevan a casa de su padre.

El abandono de la madre repercute en el padre de Tim que se derrumba y bebe cada vez más, convirtiéndose en una persona totalmente inestable e imprevisible. Por estos motivos Tim vivirá con su tía y un par de meses más tarde su padre vendrá a recogerle. En ese momento, Tim descubre que su padre ha rehecho su vida, se ha casado con una mujer que tiene cinco hijos y estos se han instalado en su casa. Esta mujer le menosprecia del mismo modo que también lo hace su padre. Guénard recibe brutales palizas, gritos y marginación como consecuencia del recuerdo que tiene su padre de su antigua mujer: *“Soy el recuerdo del amor desengañado, la evocación del fracaso conyugal, el signo del honor perdido. Soy su remordimiento viviente”*.

El trato que recibe el en comparación con el que reciben los hijos de la mujer de su padre es nefasto: *“ me tratan como un parásito indeseable”*. No se le tiene en cuenta y el único trato que recibe se traduce en amenazas, insultos y violencia. Es expulsado al patio y encerrado en el sótano con frecuencia.

Después de la visita de una asistente social Tim recibe una brutal paliza: su padre le pega repetidamente con un palo, le empuja escaleras abajo hacia el sótano rompiéndole la mandíbula y la nariz, le golpea la espalda a cinturonzos, Tim no siente tampoco las piernas debido a los golpes repetidos que ha recibido. Se despierta del coma después de tres días en un hospital, donde pasara dos años y medio recuperándose de las lesiones producidas por la ira de su padre.

A los siete años, y después de pasar por distintos centros de rehabilitación, Tim es enviado a un centro de adopción donde le rapan el pelo y le visten con ropas sencillas. Transcurren dos semanas y ninguna pareja decide adoptarlo, es por esto que es llevado a una psicóloga que sin hacerle un buen diagnóstico, le clasifica como



enfermo mental y este es llevado a un centro especializado. Después de nueve meses en el centro y a la edad de ocho años, le visita otro psicólogo que tras realizarle una evaluación indica que Tim no está “loco”. Este es enviado entonces a una casa de la Beneficencia pública.

Guénard es internado junto con cuatro niños más en una granja en donde la cuidadora los esclaviza, esto repercute en sus resultados académicos y desencadena más discusiones. Esta situación le lleva a realizar un intento de suicidio a los nueve años. Después del maltrato recibido por la cuidadora este es trasladado a un hospital en donde confiesa que es maltratado y es llevado con otra familia.

Con esta nueva familia conoce por primera vez el amor que nunca había tenido, aquel amor que tanto extrañaba y que tanto necesitaba. Su relación con esta nueva familia es muy buena, especialmente con su padrastro, que le quiere como un hijo. Pero todo esto termina cuando un día jugando con su primo se incendia el cobertizo y es él el que carga toda la responsabilidad de lo ocurrido. Esto hace que Tim tenga que abandonar la granja y toda la felicidad que había tenido en ese lugar.

Continúa su vida en un correccional en el que las cosas empeora, sus compañeros se ríen de él y le agreden. Todo el odio que tiene retenido sale a la luz después de sufrir numerosas humillaciones, transformándose en violencia hacia los demás como medio para salir de aquella situación que le abruma. Este es el único modo que hasta el momento Tim conoce para poder defenderse de las situaciones desfavorables: la violencia extrema. Dentro del correccional va escalando niveles hasta acabar en el nivel más alto, el de niños problemáticos y peligrosos que no tienen solución, conviviendo con tan solo doce años con chicos de veinte.

Unos días más tarde y tras verse inmerso en una problemática en la que este no había participado, la violencia vuelve a apoderarse de él y le lleva finalmente a escaparse del correccional.

Tim viaja hacia París en donde no tiene casa para vivir y la comida le llega mediante el robo. Guénard duerme en un parking de bicicletas. Su situación es tal que incluso llega a ser violado por un hombre.

A la edad de trece años se convierte en gigoló bajo la influencia de dos hombres que se dedican a robar dinero a las trabajadoras sexuales y le incitan a hacerlo. Estos le ofrecen a cambio un lugar en donde vivir, comida y ropa. Una problemática grave comporta que Tim tenga que alejarse de ellos, quedándose de nuevo solo, sin dinero y sin casa.

Pronto encuentra un trabajo como almacenero de un supermercado, teniendo que mentir sobre su edad puesto que solo tiene quince años. Más adelante conoce a

León, un mendigo con el que acaba estableciendo una amistad. León le enseña geografía y todo lo que sabe. La vuelta de Tim al correccional después de que los gendarmes le atrapen se hace corta puesto que este vuelve a escaparse y cuando decide volver a encontrarse con el mendigo, este ha fallecido. Tim se vuelve a encontrar solo.

La policía vuelve a detener a Guénard que al llegar al juez, este determina su ingreso en otro correccional en el que se encuentra muy bien. Esta experiencia dura pocos días ya que es llevado ante una nueva juez que habla con él explicándole que ha sido expulsado de los correccionales, esto le causa una gran alegría ya que era eso lo que pretendía conseguir. Tim quiere ser libre y poder vengarse de su padre.

La juez le proporciona un trabajo como escultor en una obra, después de tener que realizar algunos trámites para que este pueda trabajar y de la realización de un curso específico. Cuando empieza a trabajar tiene varias discusiones con sus compañeros pero pronto se sentirá integrado. A los dieciséis años su vida está más organizada, estudia, vive con su tutor y tiene un trabajo.

