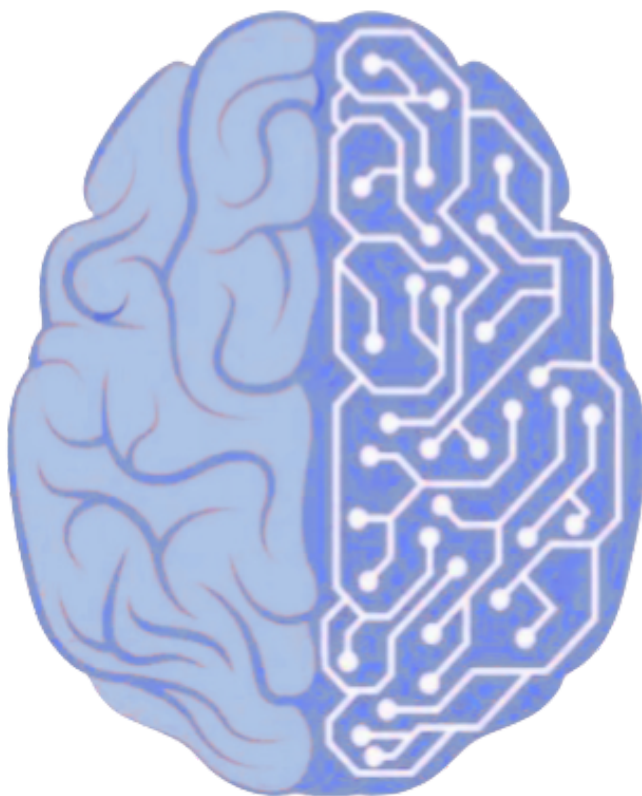


SITUACIÓN ACTUAL Y MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL TRAUMA INFANTIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID



Olivia Marcillac López

Proyecto de investigación 2020-2021

Tutora: Pilar Sánchez Trejo

IES Arquitecto Ventura Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

Gracias al centro IES Arquitecto Ventura Rodríguez por brindarme la oportunidad de realizar este proyecto de investigación sobre un tema por el que siento tanta pasión y del que se conoce tan poco. Gracias también a mi tutora Pilar Sánchez Trejo por guiarme durante todo el proceso, compartiendo su tiempo, conocimiento y asesoramiento para ayudarme en todo lo posible.

Gracias a los psicólogos y psiquiatras que participaron y aportaron su experiencia, sin ellos no habría sido posible llevar a cabo este estudio. Alberto de Miguel García, Alejandra Ramírez de Arellano, Ana Clara Rodrigo Torres, Ana María Fuentes Alcañiz, Begoña Serna, Carmen de la Torre, Celia Garrido Vallejo, Cristina Baeza Muñoz, Dagfinn Méndez-Leite, Eduardo A. Reguera Nieto, Elisa Carolina Garrido Carrión, Enrique Normand, Hilario Blasco Fontecilla, Ignacio Avellanosa Caro, Isabel Echevarría López, José Juan Nogales, Julia Sancho Hidalgo, Julia Torres Gómez, Lucía Martín Dueñas, María Jesús Andrés Pérez, María José Ortega Cabrera, María Padilla Díaz, Mercedes Muñoz García, Natalia Valverde Mendizábal, Núria Codony Junyent, Paula Stoica, Rosa Dominguez Rodriguez, Xerach Gil y todos aquellos que prefirieron permanecer anónimos, pero cuya contribución fue tan necesaria y apreciada como el resto.

Gracias a María Inés López-Ibor, renombrada psiquiatra y referente en su campo, por su atención y consejo en las primeras fases del proyecto.

Gracias a mi familia, en especial a mi padre, por su paciencia y apoyo.

Gracias a mis compañeros de clase. No hay nadie con quien me hubiese gustado más compartir esta experiencia. Ha sido un proceso y un año duro, pero estoy orgullosa de mi trabajo y el de todos vosotros.

Gracias a mí misma por no rendirme y dedicarle tantas horas a este estudio. Espero que mi pasión y dedicación se muestren a través de estas páginas.

Este proyecto no habría sido posible sin la ayuda de todas estas personas. **Gracias.**

ABSTRACT

From Charcot and Freud during the 19th century to modern medicine throughout the 20th and 21st, trauma has been at the forefront of psychology and psychiatry investigations. A lot is still unknown, and both detection and treatment of trauma are being worked on at the moment. The purpose of this paper is to study the current situation and possible improvement of the treatment for childhood trauma in the Community of Madrid. There were 3 main hypotheses: in the last few years there has been an increase in childhood trauma cases; early detection is crucial to limit the extent of the trauma and improve its treatment; the most effective treatment for childhood trauma is a combination of therapy and medication.

The verification of these hypotheses was done through a “Typeform” questionnaire answered by 100 psychologists and psychiatrists in the Community of Madrid. It was structured in 3 sections: tendencies, detection and treatment, each focusing on a different aspect and answering one hypothesis, as well as other questions to help give an overview of the whole situation. The data obtained through their answers was organized in tables and graphs to be analyzed, and for the treatment section a matrix was developed to show the efficacy of therapy and medication depending on the cause of the trauma.

All 3 hypotheses were corroborated by the mental health professionals, who reached a general consensus. In the more thorough analysis of the treatment section and creation of the matrix, it was found that trauma causes in the same groups (abuse, family sphere, child’s health and victim of external events) were usually in the same quadrant or near each other, meaning a similar treatment could be applied to them. This wasn’t always the case in the matrix showing psychiatrists’ answers, as the data dispersion was larger and the results were more varied. Furthermore, an interesting finding was that the average efficacy of medication in psychiatrists was lower than in psychologists, disproving the common assumption that psychiatrists rely on medication and can even be against therapy.

This was a qualitative study based on experts’ opinion, and thus the results are not representative of every professional, or every case. Trauma is subjective, and so is its treatment. It does give, however, a general overview of the current situation of childhood trauma cases and their treatment in the Community of Madrid, and could be extended to a national level. It would also be interesting to delve into different types of therapy, medication, and combinations of the two, both on a theoretical level and in real clinical cases.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	<u>4</u>
2. MARCO TEÓRICO	<u>6</u>
2.1 ¿QUÉ ES EL TRAUMA? TIPOS DE TRAUMA INFANTIL	<u>6</u>
2.2 BIOLOGÍA: PROCESAMIENTO DEL TRAUMA EN EL CEREBRO	<u>7</u>
2.3 EFECTOS DEL TRAUMA INFANTIL	<u>8</u>
2.3.1 TRASTORNOS LIGADOS AL TRAUMA INFANTIL	<u>8</u>
2.3.2 EFECTOS A LARGO PLAZO DEL TRAUMA INFANTIL	<u>9</u>
2.4 TRATAMIENTOS DEL TRAUMA INFANTIL	<u>10</u>
3. MARCO PRÁCTICO: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA INFANTIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID	<u>12</u>
3.1 HIPÓTESIS DE PARTIDA	<u>12</u>
3.2. ENCUESTA A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL	<u>12</u>
3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	<u>14</u>
3.3.1. TENDENCIAS	<u>14</u>
3.3.2. DETECCIÓN	<u>15</u>
3.3.3. TRATAMIENTO	<u>18</u>
4. CONCLUSIONES	<u>21</u>
4.1. VALORACIÓN DE RESULTADOS	<u>21</u>
4.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	<u>23</u>
5. REFERENCIAS CONSULTADAS	<u>24</u>

