



 Facultad de  
Psicología

**Facultad de Psicología**

**Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud**

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DEL TRAUMA Y SU VÍNCULO CON  
LOS SUEÑOS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICO.**

**UNA VISIÓN TRANSGENERACIONAL**

Presentada por: Desamparados Roig Estellés

Dirigida por: Dra. Adoración Ferreres Traver

Valencia, Octubre 2019



---

*A mi abuelo, que tanto me ha  
aportado sin haberlo conocido*

---

*A mi padre, que ya está con él, y  
me enseñó que lo importante no es la  
ideología sino ser una persona íntegra*



## **Agradecimientos**

En primer lugar quiero dar las gracias a la Dra. Adoración Ferreres Traver por su inestimable ayuda, por su valentía al aceptar dirigir esta investigación tan novedosa, por su dedicación, apoyo y ánimo constante. Por creer en mí y permitirme esta mirada hacia una psicología que integra.

Al Dr. Juan Carlos Ruiz Ruiz, que ha hecho posible con su confianza y apoyo, como tutor, la realización de esta tesis.

A Alicia Guijarro y Alicia Mena, compañeras de viaje, por su gran ayuda, paciencia y apoyo.

A mis queridos y queridas pacientes, que tanto me enseñan día a día y consiguen que después de tantos años me siga apasionando con la clínica.

A mis fieles alumnas/os, que me exigen estar a la última y no dejar de sorprenderlas/los.

A mi marido y mis hijos, que me han animado expectantes e incondicionales, como siempre.

A mi madre por seguir un tiempo más aquí conmigo y poder ser testigo de algo tan importante para mí.

A mis hermanos y amigos/as por ayudarme a divertirme, que tanto me gusta, después de trabajar.



## INDICE

Índice Tablas .....	9
Índice Figuras.....	11
Resumen .....	13
Abstract .....	13
<b>1. Capítulo I. Marco Teórico .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Introducción.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Bloque I. El Trauma .....</b>	<b>21</b>
1.2.1 Definición de Trauma. ....	21
1.2.2 Factores de Riesgo de Trauma.....	33
1.2.3 Factores de Riesgo de Trauma Relacionados con Violencia Interpersonal y Comunitaria. .	74
1.2.4 Comorbilidad del Trauma y Síntomas Clínicos. ....	76
1.2.5 El Trauma Transgeneracional.....	94
1.2.6 Tratamiento del Trauma. ....	108
<b>1.3 Bloque II. Los Sueños .....</b>	<b>125</b>
1.3.1 Definición y Características de los Sueños.....	125
1.3.2 Fases del Sueño. ....	127
1.3.3 La Función del Sueño. ....	130
1.3.4 Las Pesadillas. ....	132
1.3.5 Interpretación de los Sueños y Tratamiento de las Pesadillas.....	137
1.3.6 Contenido Experiencial de los Sueños. ....	145
<b>1.4 Justificación de la Investigación .....</b>	<b>155</b>
<b>1.5 Objetivos e Hipótesis .....</b>	<b>157</b>
1.5.1 Objetivo General. ....	157
1.5.2 Objetivos Específicos. ....	157
<b>2. Capítulo II. Método .....</b>	<b>167</b>
<b>2.1 Descripción de la muestra.....</b>	<b>167</b>
2.1.1 Datos Sociodemográficos.....	167
2.1.2 Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Muestra. ....	169
<b>2.2 Instrumentos de Medida.....</b>	<b>181</b>
<b>2.3 Procedimiento .....</b>	<b>183</b>
<b>2.4 Diseño y Análisis de Datos Planteado en la Investigación.....</b>	<b>186</b>
<b>3. Capítulo III. Resultados.....</b>	<b>189</b>
<b>3.1 Bloque I. El Trauma, sus Factores de Riesgo y Comorbilidad .....</b>	<b>189</b>
3.1.1 Analizando los Factores de Riesgo de Trauma Personal.....	189
3.1.2 Analizando los Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional.....	192
3.1.3 Analizando los Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional vs. Personal.....	195
3.1.4 Analizando la Tipología del Trauma Personal con la Comorbilidad-Datos Clínicos.....	203

3.1.5	Analizando la Tipología del Trauma Transgeneracional con la Comorbilidad-Datos Clínicos .....	213
<b>3.2</b>	<b>Bloque II. Sueños .....</b>	<b>223</b>
3.2.1	Analizando el Contenido Experiencial de los Sueños (Emoción, Color y Elemento Traumático). .....	223
3.2.2	Analizando el Contenido de los Sueños vs. Trauma Personal. ....	225
3.2.3	Analizando el Trauma Transgeneracional y el Contenido los Sueños. ....	232
3.2.4	Analizando el Contenido Experiencial de los Sueños y los Datos Clínicos. ....	239
<b>4.</b>	<b>Capítulo IV. Discusión y Conclusiones .....</b>	<b>247</b>
<b>4.1</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>247</b>
<b>4.2</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>275</b>
	<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>279</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>293</b>
	<b>Anexo 1 Cuestionarios .....</b>	<b>294</b>

## Índice Tablas

Tabla 1 Modalidades Angustia (Freud, 1920)-----	34
Tabla 2 Clasificación factores riesgo (Terr, 1991) -----	34
Tabla 3 Causas del trauma (Levine e Iribarren, 2013)-----	35
Tabla 4 Factores de riesgo de TEPT según DSM-5(APA, 2014, p. 271)-----	36
Tabla 5 Factores de riesgo de TEPT en niños/as (APA, 2014, p. 272-3)-----	36
Tabla 6 Factores de riesgo de trauma propuestos por los principales autores-----	38
Tabla 7 Síntomas del ataque de pánico (APA, 2014) -----	60
Tabla 8 Clasificación sobre la violencia y la salud (Adaptado OMS, 2003) -----	75
Tabla 9 Actos intencionados de violencia -----	75
Tabla 10 Criterios Diagnósticos TEPT (APA, 2014) -----	84
Tabla 11 Sintomatología DESNOS (Van der Kolk, 2015)-----	86
Tabla 12 Síntomas clínicos según su aparición en el tiempo (Ruppert 2012)-----	87
Tabla 13 Consecuencias maltrato infantil (Adaptado de OMS, 2003)-----	90
Tabla 14 Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja (OMS, 2003) -----	91
Tabla 15 Consecuencias de la violencia colectiva (Adaptado de OMS, 2003) -----	93
Tabla 16 Secretos familiares (Bradshaw, 2000) -----	104
Tabla 17 Asunciones sobre el tratamiento de las pesadillas (Miró y Martínez, 2004)-----	144
Tabla 18 Posibles mecanismos de éxito de la IRT (Miró y Martínez, 2004)-----	145
Tabla 19 Esquema del comportamiento emocional según Plutchik (2001) -----	151
Tabla 20 Distribución de los factores de riesgo de trauma personal de vínculo -----	170
Tabla 21 Distribución de los factores de riesgo de trauma personal existencial-----	171
Tabla 22 Distribución de los factores de riesgo de trauma personal pérdida-----	172
Tabla 23 Distribución de los factores de riesgo de trauma transgeneracional de vínculo -----	173
Tabla 24 Distribución de los factores de riesgo de trauma transgeneracional existencial -----	174
Tabla 25 Distribución de los factores de riesgo de trauma transgeneracional de pérdida -----	175
Tabla 26 Distribución de la muestra en función del diagnóstico psicológico y médico -----	176
Tabla 27 Distribución de la muestra en función de los síntomas clínicos -----	178
Tabla 28 Distribución en función del contenido experiencial del sueño en la muestra clínica -----	180
Tabla 29 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo y existencial-----	190
Tabla 30 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo y de pérdida-----	191
Tabla 31 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo y existencial-----	193
Tabla 32 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo y de pérdida-----	194
Tabla 33 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal y transgeneracional de vínculo -----	196
Tabla 34 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal y transgeneracional de pérdida -----	197
Tabla 35 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con el trauma personal existencial y de pérdida -----	199

Tabla 36 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con el trauma personal vínculo y de pérdida -----	201
Tabla 37 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo con el diagnóstico psicológico y médico del paciente -----	204
Tabla 38 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo con los síntomas clínicos del paciente -----	206
Tabla 39 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal existencial con el diagnóstico psicológico y médico del paciente -----	208
Tabla 40 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal existencial con los síntomas clínicos del paciente -----	209
Tabla 41 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de pérdida con el diagnóstico psicológico y médico del paciente -----	210
Tabla 42 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de pérdida con los síntomas clínicos del paciente -----	211
Tabla 43 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con el diagnóstico psicológico y médico del paciente -----	214
Tabla 44 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con los síntomas clínicos del paciente -----	215
Tabla 45 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con el diagnóstico psicológico y clínico del paciente -----	216
Tabla 46 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con síntomas clínicos -----	217
Tabla 47 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de pérdida con el diagnóstico psicológico y médico del paciente -----	218
Tabla 48 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de pérdida síntomas clínicos	220
Tabla 49 Chi-cuadrado y tamaño del efecto de la emoción, el color y el elemento traumatizante del contenido de los sueños -----	224
Tabla 50 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo con el contenido experiencial de los sueños -----	226
Tabla 51 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal existencial con el contenido experiencial de los sueños -----	229
Tabla 52 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de pérdida con el contenido experiencial de los sueños -----	231
Tabla 53 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con el contenido experiencial de los sueños -----	234
Tabla 54 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con el contenido experiencial de los sueños -----	236
Tabla 55 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de pérdida con el contenido experiencial de los sueños -----	238
Tabla 56 Chi-cuadrado y tamaño del efecto en el diagnóstico psicológico con el contenido experiencial de los sueños -----	241
Tabla 57 Chi-cuadrado y tamaño del efecto en el diagnóstico médico con el contenido de los sueños --	243
Tabla 58 Chi-cuadrado y tamaño del efecto en los síntomas clínicos con el contenido de los sueños ----	245

## Índice Figuras

Figura 1 Objetivo General-----	157
Figura 2 Relación Hipótesis 3.1 y 3.2-----	161
Figura 3 Distribución de la muestra en función del sexo -----	167
Figura 4 Distribución de la muestra en función de la edad-----	168
Figura 5 Distribución de la muestra en función del estado civil-----	168
Figura 6 Distribución de la muestra en función del tratamiento psiquiátrico -----	169
Figura 7 Objetivo 1 Hipótesis 1 Factores de Riesgo de Trauma Personal-----	248
Figura 8 Objetivo 2 Hipótesis 2 Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional -----	250
Figura 9 Objetivo 3 Hipótesis 3 Personal Vs. Transgeneracional -----	253



## Resumen

Esta investigación analizó los patrones relacionales del trauma personal y transgeneracional, su comorbilidad y el contenido de los sueños de 51 participantes clínicos, a fin de conseguir una mejora en el diagnóstico y tratamiento psicológico. Los resultados obtenidos mostraron la importancia del trauma precoz y de los acontecimientos violentos causados por otro ser humano, para la salud psicológica. Otra conclusión importante fue que los hechos traumáticos producen una comorbilidad y sintomatología clínica que trasciende a la salud mental y a los sueños de los descendientes. Los hallazgos encontrados mostraron, en el contenido onírico, una función compensatoria a través de la presencia de emociones positivas, de luz y de color en los sueños de los pacientes, que puede ser utilizada en la práctica clínica para la mejora de los procesos psicológicos dañados por el trauma.

