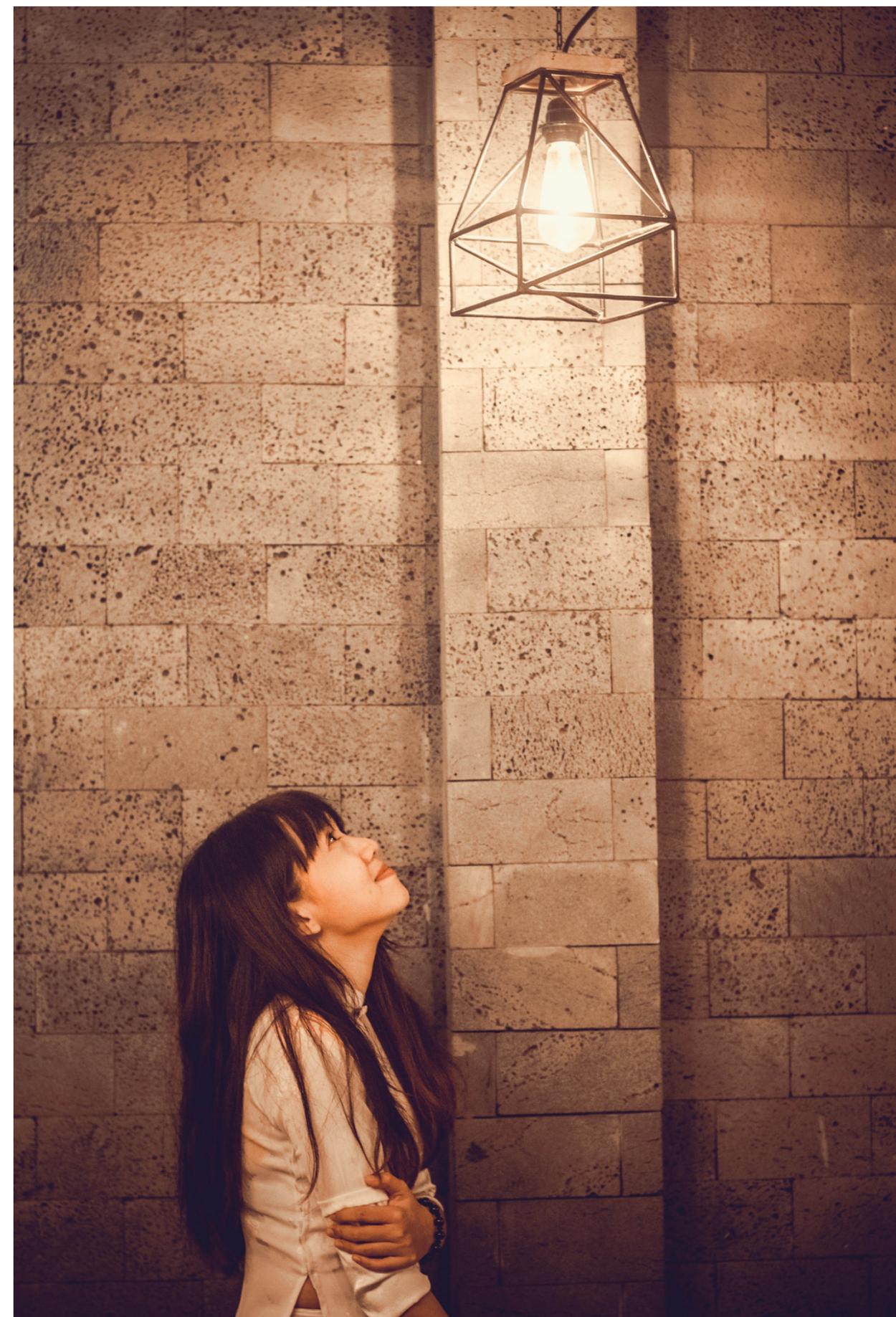




COLEGIO OFICIAL
DE PSICOLOGIA
de Castilla-La Mancha

Guía

Trauma psicológico





COLEGIO OFICIAL
DE PSICOLOGIA
de Castilla-La Mancha



Autoría

Colegio Oficial de Psicología de Castilla- La Mancha

Grupo de Trabajo de Psicología y Trauma

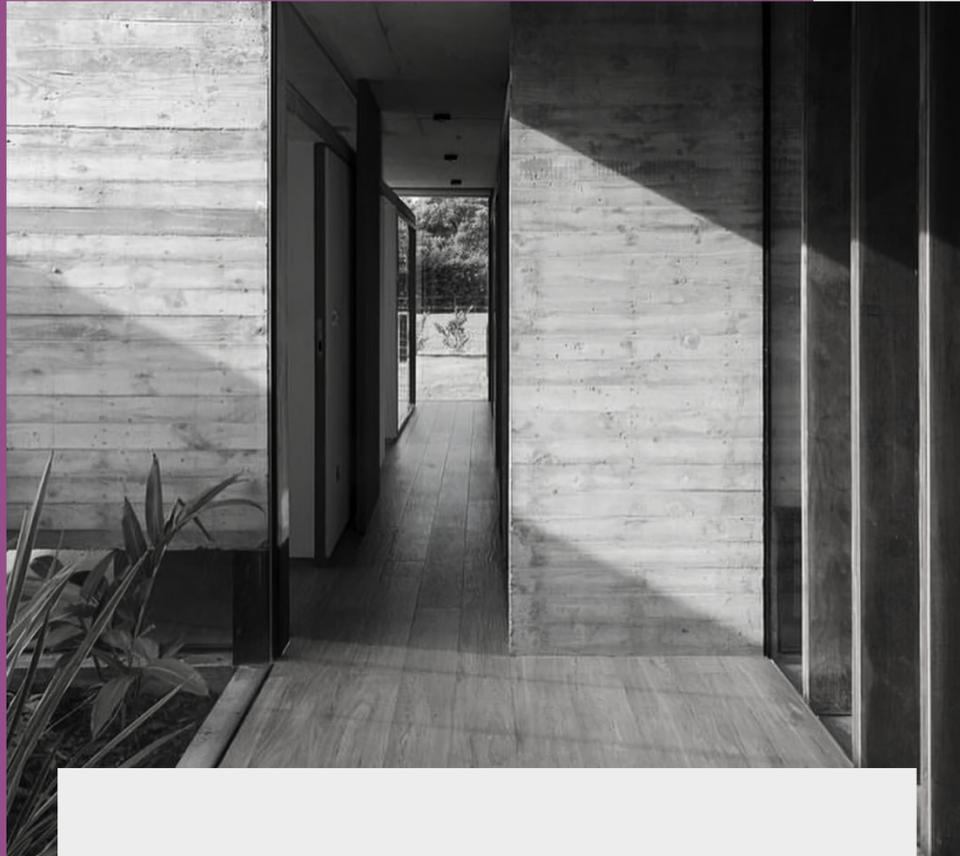
- Rocío Goitia González CM 01407
- Inmaculada Jiménez Rodríguez CM 01503
- Juana Navalón Cebrián CM 02083
- Laura Pérez Gutiérrez CM 02065

1. ¿Qué es un trauma psicológico?