1. INTRODUCCIÓN

El trauma lleva siendo estudiado desde los principios de la psicología, atribuyendo los primeros estudios a Jean Martin Charcot (Francia, 1825-1893), que trabajaba con mujeres “histéricas” en el hospital La Pitié-Salpêtrière. Él fue el primero en concluir que sus síntomas no eran histeria ni locura, como se pensaba entonces, sino una respuesta a eventos traumáticos. Le siguieron otros psicólogos, como su alumno Pierre Janet (Francia, 1859-1947), que continuó estudiando fenómenos disociativos y recuerdos traumáticos. Janet investigó la influencia de las experiencias traumáticas sobre el desarrollo de la personalidad y el comportamiento. Siguieron esta línea de investigación los renombrados Sigmund Freud (Austria, 1856-1939) y Josef Breuer (Austria, 1842-1925), que estudiaron también la histeria de las mujeres y la trataron con hipnosis. Más adelante, debido a los estragos mentales causados por la Primera Guerra Mundial, se empezaron a estudiar más las causas y sus posibles tratamientos, aunque siempre con el objetivo de hacer que los soldados volviesen al campo de batalla, no con la intención de asegurar su bienestar mental. Desde entonces, se ha seguido estudiando el trauma, mejorando su diagnóstico y tratamiento.

Yo descubrí el tema por casualidad en un vídeo de Youtube sobre el Trastorno de Identidad Disociativo y me pareció fascinante cómo nuestro cerebro puede crear otras identidades o alters como mecanismo de defensa para sobrevivir a situaciones límite. A partir de ahí seguí investigando el trauma infantil y otros trastornos en los que podía desembocar y tuve claro que quería basar mi proyecto en ello. Debido a la naturaleza del tema tuve que buscar un enfoque que me permitiese llevar a cabo una parte práctica, teniendo en cuenta que era imposible, por cuestiones de confidencialidad y leyes de protección de datos, estar con pacientes ni conocer casos concretos. Por ello, decidí hacer un estudio general sobre la detección y tratamiento del trauma infantil en la Comunidad de Madrid.

Este proyecto pretende ayudar con la concienciación y difusión de este tema tan complejo e incomprendido, a la vez que estudia la situación actual de la detección y tratamiento del trauma infantil en la Comunidad de Madrid. Como la psicología está a caballo entre las ciencias humanas y naturales, hace uso tanto de aspectos del método científico como del hermenéutico. Por lo tanto, esta investigación seguirá métodos sociopsicológicos, con la parte científica en las observaciones y experiencia clínica de los profesionales, y hermenéuticos, en el análisis y la interpretación de estos datos.

El proyecto contiene un marco teórico, donde se define el trauma y se clasifica en sus tipos, se explica la base biológica y procesos cerebrales que intervienen, se detallan los efectos a corto y largo plazo, como trastornos y otros efectos físicos, genéticos y somáticos, y los distintos tipos de tratamiento. En la parte práctica, el estudio, llevado a cabo a través de una encuesta utilizando la plataforma “Typeform” y respondida por 100 profesionales de la salud mental, se divide en 3 partes: Tendencias, Detección y Tratamiento. Todas buscan construir un panorama general sobre la situación actual y futura del trauma en la Comunidad de Madrid. Las hipótesis que se quieren comprobar son las siguientes:

Hipótesis 1- Tendencias: En los últimos años se ha producido un aumento en los casos de trauma infantil.

Hipótesis 2- Detección: La detección temprana es fundamental para limitar el alcance del trauma y mejorar su tratamiento.

Hipótesis 3- Tratamiento: El tratamiento más eficaz para el trauma infantil es una combinación de terapia y medicación (fármacos).

Utilizando los datos obtenidos de todas las preguntas se comprobarán las hipótesis, se extraerán conclusiones y se creará una matriz, comparando el nivel de eficacia de la medicación y la terapia, según la causa del trauma.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ¿QUÉ ES EL TRAUMA? TIPOS DE TRAUMA INFANTIL

A nivel psicológico, el trauma está definido en la RAE como “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente.” Es una “herida psicológica” causada por una situación extraordinaria, cuando sufrimos miedo, que somos incapaces de gestionar.

Al igual que los tejidos fisiológicos pueden soportar una fuerza máxima, el tejido mental puede soportar una cierta cantidad de impacto emocional sin dañarse irreparablemente. Sobrepasar ese umbral puede causar daños duraderos en esos tejidos y en la estructura mental del individuo.

Lo que desemboca en un trauma o no depende de este individuo. Cada persona procesa los eventos y sentimientos de una manera y dos personas que sufren el mismo evento pueden reaccionar de manera totalmente diferente. Un evento negativo y altamente estresante crea un trauma psicológico cuando se sobrepasa la capacidad del individuo para hacerle frente. En ese caso, la persona se vuelve prisionera de las emociones negativas y pierde la capacidad de enfrentarse al suceso negativo.

La infancia es la etapa más intensa y vulnerable de nuestra vida, donde se desarrollan nuestra personalidad e identidad, por lo que sufrir un evento traumático durante este periodo puede tener un enorme peso a lo largo de nuestra vida. La NCTSN, The National Child Traumatic Stress Network, lista una serie de causas del trauma infantil. Las más conocidas son el abuso físico, psicológico o sexual, pero también el acoso escolar, la pérdida de un pariente o ser testigo de violencia doméstica puede ser traumático. Además añade situaciones de guerra, terrorismo o violencia comunitaria, junto con desastres naturales, la pandemia o trauma médico a la lista de posibles causas. Por último, el abandono, la negligencia física y emocional o ser parte de una familia desestructurada o militar, también puede tener los mismos efectos. Todas estas causas se encuentran recogidas y esquematizadas en el *Esquema I*.

En general, cualquier evento que afecte profundamente al niño y comprometa su integridad física o mental puede considerarse trauma infantil. Los niños son muy resilientes y, por tanto, pueden sobrevivir a situaciones críticas. Dependiendo de la magnitud de esta situación crítica, del niño y de su circunstancia concreta, estas experiencias pueden causar un trauma, que puede ser o no superado. Si no es procesado correctamente, este trauma puede desembocar en un trastorno o

dejar otras consecuencias a largo plazo. Si es más leve también puede quedarse como una EAI (experiencia adversa de la infancia) como puede ser un divorcio o encarcelamiento de los padres, y que el niño lo supere.

2.2 BIOLOGÍA: PROCESAMIENTO DEL TRAUMA EN EL CEREBRO

Las dos estructuras más importantes en el procesamiento de las experiencias y la memoria son el **hipocampo** y la **amígdala**. El hipocampo es necesario para la memoria explícita, aquella que es intencional e integra los datos sensoriales para que sean coherentes, se les asigne una fecha y pasen a la memoria episódica, a la que se puede acceder más adelante. La amígdala, que es parte del sistema límbico, trabaja con la memoria implícita, recuerdos sensoriales que se quedan en el inconsciente, pero afectan a nuestro comportamiento y experiencias futuras.

Cuando se vive un hecho (no traumático) toda esta información se almacena de manera integrada, pudiendo recordar los hechos y asociarlos con las emociones y sensaciones corporales que sentimos y tener un recuerdo nítido. En un evento traumático se produce una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo, SNA, lo que lleva a una gran segregación de cortisol y adrenalina. Cuando esto ocurre el hipocampo supercodifica estos primeros momentos del evento, ya que se fortalecen las vías de la memoria y se crean lo que se conocen como "memorias flash". Si el miedo continúa, estas hormonas acaban inundando al hipocampo, inhibiendo su función y llevando a una codificación mínima. Así se pasa de la memoria "flash" a la fragmentada. El estrés y el miedo también aumentan la actividad de la amígdala, lo que refuerza e intensifica los recuerdos traumáticos y a la vez deteriora la función del hipocampo. Esto hace que los recuerdos se queden fragmentados, es decir, que no se puedan integrar la memoria explícita e implícita, por lo que no se procesa la experiencia o se queda "olvidada", aunque seguirá estando en el subconsciente.