Más adelante descubre el mundo del boxeo y empieza a entrenarse. Le sirve para desfogarse de todo el dolor y el odio que lleva dentro, se convierte en un gran boxeador, esto le motiva y le ayuda a combatir la violencia que lleva consigo.

Después de dos años de aprendizaje consigue su diploma de escultor y este se lo entrega a la juez que confió en él y le dio una oportunidad. Tim se lo regala como muestra de su agradecimiento.

En esta etapa de su vida, se posiciona como encargado de un equipo de trabajadores emigrantes que el mismo dirige. En un curso de paleta conoce a un chico llamado Jean, que le habla de Dios. Tim intenta contradecirlo pero pronto se siente atraído por todo aquello de lo que habla su compañero y crece en él un gran interés por descubrir todo lo que se esconde en Dios. Jean le enseña que el amor existe y que la sociedad está llena de amor.

Un día, Tim decide visitar a Jean que vive con personas disminuidas y es entonces cuando descubre una realidad distinta a la que él conocía, descubre que puede encontrar su paz, su bienestar, amor y sinceridad.

Cuando Tim conoce al cura del que tanto le han hablado se queda sin palabras, este le transmite bondad y sinceridad, esto hace que Tim le visite a menudo y le explique todo aquello que le martiriza. En la religión descubre el perdón. Decide formar parte de la iglesia y se convierte al cristianismo.

Guénard a los veinticinco años emprende un viaje sin rumbo en el que conoce a mucha gente y se dedica a cuidar personas disminuidas. Esto le llena, aprende qué es el amor, el cariño y el aprecio hacia las personas que le rodean. Durante su viaje conoce y crea amistad con la Madre Teresa y la Madre Madeleine.

Cuando decide concluir su viaje, vuelve a París donde se reencuentra con una vieja amiga, Martine, a la que le declara su amor. Al poco tiempo se casan. Se les ofrece el trabajar en un centro para minusválidos en Lourdes y estos aceptan. Tim a sus veinticuatro años, juntamente con su esposa tienen una hija, la primera, su relación avanza y tienen cuatro hijos.

Guénard llega a perdonar a su padre y se reencuentra también con su madre después de su boda, esta le pregunta si ha perdonado a su padre y ante la respuesta afirmativa de Tim esta le responde que nunca va a ser un buen marido ni un buen padre. El dolor vuelve a invadir a Tim.

Un día Tim visita a su padre, le explica todo lo que le ha pasado y como ha encontrado el perdón. Le dice que ha sabido perdonarlo y su padre reacciona sin decir nada, después ya no se vuelven a ver. Más tarde Tim es informado de la muerte de su padre por un familiar.

### **6.1. Análisis del caso**

Después de la descripción del caso de Tim Guénard, es necesario señalar que a pesar de que su infancia fue muy dura y que vivenció varias experiencias traumáticas, hoy en día vive feliz junto a su esposa y sus cuatro hijos. Reside al sudeste francés, cerca de Lourdes, lugar en el que acoge a personas con dificultades. El papel protagonista de este relato es sin duda la capacidad de resiliencia que demuestra el autor a lo largo de su vida. A pesar de la desgracia que le conducía a un destino fatal, Tim ha sabido escapar y convertirse en un hombre feliz y lleno de amor. Desde hace años, su testimonio está ayudando a denunciar las carencias de amor y la violencia que padecen los jóvenes de hoy en día.

#### **6.1.1. Dificultades y componentes principales**

Para realizar un correcto análisis del caso primero comentaremos haciendo un resumen, las distintas experiencias traumáticas a las que se ha visto expuesto el protagonista a lo largo de su vida. Destacamos:

- **Abandono:** Tim Guénard es abandonado con tan solo tres años de edad por su madre, lo que conlleva que este crezca con la falta de una figura materna tan importante en la infancia como garantía para un buen desarrollo emocio-

nal en el niño basado en el amor y el apoyo recibido por los padres. Del mismo modo, el padre también le abandona, no tanto físicamente, sino que abandona sus funciones como padre, abandona la figura que representa para el hijo, provocando un abandono total en el niño. El abandono del padre lo podríamos clasificar según Arruabarrena y De Paúl (1994) como un abandono emocional, una falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

Su infancia se inicia con la carencia de apoyo por parte de sus dos pilares fundamentales: sus padres, su familia.

- **Maltrato físico y psicológico:** en este caso vemos como el sujeto es maltratado tanto física como psicológicamente en su infancia. El maltrato físico lo recibe sobre todo por parte de su padre, aunque también hemos visto como otros cuidadores le maltratan. Los daños y las secuelas del maltrato físico son de tal gravedad que le llevan al coma y a un ingreso hospitalario prolongado (tres años). Estas secuelas siguen hoy en día presentes en el protagonista, este comenta que sólo en la nariz presenta veintisiete fracturas en la actualidad y resume la situación vivida de la siguiente manera: *“Los golpes más violentos los he recibido de quien debería haberme tomado de la mano y decirme te quiero”*.

A su vez, el maltrato físico va de la mano en este caso con el psicológico siendo este último el más grave y el que mayor repercusión tiene en la vida de cualquier persona, sobre todo si estamos hablando de un niño cuya infancia se desarrolla bajo una base de maltrato. El padre le culpa por el abandono de su madre, la madrastra le utiliza para beneficiar a sus hijos, es insultado repetidamente, es humillado en repetidas ocasiones, es utilizado por la cuidadora como medio para obtener dinero, se le castiga por actos no cometidos, etc. Todo ello queda gravado en la memoria del niño, siendo la culpabilización, la baja autoestima y la desesperación sus compañeros de viaje.