**Palabras clave: trauma, transgeneracional, sueños, tratamiento clínico.**

## Abstract

This research analyzed the relational patterns of personal and transgenerational trauma, its comorbidity and the content of 51 clinical participants dreams, in order to achieve an improvement in diagnosis and psychological treatment. The results obtained showed how important early trauma and violent events caused by another human being are for psychological health. Another important conclusion was that traumatic events produce a comorbidity and clinical symptomatology that transcends the mental health and dreams of the descendants. The findings showed in the dream content, a compensatory function through the presence of positive emotions, light and color in the dreams of patients, which can be used in clinical practice for the improvement of psychological processes damaged by trauma.

**Keywords: trauma, transgenerational, dreams, clinical treatment.**



## **1. Capítulo I. Marco Teórico**

### **1.1 Introducción**

El concepto de trauma y su modo de tratarlo desde una adecuada conceptualización clínica, ocupa hoy día una posición central en el diálogo científico interdisciplinar. Es un término abordado actualmente por la psiquiatría, la biología, las neurociencias... y también por la reciente disciplina de la Psicotraumatología, mostrando la psicología un notable interés por este trastorno clínico.

Nuestro propósito con esta investigación es profundizar en el conocimiento clínico de los trastornos producidos por la presencia de hechos traumáticos en la vida de las personas, a fin de conseguir una mejora de su diagnóstico y tratamiento. Para ello, en el marco teórico desarrollado en este estudio vamos a utilizar principalmente dos fuentes de información: el estudio del trauma vinculado con la sintomatología clínica del paciente, por un lado, y su relación con el contenido de los sueños, por otro.

Con respecto al trauma, se considerarán los diferentes factores de riesgo, de vínculo, existenciales y de pérdida, sufridos por los pacientes en tratamiento psicológico durante las distintas etapas de su vida. También se estudiará el componente transgeneracional del trauma y su posible tendencia a la repetición de los eventos traumáticos a través de las generaciones del sistema familiar.

Tendremos en cuenta, además de los factores de riesgo, los patrones de síntomas clínicos y la comorbilidad, por tanto para completar el estudio del trauma investigaremos su relación con distintos diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas aportados por el paciente y recogidos en la consulta, lo que denominaremos datos clínicos.

Asimismo hemos considerado que una importante fuente de información sobre el efecto del trauma en las funciones psíquicas del paciente clínico la pueden aportar los sueños. Está demostrado científicamente que el sueño es uno de los procesos psíquicos que es dañado directamente por el trauma, además de cumplir una importante función en la regulación del estado de ánimo y en el procesamiento emocional de las experiencias vividas de la persona. Nuestro objetivo aquí es cuantificar el contenido subjetivo de los sueños; metodológicamente es posible medir parte de este contenido a

través las emociones que genera, la presencia o ausencia de color y de elementos traumáticos.

La contribución científica de esta investigación clínica es ofrecer una hoja de ruta que demuestre que la historia de traumas personal y familiar en pacientes clínicos están asociados a: 1) áreas experienciales comunes de actuación, p.e. la violencia interpersonal tan de moda en la actualidad, 2) una comorbilidad del trauma del paciente vinculado con su diagnóstico psicológico y clínico, y 3) a ciertas áreas de contenido experiencial de sus sueños vinculadas con la emoción, el color y el elemento traumatizante, con el fin de mejorar el diagnóstico y tratamiento psicológico del trauma.

Un acontecimiento avala este interés por la comunidad científica, es destacable que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en las dos últimas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR y DSM-5, referencie y relacione los pilares principales de esta investigación: el trauma, su transmisión transgeneracional, la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y los sueños (APA, 2003, 2014). Con respecto a los factores de riesgo de trauma, la APA define los eventos traumáticos que pueden causar el trastorno como sigue:

[...] La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos... la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto físico real (p.e. la agresión física, el robo, el atraco, el abuso físico en la infancia), las amenazas o el abuso sexual real (p.e. la penetración sexual forzada, la penetración sexual facilitada por drogas o alcohol, el contacto sexual abusivo, el abuso sexual sin contacto, el tráfico sexual), ser secuestrado o tomado como rehén, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra, los desastres naturales o humanos y los accidentes de tráfico graves... (APA, 2014, p. 274).

El DSM-5 menciona como criterios diagnósticos para el TEPT los acontecimientos presenciados:

[...] como la observación de lesiones o de amenazas serias, la muerte de causa no natural, el asalto físico o sexual a otra persona mediante un ataque violento, la violencia doméstica, los accidentes, las guerras o los desastres, o la

visión de sucesos médicos catastróficos que afecten al propio hijo (p.e. una hemorragia con peligro vital) (APA, 2014, p. 274).

Igualmente sucederá por la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, ataques violentos, actos terroristas, desastres o ser testigo inesperado de muertes amputaciones o fragmentación del cuerpo. Además se puede dar si estos actos son vividos por un familiar o amigo cercano.

Con respecto a la transmisión transgeneracional del trauma, en la descripción de los trastornos del DSM IV-TR aparece el epígrafe “Patrón Familiar”, que describe datos acerca de la frecuencia del trastorno entre parientes biológicos de primer grado comparándola con la frecuencia en la población general. También indica otros trastornos que tienden a aparecer más frecuentemente en los miembros de la familia de quienes sufren el trastorno en cuestión. En esta sección se incluye además información sobre la naturaleza heredable de la enfermedad.

Precisamente, respecto al Patrón familiar del TEPT se afirma que:

*“Existen evidencias de un componente hereditario en la transmisión del trastorno. Además los antecedentes de depresión en familiares de primer grado se han relacionado con un aumento en la vulnerabilidad a padecer el trastorno por estrés postraumático”* (APA, 2003, p. 522).

Asimismo, consideramos relevante destacar la premisa del DSM IV-TR (2003) que indica que los pacientes que provienen de un sistema familiar cuyos miembros han sufrido traumas serán propensos a padecer TEPT. La Guerra Civil Española de 1936 y todas sus consecuencias, incluida una dictadura de casi 40 años de duración, garantiza el legado de trauma existencial y su repercusión, a través de las siguientes generaciones de terribles y trágicos acontecimientos (Gómez, 2004; Korovsky, 1995; Miñarro y Morandi, 2012; Osherson, 1986; Roig, 2015).

Con respecto a la comorbilidad del trauma, el tipo de información sobre ciertas características diagnósticas o clínicas que se asocian a los trastornos y que aparecen en el DSM-5, se denomina “comorbilidad” y en el texto del DSM-IV-R “síntomas y trastornos asociados”. En ambos casos resalta la presencia de uno o más trastornos además del trastorno primario e indicando la interacción entre dos enfermedades que pueden empeorar la evolución de ambas. El DSM-5 considera con respecto a la

comorbilidad del TEPT que los individuos que lo padecen son un 80% más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de al menos, otro trastorno mental, p.e. trastorno bipolar, depresión, ansiedad o trastorno por consumo de sustancias. De esta manera, existe una considerable comorbilidad entre el TEPT y un trastorno neurocognitivo importante, como problemas de atención, concentración u orientación y algunos de los síntomas se solapan con estos trastornos.

Con respecto a los síntomas y trastornos asociados, el DSM-IV-R señala:

Los individuos con TEPT pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. Los patrones de evitación pueden interferir con las relaciones interpersonales y llevar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida de empleo. Las alucinaciones auditivas y la ideación paranoide pueden estar presentes en algunos casos graves y crónicos. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej. abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares) puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, y trastorno relacionado con sustancias. Estos pueden preceder, seguir o coincidir con el inicio del trastorno por estrés postraumático (APA, 2003, p. 520).

La segunda fuente de información de esta investigación es el contenido de los sueños de los pacientes en tratamiento psicológico. Siguiendo con la exposición de síntomas que definen el trastorno de estrés postraumático en la última edición del Manual DSM en el criterio B, el segundo síntoma citado es el siguiente:

*“Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s)”* (APA, 2014, p. 271). Al

igual que en el criterio E: *“Alteración del sueño como la dificultad para conciliar o continuar el sueño y el sueño inquieto”* (APA, 2014, p .272).

Asimismo se indica que el acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras; normalmente el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos, pero también pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder o es representado de otro modo: *“un síntoma común es la reexperimentación de sueños angustiantes que repiten el evento en si o que son representativos o están temáticamente relacionados con los principales peligros que acompañaban al evento traumático”* (APA, 2014, p. 275). Estas pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático, pueden ser la causa del síntoma característico del trastorno, de reconciliar el sueño

Tal y como se observa, los instrumentos de diagnóstico DSM-IV-R y DSM-5 solo atienden a una parte de los aspectos específicos del acontecimiento vivido como traumático y no consideran algunos hechos vitales que pueden ocasionar trauma como la infidelidad o la privación y deficiencia emocional en la infancia. Lo que significa que una gran cantidad de pacientes clínicos no pueden ser diagnosticados con precisión y así no se puede desarrollar científicamente tratamientos adecuados para ellos. Nos encontramos que los profesionales de la salud, médicos, psicólogos, neurólogos... y los mismos investigadores se encuentran con causas de trauma que no están contempladas en la misma definición de TEPT de los manuales de diagnóstico.

Por todo ello, el objetivo de esta investigación es explorar y analizar patrones relacionales entre la tipología del factor de riesgo de trauma, sobrevenida tanto a nivel personal como transgeneracional, la comorbilidad del trauma recogida en los datos clínicos del paciente, y la información experiencial que se deriva del contenido de los sueños en una muestra de pacientes en tratamiento psicológico.

A continuación, ofrecemos el marco teórico de esta investigación que se va a centrar en dos pilares principales: el trauma y su relación con factores de riesgo varios, la transgeneracionalidad y la comorbilidad del paciente, por un lado, y su vínculo con el contenido experiencial de los sueños, por otro. Ofrecemos una revisión de la literatura clínica científica especializada, y se expone la información más relevante que de ella aportan sus principales autores en esta temática.



## **1.2 Bloque I. El Trauma**

Comenzamos este apartado con la definición de trauma que aportan los distintos autores para destacar la importancia de este trastorno psicológico, posteriormente para completar la noción de trauma, describiremos sus características. En segundo lugar consideramos relevante diferenciar entre trauma, estrés y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que es una de las confusiones que aparecen en la literatura y un motivo de discrepancia para los expertos en Psicotraumatología. Completaremos la definición con las aportaciones de las neurociencias a la neurobiología del TEPT. A continuación revisaremos los diferentes factores de riesgo de trauma y ofreceremos especial atención a los relacionados con la violencia, posteriormente estudiaremos la comorbilidad del trauma y su influencia transgeneracional y concluiremos este capítulo con una revisión de algunas técnicas específicas para el tratamiento y la integración del trauma.

### **1.2.1 Definición de Trauma.**

El término trauma deriva del griego y significa herida con refracción, fractura. En el ámbito psicológico y emocional, se habla de lesión psicológica cuando algunos procesos como la percepción, el sentimiento, el pensamiento, la memoria o la imaginación dejan de funcionar con normalidad y se encuentran considerablemente limitados en sus funciones (Ruppert, 2012).

El trauma hace referencia a los efectos debilitantes que muchas personas sufren después de vivir experiencias que han percibido como abrumadoras o como una amenaza para su vida. Las consecuencias psicológicas y físicas de estas experiencias no se manifiestan de manera inmediata al hecho causante, sino que aparecen con posterioridad, lo que impide que tanto profesionales como pacientes las relacionen con la sintomatología que producen.

Pierre Janet aportó una definición de trauma psíquico en 1894, que luego matizó en 1919:

Trauma es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable, que sobrepasa los acontecimientos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror

se convierte en una fobia al recuerdo, que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reactuaciones conductuales (Janet, 1919, citado por Salvador, 2010, p. 1).

En esta definición están contenidos los elementos esenciales del concepto de trauma psíquico. La persona se enfrenta a una situación de amenaza psicológica o vital de la que no puede escapar y para la que sus recursos normales no son eficaces; es decir, no puede enfrentarse a ella, de manera que pueda hacerla desaparecer, ni puede huir.