Generalmente, la mente codifica los detalles necesarios para la supervivencia, mientras que olvida los detalles insignificantes. Una vez encendido el circuito de defensa, el cerebro se centra en recordar las sensaciones corporales y emocionales más que la secuencia de eventos o detalles contextuales. La naturaleza de la memoria traumática es ser fragmentada y estar asociada con una excitación intensa. Además, se prepara y se activa fácilmente y está mal contextualizada en la memoria.

2.3 EFECTOS DEL TRAUMA INFANTIL

2.3.1 TRASTORNOS LIGADOS AL TRAUMA INFANTIL

El trauma, en especial el trauma infantil, puede tener graves consecuencias en el individuo, tanto a corto como a largo plazo. La consecuencia más evidente y con mayor efecto en la vida diaria es el desarrollo de un trastorno mental. El tipo de trastorno y su gravedad depende del individuo, su historial familiar y médico, la magnitud y duración del trauma, la edad a la que ocurrió, e incluso de factores como su etnicidad y sexo. Estos trastornos están recogidos en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), cuya quinta edición fue publicada en 2013 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Los más comunes son la [ansiedad](#) y la [depresión](#). Estos, aunque no son causados únicamente por el trauma, pueden tener efectos duraderos y dificultar el día a día del individuo, tanto en la infancia, durante o después del trauma, como en la vida adulta.

Directamente causados por el [trauma](#) se encuentran el TEPT (trastorno de estrés postraumático) y su derivado, que es más breve, el ASD (trastorno de estrés agudo). Ambos incluyen reviviscencias, pesadillas y angustia grave, hipervigilancia y problemas de ira, entre otros síntomas. Más inusuales y presentes solo en la niñez son el RAD (trastorno reactivo de vinculación o apego) y su contrario, el TRSD (trastorno de relación social desinhibida). El RAD impide que el niño cree vínculos o relaciones y limita sus respuestas emocionales; en el TRSD el niño se muestra demasiado entusiasta en confiar en adultos desconocidos y formar vínculos con ellos.

Por último, se encuentran los [trastornos disociativos](#). Los tres principales son la amnesia disociativa, el TID (trastorno de identidad disociativo) y el trastorno de despersonalización-desrealización. Los tres incluyen mecanismos para distanciarse o desconectarse del trauma vivido como última opción para asegurar la supervivencia del individuo. La amnesia disociativa es una pérdida de memoria, no puedes recordar información sobre ti ni sobre acontecimientos y personas de tu vida, en especial los relacionados con un momento traumático. El TID, antes conocido como «trastorno de personalidad múltiple», crea diferentes identidades o estados de conciencia, denominados alter egos y cada uno con una función concreta, todos necesarios para la supervivencia del niño. Estas “personalidades” son individuos enteros como cualquiera de nosotros, con una historia, identidad y emociones tan reales y válidas como las nuestras. Debido

a desencadenantes concretos, los alter egos toman control del cuerpo para llevar la vida diaria de la persona o lidiar con una situación amenazadora o peligrosa. Se erigen barreras de amnesia, de modo que cuando un alter ego está en la conciencia, sus sensaciones, experiencias y recuerdos son solo suyos, el resto de alter egos sufren amnesia y lo viven como un salto en el tiempo. El trastorno de despersonalización-desrealización implica una sensación continua o episódica de desconexión o de estar fuera de ti mismo, que el tiempo transcurra más lenta o más rápidamente y que el mundo parezca irreal.

2.3.2 EFECTOS A LARGO PLAZO DEL TRAUMA INFANTIL

Además de los trastornos que puede desencadenar y su efecto en la formación de la personalidad, el trauma infantil conlleva innumerables secuelas, tanto físicas como psicológicas, que se siguen investigando hoy en día.

El trauma infantil puede dejar **marcas epigenéticas** en los genes de un niño, que modifican químicamente la expresión génica silenciando o activando genes. Esto puede alterar los procesos biológicos fundamentales y afectar negativamente su salud a lo largo de su vida. Un estudio estadounidense llevado a cabo en 2013 descubrió que la neuropatología era diferente en personas con TEPT causado por trauma infantil a aquellas cuya causa era un trauma después de la infancia.

No solo cambia la genética sino también la **estructura cerebral**. Un trauma temprano aumenta la muerte tanto de neuronas como de células gliales en las cortezas cerebrales y cerebelosas. Los estudios de imagenología pediátrica demostraron que los volúmenes tanto del cerebro como del cerebelo son menores en los jóvenes maltratados y abandonados en comparación con los jóvenes no maltratados. En un estudio de investigación, los sujetos maltratados con TEPT tenían volúmenes intracraneales un 7% más pequeños y volúmenes cerebrales un 8% más pequeños que los niños no maltratados. Algunos de sus efectos son:

- Disminución del tamaño del cuerpo calloso, cuya función principal es integrar el funcionamiento cortical (desempeño motor, sensorial y cognitivo) entre los hemisferios.
- Disminución del tamaño del hipocampo, que es importante para el aprendizaje y la memoria.
- Disfunción a diferentes niveles del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA-hipotálamo, glándula pituitaria y glándula adrenal), que controla las reacciones al estrés y

regula varios procesos del organismo como la digestión, el sistema inmune, las emociones, la conducta sexual y el metabolismo energético.

- Menor volumen de la corteza prefrontal, que afecta al comportamiento, equilibrando las emociones y la percepción.
- Hiperactividad en la amígdala, que es responsable de procesar las emociones y determinar las reacciones ante situaciones potencialmente estresantes o peligrosas.
- Tamaño reducido del cerebelo, que puede afectar las habilidades motoras y la coordinación.

Partes del encéfalo en *Figura 1- Anexo I*.

Además de estos cambios físicos y genéticos, sufrir trauma infantil también afecta al **nivel de vida y situaciones futuras** del niño. Estar expuesto a EAIs o trauma infantil aumenta el riesgo posterior de embarazo adolescente, infección de ETS (enfermedad de transmisión sexual), alcoholismo, tabaquismo, abuso de drogas, bajo rendimiento académico y paro. Incluso, un estudio publicado en 2016 en *Psychiatric Times* señaló que la prevalencia de intentos de suicidio fue significativamente mayor en adultos que habían experimentado trauma infantil.

El trauma infantil puede incluso llegar a causar **enfermedades somáticas**, como asma, diabetes, enfermedades cardiacas e infartos, y enfermedades hepáticas, entre otras.

Todos los trastornos y otros efectos a largo plazo se encuentran recogidos y esquematizados en los *Esquemas II y III- Anexo I*.

2.4 TRATAMIENTOS DEL TRAUMA INFANTIL

El trauma infantil no es fácil de tratar debido a su complejidad y sus muchas manifestaciones. Dependiendo del niño, el momento del tratamiento y sus síntomas o trastorno se utilizarán diferentes tratamientos, tanto de psicoterapia como el uso de fármacos en algunos casos. Aun así, hay algunas técnicas recurrentes.

Una de las técnicas más eficaces es la **EMDR** (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares), a través de la cual se reprocesan los recuerdos traumáticos reduciendo el malestar que causan con la ayuda de movimientos oculares, sonidos o contacto. Así, esa vivencia se integra como una más, de tal forma que pueda ser valorada de forma racional y no cause una respuesta emocional que incapacite a la persona.