Un trauma psicológico ocurre tras la exposición directa o indirecta a un suceso o sucesos lo suficientemente intensos como para que sea imposible procesarlos e integrarlos adecuadamente.

Dicho suceso o evento traumático suele tener la capacidad de generar miedo, impotencia o terror ante la amenaza (real o no) de inminente lesión o muerte y suele darse de manera repentina, inesperada, o anormal. Pero no todas las personas que experimentan un evento estresante desarrollarán trauma. En este sentido, un requisito fundamental en la generación de trauma es que la persona perciba que no cuenta con las capacidades suficientes para afrontarlo. El problema no es el suceso ocurrido, sino el recuerdo de lo que pasó, el modo en que ha quedado registrado, codificado y almacenado.

De acuerdo a lo anterior y en línea con lo que identifican otros autores, se considera que ocurre el trauma si los efectos abrumadores de un estímulo sobrepasan las habilidades de la persona para superarlo y sigue desencadenando sintomatología que generan malestar y deterioro en diversos ámbitos (social, laboral, etc.) tras un periodo de tiempo.



La palabra “trauma” viene del griego (traûma) “herida”.

Diccionario de la Real Academia Española, 2021.



Si los síntomas persisten y no disminuyen en gravedad, se considera que la persona desarrolla un trastorno de salud mental llamado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), la persona con TEPT puede mostrar sintomatología diversa: recuerdos o sueños angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos acerca del suceso o sucesos traumáticos, reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si repitiera el suceso de forma continua e incluso pierde la conciencia del entorno presente, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas o prolongadas al exponerse a factores internos o externos relacionados con lo ocurrido, evitación de lo relacionado con el evento traumático (lugares, recuerdos, personas, actividades, etc), incapacidad para recordar aspectos importantes de lo que sucedió, creencias negativas sobre uno mismo o sobre el mundo, percepción distorsionada de lo que pasó, desapego o extrañamiento de los demás, incapacidad para experimentar emociones positivas, estado de alerta e hipervigilancia, comportamiento autodestructivo, irritabilidad, alteraciones de sueño, etc.

Una experiencia traumática puede ser interiorizada en cualquier edad pero se ha observado que las que tienen lugar en la infancia suelen ser las más problemáticas e incluso pueden estar latentes en las diferentes etapas de la vida.

La persona afectada por trauma genera distorsiones en sus esquemas mentales básicos que le ayudan a entender el mundo y adaptarse a él, de ahí que se considere que el trauma provoca un impacto en la afectividad de la persona que le puede acompañar a lo largo de la vida, generando una sensación de atrapamiento y continuo malestar. En este sentido, se requiere un trabajo a nivel psíquico para que la persona con TEPT pueda restablecerse física, mental y socialmente tras lo ocurrido.

2. Factores que influyen en el desarrollo de un trauma.

Los factores que influyen en la forma de afrontamiento del evento traumático pueden dividirse en los siguientes:

- ❖ **Factores biológicos.** La predisposición biológica o genética condiciona el grado de vulnerabilidad.
- ❖ **Fase evolutiva o de desarrollo psicosocial.** Una mayor capacidad cognitiva y social permite ejercer más control sobre la situación, reducir la ansiedad asociada a ella, solicitar ayuda, tener un apoyo social más amplio y protegerse de pensamientos mágicos o irreales sobre la causa última del evento.
- ❖ **Características del evento traumático.** La intensidad, naturaleza y duración del evento aumentan las probabilidades de que las personas desarrollen sintomatología de carácter traumático.
- ❖ **Contexto social.** Las personas que cuentan con apoyo social suelen manejar mejor los eventos estresantes o traumáticos por lo que tienen menos probabilidad de desarrollar sintomatología post-traumática. Esto se debe a que la red social ayuda a las personas a estructurar situaciones, a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento y a buscar y obtener ayuda.



❖ **Condiciones de vulnerabilidad peritraumáticas.** Las experiencias adversas de vida, el estrés prolongado y la exposición previa a eventos traumáticos reducen la posibilidad de que las personas puedan afrontar adecuadamente nuevas situaciones porque erosionan el sentido de control sobre eventos negativos y sus recursos psicológicos y biológicos.

❖ **Condiciones o eventos postraumáticos.** Los eventos posteriores al trauma actúan como agravantes o mitigantes. En este sentido, pueden ocurrir situaciones o condiciones ajenas al sujeto que agraven o mitiguen la sintomatología.

❖ **Algunas características de personalidad.** Las personas perfeccionistas y pesimistas pueden tener un peor manejo de la situación que las flexibles y optimistas. Cuando se acepta la existencia de ciertos eventos externos ajenos al propio control y se reconoce la propia responsabilidad sobre sus emociones, sentimientos, pensamientos y conductas, el afrontamiento de las situaciones es más favorable.



3. Tipos de trauma

La terminología asociada al trauma es muy variada y según el aspecto al que atendamos, se pueden plantear diversas clasificaciones.

En primer lugar, según las características propias de la exposición al evento traumático, nos encontramos:

❖ **Trauma agudo.** Cuando la exposición a un solo evento es la responsable del desarrollo de la sintomatología. Por ejemplo, un accidente, una muerte, un atraco, una violación, etc.

❖ **Trauma repetitivo.** Cuando el evento tiene lugar de forma repetida a lo largo del tiempo. Por ejemplo, tortura, abuso sexual continuado, maltrato, etc.

❖ **Trauma crónico.** Cuando hay una exposición repetida y prolongada a diversos eventos potencialmente traumáticos. Por ejemplo, cuando se dan conjuntamente abuso físico y verbal intrafamiliar.

❖ **Trauma acumulativo.** Cuando el evento va adquiriendo más carga traumática a lo largo del tiempo, de diversas formas y desde diferentes fuentes. Por ejemplo, cuando la persona se expone sucesiva o simultáneamente a abuso verbal, críticas, desprecio, bullying, etc.