Otra aportación al concepto de trauma es la de Boris Cyrulnik, que nos explica que la psique humana puede ser traumatizada como puede serlo el cuerpo y hay que golpear dos veces para producirle una herida: *“El primer golpe: el que se recibe en la realidad, provoca el dolor de la herida o el desgarramiento de la carencia. El segundo golpe: el que se encaja en la representación de la realidad, provoca el sufrimiento de haber sido humillado, abandonado”* (Cyrulnik, 2001, p. 28). El recuerdo traumático no constituye en sí un trauma, no produce efectos patógenos, hasta que nuevos acontecimientos o condiciones de maduración vienen retroactivamente a convertir este primer acontecimiento en trauma. Esta noción la completan otros autores con la idea de que lo que se elabora retroactivamente es aquello que en el momento de ser vivido no pudo integrarse plenamente en un contexto significativo (Uriarte de Pantazoglu, 1991).

Para Tutté (2006) el concepto de trauma psíquico implica un oscilante y permanente interjuego entre mundo externo e interno, realzando que lo traumático es consecuencia de una específica interacción entre lo fáctico y la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo. Por lo tanto hay que tener en cuenta que existen muchos factores involucrados en el amplio abanico de respuestas ante la amenaza. Dichas respuestas dependen de: la constitución genética del individuo, la historia de traumas sufridos y su dinámica familiar. Cierta tipo de experiencias infantiles puede reducir severamente nuestra capacidad de lidiar con el mundo.

### ***Características del Trauma.***

Para facilitar la comprensión de la noción de trauma es importante hacer referencia a las características peculiares de este trastorno. Después de revisar a los principales autores expertos en este tema (Cyrulnik, 2001; Freud, 1915; Levine e

Iribarren, 2013; López-Soler, 2008; Manzanero y Recio, 2012; Ruppert, 2012; Salvador, 2010; Tutté, 2006; Uriarte de Pantazoglu, 1991; Van der Kolk, 2015), se van a enumerar a continuación:

- El trauma es subjetivo, lo que demuestra ser dañino para una persona puede resultar emocionante para otra. Así, supone una relación entre las características de una situación (amenazante) y las características de una persona (mecanismos individuales de adaptación). La naturaleza del peligro ha de superar la capacidad del individuo para manejar la situación.

- El trauma está vinculado con algo fundamental. Sus consecuencias amenazan lo que es vital para la persona: consecuencias mortales, dañinas para la salud, la existencia social, el honor, el derecho de pertenencia o el nivel profesional.

- Opera básicamente en el ámbito de las emociones. Las situaciones traumáticas agitan sentimientos extremos: desamparo, estar a merced de alguien, impotencia, pérdida de control, darse por vencido.

- La experiencia del trauma tiene un efecto duradero en el cuerpo y en la mente. Una experiencia traumática nunca desaparece por completo.

- Las consecuencias de las experiencias traumáticas, tienen una influencia prolongada y afectan la comprensión que la persona tiene de sí misma y la percepción que tiene del mundo.

- Todos los sucesos traumáticos resultan estresantes, pero no todos los sucesos estresantes son traumáticos. Algunos efectos del trauma no son evidentes durante años. La persona se traumatiza cuando la capacidad de responder a una amenaza percibida queda restringida en algún sentido. Esta incapacidad de responder adecuadamente puede impactar de maneras evidentes y también de maneras más sutiles.

- El trauma guarda relación con la pérdida de conexión: con uno mismo, con el cuerpo, con la familia, con los demás, con el mundo.

- En ocasiones, el trauma no se origina en un solo hecho o acontecimiento, manifestándose lentamente, a lo largo del tiempo y a veces la persona se adapta a esos cambios sutiles sin darse cuenta, puede empezar a no encontrarse bien, progresivamente se va minando la autoestima, la confianza, los sentimientos de bienestar y la conexión con la vida. A medida que se evitan ciertos sentimientos, personas, situaciones y

lugares, se van limitando las opciones. El resultado de esta reducción gradual de la libertad es la pérdida de vitalidad y capacidad para realizar sueños o propósitos.

### ***Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).***

Es necesario distinguir el estrés, como respuesta adaptativa, del trastorno de estrés postraumático. Además, hay que destacar, que no todos los traumas causan el trastorno, puesto que la capacidad de recuperarse tras un suceso abrumador difiere de unos sujetos a otros. Más adelante en el apartado tipos de trauma o factores de riesgo que pueden ocasionar trauma, se analizarán los sucesos que pueden tener la capacidad de provocar TEPT. En este apartado se va a desarrollar las características de este trastorno, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y el Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), continuaremos con la noción de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, para finalizar se resaltará la importancia de la predisposición personal para desarrollar el trastorno y también la disociación o respuesta de parálisis, como mecanismo predictor para el desarrollo del TEPT.

Walter Bradford Cannon en 1934 describe el estrés como una reacción de ataque o huida que consiste en una activación brusca del Sistema Nervioso Autónomo Simpático ante situaciones que implican peligro. “*Se caracteriza por: aumento de catecolaminas en sangre, aumento de la función cardiorrespiratoria, movilización de reservas e inhibición de las respuestas digestivas y reproductivas*” (Cannon, 1934, citado por Stitou y Ribas, 2011, p. 2). El estrés es un proceso complejo en el que intervienen factores fisiológicos y psicológicos, internos y externos, cognitivo y emocionales, adaptativos y patológicos, que se producen ante situaciones de desequilibrio entre demandas y recursos. Esta reacción es necesaria para preparar al organismo para la supervivencia, pero si se mantiene en el tiempo resultará. El estrés prolongado puede tener importantes repercusiones psicológicas en el organismo, inhibiendo el sistema inmunitario, afectando a la salud y a la evolución de enfermedades.

Fuster (2013) considera que el estrés es una reacción biológica normal pero cuando por la magnitud del hecho o por las propias características de la persona, el suceso supera el límite de la tolerancia y de la capacidad de respuesta, se produce una reacción de estrés exagerada o desadaptativa con la consiguiente alteración del funcionamiento del individuo.

Por otra parte la CIE-10, conceptualiza la Reacción a Estrés Agudo, como una reacción transitoria y lo sitúa en la categoría de reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación. El cuadro clínico se caracteriza por un periodo inicial de embotamiento, con alguna reducción del campo de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Puede aparecer estupor disociativo (distanciamiento de la situación traumática), reacciones de lucha o huida, agitación, hiperactividad, permitiendo la existencia de signos vegetativos. Los síntomas podrán manifestarse a los pocos minutos de que ocurra el suceso o estímulo estresante y pueden desaparecer en dos o tres días, con frecuencia en pocas horas (OMS, 1992).

Es importante distinguir el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), estas diferencias se centran en el papel más relevante que juegan los síntomas disociativos en el TEA y en la duración de los síntomas. El TEPT se caracteriza por la persistencia de las reacciones de estrés más allá de la finalización del evento traumático. Según el DSM-IV-TR el TEPT, es la aparición de síntomas que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático:

[...] El individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (APA, 2003, p.518).

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos. La probabilidad de presentar este trastorno puede aumentar cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentra el agente estresante.

Con respecto al curso, el TEPT es capaz de iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los tres meses posteriores al trauma, también puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga manifiesto. El curso se caracteriza por oscilaciones en los síntomas. La reactivación de estos puede aparecer en respuesta a los recuerdos del

traumatismo original, a estresores de la vida o a nuevos acontecimientos traumáticos (APA, 2003).

Siguiendo con la noción de TEPT la aportación de la CIE-10 es la siguiente:

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia, de evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis

meses). El curso es fluctuante, siendo capaz de esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (OMS, 1992).

Para Tutté (2004) que la CIE-10 sitúe los Trastorno Adaptativos en la misma categoría que las Reacciones de Estrés Grave y el TEPT, apuntaría a que las variaciones individuales desempeñan un papel en la aparición y gravedad de estos trastornos, así como a la variabilidad extrema de los factores estresantes. Así mismo López-Soler (2008) opina que las características etiológicas y dinámicas del trastorno adaptativo lo convierten en una categoría diagnóstica, que constituye una pieza clave entre la normalidad y la enfermedad, donde hay que resaltar el significado que tienen los acontecimientos para un individuo.

El tercer aspecto importante que queremos abarcar en este apartado es el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo y hay que tener en cuenta que sobre este trastorno los expertos continúan divididos.

Jarero (2014) explica que el concepto de TEPT Complejo, fue originariamente propuesto por Judith Herman en el año 1992, con la finalidad de proporcionar un diagnóstico psicológico para personas sobrevivientes a una exposición traumática y repetida y que no se contó con suficiente investigación para ser considerado un diagnóstico distinto en el DSM-5 del año 2013.

Tutté (2006) se refiere a los abusos intrafamiliares y que se acompañan de variadas manifestaciones como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de identidad múltiple.

Para López-Soler (2008) la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas es importante para el desarrollo de la persona y afectarán a su salud física y psicológica.

Salvador (2010) indica que el TEPT Complejo se forma a raíz de los fallos acumulativos a lo largo de la relación con el otro. Es el resultado de las rupturas en el papel de la madre como un escudo protector a lo largo del curso del desarrollo del niño/a, desde la infancia a la adolescencia.

Jarero (2014), define el Trauma Complejo como un evento que es crónico, interpersonal y que se inicia en la niñez. Incluye el abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas; negligencia, ser testigo de violencia doméstica; y la experiencia de vivir en un campo de refugiados

Salvador (2016) explica que el trauma complejo es sufrido por menores expuestos a condiciones estresantes graves en las relaciones familiares primarias. El niño/a que está creciendo en situaciones caracterizadas por maltrato, negligencia y abandono crónico, el sistema de defensa para la supervivencia puede dar lugar a una fragmentación o división del sistema del yo.

Las consecuencias del Trauma Complejo afectan al desarrollo psicológico, estos menores pueden desarrollar traumas cuyas alteraciones afectan a:

- Regulación de los afectos e impulsos.
- Memoria y atención.
- Autopercepción.
- Relaciones interpersonales.
- Somatizaciones.
- Sistema de significados.

Así pues los distintos autores, que también discrepan en el nombre que adjudican al trastorno, consideran Trauma Acumulativo o TEPT Complejo o DESNOS (Trastorno de Estrés Extremo no Especificado), cuando lo traumático ocurre a través de un periodo de tiempo vital prolongado en el que el niño/a vive en una atmósfera emocional que carece de calidad afectiva o en la que abundan los malos tratos físicos y/o psicológicos, la negligencia o el abandono emocional.

Este trastorno es un síndrome caracterizado por la evitación de los recuerdos o de todo aquello que pueda recordar lo ocurrido, la intrusión repentina de recuerdos somáticos, sensoriales y emocionales (flashbacks), con una fuerte carga afectiva, dificultad de regulación emocional (explosiones emocionales desbordantes o descontroladas de ira, pánico, llanto), dificultades para regular el sistema de energía (sueño, descanso, actividad, diversión), y un sentido de poca valía personal con sentimientos de vergüenza e inadecuación. Estas son las secuelas del daño soportado

durante largos años de desarrollo, que afectan tanto al sentido del yo como a los subsistemas de regulación del organismo y la memoria (Salvador, 2016).

También parte de la sintomatología del DESNOS o TEPT Complejo se menciona en el DSM-5 dentro de las “Características Asociadas que apoyan el Diagnóstico Psicológico”: *“A raíz de unos sucesos traumáticos prolongados, reiterados y graves (p. ej., el abuso infantil, la tortura), el individuo puede experimentar además problemas para regular las emociones o para mantener unas relaciones interpersonales estables o síntomas disociativos”* (APA, 2013, p. 276).