Citando a Bueno (1997) decimos que se incluiría como maltrato psicológico aquellos actos nocivos, sobretodo verbales, diciéndole constantemente al niño que es odioso, estúpido o haciéndole ver que es una carga indeseable. Puede incluso no llamársele por su nombre sino que se le trataría solamente como “tú” o alguna otra expresión que resulte insultante y descalificadora.

Además, Bueno diferencia entre tipos de maltrato emocional, definiendo con exactitud cuáles son las conductas presentes en un tipo de maltrato emocio-

nal paralelo al abandono y al maltrato físico como el que vemos descrito en el caso. (Véase tabla 8)

**Tabla 8: acciones características del maltrato emocional paralelo al abandono y maltrato físico**

	De carácter general	De carácter concreto
Maltrato emocional paralelo al abandono y/o al maltrato físico	<p>No están cubiertas sus necesidades básicas, físicas ni afectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abandonos,</li> <li>- desidia alimenticia</li> <li>- agresión física como forma habitual de relación</li> </ul>	<p>Hay agresión física ( palizas y heridas) unidas a insultos, desprecios, humillaciones,</p>

Fuente: Adaptado de *“El maltrato psicológico/emocional como expresión de violencia hacia la infancia”* Bueno (1997)

Esto lo vemos muy bien reflejado en el trato que tanto el padre como la madre mantienen con el niño.

- **Abuso sexual:** Tim Guénard es violado por un hombre que ni siquiera conoce. Un señor le ofrece dinero a cambio de algo, finalmente descubre que lo que el hombre quiere es abusar sexualmente de él. Esta experiencia puede sin duda repercutir en el desarrollo sexual del niño, puesto que aquello vivido ha sido un acto desagradable y doloroso para un niño cuyo primer encuentro sexual es una violación. Veremos como más adelante esto influye en que Tim vea en la sexualidad un mero medio para conseguir ganancias y se convierte en un trabajador sexual.
- **Separación de los padres:** la separación la podríamos considerar como el desencadenante de toda la cadena de sucesos que experimenta el protagonista debido a que la separación de los padres lleva al abandono de la madre, al maltrato del padre hacia el hijo y a que este se vea envuelto en un conjunto de situaciones difíciles, en distintos ambientes en los que un niño no debería estar y en constantes cambios de familia y residencia.
- **Fallecimiento de un ser querido:** en este caso y a pesar de la muerte de su padre una vez que Tim ya es adulto, destacamos la muerte de León y de una amiga. Estos influye en la vida del protagonista como figuras de autoridad, sustituyendo incluso a sus padres, su pérdida representa un vuelco en la vida del protagonista, acercándole de nuevo a la soledad, perdiendo ese apoyo que le ayudaba a seguir luchando y a mantener la esperanza .
- **Testigo de violencia en la infancia:** en numerosas ocasiones Guénard es testigo de violencia, destacando sobre todo las etapas en los centros correc-

cionales en los que no se mediaban palabras sino que toda la comunicación entre compañeros se traducían en violencia.

Por otro lado, y analizando cuales han sido los factores de riesgo y los factores protectores de este caso en concreto en relación con lo argumentado anteriormente, destacamos:

**Factores de riesgo:**

- Historia familiar de alcoholismo ( padre alcohólico)
- Conflicto entre padres ( separación de los padres)
- Modelos de conducta desviada
- Oportunidad de ilegalidad: destacamos el contacto con los dos jóvenes que le incitan a prostituirse a cambio de dinero fácil, además de los múltiples robos que realiza para poder sobrevivir en París.
- Pobres lazos con los padres
- Desorganización familiar
- Abuso infantil: abuso sexual en la infancia por parte de un desconocido.
- Acontecimientos vitales estresantes
- Descontrol emocional: muy presente sobre todo en su estancia en los distintos centros correccionales
- Desmoralización con los estudios: el no tener estudios le obliga a realizar un curso específico para poder trabajar de lo que le interesa.
- Múltiples eventos traumáticos
- Experimentación del evento en etapas tempranas: la mayoría de los sucesos más graves le ocurren en su infancia.

**Factores protectores:**

- Afán de logro: vemos en el sujeto unas ganas de luchar y de superarse a pesar de las problemáticas que se le van presentando.
- Interés en los adultos: no se aísla de los demás sino más bien todo lo contrario, le gusta conocer gente y presenta un gran interés comunicativo, seguramente debido al vacío que tiene de la comunicación escasa con sus padres.
- Afiliación religiosa: descubre en la religión el perdón, el verdadero amor y la felicidad.
- Inteligencia alta: vemos como su fracaso escolar no se debe a una falta de capacidades. Además destacamos su capacidad para desarrollar estrategias que le permitan hacer frente a las dificultades.
- Habilidades sociales y laborales: a pesar de todo lo que ha vivido, muestra un gran desempeño en un intento por trabajar y por comunicarse con los demás.

- Resiliencia: al haber tomado la determinación de no repetir la historia de su padre decimos que se ha vuelto una persona resiliente.

Si nos centramos más concretamente en la capacidad de adaptarse positivamente del protagonista, dentro de un contexto de múltiples adversidades significativas acabaremos diciendo que nos encontramos frente un caso característico de personalidad resistente o mejor dicho, una elevada capacidad de resiliencia.