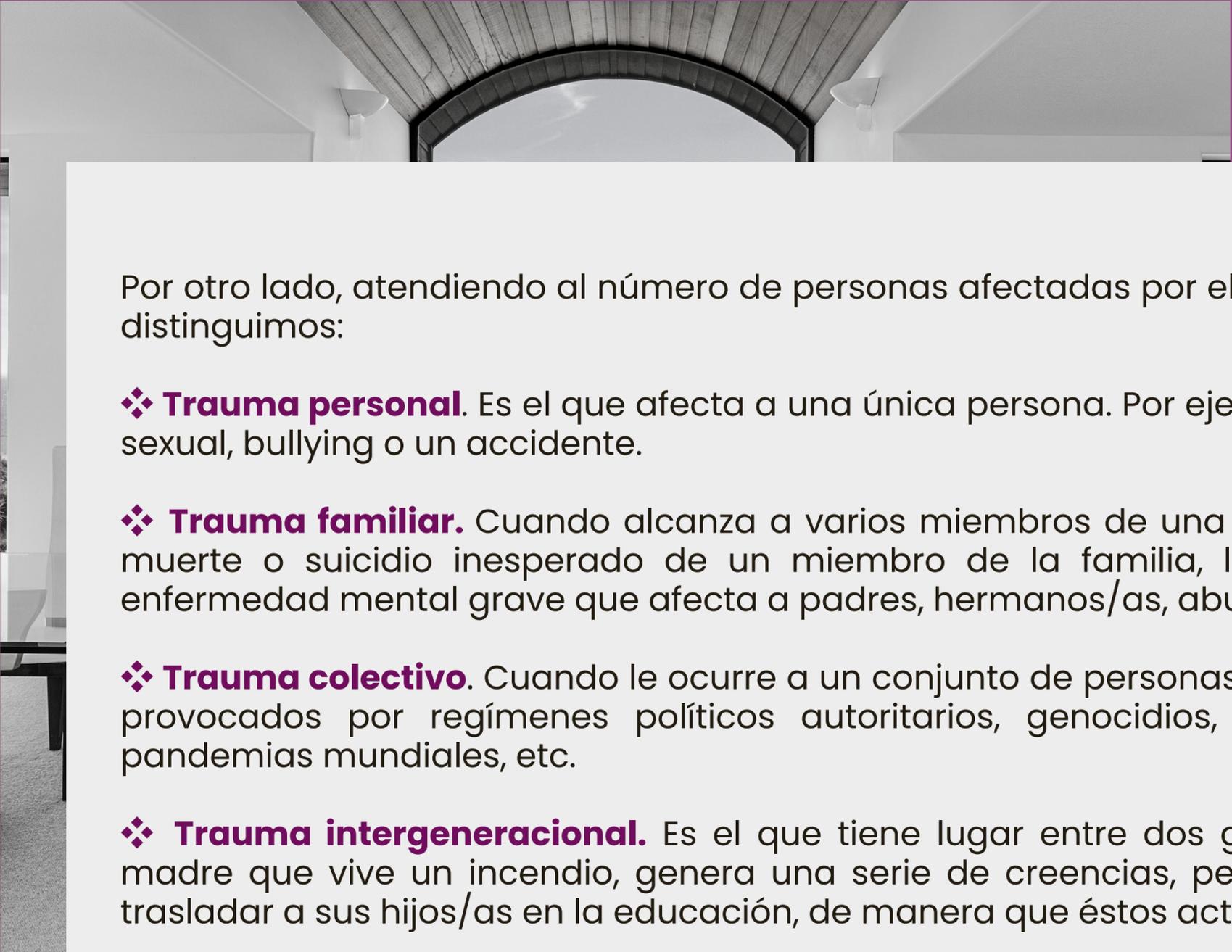
❖ **Trauma secundario o vicario.** Cuando la persona desarrolla síntomas de trauma no por exposición directa al evento, sino por el contacto continuado con víctimas. Por ejemplo, profesionales de la psicología, del ámbito sanitario, ámbito policial, bomberos/as, etc.

En función del alcance de la sintomatología postraumática:

❖ **Trauma simple.** Suele ocurrir tras la exposición a un evento y genera una sintomatología de mejor pronóstico. Por ejemplo, tras ser testigo de un atraco.

❖ **Trauma complejo.** Es producto de la exposición a múltiples eventos traumáticos, prolongados en el tiempo y normalmente de naturaleza interpersonal. Esto provoca un gran impacto a nivel psicosocial generando una sintomatología de mayor gravedad y con afectaciones mucho más severas y limitantes para la persona alcanzando diversos ámbitos (personal, familiar, laboral, social, etc.). Por ejemplo, entre otros, se encuentra trauma complejo en personas sometidas a maltrato y violencia física crónicas por parte de la pareja o en los casos de tortura política en regímenes dictatoriales.





Por otro lado, atendiendo al número de personas afectadas por el suceso o sucesos traumáticos y a la relación entre ellas, distinguimos:

❖ **Trauma personal.** Es el que afecta a una única persona. Por ejemplo, el sufrido por una persona que sufre tortura, abuso sexual, bullying o un accidente.

❖ **Trauma familiar.** Cuando alcanza a varios miembros de una misma familia directa o indirectamente. Por ejemplo, la muerte o suicidio inesperado de un miembro de la familia, la emigración o la convivencia con una persona con enfermedad mental grave que afecta a padres, hermanos/as, abuelos/as, etc.

❖ **Trauma colectivo.** Cuando le ocurre a un conjunto de personas, comunidades o sociedades completas. Por ejemplo, los provocados por regímenes políticos autoritarios, genocidios, hambrunas, desastres naturales, esclavitud, guerras, pandemias mundiales, etc.

❖ **Trauma intergeneracional.** Es el que tiene lugar entre dos generaciones, entre padres e hijos/as. Por ejemplo, una madre que vive un incendio, genera una serie de creencias, pensamientos y formas de afrontar el mundo que puede trasladar a sus hijos/as en la educación, de manera que éstos actúen cargando con las consecuencias de dicho trauma.

❖ **Trauma transgeneracional.** Es el que se transmite a través de varias generaciones. Por ejemplo, las generaciones posteriores a los supervivientes del holocausto muestran sintomatología post-traumática asociada al mismo.



Finalmente, atendiendo a las condiciones especiales en las que tiene lugar la exposición al evento traumático, destacamos:

❖ **Trauma preverbal.** Se origina a partir de todo lo que le sucede a la persona desde el útero materno hasta que desarrolla el lenguaje. Por ejemplo, el bebé puede desarrollar un trauma cuando la mamá embarazada se enfrenta a un duelo por muerte de un ser querido, cuando él se enfrenta a dificultades perinatales (forceps, incubadora, etc.) o en procesos de adopción.

❖ **Trauma de apego.** Se genera cuando los vínculos con nuestros cuidadores primarios implican inseguridad, ambivalencia, negligencia, abandono, maltrato, sobreprotección, etc.

❖ **Trauma sexual o por agresión sexual.** Cuando la persona sufre abuso o violación sexual, con frecuencia perpetrados por familiares o conocidos. En muchas ocasiones no se cuentan ni denuncian y pueden ser el origen de posteriores disfunciones sexuales.