Jarero (2014) recuerda que el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los Trastornos Específicamente relacionados con el Estrés, en su Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, hace las siguientes propuestas para que sean incluidas en el CIE 11:

- A- Una definición reducida de TEPT que se focalice en los síntomas centrales re-experimentación, evitación y también de hiper-activación.
- B- Un nuevo Criterio Diagnóstico llamado TEPT Complejo, que además de los tres síntomas centrales se requerirá la presencia de un autoconcepto negativo estable relacionado con el trauma, evitación de relaciones, y desregulación afectiva.
- C- Un nuevo Criterio Diagnóstico llamado Trastorno de Duelo Prolongado (TDP).

Por último, añadiremos que se tiene la teoría de que los eventos del Trauma Complejo afectan la autoregulación, dando como resultado problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia; así como también problemas interpersonales y de identidad (Jarero, 2014):

...el DESNOS involucra un problema crónico de desregularización dependiente de un estado específico que ocurre en respuesta a temas que disparan reacciones de estrés postraumático. La desregularización ocurre a través de múltiples sistemas. Por ejemplo afectivos, conductuales, somáticos, disociativos, relacionales, y de auto-atribuciones. Y es expresada a través de un amplio y variado rango de deterioros asociados a los aspectos clínicos y perturbaciones conductuales. (Van der Kolk, 2005, citado por Jarero, 2014, p. 2).

Para finalizar este apartado y tener una mejor comprensión del TEPT, hay que destacar que es necesaria una predisposición personal para desarrollar el trastorno y que

los síntomas emerjan. El TEPT es probablemente más dependiente de factores subjetivos que de la gravedad del estresor.

Tutté (2006) afirma que el DSM-5 no parece enfatizar a primera vista la respuesta subjetiva del individuo al evento, pero los criterios diagnósticos de estresor, reflejan la importancia de los significados que el paciente le asigna al evento. La mayoría de las personas no desarrollan TEPT aún al enfrentar un trauma terrible y acontecimientos que pueden padecer relativamente bajos de gravedad pueden desencadenar el trastorno en ciertos individuos debido al significado subjetivo asignado al evento.

Salvador (2010) señala la importancia de la disociación, conocida también como respuesta de inmovilidad tónica o parálisis, pues en el momento del trauma es el predictor principal para el desarrollo posterior de TEPT. Las personas con una historia de traumas pasados, especialmente abuso sexual, son más susceptibles de estar en arousal elevado, paralizarse y retraumatizarse después de la exposición incluso a un estímulo no específicamente traumático.

Otro aspecto a resaltar se produce cuando la persona traumatizada se vuelve fóbica a sus emociones, sensaciones físicas y recuerdos porque son una reactivación de lo traumático. Esta es la manera en la que la disociación, que inicialmente se desempeñó como un mecanismo extremo de supervivencia, se convierte en un mecanismo que mantiene el trauma ya que impide la integración o la asociación (Salvador, 2016).

La disociación o respuesta de parálisis tiene una función biológica de supervivencia en todos los mamíferos: evita que el depredador o el más fuerte siga atacando. Asimismo en la parálisis se segregan endorfinas que actúan como anestésicos naturales contra el dolor físico y emocional.

Levine e Iribarren (2013) llevan el modelo filogenético un paso más allá, igualando la falta de recuperación del congelamiento o respuesta de inmovilidad, con la retención de una energía almacenada y no disipada de la respuesta de lucha- huida truncada. Este estado mantenido de arousal del sistema simpático sirve como impulso para la memoria y los síntomas de activación del trauma y el TEPT. Atribuye la tendencia a la traumatización en la especie humana a la influencia inhibitoria de los centros neo corticales seleccionados, que bloquean la capacidad instintiva que poseen los animales salvajes de descargar, sacudiéndose con movimientos, la energía retenida.

### ***Aportaciones de la Neurociencia a la Definición del Trauma.***

Tutté (2006) explica la aportación de las neurociencias a la neurobiología del trauma, los nuevos avances en lo concerniente a las investigaciones actuales sobre emoción y memoria se compatibilizan con el concepto de trauma psicológico. También los descubrimientos actuales de las neurociencias, en relación a las estructuras encefálicas, interrelacionan factores como el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, las regulaciones cerebrales y extra-cerebrales de las secreciones internas, su acción en áreas del cerebro que involucran fundamentalmente los circuitos límbicos (amígdala e hipocampo), el sistema de corteza orbito-frontal, el hipotálamo y el eje hipotálamo- hipófiso-suprarrenal.

Para Morgado (2007) además de su papel en la memoria, el hipocampo regula también el despertar emocional, como la amígdala. Esta idea es completada por Tutté (2006) que indica que estas partes relativamente primitivas del sistema nervioso central, podrían estar vinculadas en la mediación de los recuerdos de las experiencias traumáticas. Los recuerdos traumáticos regresarían principalmente a través del sistema sensorial, en forma de sensaciones cinestésicas, olores, sabores, imágenes visuales, descontextualizadas y sin significado aparente. Las propiedades relativamente simples de este sistema de memoria sugieren que las inscripciones, lo que queda almacenado, retorna en la misma modalidad en la que fue codificado, lo que se olió vuelve como un olor. La memoria del trauma solo se concibe como huellas perceptivas, como una memoria sensorial que no ha adquirido la cualidad de representación de la huella mnémica. El regreso del recuerdo se ve marcado por intensas reacciones emocionales: temor y rabia; tanto como imágenes: flashbacks y pesadillas.

Para Van der Kolk, (2007) en los pacientes con TEPT, al enfrentarse a un número suficiente de elementos sensoriales que coinciden con las improntas existentes en el momento del trauma original, tales como ser tocado de determinada manera, estar expuesto a determinados olores o ver cosas que recuerdan el suceso, se activan sistemas biológicos como si estuvieran siendo expuestos nuevamente al trauma. Al enfrentarse con elementos del trauma original, presentan reacciones psicofisiológicas y respuestas neuroendocrinas que son el reflejo de haber sido condicionados a responder frente a determinados recuerdos traumáticos tal y como si estuvieran siendo sometidos a una re-exposición del trauma original. A pesar de que el suceso traumático haya ocurrido

muchos años atrás, sus cuerpos siguen reaccionando como si estuvieran siendo traumatizados nuevamente.

Parece que los procesos sensorio-motores, no han sido aún asimilados, disparándose estos fácilmente si se activa un número suficiente de elementos sensoriales del trauma original, y se ha comprobado que cuando se está reviviendo esa experiencia, se tienen muy activadas la amígdala y la corteza prefrontal. Esa sobreactivación y la liberación de hormonas del estado de estrés postraumático, además de producir daños en otras partes del organismo, acaban por dañar el cerebro, particularmente el hipocampo, originando un importante déficit en la memoria (Morgado, 2007). Este es un elemento central del TEPT, que consiste en la incapacidad de colocar adecuadamente determinadas sensaciones físicas dentro del contexto de las experiencias corrientes propias y de reaccionar de manera inmediata, con acciones tales como hiperacción o con congelación.

Es poco probable que la persona traumatizada sea consciente de las sensaciones físicas que precipitan las emociones terribles y las acciones amenazadoras. Es como si se careciera de una fuerza organizadora central que permitiera situar lo que está ocurriendo en su adecuado contexto de espacio y tiempo (Van der Kolk, 2007).

Durante la experiencia traumática y postraumática hay una desregulación bioquímica debido a que la amígdala permanece hiperactivada ante una percepción de peligro, incluso cuando ya ha acontecido. Esta hiperactivación genera un exceso de cortisol que inhibe la actividad del hipocampo, núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la codificación de las mismas en una perspectiva espacio temporal. Es decir sin la intervención del hipocampo las vivencias no podrán ser convertidas en experiencias narrativas con un final y una ubicación en el pasado. Por lo tanto las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, no como memoria explícita o verbal, como se verá en el apartado “aportaciones de la Neurociencia a concepto de memoria”. Estas vivencias que no han sido integradas permanecen activas y siguen influenciando la percepción de la realidad (Morgado, 2007; Salvador, 2010).

Además de dañar el cerebro, las reacciones traumáticas pueden disminuir la capacidad de las personas para regular sus respuestas emocionales. Cuando se experimenta una emoción negativa intensa el funcionamiento de la corteza cerebral está

parcialmente bloqueado y por eso también lo está el pensamiento, para que la sobreactivación del cerebro emocional disminuya y vaya dejando lugar a una situación en la que nuevamente pueda funcionar la racionalidad y la persona vuelva a encontrar la serenidad.

### **1.2.2 Factores de Riesgo de Trauma.**

Son muchos los acontecimientos vitales que pueden causar trauma, pero como se ha visto en las características de este trastorno, depende de la vulnerabilidad del individuo. Una persona puede quedar traumatizada por cualquier suceso que perciba como una amenaza para su vida. Esta percepción se basa en la edad de la persona, en su experiencia e incluso en su temperamento. El trauma no tiene porqué surgir de una catástrofe importante, bajo ciertas circunstancias incluso caerse de una bicicleta puede resultar abrumador para un niño/a.

Los factores de riesgo de trauma se podrían clasificar según:

- Quien padece el trauma.
- Quien es testigo del trauma. Ser testigo de un trauma también puede ser traumatizante: los que ayudan (bomberos, policías...) o los testigos.

Otra distinción importante se refiere a:

- Si ocurren naturalmente.
- Si son provocados por el hombre.

Igualmente se experimenta la violencia que viene de personas con las que hay un vínculo afectivo, mucho peor que la violencia proveniente de personas desconocidas.

A continuación se van a clasificar los diferentes tipos de sucesos abrumadores que potencialmente pueden causar trauma o factores de riesgo de trauma, según los diferentes autores.

Empezaremos con la experiencia del desamparo de Sigmund Freud, con las que traza las coordenadas de las diferentes modalidades de angustia o trauma:

Tabla 1 Modalidades Angustia (Freud, 1920)

<b>Modalidades de angustia según S. Freud:</b>
Experiencia del nacimiento.
Fragilidad del niño pequeño.
Peligro vital.
Peligro psíquico.
Pérdida de objeto.
Pérdida de partes del propio cuerpo.

Otra clasificación es la que propuso Terr, quien distinguió dos tipos de factores de riesgo de trauma: mientras que las experiencias de tipo uno, son acontecimientos breves y únicos, las de tipo dos, pueden durar muchos años:

Tabla 2 Clasificación factores riesgo (Terr, 1991)

<b>Tipo 1: Acontecimientos breves, repentinos e inesperados: que se caracterizan por un grave peligro de la vida o de la integridad física.</b>
1. Accidentes (choques de automóviles o trenes).
2. Violencia criminal (violación o asalto armado).
3. Catástrofes naturales de corta duración (tornados, inundaciones).
<b>Tipo 2: Situaciones abrumadoras, persistentes y repetitivas: que se caracterizan por desamparo e impotencia.</b>
1. Ser víctima de tortura.
2. Ser prisionero de guerra.
3. El abuso sexual o físico.
4. Experiencias de agresiones constantes en la escuela.

Una aportación similar de tipos de trauma la ofrece Bourquin y Cortés (2014), que distingue:

- Trauma por una experiencia aguda única (violación).
- Trauma repetitivo de experiencias agudas (maltrato, acoso escolar).

El trauma acumulativo se ignora fácilmente, pues el suceso parece menor y es negado o minimizado en la propia familia. Parece normal, pero la repetición continua tiene un efecto traumatizante (una desatención, un trato despreciativo, una crítica constante).