En la personalidad de Tim Guénard y como hemos comentado anteriormente , destacamos un alto control de las emociones puesto que aunque en algunos momentos sí que vemos como se desborda, su reacción es proporcional a todo lo vivido y no se podría esperar una reacción menor a la que presenta. Además destacamos su autoestima, que a pesar de estar influenciada por todo lo que le han dicho a lo largo de su vida, no le consideramos una persona con baja autoestima sino todo lo contrario, a pesar de las adversidades el sigue creyendo en sí mismo y en sus capacidades.

También destacamos una implicación activa en la realización de actividades y en la búsqueda de empleo. Tim no deja que todo lo sucedido le paralice sino que sigue adelante para cumplir su sueño, el de alcanzar la felicidad.

Finalmente destacamos la vida espiritual que se va desarrollando en el protagonista y que le ayuda y le sostiene, encontrando su mayor apoyo en el cristianismo y en la implicación con el grupo de personas con dificultades.

Añadimos también una serie de estrategias características que Tim Guénard va desarrollando a lo largo de su relato:

- Aceptación del hecho y resignación: acepta todo lo que le ha sucedido, perdona a su padre y a su madre a pesar de las reacciones que posteriormente descubre en cada uno de ellos.
- Experiencia compartida del dolor y de la pena: comparte sus experiencias con otros como es el caso de sus compañeros de correccional.
- Establecimiento de nuevas metas: encontrar trabajo, trabajar de aquello que le gusta, formarse, ayudar a los demás o formar una familia son algunas de estas pequeñas metas que le conducen hacia el éxito.
- Búsqueda de apoyo social: destacamos las figuras de León y el cura como grandes apoyos para el protagonista.
- Implicación en grupos de personas con dificultades

### **6.1.2. Posible diagnóstico**

Es interesante, por otro lado, comparar la sintomatología presente en este caso con los manuales diagnósticos actuales para ver si Tim Guénard cumpliría o no los criterios definitorios de un Trastorno por Estrés Postraumático. Centrándonos en los cri-

terios del DSM-5 para el TEPT (American Psychiatric Association, 2013) decimos que:

Entendiendo que estos hechos traumáticos suceden con mayor frecuencia en la infancia del sujeto, deberemos tener en cuenta que se cumplan los criterios para niños de 6 años o menos y los criterios para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. En este caso decimos en lo que respecta a los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

- En primer lugar cumpliría criterio A puesto que existen lesiones graves y también una violación. Existe una experiencia directa del suceso traumático así como la ocurrencia de muerte de un familiar y de amigos.
- Cumple criterio B ya que nos indica la presencia de recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios del suceso traumático. Además, encontramos en el protagonista un fuerte malestar psicológico que le acompaña sobre todo ante esas situaciones violentas que le recuerdan a las reacciones que su padre tenía con él. Presenta también reacciones fisiológicas como el enfado y el dolor cada vez que recuerda los sucesos.
- Por lo que respecta al criterio C, no podemos decir que exista una evitación clara de actividades o lugares que le despierten un recuerdo, puesto que en ningún momento comenta que evite a su padre sino que contrariamente quiere reencontrarse con él y vengarse. Pero por otro lado, sí que encontramos alteraciones negativas en las cogniciones y estado de ánimo asociado a los distintos sucesos traumáticos originados en su infancia como por ejemplo culpa, tristeza o confusión por todo lo ocurrido. No observamos en el sujeto un comportamiento socialmente retraído ni una disminución del interés y la participación en actividades. Además, no observamos problemáticas a la hora de expresar emociones positivas.
- Siguiendo el criterio D, sí que vemos reflejada una alteración de la activación y reactividad asociada al suceso traumático. Un ejemplo sería los arrebatos de furia con los que se defiende en diversas ocasiones después de repetidas humillaciones por parte de sus compañeros, expresando todo el odio y el dolor que le ocasiona los sucesos vividos y traduciéndolos en agresiones sobre todo físicas hacia los demás. También destacamos las peleas que lleva a cabo por la calle sin que haya un claro desencadenante, simplemente como un medio para desahogarse. Decimos pues que sí encontramos respuestas de sobresalto, problemas de concentración y dificultades para conciliar el sueño.
- Esta sintomatología persiste en el protagonista durante un período superior al mes, por lo que también cumpliría el criterio E.



- Todo ello repercute en un malestar clínicamente significativo para el sujeto, originándole problemas en las relaciones con los demás como se puede ver reflejado en las discusiones con la autoridad y con sus compañeros del centro. Sin embargo, destacamos también por otro lado, una facilidad del protagonista en el establecimiento de vínculos con los demás como sucede con el padre Thomas, con uno de sus cuidadores o con el personaje de León.
- Finalmente decimos que toda esta sintomatología no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

Después de desglosar los criterios que componen el Trastorno por estrés posttraumático (TEPT), todo apuntaría hacia ver este trastorno como diagnóstico principal en Tim Guénard. Sin embargo, debemos destacar la importancia de la personalidad resistente de este, su alta capacidad de resiliencia contribuye al establecimiento de metas, a la utilización de distintas estrategias de afrontamiento, a la superación de las dificultades que se le van presentando y sobre todo, a la lucha por su bienestar, por la vida, por alcanzar la felicidad.

En el trascurso del relato vemos como el protagonista va aferrándose a esas relaciones que le mantienen vivo y le llenan de amor como es el caso de las personas con minusvalías o de su acercamiento al cristianismo y a Dios, todo ello ayuda a que se vayan desdibujando la sintomatología anteriormente descrita y consiga salir adelante y perdonar a todos aquellos que le hicieron daño.