❖ **Trauma por inmigración y trauma de la persona refugiada.** Estas personas se exponen a muy diversos factores estresantes traumáticos antes (encarcelamiento, tortura, violación, etc.), durante (amenazas, chantajes, tráfico de personas, viajes de riesgo, etc.) y después (deportación, abuso, explotación sexual, etc.) de dejar su lugar de origen. Se suman por otro lado, dificultades estresantes propias de las diferencias en el lenguaje, raza o cultura, entre otras muchas.

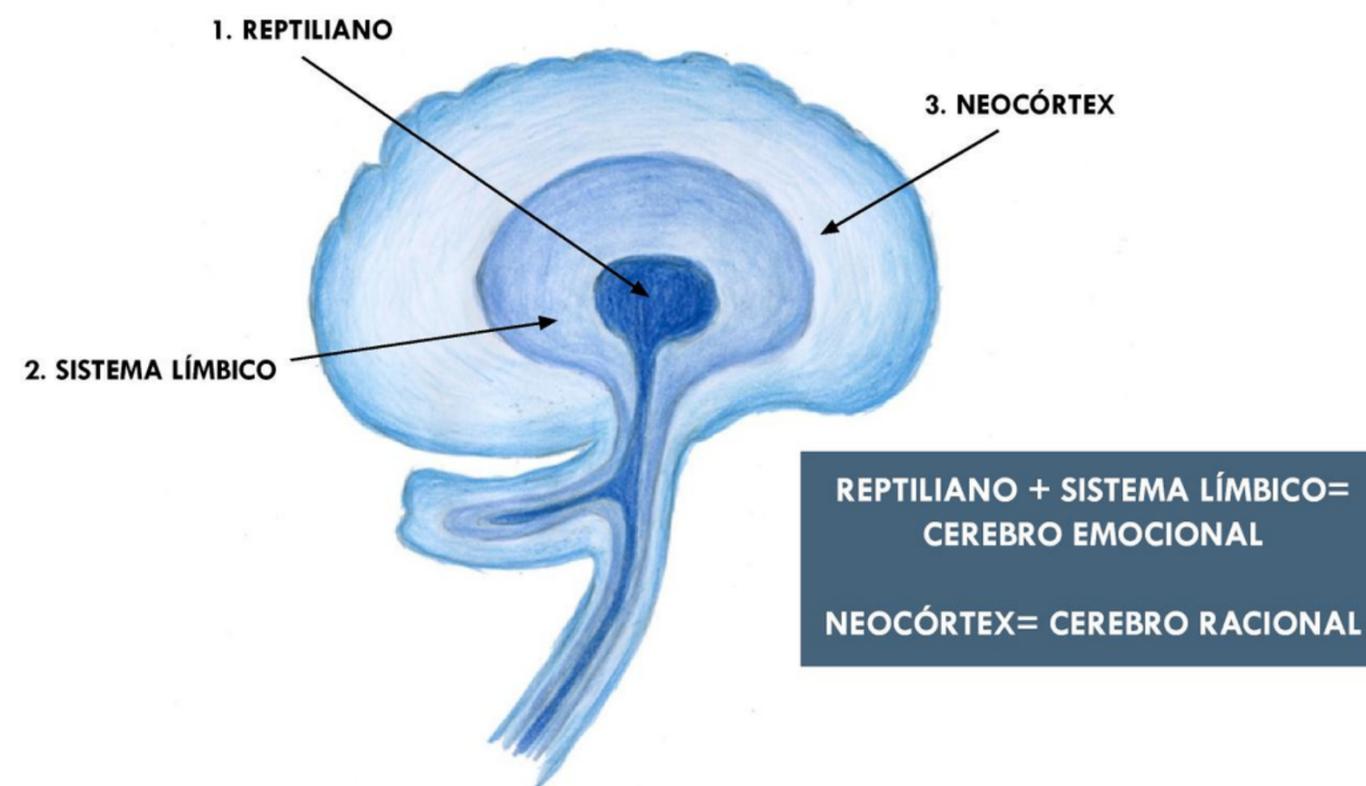
4. ¿Qué sucede a nuestro cerebro si sufrimos un trauma?

Con el objetivo de simplificar la complejidad cerebral y poder entender los procesos que tienen lugar a nivel neurobiológico, se considera la teoría del cerebro triuno de McLean, que divide el cerebro del ser humano en tres partes especializadas:

❖ **El cerebro humano o racional.** Se encarga, entre otros, del lenguaje, de la conciencia, del razonamiento, de la toma de decisiones y de la regulación de impulsos. En él se encuentran la ínsula y la corteza prefrontal entre otros.

❖ **El cerebro mamífero o sistema límbico.** Se encuentra situado encima del cerebro reptiliano y se encarga del procesamiento emocional. Entre otras estructuras, lo forman el sistema límbico, el hipocampo, el cíngulo y la amígdala. Este sistema guarda la información sobre lo que la persona aprendió que es seguro o peligroso y se encarga de la activación rápida del organismo ante una situación de emergencia sin dar prioridad al razonamiento.