Siguiendo a estos mismos autores, Bourquin y Cortés (2014), afirman que hay que tener en cuenta que a menudo la persona sufre más de una clase de heridas. Pueden

juntarse diferentes y a la vez parecidas dinámicas, que se refuerzan mutuamente y es necesario tener presente en el proceso terapéutico la situación actual, la situación de la infancia y también la historia familiar. Es decir para establecer un pronóstico favorable, en el tratamiento psicológico, se ha de considerar simultáneamente todas las heridas personales y del sistema familiar, este hecho complica el abordaje terapéutico del trauma. Otra clasificación de trauma se produce si éste se ha padecido personalmente, o bien afecta al individuo por haberlo padecido un miembro de su sistema familiar, es decir factores de riesgo de trauma personal y transgeneracional.

Otra propuesta sería la de Levine e Iribarren (2013) para quien las causas del trauma pueden dividirse en dos categorías principales: las evidentes y las menos evidentes. Entre las *causas evidentes* del trauma se incluyen en la siguiente Tabla:

Tabla 3 Causas del trauma (Levine e Iribarren, 2013)

Causas evidentes:
1. La guerra.
2. El abuso infantil severo, sea físico, emocional o sexual.
3. El descuido, la traición o el abandono durante la infancia.
4. La experiencia de contemplar violencia.
5. La violación.
6. Las lesiones y las enfermedades catastróficas.
Entre las causas potenciales y menos evidentes del trauma se incluyen:
7. Accidentes automovilísticos menores, incluso pequeñas colisiones, especialmente los que producen latigazo cervical.
8. Procedimientos médicos y dentales invasivos, particularmente cuando se realizan a niños anestesiados o tienen que ser sujetados (el uso de éter incrementa la probabilidad de trauma).
9. Para los adultos muchos procedimientos médicos, como el examen pélvico, pueden ser experimentados como una especie de agresión, aunque se sepa racionalmente que son útiles y necesarios.
10. Caídas u otras lesiones de las llamadas menores, especialmente cuando están involucrados niños o personas mayores.
11. Desastres naturales, entre los que se incluyen terremotos, huracanes, tornados, incendios e inundaciones.
12. Enfermedades, especialmente cuando se sufre fiebre alta o envenenamiento accidental.
13. Quedarse solo en especial en niños pequeños y bebés.
14. Inmovilización prolongada, especialmente en el caso de los niños (yesos y entablillamientos aplicados durante largos periodos para tratar la escoliosis o enderezar los pies).
15. Exposición al calor o al frío extremos, especialmente en niños o en bebés.
16. Tensión y sufrimiento durante el nacimiento, tanto para la madre como para el niño.

La APA en el DSM-5 considera causa de trastorno de estrés postraumático los siguientes factores:

Tabla 4 Factores de riesgo de TEPT según DSM-5(APA, 2014, p. 271)

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

En niños/as menores de 6 años las causas del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5 son:

Tabla 5 Factores de riesgo de TEPT en niños/as (APA, 2014, p. 272-3)

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios (no se incluyen sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías).
Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

Otra clasificación es la que ofrece Ruppert (2012), en la que nos hemos basado para la elaboración de las hojas de registro sobre los factores de riesgo de trauma personal, y los factores de riesgo de trauma transgeneracional de esta investigación. Él distingue los siguientes tipos: factores de riesgo de padecer trauma de vínculo, de pérdida y existencial

Como se ha visto puede haber más de un acontecimiento vital que haya causado traumas a la persona. Los diversos traumas se superponen unos con otros y provienen de diferentes etapas de la vida (Ruppert, 2014).

El modelo de Nelles (2011) describe la totalidad de la vida como evolución ascendente de la conciencia. Desde la vida intrauterina, la lactancia hasta la vida adulta a través de la niñez y juventud, se cubren y superan etapas de maduración; cada nivel es más amplio y abarca más que el anterior. Los hitos del camino de la vida son la fusión con la madre en el seno materno, el crecimiento al abrigo del grupo, la desvinculación del grupo de procedencia y finalmente la formación de un nuevo grupo.

Por lo tanto en esta investigación, al elaborar las hojas de registro, para recoger la información sobre los factores de riesgo de traumas personales de los pacientes, se ha tenido en cuenta las distintas etapas de la vida: la intrauterina, la infancia, la adolescencia, juventud y edad adulta. Los tipos de acontecimientos vitales o posibles factores de riesgo de trauma personales y transgeneracionales que se han incluido, son los que han señalado los principales autores sobre el tema y los más destacados de las sesiones clínicas (APA, 2014; Bourquin, 2011; Nelles, 2011; Ruppert, 2012):

Tabla 6 Factores de riesgo de trauma propuestos por los principales autores

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA</b>
<b><i>Factores de riesgo de trauma de vínculo</i></b>
1. Pérdida de un embarazo anterior.
2. Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño/a.
3. Rechazo del embarazo por parte de la madre.
4. Abandono de la madre por parte de su compañero.
5. Duelo de la madre por la muerte de un pariente próximo.
6. Parto difícil.
7. Madre emocionalmente inaccesible.
8. Padre o madre que descuida, rechaza, odia al hijo.
9. Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes.
10. Abuso sexual.
11. Maltrato.
12. Acoso escolar (Bullying).
<b><i>Factores de riesgo de trauma existencial.</i></b>
1. Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas).
2. Accidentes.
3. Ataques terroristas.
4. Guerra.
5. Asaltos violentos, secuestros, violaciones.
6. Persecución por ideas políticas.
7. Violaciones, agresión sexual.
8. Maltrato de pareja.
9. Diagnóstico de una enfermedad grave.
10. Intervenciones quirúrgicas/hospitalización.
11. Testigo de experiencias violentas.
12. Infidelidad.
13. ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual).
<b><i>Factores de riesgo de trauma de pérdida</i></b>
1. Muerte repentina de los padres.
2. Muerte repentina de un hermano.
3. Muerte repentina de una pareja amada.
4. Pérdida de un hijo.
5. Aborto Natural.
6. Aborto Provocado.
7. Muerte de la madre en el parto.
8. Muerte de un ser querido (incluir mascota).
9. Enfermedad de un ser querido.
10. Muerte de un ser querido por suicidio.
11. Asesinato de un ser querido.
12. Separación, divorcio viudedad.
13. Separación o divorcio de los padres.
14. Pérdida por ausencia prolongada de la madre.
15. Pérdida por ausencia prolongada de la madre.
16. Pérdida de los padres por adopción o por quedar al cuidado de otros.
17. Pérdida de seres queridos (no por causas mortales).
18. Pérdida del hogar, ciudad, país.
19. Pérdida del trabajo, acoso laboral.
20. Pérdida de la salud.
21. Pérdida económica.
22. Pérdida de la casa.

### ***Trauma de Vínculo.***

El trauma de vínculo es el sufrido en la etapa más temprana e influirá en el resto de la vida. Las experiencias vitales tempranas son el fundamento de nuestra psique, por ello vamos a empezar destacando la importancia de los hechos precoces, pues son causa de interrupción del desarrollo físico y psíquico, después distinguiremos los conceptos de apego y vínculo, antes de desarrollar las principales etapas del trauma de vínculo: la intrauterina, la infancia y la adolescencia

En la importancia de las primeras experiencias de vida insistió, hace más de un siglo, Sigmund Freud con la teoría del trauma como causa de la neurosis (Freud, 1915), además, para el posterior desarrollo de la personalidad, es importante tener en cuenta la etapa intrauterina y el propio nacimiento. Si durante el embarazo tuvieron lugar sucesos significativos, estos dejan de forma inevitable una huella en el niño/a, ya que durante la concepción el feto percibe y siente (Bourquin y Cortés, 2014).

Algunos expertos sobre el tema afirman que los sucesos de esta primera etapa vital, dejan una impronta que suele ser un factor desencadenante de los llamados sentimientos básicos, es decir, sentimientos que acompañan de forma permanente a lo largo de la vida. Las experiencias vitales más tempranas establecen el patrón de lo que la persona va a creer como realidad. Influyen persistentemente en el sujeto y en el desarrollo de su personalidad (Bourquin, 2011; Bourquin y Cortés, 2014; Nelles, 2011; Ruppert, 2012; Salvador, 2016).

Bourquin y Cortés (2014) explican que dado que la persona adulta no tiene ningún recuerdo consciente de los meses que pasó en el vientre de la madre y de los primeros años de vida, en general no puede atribuir esos sentimientos básicos y creencias arcaicas a ningún acontecimiento. Esto además le suele causar confusión porque hace que no comprenda sus propios sentimientos.

Eric Berne define el guion de la vida como *“un plan de vida basado en una decisión tomada en la infancia, reforzado por los padres, justificado por acontecimientos subsiguientes, y que culmina con una alternativa elegida”* (Berne, 1973, citado por Salvador, 2010, p.2).

Para Salvador (2010) el guion de vida es un grupo complejo de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia. Son

sistemas inconscientes de organización psicológica y autorregulación contruidos primordialmente como recuerdos o memorias implícitas y expresados a través del malestar fisiológico.

Es importante, antes de continuar, distinguir los conceptos de vínculo y apego, pues en la literatura se emplean de manera que se suponen equivalentes e intercambiables. Pero tras una observación detallada se aprecia que en muchas ocasiones hacen referencia a cosas diferentes. La teoría del apego establece que hay un sistema motivacional que nace de la necesidad primaria de los niños/as de mantener una proximidad física con sus cuidadores principales, como manera de garantizar su propia supervivencia. La función evolutiva de este sistema cuenta además con estrategias propias cuando el apego se activa y tienen como objetivo asegurar la proximidad y la disponibilidad física y emocional del otro.

El apego, definido en el marco de la teoría de Bowlby (Bowlby, 1988, citado por Burutxaga et al., 2018, p.1) es un sistema de habilidades y comportamientos concretos que ayudan al sujeto a obtener o mantener la proximidad necesaria respecto al individuo que es considerado con más capacidades para afrontar las exigencias del mundo exterior.

Bowlby (1996), señala que el sistema de apego propio de cada niño/a se activará en situaciones de ausencia y de reencuentro con la figura principal. El apego es entendido como una necesidad más del bebé y como tal se la define como única y diferente al resto de necesidades básicas. El sistema de apego se desarrolla en el niño/a a partir de los seis meses y una vez se desarrolla, presentan un conjunto de comportamientos bien diferenciados y estructurados, dirigidos a la figura de apego principal, que generalmente es la madre, pero puede ser el padre o cualquier otra persona que cumpla la función de ofrecer seguridad y protección. Esta relación de apego se establece siempre entre el niño/a y otra persona, no es posible incluir un tercero en esta dualidad.

Por otra parte la teoría del vínculo hace referencia a la unión básica entre el niño/a y la madre, siendo un proceso bidireccional en el que el psiquismo del niño/a influye en el de la madre y viceversa. El vínculo se define como una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto, y su mutua interrelación, acompañada de procesos de comunicación y aprendizaje. Se establece un vínculo entre la madre y el bebé mientras

éste todavía está en el vientre materno. Esta unión, puramente biológica en el primer momento, pasa a ser una unión emocional y afectiva que deja una huella que será la base de todos los vínculos futuros a desarrollar (Burutxaga et al, 2018).

Generalmente se habla de vínculo para hablar de la unión entre dos o más personas, pudiendo darse diferentes tipos de vínculos, a muchos y diferentes niveles, y este tipo de unión suele llevar asociados componentes afectivos. Podemos ver que en la literatura se habla desde el vínculo que se forma en el período pre-natal, puramente biológico, al vínculo familiar que une a todos los miembros de una familia.