También se utilizan diferentes [psicoterapias](#). Algunas son: la TCC (terapia cognitivo-conductual), que consiste en tomar conciencia de nuestros pensamientos o emociones negativas y cambiar la forma de reaccionar y actuar ante ellos; la Gestalt, que busca el equilibrio y control emocional a través del autoconocimiento; la sistémica, cuyo objetivo es comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones, tanto con otras personas como con uno mismo; en último lugar, el psicoanálisis, que trabaja con el inconsciente para identificar y resolver problemas que afectan al consciente. Cada corriente o escuela pretende integrar los pensamientos, emociones y conducta del individuo para el procesamiento y la superación del trauma vivido a través de diferentes técnicas.

Otra técnica, normalmente utilizada junto con la psicoterapia, es la [hipnosis](#). Hay un mayor escepticismo sobre la eficacia de la hipnosis debido a que no funciona igual en todos los pacientes ni con todos los traumas. Esta puede acelerar el proceso terapéutico, abordando síntomas como la ansiedad o disociación.

La [terapia sensorio-motriz](#) propone una intervención inversa a las psicoterapias, trabajando los síntomas físicos para resolver las emociones. A través del tratamiento de la huella somática que deja el trauma se identifican y cambian patrones físicos y somáticos. Una vez tratados los síntomas físicos se puede acceder a un nivel superior, el cognitivo, tratando el procesamiento de los sucesos y las emociones que estas provocan.

Por otra parte, está el tratamiento con [fármacos](#). Estos no ayudan a procesar y superar el trauma, pero tratan los síntomas para que el individuo pueda llevar una vida “normal” y no se sienta incapacitado. Dependiendo de los síntomas o el trastorno el tratamiento cambia, aunque lo más común es la prescripción de antidepresivos, ansiolíticos y somníferos. En algunos casos, se pueden recetar antipsicóticos o estabilizadores de humor, aunque no es muy frecuente.

Al ser el trauma algo tan subjetivo y personal, depende del psiquiatra encontrar el tratamiento más eficaz para cada individuo, buscando siempre el procesamiento completo y la superación de sus experiencias, no solo aliviar sus síntomas.

3. MARCO PRÁCTICO: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA INFANTIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

3.1 HIPÓTESIS DE PARTIDA

Este proyecto es un estudio cualitativo y está fundamentado en opiniones de expertos, que son subjetivas, aunque estén basadas en amplios conocimientos y experiencia. Quise partir de varias hipótesis y comprobarlas a través de la encuesta. Establecí una hipótesis por cada sección: tendencias, detección y tratamiento.

Hipótesis 1- Tendencias: En los últimos años se ha producido un aumento en los casos de trauma infantil.

Hipótesis 2- Detección: La detección temprana es fundamental para limitar el alcance del trauma y mejorar su tratamiento.

Hipótesis 3- Tratamiento: El tratamiento más eficaz para el trauma infantil es una combinación de terapia y medicación (fármacos).

La primera se ha verificado con respuestas Sí/No y a aquellos que contestaban que sí se les preguntaba de qué tipo de trauma, dentro de los 4 grandes bloques: abusos, trauma originado en la esfera familiar, como consecuencia de acontecimientos externos o de salud infantil.

Las otras dos hipótesis se han corroborado según el grado de acuerdo, siendo las posibles respuestas completamente de acuerdo, más o menos de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

3.2. ENCUESTA A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

El estudio, un análisis de la situación actual de la detección y el tratamiento del trauma infantil en la Comunidad de Madrid, se divide en tres partes: la tendencia en los últimos años, la detección del trauma infantil y el tratamiento de este.

Este estudio se basa en un consenso de expertos, por medio de un formulario enviado a psicólogos y psiquiatras de la Comunidad de Madrid. La base de datos se ha realizado utilizando correos electrónicos encontrados online a través de diferentes fuentes. El formulario fue recibido por 277 profesionales, de los cuales 182 comenzaron el formulario y 100 lo terminaron. Esto hace que la tasa de apertura del formulario sea del 65,7% y la tasa de respuesta del 36.1%. De las 100 respuestas se tienen en cuenta 99 para el análisis. Han participado 86 psicólogos y 13 psiquiatras.

De estas respuestas se han extraído datos numéricos, gráficas y conclusiones utilizando el software Google Sheets y el propio Typeform, plataforma utilizada para hacer la encuesta. Mezcla preguntas sí/no, selección múltiple, ordenación de opciones, escalas numéricas y texto libre, para obtener la información más precisa en cada caso, además de conseguir una visión general de la opinión de cada experto. El formulario consta de varias preguntas introductorias que permiten valorar el grado de participación y la especialización de cada profesional, para así poder separar las respuestas entre psicólogos y psiquiatras. A esta introducción le siguen 5 preguntas sobre las tendencias en los últimos años, con la opción de elaborar una justificación de su respuesta en aquellas que lo necesitan. Después hay 12 preguntas sobre la detección del trauma infantil en diferentes ámbitos y su posible mejora. Por último, en la sección de tratamiento, se valoran en escalas del 0-10 la eficacia de terapia y medicación para tratar el trauma infantil según su causa, detalladas todas en la tabla de causas incluida en el anexo. Estos datos son utilizados para crear una matriz contrastando el uso de terapia y medicación como tratamientos.

La encuesta entera se puede encontrar escaneando este código:



O pulsando [AQUÍ](#)

3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

A través de las preguntas se han obtenido una gran variedad de datos, que se han organizado y estudiado a través de tablas pivotadas, gráficas y cálculos matemáticos como la media, varianza y desviación típica. A continuación se presenta un desglose de los resultados pregunta a pregunta. Las gráficas o tablas correspondientes a cada pregunta se encuentran en el *Anexo II*.

3.3.1. TENDENCIAS

1. Hipótesis 1. ¿Cree que ha habido un incremento real en los casos de trauma infantil en los últimos años?

A esta pregunta respondieron 40 profesionales que no (34 psicólogos y 6 psiquiatras) y 59 que sí (52 psicólogos y 7 psiquiatras). A los que respondieron en afirmativo se les preguntó el tipo de trauma (según la causa) que más había aumentado, siendo los resultados los siguientes:

¿Cree que ha habido un incremento real en los casos de trauma infantil en los últimos años?				
	¿De qué tipo?	Psicólogo/a	Psiquiatra	Total
No		34	6	40
No Total		34	6	40
Sí	Más abusos (físico, sexual, psicológico, acoso escolar)	25	1	26
	Más casos como consecuencia de acontecimientos externos (guerra, terrorismo, desastres naturales, etc)	2	1	3
	Más casos de salud infantil (accidentes o enfermedad grave, etc)		1	1
	Más trauma originado en la esfera familiar (ser testigo de violencia doméstica, pérdida de un pariente, negligencia, etc)	25	4	29
Sí Total		52	7	59
Total		86	13	99

2. ¿Hay más visibilidad sobre los casos? Si es que sí, ¿por qué?