*“En la prisión de mi odio me visitaron personas habitadas por el Amor e hicieron que me arrodillara en el corazón”*

## 7. Conclusiones

Al comienzo de este trabajo final de grado me surgieron algunas dudas, las mismas que me llevaron finalmente a decidirme por este tema en concreto. ¿Hasta qué punto pueden repercutir las experiencias traumáticas en el individuo? ¿Se mantienen en la edad adulta las secuelas del trauma? ¿El evento traumático conlleva necesariamente el desarrollo del trastorno de estrés postraumático? ¿Existen realmente las personalidades resistentes?

Una vez concluido este trabajo, realizado un análisis y búsqueda de información específica y teniendo en cuenta las distintas fuentes consultadas, he podido extraer las siguientes conclusiones que a su vez darían respuesta a las dudas planteadas anteriormente.

Cuando hablamos de experiencias traumáticas nos referimos a situaciones que suponen una amenaza para la integridad física de una persona y que se encuentran totalmente fuera de las experiencias cotidianas del sujeto y sobre las cuales no se puede ejercer ningún control. Estas, alterarían y tergiversarían las expectativas infantiles, configurando conceptos catastróficos acerca de ellos mismos y de los demás, lo cual genera una impronta sobre actitudes presentes o pronósticos negativos acerca del futuro. Es por ello que decimos que estas pueden repercutir gravemente en la víctima, pudiéndose desarrollar en aquellos casos más graves patologías tales como el trastorno de estrés postraumático y mantenerse estas secuelas en la edad adulta.

En cada fase de la vida, los factores de la persona que son importantes, son aquellos que requiere el contexto social específico de cada fase, de modo que, un resultado negativo en una fase temprana como es la infancia, posiblemente debilitará al sujeto en el proceso adaptativo posterior, contribuyendo a organizar de alguna manera las capacidades cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales para adaptarse al contexto social. Todo ello le repercutirá a lo largo de su vida, llegando posiblemente a la edad adulta con una gran desconfianza hacia sí mismo y hacia los demás y estableciendo conductas desadaptativas como respuesta ante el sufrimiento. Entre estas conductas, y como hemos visto a lo largo del trabajo, destacamos aquellas que son evitativas, es decir, aquellas en las que el sujeto realiza grandes esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos, lugares, personas o sentimientos angustiosos acerca del suceso traumático. No obstante, hemos visto como no todas las personas van a enfrentarse a estos acontecimientos del mismo modo y como no todas ellas acabarán desarrollando un TEPT.

Para que se desarrolle el TEPT se requiere la interacción del suceso traumático, además, son necesarias una vulnerabilidad biológica y una vulnerabilidad psicológica, de este modo y al interactuar con el evento traumático, la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos. La respuesta de la persona está asimismo moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social, de forma que estos influirán en el posible surgimiento del trastorno y/o en su mantenimiento o superación. Como ya hemos comentado anteriormente, a toda experiencia traumática debe sumarse el impacto de esta en la persona en concreto, puesto que la misma experiencia no afectará por igual a distintos sujetos.

De estas diferencias en la respuesta al evento traumático surgiría la importancia de la resiliencia en todo este trabajo. Todo estrés tiene un impacto, pero hay personas que consiguen sobrellevarlo de modo que este impacto se suaviza. El individuo resiliente sería capaz de encontrar más soluciones cuando se enfrenta a una barrera, para mantener de este modo un funcionamiento integrado ante el estrés. Esto nos lleva a relacionar esta resiliencia con una capacidad de resistencia hacia la psicopatología y más concretamente hacia el TEPT.

Al parecer, esta resistencia estaría estrechamente relacionada con determinados sentimientos respecto uno mismo como la autoestima y la autoconfianza, el convencimiento de la propia autoeficacia o la capacidad para manejar el estrés. Hablaríamos pues, de una adaptación positiva dentro del contexto de la adversidad significativa.

Finalmente concluir diciendo que realmente encontramos personalidades resilientes, aquellas que como Tim Guénard, que no asistió a ningún tipo de terapia para hacer frente al trauma, se muestran más resistentes a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático, lo cual no quiere decir que estas personas no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables relacionados con el hecho traumático, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida diaria y poder disfrutar de otras experiencias positivas.

Este trabajo me ha permitido poder realizar una aproximación al tema en el que siempre he tenido un gran interés personal, sin embargo, es una cuestión lo suficientemente interesante y compleja que se podría profundizar en futuras investigaciones.

*“Doy fe de que el perdón es el acto más difícil de plantear: el más digno del hombre. Mi combate más hermoso” (Tim Guénard)*

## Bibliografía

Abbene, A.I (2010) *Trastorno por estrés postraumático*, Curso virtual interdisciplinario de salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia, pp.3-7.