Igual que el apego tiene una limitación temporal, el vínculo, por su parte, no parece tenerla. Pueden establecerse vínculos a diferentes edades y niveles de desarrollo psicológico. Si bien las relaciones de apego significativas son duales y generalmente poco frecuentes a lo largo de la vida, las asociaciones vinculares aparecen continuamente dentro de un desarrollo psicoemocional normal (Moneta, 2014).

El vincularse parece ser algo innato en el ser humano, algo que va a seguir buscando durante toda su existencia. Esta búsqueda de relaciones con otros seres significativos parece ser, no solo una necesidad en sí misma, sino que ayuda a cubrir diferentes necesidades a lo largo de la vida, como la necesidad de comida o la necesidad de cobijo (Burutxaga et al, 2018).

Resumiendo: el concepto de apego define unos comportamientos y unas estrategias de relación específicas en el niño/a y en los adultos destinados a cubrir unas necesidades propias, diferentes de otras necesidades básicas como las de afiliación o cobijo. El vínculo, frecuentemente confundido con el apego, es un concepto más amplio y que compromete una mayor variedad de comportamientos y modos relacionales. Vincularse es básico para el correcto desarrollo psico-emocional, es por ello que estas relaciones no solo sirven como fuente para las necesidades vinculares propias, sino que ayudan a satisfacer otra serie de necesidades primarias.

Por lo tanto la psicología clínica debe de considerar la posibilidad que el paciente haya sufrido un trauma precoz ya que diagnósticos psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad incluso psicosis, es probable que tengan su raíz en momentos anteriores a su nacimiento (Gaviria, 2006; Ruppert, 2012).

Las situaciones traumáticas vividas en el útero de la madre, la infancia e incluso la adolescencia, producen lo que se denomina trauma de vínculo que va a predisponer a la persona a una vulnerabilidad, provocando la repetición de traumas personales en las diferentes etapas de su vida. En los siguientes apartados, desarrollaremos el trauma de vínculo intrauterino y el trauma de vínculo en la infancia y en la adolescencia.

#### *Trauma de Vínculo Intrauterino.*

Como hemos dicho, el bebé y su madre establecen el vínculo ya desde el seno materno. En este apartado vamos a empezar destacando la importancia del periodo intrauterino para el desarrollo físico y psíquico del ser humano, a continuación se describirán los procesos mentales que ya posee el embrión, el siguiente punto se referirá a la capacidad de sufrir Trastorno de Estrés Postraumático ya desde el periodo intrauterino y por último se verán los factores de riesgo de trauma de vínculo intrauterino.

El comportamiento humano se ordena paulatinamente desde el ambiente intrauterino. El impacto de la vida fetal en la salud, a través del curso de la vida, cobra cada vez mayor importancia en las diferentes disciplinas psicológicas, psiquiátricas y médicas. Aspectos como la nutrición intrauterina, factores endocrinos como la hormona de crecimiento, los glucocorticoides y el peso al momento de nacer, son estudiados en relación con el desarrollo físico y psíquico del individuo (Gaviria, 2006; Stitou y Ribas, 2011).

Prueba de ello es que las investigaciones procedentes del campo de la psicología prenatal están mostrando cada vez, con mayor claridad, que se debería prestar mucha atención al periodo anterior al nacimiento, pues lo experimentado durante esta primera etapa tiene un efecto profundo y duradero.

Por consiguiente están aumentando los estudios acerca de los efectos de la salud mental materna en la salud del niño/a y de los eventos prenatales y obstétricos asociados con algunos problemas de salud mental, como complicaciones obstétricas y su relación con la esquizofrenia en sujetos con vulnerabilidad genética y con los trastornos afectivos. El feto puede responder de manera adaptativa o desadaptativa. Esta cadena de situaciones generaría un círculo vicioso entre salud materna y salud fetal (Gaviria, 2006; Stitou y Rivas, 2011).

### *Procesos Mentales del Embrión.*

Son muchas las investigaciones que documentan el hecho de que el niño/a percibe, siente y reconoce ya desde el seno materno y que esas percepciones pueden influir en el estado psíquico del adulto (Bourquin y Cortés, 2014; Gaviria, 2006; Nelles, 2011; Ruppert, 2014; Stitou y Ribas, 2011).

Los estudios de la psicología prenatal y perinatal muestran claramente que el organismo humano es desde que se origina, no solo una colección de estructuras celulares biológicas, sino un ser vivo con cualidades psíquicas (Chamberlain, 2002; De Jong, 2004, Emerson, 2012, Janov, 2012; Janus y Häsing, 1997; Krüll, 2009, Levend y Janus, 2011, Meissner, 2011, Schindler, 2011 y Renggli, 2013 citados por Ruppert, 2014, p. 48; Laing y Lake, 1970, citados por Bourquin y Cortés, 2014, p. 51).

Dichas cualidades se van desarrollando paralelamente a la estructura corporal del niño/a. Percibir, sentir, pensar, querer, recordar o ser consciente de uno mismo, son procesos mentales que aparecen antes del nacimiento (Ruppert, 2014).

Aproximadamente 15 días después de la fecundación aparecen células nerviosas, y a las ocho semanas el feto cuenta ya con un cerebro primitivo, que se desarrolla velozmente hasta el momento del nacimiento. El día 25 de desarrollo embrionario el corazón empieza a latir es el primer órgano que funciona en el nuevo ser, el sistema nervioso comienza a desarrollarse y aparecen pequeñas protuberancias que más tarde serán los brazos y piernas (Nilson y Hamberguer, 2003 citado en Ruppert, 2014, p. 79).

Durante el embarazo el embrión desarrolla sus sentidos y gracias a ellos percibe su entorno y reacciona a él sintiendo y expresando emociones y con un comportamiento claramente espontáneo. Antes del nacimiento el ser humano ya tiene desarrolladas parte de sus procesos mentales: emociones, comportamientos, inteligencia, consciencia y aprendizaje.

*Emociones.* Las emociones del embrión se pueden inferir a partir del lenguaje corporal, de las expresiones faciales y de ciertas reacciones fisiológicas (Bourquin y Cortés, 2014; Gaviria, 2006; Stitou y Ribas, 2011).

La observación de la reacción del nonato a la prueba de la amniocentesis indica las reacciones emocionales que pueden tener en la semana 12 o 13 de gestación, que es cuando se realiza la punción. El fin de esta intervención es detectar posibles defectos

genéticos, a través de la extracción de líquido amniótico. Las reacciones de los nonatos al introducir una aguja en la cavidad uterina son variadas:

- Algunos reaccionan alejándose todo lo posible y permaneciendo inmóviles, a veces durante días después de la prueba.
- Los movimientos respiratorios que en esta etapa ya ocupan mucho tiempo de ejercicio del nonato, se ven drásticamente reducidos y la frecuencia cardiaca también se eleva o disminuye notablemente. Se puede con estas reacciones intuir su miedo o estado de shock.
- Otros bebés reaccionan de manera completamente distinta parecen enfadarse y golpean con fuerza la aguja y en algún caso ha llegado a coger fuertemente la aguja con su mano (Bourquin y Cortés 2014).

*Comportamientos.* Los comportamientos de los bebés en el útero, conocidos gracias a las técnicas de ultrasonido, indican reacciones únicas e individuales ante los estímulos recibidos. El ritmo de actividad y descanso, de ejercicio y de sueño es diferente para cada uno.

*Inteligencia y consciencia.* La capacidad de aprender solamente puede ocurrir cuando existe una inteligencia y una consciencia que lo hagan posible. A partir de la tercera semana después de la concepción aparecen las partes básicas de la médula espinal y el cerebro. En la sexta semana ya se puede detectar actividad eléctrica medible (Gaviria, 2006; Stitou y Rivas, 2011).

Las investigaciones de Pert (1985) apuntan hacia una comprensión expandida del procesamiento de la información, más allá de las neuronas y sus sinapsis hacia los sitios receptores de neuropéptidos que se encuentran por todo el organismo. No se puede separar el cerebro del cuerpo. El cerebro es mucho más que las neuronas, de tal forma que la inteligencia, los recuerdos y las emociones tienen lugar en el cerebro y en todo el cuerpo. Pert encontró en el tronco encefálico del embrión espesos grupos de receptores de neuropéptidos (cadenas de aminoácidos producidos directamente por las células nerviosas y que funcionan como moléculas que transmiten información por las distintas partes del cuerpo), en tal cantidad que les han hecho suponer que en realidad el tronco encefálico forma parte del sistema límbico, la parte del cerebro que sobre todo se ocupa de las emociones y la memoria (Pert, 1985, citado por Bourquin y Cortes, 2014, p. 46-47).

*Aprendizaje.* Las investigaciones llevadas a cabo por Hepper de la Universidad de Queens en Belfast, concluyen que los nonatos realizan muchos y variados aprendizajes en el útero materno. Según sus observaciones los bebés pueden aprender de diferentes maneras entre ellas mediante el descubrimiento, la habituación y el condicionamiento (Hepper, 1997, citado por Bourquin y Cortes, 2014, p. 48).

*TEPT Intrauterino.*

Hay que resaltar que las condiciones adversas en el ambiente uterino no necesariamente producen resultados adversos, pero la combinación de factores de riesgo puede producir mayor vulnerabilidad (Gaviria, 2006). Distintos estudios muestran que el hijo/a de una madre que ha experimentado estrés durante el embarazo tiene un riesgo más elevado de sufrir dificultades de aprendizaje a lo largo de su vida, tics nerviosos, baja capacidad intelectual, ansiedad, trastorno por déficit de atención, problemas de conducta y emocionales, retraso del lenguaje, problemas cognitivos y otros trastornos de inicio tardío como la esquizofrenia. Además puede provocar trastornos postnatales como la fácil irritabilidad, la inquietud motora o fuertes llantos, así como una mayor propensión a enfermar (Huizink, 200; Janus, 2011, citados por Ruppert, 2014, p. 102).

Una madre que ha tenido vivencias traumáticas puede hallarse en un estado de hiperexcitación crónica, que trasmite al feto a través del cordón umbilical en forma de hormonas del estrés, aumenta la secreción de glucocorticoides en el torrente sanguíneo, que cruza la placenta y detiene o inhibe el crecimiento fetal (Stitou y Ribas, 2011).

Por otra parte el estrés materno puede producir contracciones en el útero y la experiencia negativa precoz puede ocasionar alteraciones bioquímicas en la fisiología del cerebro del niño/a. Los cambios en el cerebro pueden aumentar el riesgo de producir distintas patologías, dado que el feto se encuentra en un periodo vulnerable del desarrollo (Gaviria, 2006; Stitou y Ribas, 2011).

La mente de un niño/a puede responder ya antes del nacimiento a las influencias traumáticas de su entorno y es necesario que pueda hacerlo para que no muera prematuramente a causa de la sobreexcitación mental. Por lo tanto antes del nacimiento el bebé puede sufrir una fragmentación psíquica, bloqueo o disociación como reacción a una experiencia traumática. Es decir ya antes de nacer se es capaz de reaccionar ante un trauma mediante la escisión de los procesos psíquicos, por lo tanto se puede nacer al

mundo con la mente ya escindida, perdiendo la conexión con las necesidades físicas (Ruppert, 2014, Salvador 2016).

Los traumas tienen una influencia muy negativa en el desarrollo del vínculo con los padres que es algo vital para el niño/a. Además de los posibles traumas prenatales, el feto interacciona con los traumas de la madre. Ya antes de haber nacido al bebé se le puede hacer imposible refugiarse mentalmente en una madre traumatizada y establecer un vínculo emocional sano con ella. Todo lo que traumatiza a una madre favorece también la traumatización de su hijo/a. En lo relativo a la concepción, el embarazo y el parto, las experiencias de una madre son inseparables de las de su hijo/a. El estrés materno puede originarse por factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas o respuesta emocional al embarazo. Estas variables producen respuestas emocionales y fisiológicas en la madre que repercuten en el bienestar fetal (Gaviria, 2006; Ruppert, 2014; Thorsheim, 2014).