A esta pregunta respondieron 89 profesionales que sí y 10 que no, lo que indica una clara mayoría de síes. Entre las causas indicadas por los que dijeron que sí se sitúa en primer lugar la “mayor difusión por las redes sociales” (55 respuestas) seguida de que haya un “menor estigma social” (51 respuestas) y la “realización de más estudios” en tercer lugar (39

respuestas). Entre aquellos que eligieron la opción “otros” predomina el aumento en la sensibilidad y concienciación en la sociedad. (*Figura 1- Anexo II*)

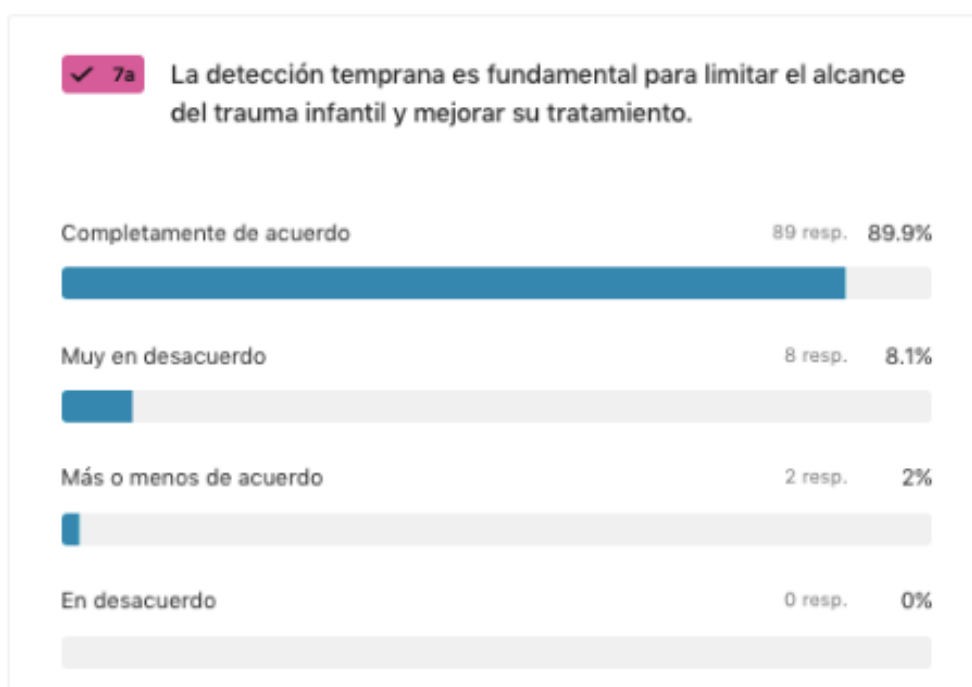
3. **¿Cree que los casos de trauma infantil van a aumentar o disminuir en los próximos 5 años? ¿Por qué?**

Esta cuestión presentaba 3 opciones: aumentar, disminuir o mantenerse. Una minoría (13 psicólogos y 1 psiquiatra) opinaba que iban a disminuir, pero la mayoría pensaba que iban a aumentar (48 respuestas, 42 psicólogos y 6 psiquiatras) o mantenerse (37 respuestas, 31 psicólogos y 6 psiquiatras). Entre las causas de su futura disminución destacan una mayor concienciación y, por lo tanto, una mejora en prevención y tratamiento. Aquellos que piensan que se van a mantener defienden que es la tendencia y los cambios (tanto positivos como negativos) no tienen lugar a corto plazo. En cambio, los que piensan que van a aumentar argumentan que está habiendo cambios sociales y familiares importantes, además de un mayor aislamiento de los niños y peor salud mental de los padres, que junto a la pandemia pueden llevar a un aumento en los casos. (*Figura 2- Anexo II*)

3.3.2. DETECCIÓN

4. **Hipótesis 2. La detección temprana es fundamental para limitar el alcance del trauma infantil y mejorar su tratamiento.**

Esta pregunta estaba medida en una escala de acuerdo, estando una gran mayoría de acuerdo y unos pocos no, como se muestra a continuación:



5. ¿Dónde considera que los casos de trauma infantil se detectan primero?

Esta pregunta tenía un orden claro, estando en primer lugar el ámbito escolar con 58 respuestas (52 psicólogos y 6 psiquiatras). Le seguía el ámbito familiar, con 32 (27 y 5 respectivamente) y, por último, el ámbito médico, con 9 (7 y 2 respectivamente).

(Figura 3- Anexo II)

6. ¿Qué factores limitan una mayor detección en el ámbito familiar?

En esta pregunta se presentaban 4 opciones, que debían ser ordenadas por incidencia según el criterio y la experiencia del profesional. El factor más limitante fue la “negación del caso”, con 68 respuestas. El “miedo a la denuncia” quedó en segundo lugar y la “cultura, religión o valores familiares” en el tercero. En último lugar quedó el “miedo al estigma social”. Otros posibles factores limitantes mencionados fueron la ignorancia, el grado de desestructuración familiar o el miedo a romper la familia y que el propio trauma sea causado por un maltrato intrafamiliar. *(Figura 4- Anexo II)*

7. ¿Qué factores limitan una mayor detección en el ámbito escolar?

En esta pregunta, el primer factor limitante fue la “falta de preparación del profesorado”, seguido de la “falta de recursos y procedimientos dentro del colegio”, ambos íntimamente ligados. En tercer lugar se situó la “negación del caso”, en cuarto el “miedo a la denuncia” y, por último, el “miedo al estigma social y daño reputacional”, siguiendo la tendencia del ámbito familiar. Otras respuestas añadidas fueron el desconocimiento, dado por la falta de formación de profesores o una figura específica (psicólogo u orientador), que el trauma se haya dado en el mismo ámbito escolar y tomen una posición defensiva o que la exigencia curricular impide conocer al alumno. *(Figura 5- Anexo II)*

8. ¿Qué factores limitan una mayor detección en el ámbito médico?

En el ámbito médico, la respuesta más común fue la “falta de seguimiento individual”, seguida de la “falta de recursos”. Las siguientes dos pasaban a un segundo plano, quedando la “dificultad de diagnóstico” tercero y el “coste de pruebas diagnósticas” cuarto. Algunas respuestas recurrentes fueron el poco tiempo empleado en cada paciente y la falta de seguimiento de este, la escasez de psicólogos y falta de preparación de médicos, además de su enfoque biologicista en síntomas físicos, pasando por alto los psicológicos y emocionales, igualmente importantes. *(Figura 6- Anexo II)*

9. ¿Considera que se dan las condiciones necesarias para mejorar la detección temprana del trauma infantil en los próximos años?

Cerca de dos tercios de los profesionales opinaban que no se dan las condiciones necesarias, señalando 64 profesionales que no (58 psicólogos y 6 psiquiatras) mientras que 64 se mostraban optimistas votando sí (28 y 7 respectivamente). *(Figura 7- Anexo II)*

10. ¿Cómo mejoraría la detección temprana en el ámbito familiar?

En esta pregunta de selección múltiple, la opción más escogida fue que hubiese “sensibilización sobre los signos externos del trauma infantil” (84 respuestas), seguida de una “campana de concienciación sobre la salud mental infantil y juvenil” (77 respuestas). La tercera opción, “facilitación de los canales de denuncia” solo la escogieron 50 profesionales. En la opción “otros”, algunas sugerencias fueron apoyo psicológico o terapia familiar para los padres y una mayor dotación de recursos para aquellos que denuncian y se quedan en una situación precaria. *(Figura 8- Anexo II)*

11. ¿Cómo mejoraría la detección temprana en el ámbito escolar?

La primera opción fue “formación del profesorado y orientación escolar en salud mental y desarrollo infantil”, con 87 respuestas. En segundo lugar se encontraba el “refuerzo de los procedimientos de detección y comunicación de casos de trauma infantil”, con 71 respuestas. Con 60 respuestas estaba el “seguimiento individualizado de los alumnos por parte de los tutores”. Por último, estaría una “campana de concienciación desde la consejería de comunicación”, con 44 respuestas, lo que sugiere que no es que los profesores no sepan acerca de la situación, sino cómo gestionarla. Otra opción recurrente es la incorporación de profesionales cualificados en salud mental dentro del ambiente escolar. *(Figura 9- Anexo II)*

12. ¿Cómo mejoraría la detección temprana en el ámbito médico?