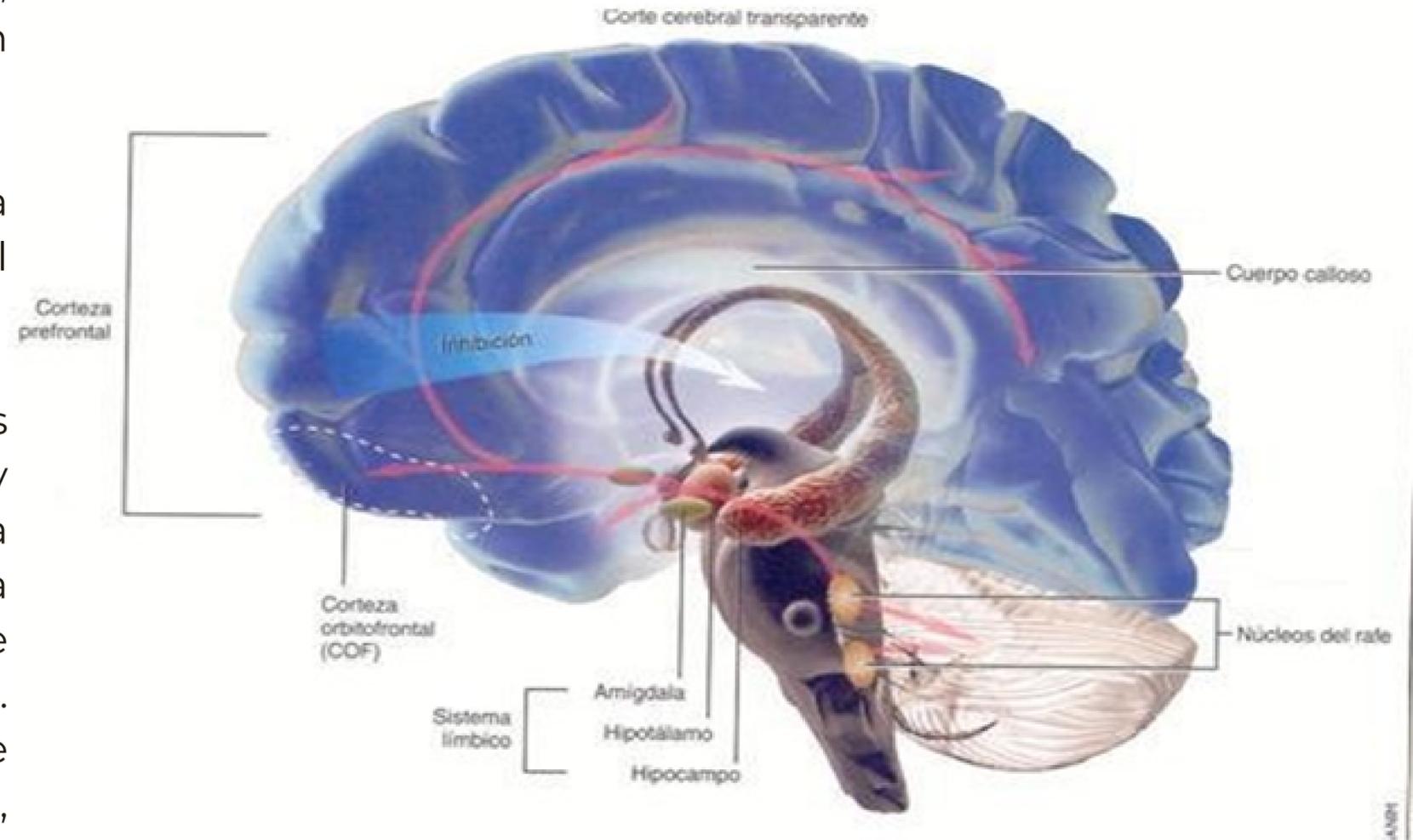
❖ **El cerebro reptiliano.** Se encuentra en el tronco cerebral. Está implicado en procesos automáticos (respiración, sueño, digestión, excreción, etc.). Está formado por el tallo cerebral, el cerebelo, el sistema reticular y los ganglios basales.



Cuando el organismo se enfrenta a situaciones amenazadoras, son activados varios sistemas neurobiológicos que implican alteraciones a distintos niveles.

El cerebro procesa la información que le llega desde el exterior a través de los sentidos, es enviada por la médula espinal y llega al cerebro.

En el cerebro, la información sensorial llega a la amígdala que es como un sensor del cerebro que identifica, de manera rápida y automática, si la información entrante es relevante para nuestra supervivencia. Lo hace con ayuda del hipocampo que relaciona la nueva información con las experiencias del pasado y permite categorizar la experiencia como amenazante o no amenazante. Del hipocampo, la información pasa al giro cingulado que se encarga de negociar entre la parte frontal y el resto. Por otro lado, las señales corporales son recogidas por la ínsula e integradas al resto de información.





Si no se detecta amenaza, la información sigue el camino de subida hacia la corteza prefrontal, un proceso más lento pero que supone una interpretación consciente y mucho más real de la situación. En este caso, nuestra respuesta ante la situación es desde la calma.

Si se detecta amenaza, predomina el camino de bajada, hacia el cuerpo. La corteza no frena a la amígdala, ésta se hiperactiva y a través del sistema de hormonas del estrés (cortisol, adrenalina, noradrenalina y dopamina, entre otras) y del Sistema Nervioso Autónomo, tiene lugar una respuesta de supervivencia. En concreto:

- ❖ Lucha. Irascibilidad, alerta, respuestas de sobresalto, aceleración de la respiración, autolesionarse, control excesivo, etc.
- ❖ Huida. Conductas como el aislamiento y reacciones como la negatividad, la evitación, pensamiento rumiativo, perfeccionismo, adicciones, inquietud, etc.
- ❖ Sumisión. Complacencia, falta de identidad y de límites, conductas de apaciguamiento, autocrítica, etc.
- ❖ Colapso. Dificultad para tomar decisiones, sentirse estancado y/ o dejar de sentir, agotamiento, aislarse, aparente normalidad (la persona parece funcional, pero en realidad está totalmente desconectada), etc.

En esta última opción, puede aparecer sintomatología traumática disociativa acorde a la complejidad del caso. Entre ellos, la despersonalización (sensación de estar fuera del cuerpo, verse desde arriba o no reconocer partes del cuerpo), desrealización (percepción de que lo de alrededor es extraño e irreal, hasta el punto de que parece un sueño), amnesia (lagunas en el pasado reciente o despistes), distorsión del tiempo (sensación de que el tiempo avanza más rápido o más despacio de lo que habitualmente se percibe), distorsión de la identidad (no reconocer ciertas facetas de uno mismo), fragmentación de la personalidad, aparición de voces, somatizaciones, etc.

7. ¿Cómo detectar qué tenemos un trauma?

Para detectar si tenemos un trauma, es necesaria la evaluación por parte de profesionales de la medicina o de la psicología especializados, pero podemos sospechar ante la presencia de ciertos síntomas si tenemos en cuenta las respuestas asociadas a la exposición a eventos traumáticos:

❖ **A nivel emocional.** Desregulación, estado emocional negativo, baja autoestima, miedo a no ser capaz de enfrentar una situación o conflicto, miedo al abandono, a los cambios positivos, indefensión, alexitimia (incapacidad de identificar sentimientos y expresarlos), rabia, tristeza, culpa, vergüenza, desconfianza, desesperación, hipocondría, ansiedad, depresión, etc.

❖ **A nivel cognitivo.** Rumiaciones, distorsiones cognitivas, creencias irracionales, pensamientos automáticos e intrusivos sobre nuestra persona, sobre las demás o el mundo, sentimiento de pérdida de control, falta de atención y concentración, etc.

❖ **A nivel conductual.** Cambios de hábitos y de comportamiento, mayor rigidez, hipervigilancia, irritabilidad, agresividad, evitación de lugares, situaciones, actividades o personas, dependencia, codependencia y búsqueda constante de validación por los demás, tendencia al aislamiento, incoherencias entre lo que se hace y piensa, exposición a situaciones peligrosas o a personas que nos hagan daño física o emocionalmente, dificultad para establecer límites, autolesiones, conductas suicidas, alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, comportamientos compulsivos, etc.

❖ **A nivel psicosomático.** Síntomas físicos sin explicación médica, de origen emocional. Hipertensión, taquicardias o hipotensión y bradicardias, tensión y/o dolor muscular, articular u óseo, dolor de cabeza, alteraciones digestivas y del sueño, problemas en la piel, problemas sexuales, bloqueo, parálisis, sensación de fatiga y agotamiento, etc. Las enfermedades autoinmunes pueden tener un componente psicosomático que, si recibe el tratamiento psicológico adecuado, puede ser determinante en la evolución de dicha enfermedad.