#### *Factores de Riesgo de Trauma de Vínculo Intrauterino.*

Como se ha mostrado el crecimiento en el útero materno, la etapa intrauterina, debe contar como una importante etapa de la vida que deja patentes huellas psíquicas que afectan a la edad adulta (Nelles, 2011; Bourquin 2014; Ruppert, 2014). Los principales acontecimientos que pueden causar trauma intrauterino son: pérdida de un embarazo anterior, rechazo del embarazo por parte de la madre, situación de amenaza para la vida de la madre o el niño/a, abandono de la madre por parte de su compañero, duelo de la madre por muerte o enfermedad de un ser querido o pariente próximo, desempleo, guerra, pérdida de la patria, parto difícil, pérdida de un gemelo o mellizo. También la súbita separación de la madre que provoca un parto prematuro y el entorno de la incubadora, son traumáticos (Bourquin y Cortes, 2014; Ruppert, 2014).

Otro factor destacable en el embarazo, es que abre las puertas de acceso al trauma simbiótico prenatal de la madre. A través de su embarazo la futura madre se encuentra necesariamente confrontada con los sentimientos y traumas de su madre en cuyas manos se encontraba antes de nacer. La embarazada reproduce inconscientemente el modelo de vínculo que ella vivió antes de nacer (Schultze-Kraft, 2014).

Los factores de riesgo de trauma de vínculo intrauterino que se van a considerar en esta investigación son: pérdida de un embarazo anterior, situación de amenaza para la vida de la madre o el niño/a, rechazo del embarazo por parte de la madre, duelo de la

madre por muerte o enfermedad de un ser querido y parto difícil, por ser los acontecimientos más representativos en esta muestra.

*Pérdida de un embarazo anterior.* Varios autores han expuesto que se pueden producir abortos espontáneos aislados por la influencia de factores psicológicos y esta influencia es mayor cuando se producen abortos espontáneos repetidos. Después de un aborto los sentimientos de duelo, el complejo de inferioridad, de no valer, harían a la mujer más frágil ante el estrés de un nuevo embarazo que no sabe cómo va a terminar (Stitou y Ribas, 2011).

Así pues la experiencia del aborto espontáneo puede estar escindida para la madre y ser despertada por un nuevo embarazo (Hoppe, 2014). Todos los bebés nacidos tras un aborto o muerte fetal se consideran sucesivos, y su embarazo es considerado desde un principio como de riesgo. Si la madre está traumatizada por la pérdida de un hijo/a en un embarazo anterior, su predisposición al apego se encuentra invariablemente afectada. La madre de un hijo/a sucesivo no suele poder abrirse emocionalmente a su hijo/a durante el embarazo, puesto que siente temor a experimentar una nueva pérdida. La tensión y la intranquilidad de la madre pueden transmitirse física o psíquicamente al feto (Schulte, 2014).

*Rechazo del embarazo por parte de la madre.* Durante la gestación, el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo, solo por el cambio de vida que supone. La ambivalencia de la madre puede deberse a los cambios que presentará el cuerpo, a lo impredecible e inseguridad del resultado, no saber en todo momento que el embarazo vaya bien, o que el bebé goce de buena salud, miedo sobre las posibles complicaciones en el embarazo o el parto, miedo al dolor o a la muerte, al aborto o a la malformación (Stitou y Ribas, 2011).

Habrá que considerar que esta ambivalencia puede expresarse de formas muy diferentes y no siempre resulta tan fácilmente perceptible, como en el caso de un rechazo abierto con un deseo manifiesto de abortar. Así, otros motivos de rechazo del embarazo por parte de la madre pueden producirse por quedarse embarazada muy joven o soltera, volverse a embarazarse poco después de parir, tener ya muchos hijos o ser de edad avanzada.

Algunas embarazadas se sienten inseguras y luchan por tomar una decisión. Puede haber circunstancias añadidas que aumentan la presión, como la manipulación

por parte de la pareja o los padres, lo que provoca que no pueda elegir libremente de acuerdo con sus sentimientos.

Si la situación de partida es un intento de aborto, la madre rara vez consigue estar accesible emocionalmente para este niño/a o para los hermanos/as que pudieran venir, ni ser una madre cariñosa, previsible y que ofrezca sostén y seguridad (Hoppe, 2014). Entonces si el aborto fracasa, el niño/a por el mero hecho de existir le recuerda a la madre continuamente el comienzo, que no fue deseado/a y como actuó ella ante dicha situación. También puede ocurrir que él o ella despierte en la madre el recuerdo de experiencias negativas vividas antes de engendrarlo/a. Esto puede destapar la confusión, la rabia y el odio, tanto hacia el niño/a como hacia sí misma.

Como consecuencia las experiencias existenciales tempranas pueden conducir a que se repita durante toda una vida la situación de partida, como un intento de autosanación. La sensación temprana de estar en peligro y no ser bienvenido es extrañamente penetrante y evidente y va buscando argumentos hasta llegar a la paranoia. De modo que las creencias delirantes pueden ser reflejos de amenazas que existieron realmente en épocas anteriores (Janus, 2011 citado por Ruppert, 2014, p. 145).

*Duelo de la Madre por Muerte o Enfermedad de un Ser Querido o Pariente Próximo.* Este hecho afecta al nonato durante el embarazo y también en los primeros meses o años de vida. El bebé va a percibir la tristeza o ausencia emocional de la madre. En función de cómo reaccione la madre, de si el duelo se alarga mucho en el tiempo llegando a la depresión, la situación puede conducir a un apego incoherente.

*Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño y Parto difícil.* Como ya se ha explicado, las situaciones adversas y el estrés pueden producir mayor vulnerabilidad en el niño/a. Las vivencias traumáticas de la madre y el estado de hiperexcitación crónica se transmiten al feto. Además cuando la madre sufre en el parto, es notorio, además, el sufrimiento del feto.

En conclusión el niño/a antes de nacer puede haber experimentado un estado prenatal negativo, que va a afectar el apego y al vínculo con sus cuidadores y le va a hacer vulnerable en otras etapas de su vida.

*Trauma de Vínculo en la Infancia y Adolescencia.*

Como factores de riesgo de trauma de vínculo también hemos incluido los acontecimientos abrumadores de la infancia y la adolescencia. En este apartado vamos a desarrollar la importancia del vínculo, que depende principalmente de la madre, para la supervivencia, también la importancia del apoyo del padre y de la comunidad, es decir la familia y el grupo como instrumento de supervivencia. A continuación se verá el Trastorno de Estrés Postraumático de vínculo y finalizaremos con los posibles factores de riesgo del trauma de vínculo en la infancia y la adolescencia.

Con el nacimiento el ser humano entra en su propia vida. El nacimiento es la primera experiencia de separación y en la mayoría de los casos comporta el primer trauma. El niño/a vive cada separación de la madre como riesgo de muerte.

Para muchos autores entre los que se encuentran Nelles (2011) y Ruppert (2012), el vínculo es lo que hace que el niño/a soporte la separación que se ha producido en el parto. Además las relaciones vinculantes son la base de la existencia humana, es una necesidad básica, desarrollar vínculos emocionales seguros y de apoyo ya que sin estos los seres humanos se sienten existencialmente amenazados y desamparados. Es el vínculo lo que proporciona al niño/a el sentimiento de seguridad y protección que necesita para adentrarse en su propia vida, en el mundo. Cuando los vínculos son inseguros la digestión psicológica de la separación física es mala e insuficiente

El vínculo con la madre en la primera infancia es una necesidad vital y una profunda necesidad biológica del niño/a. La rotura duradera de este vínculo da pie a graves problemas psicológicos. Casi todos los problemas psicológicos empiezan en las primeras relaciones entre madre e hijo/a. La vinculación a la madre es la base de los patrones psicológicos para todos los seres humanos. Esto significa que si la vinculación está ausente o seriamente fracturada, las bases psicológicas y emocionales de un individuo son excepcionalmente inestables (Ruppert, 2014).

Además el vínculo emocional del niño/a hacia la madre es necesario para su supervivencia. Sin cuidados intensivos, sin comida, sin calor, sin el amplio cobijo de la madre, pronto moriría de hambre o de frío o quedaría a merced del entorno. A su vez sin el apoyo de su pareja o de su comunidad, la madre pronto se debilitaría y se encontraría agobiada y desamparada. Cuanto mejores sean las condiciones de la madre, mejores serán las condiciones del hijo. Desde el principio cualquier cosa de la que carezca la madre o le cause estrés, en la misma proporción repercutirá sobre su hijo/a.

Si la madre no recibe ningún apoyo de su pareja, de su madre o de otros parientes, estará más sometida a presiones o a estrés. También la madre se encontrará en mejores condiciones si recibió más amor siendo niña. Si además padece desprecio y violencia a manos de otros, el efecto invariablemente se transmitirá a su hijo/a (Ruppert, 2012).

Los seres vivos que sobreviven juntos son atraídos entre sí por fuerzas de vínculo. El vínculo se desarrolla en un proceso mutuo de adaptación, en que cada uno de los participantes deja en el proceso de vinculación una impresión duradera en el otro, crea un sentimiento de pertenencia e identidad. Sólo cuando un niño/a tiene un sentimiento de pertenencia, reconoce las reglas y las leyes de su sociedad.

Por lo tanto tras la separación del nacimiento, para sobrevivir hace falta la vinculación. Los recién nacidos tienen la capacidad de comunicarse con el entorno y sobre todo de reaccionar de forma precisa a informaciones emocionales y de buscar orientación entre los adultos que le rodean, especialmente en la madre. Cuanto más inseguro es el contacto con la madre mayor influencia causará para el resto de la vida, expresándose en forma de patrones perjudiciales, trastornos conductuales, problemas o enfermedades psíquicas. Igualmente en los años posteriores transferirá a otras personas dicha experiencia. Por lo que una buena vinculación en la infancia permite buenas relaciones futuras. Los problemas con las amistades, en el empleo, en las relaciones profesionales, etc. indican relaciones vinculantes difíciles con los padres. La calidad del vínculo en la pareja depende en gran medida de la calidad del apego materno que el hombre y la mujer aportan a su relación. La vinculación conflictiva durante la infancia es la causa principal de los conflictos en la pareja (Cyrlunik, 2001; Kokoulina y Fernández, 2014; López- Soler, 2008; Ruppert, 2014).

Así pues la familia proporciona un sentimiento de seguridad que aminora el de dependencia y desamparo. En el plano material, la madre y la familia pueden ser sustituidas por otros, pero no ocurre lo mismo en el afectivo y psicológico. El sentimiento de pertenencia y afecto es una condición esencial del desarrollo sano pues proporciona al niño/a la seguridad que necesita para valerse por sí mismo/a. Esta etapa está siempre referida al grupo, se percibirá y presentará así mismo como “parte de” o como “perteneciente a”. En los primeros estadios se carece enteramente de conciencia

del yo. Los niños/as no pueden vivir sin el grupo, si desaparece la familia necesitan que otros ocupen su lugar (Nelles, 2011).

Por lo tanto la familia, el grupo es un importante instrumento que aseguraba la supervivencia. La vinculación al grupo cumple la función de hacer soportable la pérdida de la unidad original, y dar un sentido a la existencia individual (Nelles, 2011). Para poder asumir más tarde la responsabilidad sobre su integridad mental, es imprescindible que el niño/a experimente, ya desde el principio un apego siempre seguro y unas relaciones en las que se sienta apreciado (Ruppert, 2014).