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5ª ed.). Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Bados, A (2015) *Trastorno por estrés postraumático*, pp. 34-58, Universidad de Barcelona: Facultad de Psicología: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Recuperado el 5 de abril de 2016 desde: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>

Barudy, J y Dantagnan, M (2005) *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*, vol.1, pp. 53-59, Barcelona: Gedisa Editorial

Berger, K.S (2007) *Psicología del desarrollo (Infancia y Adolescencia)*, El apego (7ª ed. cap. 7), pp.206-210, Madrid: Editorial Médica Panamericana

Bruce, D. Perry, MD, Ph.D.(2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños*, pp. 1-13, Recuperado el 5 de abril de 2016 desde: [https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD\\_Spanish\\_sm.pdf](https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf)

Bueno, A (1997) *El maltrato psicológico/ emocional como expresión de violencia hacia la infancia*, pp.3-14. Recuperado el 1 de abril de 2016 desde [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT\\_05\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5913/1/ALT_05_06.pdf)

Entrevista a Tim Guénard por el Instituto Español de Resiliencia (2015), Recuperado el 12 de mayo de 2016 desde: <http://resiliencia-ier.es/resiliencia/testimonios/54-tim-guenard>

Gómez, M.M y Crespo, M (2012) *Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos*, Acción psicológica, vol.9 (1), pp.71-86, Madrid

Guénard, T (2009) *Más fuerte que el odio, Como escapar de un destino fatal y convertirse en un hombre feliz a pesar de la desgracia*, Segunda reedición, Barcelona: Gedisa Editorial

Lemos, S (2003) *Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes*, psicopatología en niños y adolescentes. vol.1, pp.26-53, Ediciones Pirámide

Manzanero,A.L y Recio,M (2012). *El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características*, Cuad Med Forense, vol.18 (1), pp.19-25, Madrid

Maepa,M.P, Idemudia, E.S y Ofonedu, M.E (2015) *The relationship between Parenting styles an childhood trauma: A study of street children in Limpopo Province, South Africa* ,African Journal for Pshysical, Health Education, Recreation and Dance (AJ-PHERD), vol 21(2), pp.552-565

Navarrete, V. (2014). *Revisión teórico-histórica del concepto de trauma psíquico desde diversas corrientes psicológicas: niveles prepersonales, personales y transpersonales*. Visión Posible. Recuperado el 5 de abril de 2016 desde <http://upacifico.cl/visionposible/>.

Pimentel, P.A y Genis, M.A (2014) *Algos, dolor y tratamiento (Foro de investigación clínica)*, Amdt, Trastorno por estrés postraumático, pp.14-17.Recuperado el 1 de abril de 2016 desde <http://www.ametd.org/web/images/revista/Algos%202014/ALGOS%20No%205-2014.pdf>

Puchol, D. (2001). *El trauma psicológico*. *PsicoPediaHoy*, Vol 3(6). Recuperado el 5 de abril de 2016 desde: <http://psicopediahoy.com/trauma-psicologico/>.

Sarasua, B, Zubizarreta, I, et al (2013) *Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia : resultados a largo plazo*, Anales de Psicología, vol.29 (1), pp. 29-37

Storr, C.L, Lalongo, N.S, et al. (2007) *Antecedentes de exposición a acontecimientos traumáticos durante la infancia y trastorno por estrés postraumático*, vol.10, pp.233-239, Am J Psychiatry (Ed Esp)

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, vol.48, pp.10-20

Vitriol, V (2005) *Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil*, Rev Chil Neuro.Psiquiatria, vol.43(2), pp.88-96

## **Anexo I: Entrevista del Instituto Español de Resiliencia a Tim Guénard**

Tim es hoy un hombre de casi 50 años, que vive en el sudeste de Francia, cerca de Lourdes, y que está felizmente casado con Martine, con quien tiene cuatro hijos. Un hombre que acoge en su propia casa a personas con problemas, a las que orienta y da ánimos para que encuentren nuevos motivos para vivir, ofreciéndoles un techo y una mano amiga. Un hombre que no olvida la promesa que se hizo en su adolescencia: acoger a otros con las mismas necesidades que él sufrió.

Pero la misión de Tim no sólo se desarrolla en Francia, el culmen de su renovación interior fue escribir un libro autobiográfico (*Más fuerte que el odio*. Gedisa, 2003), donde desgrana con sencillez y sinceridad la historia de su vida. A partir de entonces, acude a donde le llaman para narrar su experiencia, demostrándole al mundo que “el hombre es libre de alterar su destino”.

### **Cuando piensa en su infancia, ¿cuál es su peor recuerdo?**

*El peor es haber estado tres años en la cama de un hospital por culpa de los golpes que me dio mi papá. Cuando bebía, no sabía lo que hacía y me pegaba sin darse cuenta. Lo que más me dolió es que durante ese tiempo de convalecencia, nunca tuve una visita.*

**Un día en el hospital, vio que a su compañero de habitación se le cayó el envoltorio de uno de los regalos que recibió. Usted cogió ese papel y lo escondió. Cuenta en su libro que, a pesar de su situación, este simple papel le ayudó a salir adelante...**

*Sí, eso fue lo que me ayudó. El papel tenía el dibujo de un tren con vagones llenos de juguetes y un oso de peluche que movía su brazo. Lo escondí en los baños del final del pasillo y todos los días me arrastraba hasta allá (no podía andar) para ver mi papel a escondidas; me daba la impresión de que el osito me decía “¡Hola Tim!” y que me daba las buenas noches al final del día. Para mí era la única visita (esto demuestra que lo que desechan los demás puede ser importante para otros). Ese papel me dio un poco de calor y suscitó en mí el deseo de volver a caminar. Gracias a ese esfuerzo para ver mi papel de regalo, aprendí a andar nuevamente.*

### **¿Qué se necesita para superar una situación como la que describe?**

*Siempre es necesaria la motivación. Yo soñaba que habían metido a mi papá en una lavadora y que llegaba todo nuevo. ¡Tenía tantas ganas de un beso!, o de una mira-*

da, un gesto; pero tristemente nunca llegó... Un día ya no tuve ganas de eso, tuve ganas de vivir para matarlo; y el odio me dio fuerza.