La opción más escogida, con diferencia, fue la “dotación de mayores recursos para la psicología infantil”, con 88 respuestas. Con 68 estaba una “mayor inversión e investigación en salud mental infantil y juvenil”. En tercer lugar, con 60, la posibilidad de implementar un “seguimiento psicológico infantil anual obligatorio”. Varias opciones dadas fueron un aumento de profesionales y medios en atención primaria, formaciones específicas en trauma, neurodesarrollo, apego y regulación emocional, y un mayor acercamiento a las familias. *(Figura 10- Anexo II)*

3.3.3. TRATAMIENTO

13. Hipótesis 3. El tratamiento más eficaz para el trauma infantil es una combinación de terapia y medicación (fármacos).

Las respuestas a esta afirmación estuvieron más divididas de lo que esperaba. 59 profesionales estuvieron en algún grado de acuerdo, mientras que 40 se mostraron en desacuerdo. A continuación el desglose entre las respuestas y los profesionales que respondieron cada opción:

El tratamiento más eficaz para el trauma infantil es una combinación de terapia y medicación (fármacos)			
	Psicólogo/a	Psiquiatra	Total
Más o menos de acuerdo	45	6	51
En desacuerdo	31	4	35
Completamente de acuerdo	5	3	8
Muy en desacuerdo	5		5
Total	86	13	99

Además de las conclusiones obtenidas mediante el análisis de las respuestas, quise hacer un análisis más exhaustivo de la sección de tratamiento e incluir un producto propio, una aportación personal aparte de la síntesis y el análisis de las opiniones de los expertos. Este consiste en una matriz en la que se reflejan las medias de la eficacia de la medicación y la terapia dependiendo de cada causa (*Figuras 11-12- Anexo II*) y se sitúan en 4 cuadrantes marcados por las medias de cada eje: I (mucha medicación, mucha terapia), II (poca medicación, mucha terapia), III (poca medicación, poca terapia) y IV (mucha medicación, poca terapia).

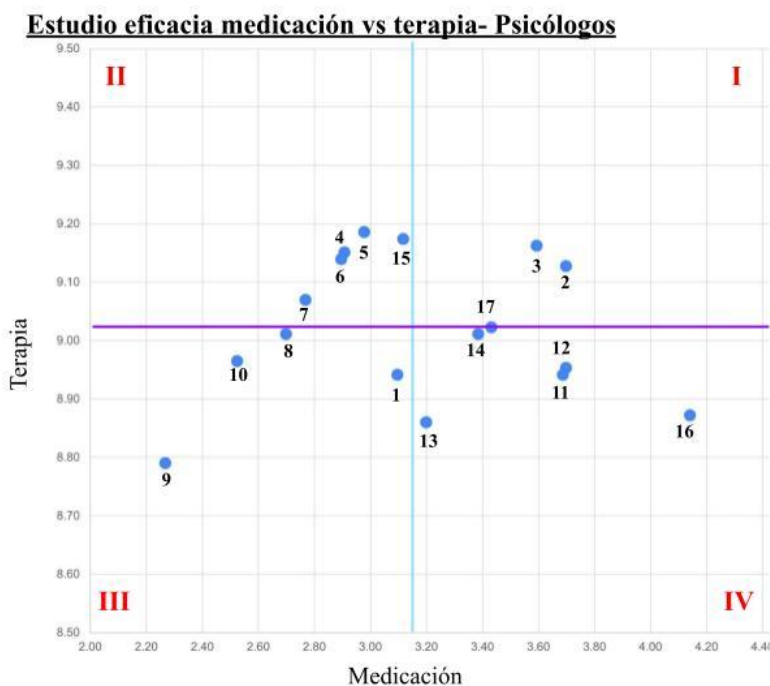
Para ello, se incluyeron 34 preguntas con escalas numéricas, valorando de 0-10 la eficacia de la terapia y la medicación para tratar el trauma infantil según su causa. Las causas listadas son 17 y se encuentran en el *Esquema I- Anexo I*.

Paralelamente al estudio de la relación medicación-terapia para cada causa, se quería concluir si las respuestas diferían mucho entre los psicólogos y los psiquiatras, si había un claro sesgo hacia la medicación o la terapia dependiendo de su especialidad. Se asumió que los psiquiatras mostrarían una mayor inclinación hacia la medicación que los psicólogos e incluso podrían mostrarse escépticos ante la eficacia de la terapia.

Leyenda

1. Abuso físico
2. Abuso psicológico
3. Abuso sexual
4. Acoso escolar
5. Pérdida de un pariente
6. Ser testigo de violencia doméstica
7. Abandono por parte de padres
8. Negligencia física o emocional por parte de padres
9. Formar parte de una familia desestructurada
10. Presenciar la enfermedad grave de un familiar
11. Vivir situaciones de guerra
12. Vivir situaciones de terrorismo
13. Vivir violencia comunitaria
14. Sobrevivir desastres naturales
15. Vivir una pandemia
16. Sufrir una enfermedad grave
17. Sobrevivir un accidente

— Media medicación
— Media terapia

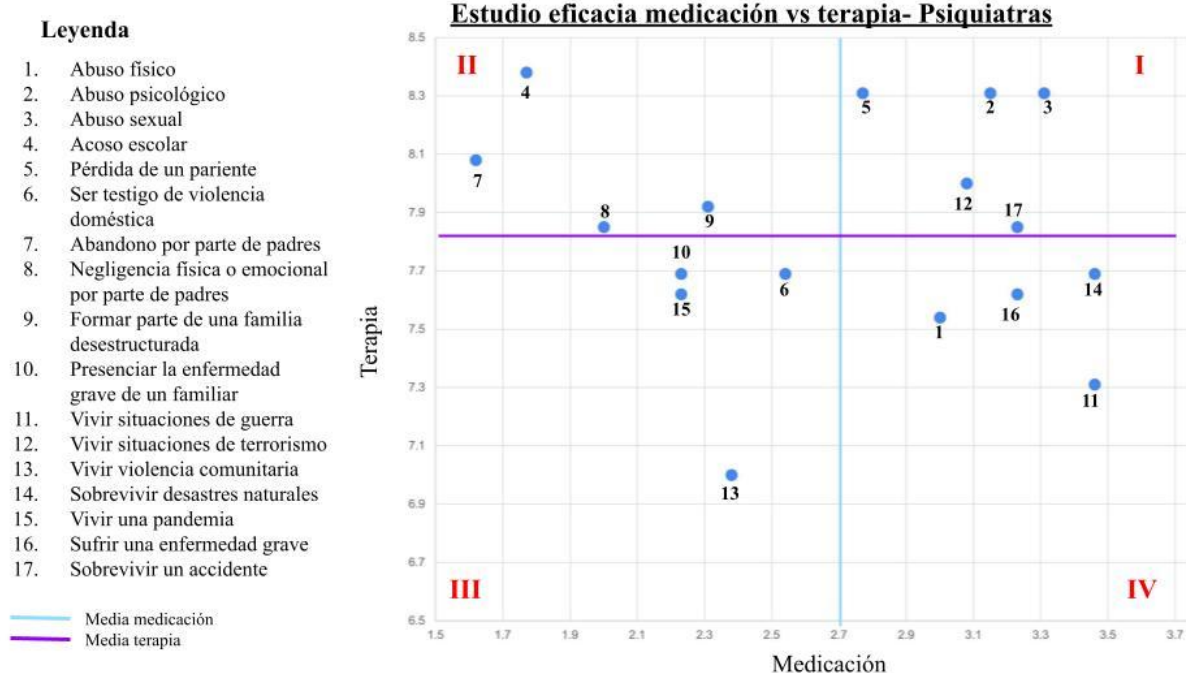


La medias generales de terapia y medicación son 9.02 y 3.18 respectivamente y hay una distribución más o menos regular de los datos en los cuatro cuadrantes.