8. ¿Cómo se interviene un trauma desde la Psicología?



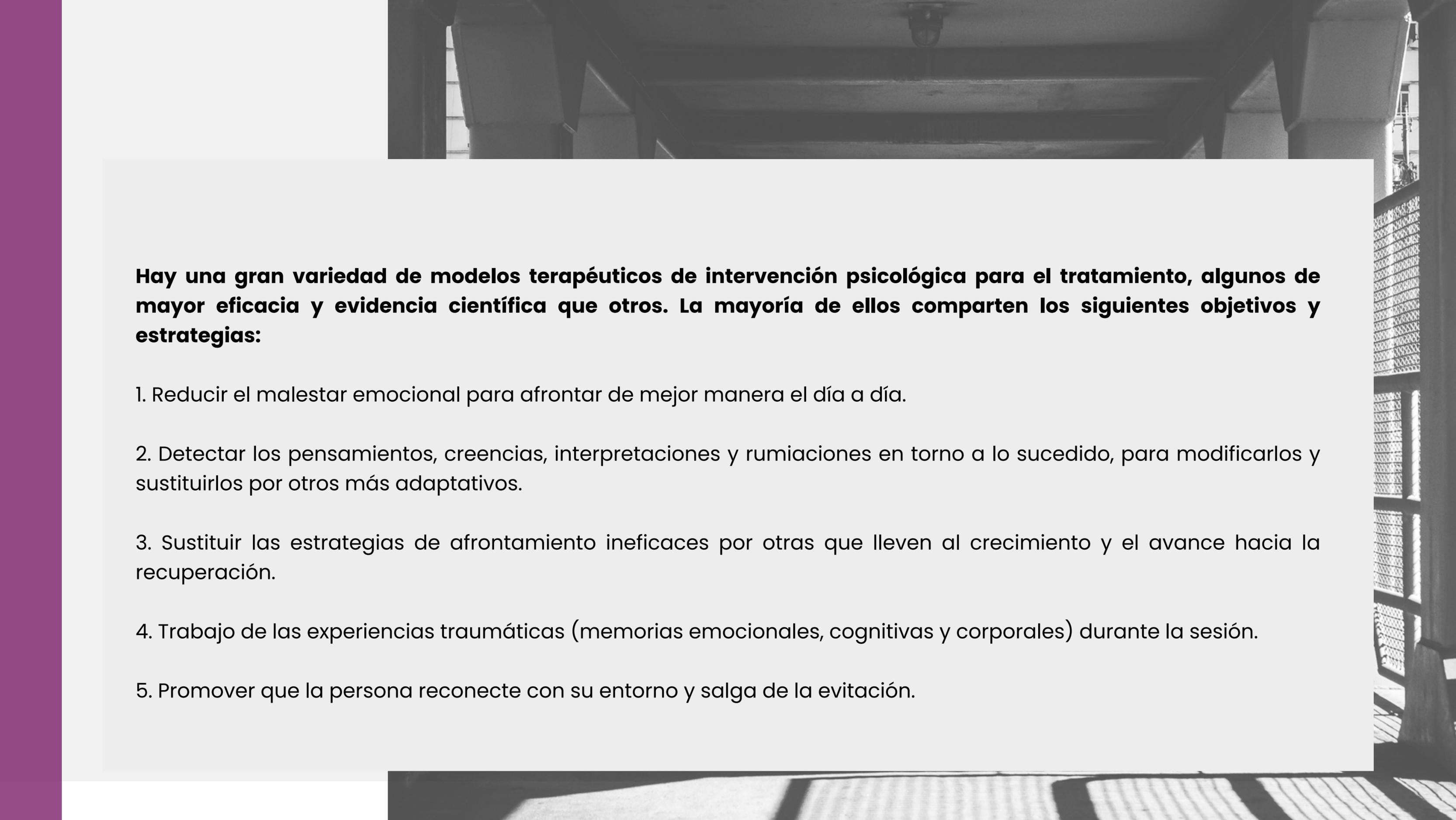
Los síntomas universales de un trauma son: hiperactivación, opresión, disociación e insensibilidad y bloqueo parálisis que genera una sensación de impotencia y desesperanza.

Después de experimentar un evento traumático es muy probable que el cuerpo esté en activación continua, se nos acelere el corazón y la respiración y que la mente esté en constante rumiación sobre lo vivido. La mayoría de las veces estos síntomas están presentes unos días y semanas para ir disminuyendo hasta desaparecer. El organismo de manera inconsciente o la persona de manera consciente intenta utilizar todos los recursos que tiene a su alcance, pero en ocasiones los síntomas no sólo no desaparecen, sino que empeoran y se generalizan a otras áreas de las vidas de las personas. En ese caso es importante pedir ayuda y consultar con un especialista de salud mental.

Es importante que sea un profesional de la psicología o la psiquiatría especializados en trauma quien evalúe y diagnostique.

El profesional tendrá en cuenta los diferentes tipos de apegos construidos a partir de los vínculos en la infancia, si existe trauma de apego, y cómo se manifiestan en las relaciones actuales, para trabajar el trauma.

Por todo lo anterior, y debido a que muchas personas se enfrentan a traumas complejos, es muy importante que se trabaje con especialistas.



Hay una gran variedad de modelos terapéuticos de intervención psicológica para el tratamiento, algunos de mayor eficacia y evidencia científica que otros. La mayoría de ellos comparten los siguientes objetivos y estrategias:

1. Reducir el malestar emocional para afrontar de mejor manera el día a día.
2. Detectar los pensamientos, creencias, interpretaciones y rumiaciones en torno a lo sucedido, para modificarlos y sustituirlos por otros más adaptativos.
3. Sustituir las estrategias de afrontamiento ineficaces por otras que lleven al crecimiento y el avance hacia la recuperación.
4. Trabajo de las experiencias traumáticas (memorias emocionales, cognitivas y corporales) durante la sesión.
5. Promover que la persona reconecte con su entorno y salga de la evitación.

Al inicio de la intervención, es fundamental que el profesional dote de herramientas y recursos a la persona afectada para que pueda sobrellevar los síntomas que le produce el trauma y afrontarlos, de manera que la persona vaya pasando a un estado de menor activación fisiológica y/o mental, pero sin estar desconectada, y de más autocontrol (a través de la respiración abdominal, técnicas diversas de relajación, meditación, mindfulness, identificación de pensamientos y creencias irracionales, comunicación asertiva, identificación y manejo de emociones...). Finalmente, se llevará a cabo la intervención directa o indirectamente del trauma y de las situaciones relacionadas.

Las terapias que cuentan con mayor evidencia científica y están avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el abordaje del trauma son:

- ❖ La terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares)
- ❖ La Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT).