**Sin embargo, insiste en que el odio y la violencia no son genéticos, ¿cómo romper ese círculo vicioso?**

*Si una persona no sale de su entorno, no se da cuenta de cómo es en realidad y, por desgracia, reproduce esas actitudes inconscientemente. Cuando ves a personas que quieren y son queridas eso te ayuda a no reproducir malas conductas. Para los que no tienen cariño, ver a gente con amor es como mirar ese escaparate donde no se puede comprar. Sin embargo, puedes decir: “pues yo algún día viviré de otro modo”. Yo no he reproducido la violencia simplemente porque encontré a gente que me hizo desear cosas más positivas.*

**¿Qué le permitió olvidar y perdonar?**

*Ha sido un camino imprevisto en el que encontré a gente que dice en voz alta lo que tú piensas en bajito. Esos que van unos pasos por delante de ti, que han tenido una vida difícil y que ahora tienen una vida muy bella. Me preguntaba por qué y pensaba que yo también tendría una vida así en el futuro. Esa gente te da ambiciones, incluso sin que tú lo sepas. Por eso la mejor manera de ir en contra del destino es ir al encuentro de los demás; porque te dan ilusiones y te enseñan que la vida tiene otro paisaje.*

**Usted acoge en su familia a jóvenes con problemas, ¿qué les ofrece a diferencia del DASS (el servicio del Estado para niños abandonados)?**

*Es muy importante que esos jóvenes vean que la vida no es una fantasía, que hay otro modo de existir, que cuando uno comete un error puede pedir perdón e intentar no volver a hacerlo. Para que ellos se convenzan, lo tienen que ver en la práctica. Nosotros acogemos a los jóvenes y delante de ellos vivimos como una familia normal, por eso no es difícil para ellos imitarnos. Si fuéramos gente “perfecta” sería difícil imitarnos, pero justamente los roces que tenemos en la familia nos dan la oportunidad de crecer. Por eso, los jóvenes piensan: ¿y si yo también fuera capaz de mejorar?*

**¿Qué les diría a los jóvenes para animarlos a mirar más alto?**

*A los que tienen la suerte de tener una familia, les diría que es importante respetarla, honrarla y aceptarla; que ni aquellas personas a las que más queremos son perfectas. Muchas veces pregunto a la gente: “¿les has dicho a tus padres o a tus hijos que los quieres?”. Y la gente me dice: “ya lo saben”. Para criticar y decir lo malo, la*



*gente no pone medida; sin embargo, cuando toca decir “te quiero” o “estoy orgulloso de ti” muchos se callan. Se anima a los futbolistas o a los ciclistas, pero es necesario que nos animemos entre nosotros. No es necesario ser un famoso para que alguien te anime. Y cuando los jóvenes ven eso, se producen cambios extraordinarios.*

### **¿Qué influencia ha tenido su esposa sobre usted?**

*Mi mujer viene de un entorno completamente distinto, en el que no había problemas ni confusiones. Ella es diferente: es sencilla y vive sin complicaciones mentales. Conocía cosas que yo desconocía, tenía valores que me atraían... a veces los extremos se atraen. Y, ante todo, tuvo una mirada bella sobre mí porque si algunas veces soy guay, otras soy muy tonto. Cuando hablábamos yo le decía: “confía en mí y ya verás. Cambiaré”. Algunas cosas las cambiaba fácilmente pero en otras tenía que ponerme tres o cuatro veces. Ella ha tenido la paciencia y la delicadeza de creer en mí, incluso cuando yo dudaba de mí mismo.*

### **¿Y sus hijos?**

*Los hijos son un regalo hermoso. Hay espejos para mirarse, peinarse y vestirse, pero el espejo para cambiar tu vida está en aquellos que más quieres. Porque uno solo no puede verse a sí mismo. No es suficiente con decirte que vas a cambiar. Los niños exigen que no te des a medias. Ser adulto es fácil, pero para ser una gran persona, se necesita a los niños.*

*Mis hijos me decían que no hubieran querido tener otro papá y eso me hacía sentir muy orgulloso. Me decían: “papá, has cambiado mucho, eso está muy bien, ya no te peleas”. Yo les digo a mis hijos: “si papá hace algo bien, decíselo; y si hace algo mal, también”. Mi reto es mejorar cada día.*

### **Ha tenido momentos duros pero también luces en la oscuridad: encuentros hermosos como, por ejemplo, con la Madre Teresa de Calcuta en Roma...**

*Pues yo no lo hice a propósito, no sabía ni quién era. Para mí era una anciana. Eso es otro ejemplo de lo que ha pasado en mi vida: tener encuentros que si los hubiera buscado nunca los habría vivido. Para mí son caricias del “Big Boss”; la vida no sólo te trata mal, eso únicamente pasa en las malas películas. En la vida real, cuando se escucha a la gente que se ha levantado después de vivir situaciones difíciles, uno se da cuenta de que nadie se levanta solo. Yo mismo he tenido personas en mi camino: el indigente que me enseñó a leer, papá Gaby (su padre adoptivo de los servicios sociales del Estado), la buena jueza y el padre Thomas. Todos son como regalos. El*

*regalo más bonito en la vida son las personas que uno ha querido y quiere; y se necesita la vida entera para conocerlas.*