- En el **primer cuadrante** se muestran las causas que, según los psicólogos, deben ser tratadas tanto con medicación como con terapia, ya que ambas tendrían una gran eficacia. El abuso psicológico y el abuso sexual se encuentran por encima de la media y la supervivencia a un accidente se encuentra en el límite entre el primer y cuarto cuadrante.
- En el **segundo cuadrante**, con un alto grado de eficacia de terapia, pero bajo de medicación, se encuentran cinco causas. Más cercano a la media está la pandemia, seguida de cerca por la pérdida de un pariente, ser testigo de violencia doméstica y el abandono por parte de padres, todas causas de la esfera familiar (ver clasificación de causas en el *Esquema I- Anexo I*). En este cuadrante también está el acoso escolar, un tipo de abuso.
- En el **tercer cuadrante**, con una baja eficacia tanto de terapia como de medicación, está pegado a la media la negligencia física y emocional por parte de los padres, muy cercano a sus homólogos de esfera familiar del segundo cuadrante. También del ámbito familiar están presenciar la enfermedad grave de un familiar y formar parte de una familia desestructurada, siendo este último un punto de interés por tener las medias más bajas,

tanto de medicación como de terapia. Cercano a la media de medicación se encuentra el abuso físico, bastante separado del resto de abusos.

- Por último, en el **cuarto cuadrante**, con un bajo grado de eficacia para la medicación pero alto para la terapia, se encuentran la supervivencia a situaciones de guerra, de terrorismo, violencia comunitaria y desastres naturales, todos parte de la categoría “víctimas de acontecimientos externos”. Además, con el mayor grado de eficacia de la medicación y tercero más bajo de terapia está el sufrimiento de una enfermedad grave.



En la matriz de psiquiatras coinciden algunos puntos, aunque se desplazan las medias generales, siendo la de terapia 7.83 y de medicación 2.70, ambas más bajas que las de los psicólogos. Algunos puntos coinciden con los anteriores, mientras que otros cambian de cuadrante.

- En el **primer cuadrante** se vuelven a encontrar los abusos psicológico y sexual, con la supervivencia a un accidente cerca de la media otra vez. En esta matriz se añaden al primer cuadrante la pérdida de un pariente y la supervivencia a situaciones de terrorismo.
- En el **segundo cuadrante** coinciden el acoso escolar y el abandono por parte de los padres, ambos puntos de interés por tener la eficacia de la terapia más alta y la de medicación más

baja, respectivamente. La negligencia física y emocional por parte de los padres y el formar parte de una familia desestructurada pasan del tercer cuadrante al segundo.

- En el **tercer cuadrante** se encuentran el presenciar la enfermedad grave de un familiar, junto a ser testigo de violencia doméstica, ambas de la esfera familiar, y próximos a la supervivencia a una pandemia. El punto atípico es la vivencia de violencia comunitaria, que tiene el grado de medicación más bajo.
- Por último, en el **cuarto cuadrante**, se vuelven a encontrar la supervivencia a situaciones de guerra, a desastres naturales y a una enfermedad grave. El abuso físico pasa del tercer cuadrante al cuarto.

4. CONCLUSIONES

4.1. VALORACIÓN DE RESULTADOS

A través de la encuesta se han podido demostrar las tres hipótesis:

Hipótesis 1- Tendencias: *En los últimos años se ha producido un aumento en los casos de trauma infantil. 59 expertos opinan que sí, frente a 40 que no.*

Hipótesis 2- Detección: *La detección temprana es fundamental para limitar el alcance del trauma y mejorar su tratamiento. Hay un consenso general, con 91 respuestas afirmativas, y solo 8 negativas.*

Hipótesis 3- Tratamiento: *El tratamiento más eficaz para el trauma infantil es una combinación de terapia y medicación (fármacos). Esta, al igual que la primera, está más dividida, con 59 síes y 40 noes.*

Además, se han conseguido interesantes datos y una visión general acerca de la situación actual de la detección y tratamiento del trauma infantil en la Comunidad de Madrid y de hacia adónde se encamina.

La matriz también ha permitido sacar algunas conclusiones:

- Como tendencia general, las causas de los mismos grupos (abusos, esfera familiar, salud infantil y víctima de acontecimientos externos- *Esquema I- Anexo I*) se encuentran en el mismo cuadrante o cercanas, por lo que reciben tratamientos similares. No se cumple en todos los casos y se ve de manera más clara en los psicólogos, ya que al haber más datos hay menos dispersión. En esta, las causas 4, 5, 6, 7 y 8 están en el segundo cuadrante o cerca; 9 y 10 en el tercero; 11, 12, 13 y 14 en el cuarto y 2 y 3 en el primero.
- La tendencia anterior no se cumple en los psiquiatras debido al bajo número de respuestas, que dan lugar a una mayor desviación típica (la desviación típica es una medida de dispersión que representa la variabilidad de una serie de datos respecto a su media. Si es baja indica que la mayor parte de los datos de una muestra tienden a estar agrupados cerca de su media). La tabla con las desviaciones típicas de todos los datos (por cada causa y separados en medicación-terapia y psicólogos-psiquiatras) se encuentra en la *Figura 13- Anexo II*.
- Una observación sorprendente, que contradice la suposición inicial de que los psiquiatras le otorgarían más importancia a la medicación, es que la media de la eficacia de la medicación según los psiquiatras es de 2.70 frente a 3.18 de los psicólogos. Es un dato notable y contraintuitivo que desmiente el supuesto sesgo de los psiquiatras por la medicación y su desconfianza en la terapia.

Una aclaración importante es que tanto psicólogos como psiquiatras coinciden en que la medicación no trata el trauma, sino los síntomas y, por lo tanto, no puede ser un tratamiento único. Debe utilizarse solo como un apoyo o complemento de la terapia y su prescripción es a discreción del psiquiatra, que debe considerar si su uso es necesario o eficaz en cada caso concreto. Como resumió uno de los psicólogos encuestados, “la medicación se considera necesaria e imprescindible en algunos casos para la estabilización de la sintomatología permitiendo así el reprocesamiento del trauma, pero no se considera eficaz en sí misma de forma aislada para la resolución del mismo.”

Otra puntualización es que al ser el trauma algo tan subjetivo su tratamiento lo es también y dependerá de cada caso y profesional encontrar el más eficaz. Los resultados de esta investigación vienen de una muestra de 99 profesionales de toda la Comunidad de Madrid, que responden según sus opiniones y experiencias. No hay una sola respuesta correcta, pero este proyecto ha intentado consensuar muchas de ellas y sacar algunas conclusiones generales.

Por último, un factor limitante ha sido el número de profesionales, en concreto de psiquiatras, que han participado. Debido al bajo número de respuestas de psiquiatras, aumenta la dispersión de los datos y la variedad de opiniones, como ya ha sido mencionado anteriormente. Esto conlleva que no haya un consenso dentro de los propios psiquiatras y, por lo tanto, no siempre sea adecuado comparar los resultados con los de los psicólogos.