La duración de la terapia depende de la complejidad del trauma, desde pocas sesiones en trauma simple hasta meses o incluso años, cuando se trata de traumas complejos.

Por otro lado, existen multitud de terapias, abordajes y herramientas, con mayor o menor evidencia científica, que pueden ayudar a sanar un trauma.

❖ Terapias como psicoterapia breve, psicoterapia de tiempo limitado, terapia de interacción recíproca, brainspotting, terapia narrativa, TCC (terapia de exposición), terapia cognitiva de Beck, terapia de apego, psicología transaccional, terapia farmacológica, arteterapia, storytelling, terapia grupal, neurofeedback y terapias psicodélicas.

❖ Abordajes con enfoque psicobiológico como Somatic Experiencing, ARC (apego, regulación y competencias), CBP (Psicoterapia Basada en Componentes que considera los componentes relación, regulación, narrativas y partes), SMART (Tratamiento de Regulación de la Activación Sensorio Motora).

❖ Herramientas y técnicas como la hipnosis clínica, yoga, mindfulness, caja de arena, focusing, técnica de liberación emocional (EFT) o tapping, diálogo de voces o partes internas, gestión de la memoria emocional traumática con inteligencia VEC (vinculación emocional consciente).

9. ¿Cómo prevenir la aparición de un trauma?

No se puede controlar la aparición de un trauma, como tantas otras cosas que escapan de nuestro control, pero si se pueden mitigar sus efectos si se cuida diariamente la salud física, psicológica y comunitaria.

Es importante sentirse bien con uno mismo, nuestra vida y tener apoyos sociales. Todo ello aumenta las posibilidades de que un evento potencialmente traumático no llegue a serlo o que sus efectos sean menos perjudiciales para la salud y se supere antes.

Algunas conductas saludables como cuidar el descanso y sueño, relajarnos, hacer ejercicio físico habitualmente, cuidar lo que comemos, fomentar las relaciones sociales, hacer cosas que nos gusten y nos hagan sentir bien, rodearse de personas sanas, alejarse de las personas y situaciones que nos hacen daño, poner límites, practicar la comunicación asertiva, expresar nuestras emociones verbal o artísticamente, relacionarnos y apoyarnos en los demás, etc.

Todo ello puede ayudarnos a sentirnos mejor y a gestionar los sucesos traumáticos.

Una práctica especialmente importante y crucial para la vida es el latido cardíaco y la respiración. La respiración es involuntaria pero tenemos control sobre ella y es lo primero que podemos cambiar para relajar y reequilibrar nuestro corazón y sistema nervioso y su funcionamiento. De ahí la importancia de realizar una respiración consciente y abdominal que ayuda a relajar el corazón, y facilitar así el funcionamiento del cerebro.



Entre las cosas que ayudan a que no se desarrolle un trauma o un TEPT después de experimentar un evento traumático se encuentran:

- 1) Hablar sobre el evento con otras personas, hayan sido testigos o no del mismo hecho traumático, compartiendo lo ocurrido, a fin de procesar lo vivido.
- 2) Conectar con redes de apoyo social de modo que la persona se sienta comprendida, apoyada y acompañada.
- 3) Fortalecer la esperanza, tener una actitud positiva hacia la vida. Cómo los sintamos no dependen tanto del hecho que sufrimos sino de cómo los interpretamos.
- 4) Hacer cosas que refuerzan nuestra propia confianza y en los demás. Es importante que nos conozcamos, que nos hayamos analizado, que sepamos qué nos gusta, qué nos tranquiliza, qué nos entretiene, qué nos hace felices y dedicarle tiempo a esto.
- 5) Apoyarse en creencias religiosas y/o espirituales.
- 6) Afrontamiento directo de los síntomas y de la situación traumática con profesionales.

10. Recursos

Policía Nacional. Teléfono de emergencias. Dependencias Policiales de C-LM	925 288500/ 091
Guardia Civil zona C-LM	925 225900/062
Línea nacional para ayuda a personas con ideaciones o riesgo suicida, familiares y allegados. Gratuito, confidencial y disponible las 24 horas los 365 días del años por profesionales	024
SAMUR. Atención de emergencias a situaciones de riesgo inminente o tentativas de suicidio	112
Teléfono de la Esperanza España. Apoyo a las personas que se encuentran en crisis y prevenir el suicidio.	717 003 717
Atención y asesoramiento gratuito, confidencial las 24 horas sobre violencia contra las mujeres	016

<p>APRAMP teléfono 24 horas para víctimas de trata y prostitución</p>	<p>609589479</p>
<p>Programa <i>Tú cuentas</i> de la D.G. de Infancia y Familia de C-LM destinado a menores y jóvenes que puedan sufrir acoso o ciberacoso, 24 horas.</p>	<p>116111</p>
<p>Instituto de la Mujer de C-LM. Atención específica especializada a mujeres víctimas de violencia de género durante las 24 h los 365 días del año.</p> <p>Programa Contigo. Programa de prevención e intervención en situaciones de agresiones y abusos sexuales en C-LM (derivación a través de los Centros de la Mujer).</p> <p>Instituto de la Mujer en Albacete Instituto de la Mujer en Ciudad Real Instituto de la Mujer en Cuenca Intituto de la Mujer en Guadalajara Instituto de la Mujer en Toledo</p>	<p>900 100 114</p> <p>967 557219 926 277288 969 178795 949 888705 925 267956</p>

Oficinas de Atención a las Víctimas de Delitos (OAVD). Dependientes del Ministerio de Justicia. Ofrecen servicio público y gratuito de ayuda y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.

OAVD Albacete
OAVD Ciudad Real
OAVD Cuenca
OAVD Guadalajara
OAVD Toledo

967 596642/967596705
926 278850/926278849
969 247071/969 247240
949 209970/949 209918
925 396022/ 925 396023