**Cuando expone su testimonio de vida, ¿cree que ayuda a las personas que tienen problemas?**

*Yo nunca pido dar ninguna charla pero hay gente que me invita. Recibo muchos correos de personas que han cambiado su vida porque se dicen: "si Tim lo ha conseguido, yo también puedo". Mucha gente afirma que mi testimonio le ha dado sentido a su vida. Algunos han dejado de beber o de ser violentos y vienen a darme las gracias. Pero yo no he hecho nada. Por ejemplo, la gente lee mi libro y piensa: "Tim no es mejor que yo, así que igual yo también puedo cambiar".*

*Por desgracia, se necesita tiempo para que los demás se den cuenta de las cosas, por eso la gente no tiene que desesperarse a la hora de hacer el bien. El campesino, cuando siembra, no va al día siguiente a su campo a echarle la bronca a la tierra y a pedirle que se dé prisa en dar frutos. El amor que se da en este mundo es similar: no es para gente que tiene prisa*

## Anexo 2: Bibliografía complementaria

Ainsworth, Mary D. Salter. (1973) *The development of infant-mother attachment*. En Bettye M. Caldwell y Henry N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3., pp.1-94) Chicago: University of Chicago Press

Baca, E., Cabanas, M.L. y Baca-García, E. (2003). El Proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En E. Baca y M.L. Cabanas (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.

Bender, D., Farber, B. y Geller, J. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. Vol.29, pp. 551-563

Chassin, L, Rogosch, F y Barrera, M. (1991) *Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics*, *Journal of Abnormal Psychology*, 110,449-463

Coie, J.D, Watt, N.F, West, S.G, Hawkins, J.D ,et al.(1993)*The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program*, *American Psychologist*, vol.48,pp.1013-1022

Cook, J.M., Schnurr, P.P. y Foa, E.B. (2004). Bridging the gap between posttraumatic stress disorder research and clinical practice: The example of exposure therapy. *Psychotherapy*, vol.41, pp. 374-387.

Ebata, A.T, Petersen, A.C y Conger , J.J. (1990) *The development of psychopathology in adolescence*, En J. Rolf, A.S.Masten, D.Cicchetti, K.H.Nuechterlein y S. Weintraub (eds), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*,pp.308-333, Cambridge: Cambridge University Press

Echeburúa, E. et al (2004) *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*, pp. 345-353

Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.

Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). *Trastorno de estrés postraumático*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol.2). Madrid, España: Mc Graw-Hill.

Emery, R.E (1982) *Interparental conflict and the children of discord and divorce*, *Psychological Bulletin*, vol.92, pp. 310-330

Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.

Felitti, VJ et al (1998) *Estudio de la relación del abuso infantil y la disfunción de los hogares con muchas de las principales causas de muerte en adultos: las experiencias adversas en la infancia* (Adverse Childhood Experiences), *American Journal of Medicina Preventiva* vol.14 (4), pp. 245-258

Furstenberg, F., Brooks-Gunn, J y Morgan S.P. (1987) *Adolescent mother in later life*, Nueva York: Cambridge University Press.

Hagenaars, M. A., van Minnen, A. y de Rooij, M. (2010). Cognitions in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.10(3), pp.421-434.

Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA.(1989) *Childhood trauma in borderline personality*. *Am J Psychiatry* ,vol.146, pp.490-495

Jaffee, S., Caspi, Avshalom, Moffitt, Terrie E., Belsky, Jay, y Silva, P. (2001). *Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood?* Results from 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*. (vol13., pp.377-397)

Jessor, R. (1993) *Successful adolescent development among youth in high-risk settings*, *American Psychologist*, vol.48, pp.117-126

Johnson J, Cohen P. (1999) *Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood*. Arch Gen psychiatry ,vol.56, pp.600-606

Jones, J.C. y Barlow, D.H. (1990). *The etiology of posttraumatic stress disorder*. *Clinical Psychology review*, vol. 10, pp.299-328.

Lang, P.J. (1988). *Fear, anxiety, and panic: Context, cognition, and visceral arousal*. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 219-236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotions therapeutic? *Clinical Psychology Review*, vol. 18, pp.71-102.

Loeber, R y Stouthamer-Loeber, M. (1986) *Family factors as correlates and predictors of delinquency*. En M.Tonry y N.Morris (eds), *Crime and justice: An annual review of research* , vol.7,pp. 29-149, Chicago: University of Chicago Press

Masten, A. S., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). *Competence under stress: Risk and protective factors*. In J. Rolfe, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 236- 256). New York: Cambridge University Press.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. y Weiss, D.S. (2003). *Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults. A Meta-Analysis*. *Psychological Bulletin*, vol. 129, pp.52-73.

Resick, P.A. y Calhoun, K.S. (2001). Posttraumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 60-113). Nueva York: Guilford.

Rutter, M (1981) *Stress, coping, and development: Some issues and some questions*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol.22, pp.323-356

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol.27, pp.209-218.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. y Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.67, pp.13-18.

Terr, L.C. (2009). *El trauma infantil. Una revisión y un resumen de las principales visiones*. En R. Williams ( Ed . ) , *Trauma y relaciones. El punto de vista científico y clínico contemporánea* ( pp . 345-366 )Milán: Routledge

Thompson , Ross A. (1998) *Early socio-personality development* . En William Damon( Ed. de la serie) Y Nancy Eisenberg ( Ed. de vol), *Handbook of child psychology: Vol.3.Social, emotional and personality development* ( 5ª ed., pp.24-104). New York: Wiley.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., Budge, S. (2010). *Determining what works in the treatment of PTSD*. *Clinical Psychology Review*, vol.30(8), pp.923-933.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford

Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al.(2002) *Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients*. J Nerv Ment Dis, vol.190, pp.381-387