4.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo más tiempo y recursos, se podría haber llegado a más profesionales, en especial a más psiquiatras, para hacer una comparación más acertada de las opiniones de los profesionales. Además, esta investigación se podría extender a otras autonomías o incluso a nivel nacional y estudiar el tratamiento del trauma infantil en las diferentes comunidades autónomas de España.

También se podrían valorar distintos tipos de terapia, ya que no todas funcionan igual, y observar si así cambian los resultados. Como muchos profesionales señalaron, es muy complicado medir numéricamente la eficacia de la medicación y terapia por separado, ya que, como la hipótesis 3 comprueba, el tratamiento más eficaz es el conjunto de ambos. Por lo tanto, se podría presentar un nuevo enfoque y estudiar qué combinación de ambos (distintos tipos de terapia y medicación) darían los mejores resultados. Sería interesante ver si estos datos se trasladan a la vida real, estudiando casos concretos con pacientes. Para ello se tendrían que tener en cuenta los problemas de protección de datos y confidencialidad, pero supondría un nivel de estudio superior en el ámbito práctico.

El trauma y, en especial el trauma infantil, es un tema muy reciente y complicado, al que se le debe dedicar mucha investigación, con el fin de estudiar sus causas y tratamientos más eficaces y hacer así más fácil la vida a aquellos que lo sufren. Es un tema incomprendido y juzgado sobre el que se necesita mucha concienciación y difusión para seguir avanzando. Espero haber podido aportar mi granito de arena.

5. REFERENCIAS CONSULTADAS

Bauer, N. (26 de mayo de 2021). *Experiencias adversas en la infancia: manejo del estrés y desarrollo de resiliencia*. HealthyChildren.org.

<<https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/emotional-wellness/Building-Resilience/Paginas/ACEs-Adverse-Childhood-Experiences.aspx>> [Consulta: 23 de junio de 2021]

Cepsim Madrid. (s.f.). *Tratamiento para superar traumas del pasado en la infancia y adolescencia*. Cepsim Madrid.

<<https://www.psicologiamadrid.es/tratamiento-superar-traumas-infantiles-y-en-la-adolescencia-psicologo-madrid.html>> [Consulta: 13 de julio de 2021]

De Bellis, M. D., & Zisk, A. (16 de febrero de 2014). “*The Biological Effects of Childhood Trauma*”. NCBI. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968319/>> [Consulta: 17 de julio de 2021]

The Effects of Childhood Trauma. (30 de junio de 2020). Verywell Mind.

<<https://www.verywellmind.com/what-are-the-effects-of-childhood-trauma-4147640>> [Consulta: 23 de junio de 2021]

EMDR y SHEC. (2 de julio de 2019). EnMente Psicólogos.

<<https://enmentepsicologos.com/emdr-y-shec/>> [Consulta: 13 de julio de 2021]

Escolano, A. (23 de julio de 2020). *Terapia Gestalt: autoconocimiento para avanzar*. Top Doctors.

<<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/que-es-la-terapia-gestalt-y-como-nos-ayuda-en-nuestro-autoconocimiento>> [Consulta: 29 de noviembre de 2021]

How Childhood Emotional Abuse Changes the Brain. (15 de julio de 2021). Verywell Mind.

<<https://www.verywellmind.com/childhood-abuse-changes-the-brain-2330401>> [Consulta: 23 de junio de 2021]

How Early Trauma Influences Behaviour. (1 de diciembre de 2014). Neuroscience News.

<<https://neurosciencenews.com/psychology-childhood-trauma-development-1581/>>

[Consulta: 23 de junio de 2021]

La neurobiología del trauma. (17 de enero de 2019). La Mente es Maravillosa.

<<https://lamenteesmaravillosa.com/la-neurobiologia-del-trauma/>> [Consulta: 19 de julio de 2021]

Levy, J., & Frankl, V. (s.f.). *Terapia sistémica: ¿qué es y en qué principios se basa?* Psicología y

Mente. <<https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-sistemica>> [Consulta: 28 de noviembre de 2021]

Mora, L. (15 de marzo de 2016). *¿Cómo funciona el cerebro ante un trauma?* PsicoSpace.

<<http://www.psicospace.com/2016/03/15/como-funciona-cerebro-ante-acontecimiento-traumatico/>> [Consulta: 19 de julio de 2021]

NCTSN. (s.f.). The National Child Traumatic Stress Network |. <<https://www.nctsn.org/>>

[Consulta: 20 de junio de 2021]

PART III – How Trauma Affects Memory and Recall - The Impact of Trauma on Adult Sexual Assault Victims. (26 de marzo de 2019). Justice Canada.

<<https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/jr/trauma/p4.html>> [Consulta: 19 de julio de 2021]

Qué es la terapia EMDR para superar traumas que se utiliza con soldados y que probó la ex Spice girl Mel B. (25 de septiembre de 2018). BBC.

<<https://www.bbc.com/mundo/noticias-45496835>> [Consulta: 13 de julio de 2021]

¿Qué es un Trauma? | Atia Psicología Barcelona. (31 de octubre de 2018). Atia Psicología Barcelona.

<<https://www.atiapsicologia.com/es/noticias/%C2%BFqu%C3%A9-es-un-trauma>>

[Consulta: 20 de junio de 2021]

SAMHSA. (8 de octubre de 2021). *Understanding Child Trauma*. SAMHSA.

<<https://www.samhsa.gov/child-trauma/understanding-child-trauma>> [Consulta: 12 de diciembre de 2021]

Sánchez, F. (27 de diciembre de 2013). | *1 Terapia Sensoriomotriz Del Trauma Sensoriomotor Psychotherapy For Trauma*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

<https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Terapia_Sensoriomotriz_del_trauma.pdf> [Consulta: 13 de julio de 2021]

Somos psicólogos. (28 de marzo de 2019). *Traumas infantiles - Somos Psicología y Formación*.

Somos Psicólogos. <<https://www.somospsicologos.es/blog/traumas-infantiles/>>

[Consulta: 20 de junio de 2021]

Stevens, J. E. (13 de mayo de 2013). *Nearly 35 million U.S. children have experienced one or more types of childhood trauma*. ACEs Too High.

<<https://acestoohigh.com/2013/05/13/nearly-35-million-u-s-children-have-experienced-one-or-more-types-of-childhood-trauma/>> [Consulta: 14 de junio de 2021]

Timms, P. (Marzo de 2007). *LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)*. SEPSIQ.

<<https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>> [Consulta: 28 de noviembre de 2021]

Trastornos disociativos - Síntomas y causas. (s.f.). Mayo Clinic.

<<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>> [Consulta: 22 de junio de 2021]

Trauma and Stressor-related Disorders in Children. (s.f.). Children's Hospital of Philadelphia.

<<https://www.chop.edu/conditions-diseases/trauma-and-stressor-related-disorders-children>> [Consulta: 22 de junio de 2021]

Trauma and Stressor-related Disorders in Children. (s.f.). Children's Hospital of Philadelphia.

<<https://www.chop.edu/conditions-diseases/trauma-and-stressor-related-disorders-children>> [Consulta: 23 de junio de 2021]

Trauma Disorders – BrightQuest Treatment Centers. (s.f.). BrightQuest Treatment Centers.

<<https://www.brightquest.com/trauma-disorders/>> [Consulta: 22 de junio de 2021]

Traumatic Stress Changes Brains of Boys and Girls Differently. (11 de noviembre de 2016).

Neuroscience News. <<https://neurosciencenews.com/gender-ptsd-emotion-5484/>>

[Consulta: 22 de junio de 2021]