10. Bibliografía

- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de Terapia de Interacción Recíproca. Hipnosis clínica en psicoterapia. Síntesis.*
- Amutio Kareaga, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre relajación. Desclée De Brouwer*
- Beyebach, M. , García F., *Superar experiencias traumáticas: Una propuesta de intervención desde la Terapia Sistémica Breve. Herder: Barcelona*
- Carter, Rita. Traductor Rubiés I Guardiola, Pere (2001). *El nuevo mapa del cerebro.*
- Editorial RBA integral. España
- Castro Carboni, N., Campos Villalobos, G., y López Castillo, C. (2003). *Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. Medicina Legal de Costa Rica, 20(2), 5-14.*
- Davis, M., Mackay, M. & Robbins Eshelman, E. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca: Barcelona.*
- Del Castillo, H. Bedoya, A. y Caballero, M. (2021). *El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica. Revista Psicología Arequipa. Universidad Católica San Pablo) 2021. 11 (2) 121-143. <https://doi.org/10.36901/psicologia.v11i2.1401>*
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Ediciones Pirámide: Madrid.*
- García, F. y Beyebach, M (2022). *Superar experiencias traumáticas: Una propuesta de intervención desde la Terapia Sistémica Breve. Herder: Barcelona*
- Geuze E., Vermetten E., De Kloet CS. & Westenberg HG.(2008). *Precuneal activity during encoding in veterans with posttraumatic stress disorder. Prog Brain Res. 167:293-7.*
- Giotakos O.(2020 Apr-Jun). *Neurobiology of emotional trauma. Psychiatriki. 31(2):162-171*
- González, A.B y Mosquera, D (2015). *EMDR y Disociación. El abordaje progresivo. Ed: Pléyades: Madrid. (ya no he puesto la explicación de lo que es disociación estructural según ellas, así que se podría quitar esta bibliografía).*
- Herring RJ. (2017 Aug). *Trauma, PTSD, and the Developing Brain. Curr Psychiatry Rep. 19;19(10).*
- Aguado, R. (2022). *Vivencia, experiencia y recuerdo. Diálogos con tu pasado. Gestión de la memoria emocional traumática con inteligencia VEC (vinculación emocional consciente). Ediciones Pirámide: Madrid.*

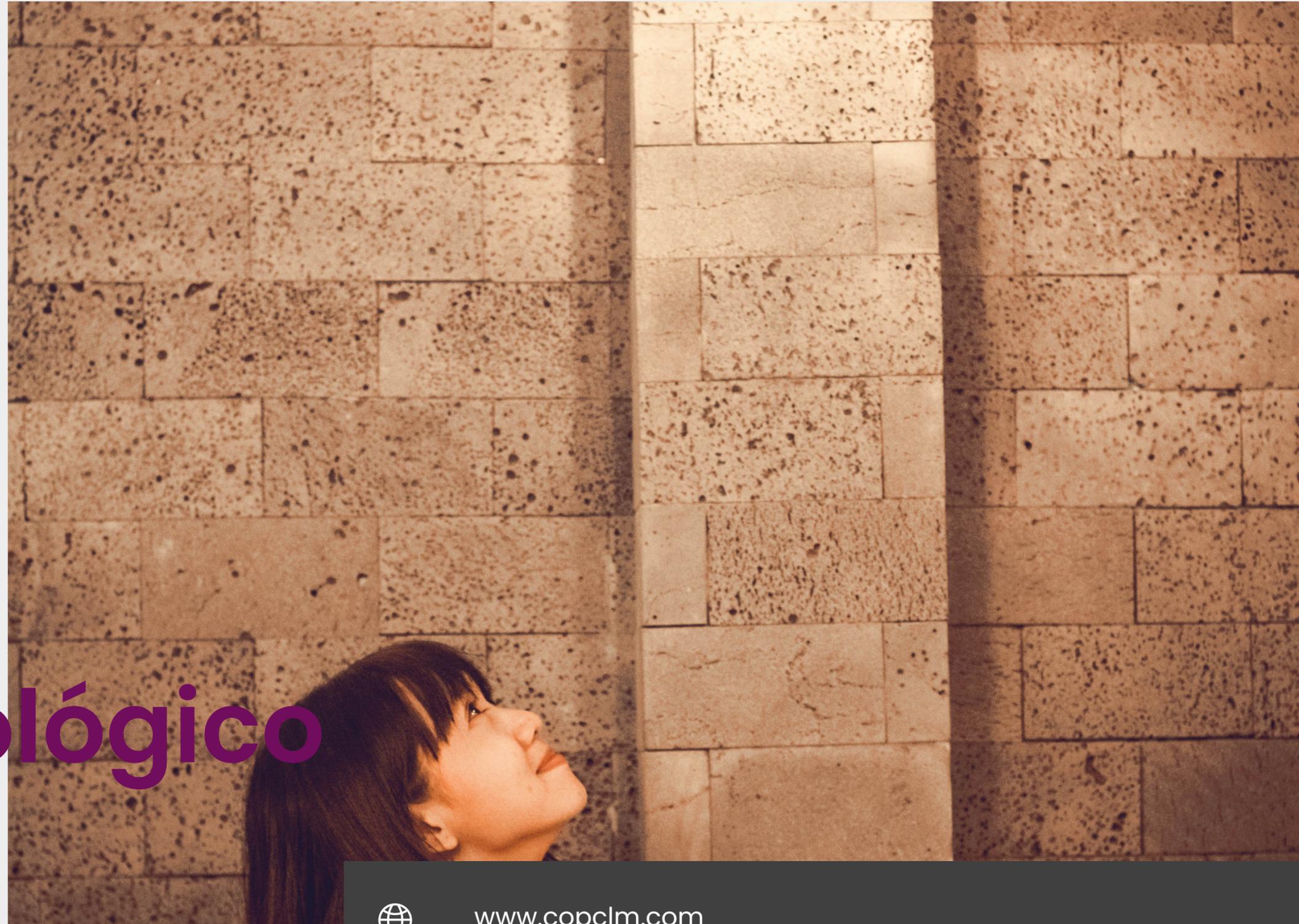
- Lanius, R. A. y Kearney, B.E. (2022) *A brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders* (artículo en revisión)
- Levine, P. y Klein, M. (2016) traducción al castellano de Maria José Coutiño Bosch . *El trauma visto por los niños: despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Eleptheira: (si se quita el primer párrafo, quitar también esta referencia)
- Maia, L. A. C. R. (2010). *Bases neurobiológicas del estrés post-traumático*. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 26(1), 1-10.
- Salvador, M. (2006). *Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia*. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44- 57.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Curación Emocional. Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis*. Kairós: Barcelona.
- Van Der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria: Barcelona.
- Womersley JS, Xulu KR, Sommer J, Hinsberger M, Kidd M, Elbert T, Weierstall R, Kaminer D., Malan-Müller S., Seedat S. y Hemmings S. (2022 Jan). *Associations between telomere length and symptoms of posttraumatic stress disorder and appetitive aggression in trauma-exposed men*. *Neurosci Lett*. 19;769
- Woo JMP., Parks CG., Hyde EE., Auer PL., Simanek AM., Konkel RH., Taylor J, Sandler DP, Meier HCS. (2022). *Early life trauma and adult leucocyte telomere length*. *Psychoneuroendocrinology*.
- *I Jornadas Internacionales de Traumaterapia*. Gran Canaria, 10, 11 y 12 de diciembre de 2021.
- *II Congreso Internacional de Trauma. Taller sobre Trauma, Resiliencia y Plenitud. Desarrollando resiliencia al trauma de desarrollo 17-22 octubre 2022*. 2ª Cumbre Hispano Americana. Asociación Española del Trauma Psicológico.



COLEGIO OFICIAL
DE PSICOLOGIA
de Castilla-La Mancha

Guía

Trauma psicológico



www.copclm.com



copclm@copclm.com