Por otra parte es significativo que la infancia abarca un amplio arco evolutivo y un largo periodo de tiempo. Pese a la existencia de tan enormes diferencias tanto el bebé de dos semanas como el chico o la chica de catorce años son igualmente considerados niños/as, pues aún no se hallan en el terreno de su propia vida y necesitan la protección de la familia o de un grupo. La infancia está pues marcada por dos elementos: la progresiva independización y separación del niño/a, en relación a la madre y la construcción y cuidado del vínculo que la acompaña (Nelles, 2011).

Dentro del trauma de vínculo en la infancia y la adolescencia vamos a ver a continuación el TEPT y para finalizar los factores de riesgo de trauma de vínculo en esta etapa.

#### *TEPT de vínculo en la infancia y adolescencia.*

Siguiendo a Ruppert (2012), los niños/as para sobrevivir dependen de los cuidados físicos y psíquicos de su madre, si no reciben de ella suficiente calor, contacto, alimento y cariño se encuentran en un estado de indefensión, impotencia y desamparo y necesitan escindir el miedo a morir, la ira, la tristeza y el dolor relacionados con esas experiencias, este efecto del trauma produce un retardo en su desarrollo. Al comienzo de la vida, el niño/a necesita respuestas cariñosas y un vínculo afectivo seguro, el hecho de que la madre no sea capaz de conectar con él o ella, ni a nivel corporal ni emocional, supone una inmensa amenaza.

Salvador (2016) explica que si una madre embarazada no quiere tener al niño/a que crece en su interior se sentirá víctima de este y lo verá como un agresor y no tendrá la fuerza y la paciencia para cubrir sus necesidades posteriores. Esto significa que amar de forma sana es aceptar al otro/a tal como es, ser afectuoso/a, prestarle ayuda,

alentarlo/a en su desarrollo, satisfacer de forma adecuada sus necesidades de apoyo, protección, pertenencia, acogida, de recibir alimentos, calor, de ser mimado/a, tocado/a y respetar sus necesidades individuales de percibir, sentir, pensar, desear y actuar a su manera. No ser amado/a por sus padres en la medida necesaria para un desarrollo saludable puede tener muchas consecuencias para el niño/a. Para poder soportar la relación con sus padres, se ve obligado a reprimir sus sentimientos, a disociarse.

Por ejemplo las buenas relaciones y un vínculo seguro pueden paliar los acontecimientos estresantes que vive un recién nacido prematuro, que es fisiológicamente inmaduro y vulnerable. Tras el alumbramiento se enfrenta a un contingente de estímulos adversos: los monitores, los respiradores, las bombas de perfusión, los pulsioxímetros, los compresores de oxígeno, así como las diversas pruebas invasivas para el diagnóstico médico y tratamiento de la inmadurez. Desde una perspectiva psicopatológica, este soporte constituye un medio particularmente estresante, con un excesivo nivel luminoso, una contaminación acústica, además de procedimientos dolorosos y agotadores. Todo ello conforma un conglomerado de estímulos nocivos, susceptibles de dejar secuelas. Los resultados del estudio *Trastorno de estrés postraumático en nacidos prematuros* de Reyes-Alvarado et al. (2008), indican que los recién nacidos prematuros presentan los signos y síntomas relacionados con el TEPT. Además en este estudio se cuantificó un elevado y variado número de respuestas patológicas durante el tiempo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Un mayor tiempo de internamiento, o un menor peso al nacimiento, se asociaron con un mayor número de respuestas patológicas observadas. El contacto físico de la madre resultó un atenuante de las respuestas patológicas, frente al medio hostil que representa la incubadora.

También hay que reseñar que las necesidades de los niños/as escapan a la percepción de sus padres sobre todo cuando los traumas no procesados de estos dominan la situación. Los niños/as víctimas de violencia resultan traumatizados, porque se encuentran en un estado de impotencia e indefensión y los mecanismos de defensa contra el estrés agudizan todavía más esa impotencia, porque los agresores responden a las reacciones de estrés de sus víctimas con más violencia o negándoles ayuda. La víctima solo puede sobrevivir a una situación así reprimiendo sus reacciones ante el estrés a través del proceso de fragmentación psíquica: las reacciones son reprimidas y

no llegan a materializarse en acciones. Existe por tanto una sobreexcitación interna que deja de exteriorizarse. Si la situación de violencia es prolongada para poder soportarla deja de ser consciente de los miedos, los dolores, la vergüenza o la ira (Salvador, 2016).

Por lo tanto el niño/a prefiere sentirse culpable de su sufrimiento antes que tener que admitir que es víctima de unos padres traumatizados. Necesita escindirse y ser responsable de lo que le ocurre. Las ideas arbitrarias y las ilusiones de un mundo mejor son parte del repertorio básico de las estrategias de supervivencia ante el trauma. Las experiencias tempranas de violencia tienen consecuencias especialmente destructivas cuando los agresores son aquellas personas de las que el niño/a depende totalmente para recibir alimentos y cariño (Ruppert, 2014).

Los hijos/as cuando sufren la violencia o negligencia de sus padres o cuidadores, tienen que centrar su energía en no pensar en lo que les ha pasado y en no sentir el terror y el pánico en su cuerpo. No pueden tolerar lo que han experimentado y por tanto no pueden comprender que su ira, su terror o su colapso tengan algo que ver con esa experiencia. Borrar la conciencia y cultivar la negación suele ser esencial para la supervivencia, pero el precio es que el menor pierde la pista de quien es, de lo que está sintiendo, y de que o en quien puede confiar. Como hemos visto el trauma no se almacena como una narración con un inicio, una parte central y un final. Los recuerdos primero llegan en forma de flashbacks, que contienen fragmentos de la experiencia, imágenes aisladas, sonidos y sensaciones corporales que inicialmente no tienen más contexto que el miedo y el pánico (Van der Kolk, 2015).

En casos severos de historias de trauma crónico y repetido con maltratos y abusos, la personalidad queda disociada y desconectada. Los sistemas de acción de defensa y supervivencia inhiben y perturban el funcionamiento de los sistemas de acción para la vida normal. De esta manera se van a tener dificultades para disfrutar del juego, ofrecer cuidados a otros, gozar de las relaciones, etc., si el sistema neurológico está activo por la percepción de peligro o amenaza. Es decir al estar sometidas a una historia de trauma acumulativo y amenazador de la vida, sus sistemas de acción para la supervivencia y la vida pueden no llegar a integrarse en una respuesta organizada, coordinada y secuenciada (Salvador, 2016).

El estudio de Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez (2008) muestra la influencia significativa de este tipo de acontecimientos sobre la satisfacción vital, los problemas

emocionales y los problemas exteriorizantes. Los análisis centrados en el sujeto revelaron que los adolescentes resilientes (mucha adversidad y pocos problemas exteriorizantes), gozaban de relaciones familiares de mayor calidad que los adolescentes mal adaptados (mucha adversidad y muchos problemas exteriorizantes). Por lo tanto concluye que unas relaciones familiares positivas pueden ser consideradas como un factor de protección ante las consecuencias negativas de los acontecimientos vitales estresantes.

#### *Factores de Riesgo de Trauma de Vínculo en Infancia y Adolescencia.*

Además de la etapa intrauterina, el trauma de vínculo se puede dar en la infancia (de 0 a 11 años) pero también en la adolescencia (de 12 a 17 años). Los principales factores de riesgo de trauma de vínculo en estas etapas, que se han incluido en esta investigación son: madre emocionalmente inaccesible ; padre o madre que descuida, rechaza u odia al hijo/a; enfermedad de algún miembro de la familia nuclear; adicción de algún miembro de la familia; padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes; malos tratos; acoso escolar; abuso sexual e incesto; discusiones y peleas de los padres; enfermedad del padre o la madre y ausencia física de la madre o del padre.

Se van a desarrollar algunos de estos factores de riesgo:

*Madre emocionalmente inaccesible.* La hipótesis de la sensibilidad es el postulado central de la teoría del apego. La conducta materna sensible y los indicadores de la seguridad del apego se encuentran significativamente asociados. Las experiencias traumáticas de la madre pueden hacerla incapaz de crear vínculos emocionales adecuados. Como resultado de la insensibilidad emocional provocada por su propio trauma, la madre no puede experimentar ningún sentimiento positivo hacia su hijo/a y se ve privado/a de su necesidad de amor, de calidez y de seguridad emocional (Nóbrega et al., 2016).

Además la vida con el niño/a se le convierte a la madre en una fuente continua de estrés y el niño/a vive con el reproche implícito de que ha arruinado la vida de su madre, siente que siempre tiene la culpa. El niño/a que está dispuesto/a a desarrollar un vínculo, se ve inundado/a de los profundos sentimientos de temor, rabia, vergüenza y depresión de la madre y su estrategia de supervivencia es la de retraerse en sí mismo/a.

Otro aspecto reseñable se produce cuando el niño/a no puede crear una relación de apego con su madre, e instintivamente busca al padre, pero las mujeres que padecen un trauma con frecuencia elijen como pareja a hombres que han sufrido el mismo trauma. También si la madre es poco accesible o está bajo presión, los hermanos menores se vinculan con un hermano o hermana mayor como una madre sustituta. Para que esto funcione el hermano/a mayor tiene que tener un vínculo suficientemente bueno con la madre. También puede recurrir a la abuela y la buena vinculación dependerá de la accesibilidad de la abuela. Las tías también pueden servir como sustitutas para la necesidad de apego del niño (Ruppert, 2014).

*Adicción de algún miembro de la familia.* La adicción de los padres o cuidadores es un factor de riesgo de trauma para el menor, por las consecuencias destructivas que tiene en la relación y en el vínculo y por lo asociada que está a la violencia familiar. Además la adicción es en muchos casos síntoma del TEPT, es decir detrás de la intoxicación está un intento del padre o la madre de aliviar la angustia que le generan sus propios traumas. Hemos de destacar no solo la adicción a las sustancias (alcohol, drogas, comida) sino también a las conductas (juego, compras, internet, sexo) (Bradshaw, 2004).

*Malos tratos.* Los hijos/as no pueden elegir a sus padres, no tienen más opción que sobrevivir en la familia que tienen. No comprenden que sus padres estén deprimidos, enfadados o frustrados para prestarles atención y que el comportamiento de sus padres tenga muy poco que ver con ellos/as. No tienen ninguna otra autoridad a la que acudir en busca de ayuda, sus padres son la autoridad, su supervivencia depende de sus cuidadores, son fundamentalmente leales aunque abusen de ellos/as. El terror aumenta la necesidad de apego, aunque la fuente de consuelo sea también la fuente de terror, aferrarse al abusador/a no es exclusivo de la infancia, como lo demuestra el síndrome de Estocolmo. Las víctimas de violencia doméstica, a menudo encubren a sus abusadores (Van der Kolk, 2015).

El maltrato infantil es una problemática grave que afecta a gran cantidad de niños/as y se asocia a importantes perturbaciones en su desarrollo físico y psicológico. La descripción del síndrome del niño/a apaleado se conceptualizó hace solamente unas cinco décadas por Henry Kempe (1971) quien lo define como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir a un niño/a, por parte de sus padres o parientes. Esta

descripción se refiere al maltrato físico, que es el más visible, pero se consideran también otras formas de maltrato infantil como la negligencia emocional y la deficiencia en la crianza (Kempe, 1971, citado por Matrángolo, 2016, p. 54).

La definición ofrecida en el año 2003, por la OMS, en su *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, se describió al maltrato infantil como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2003).

*Acoso escolar (Bullying)*. El trauma de vinculación en los niños/as también puede deberse a situaciones de acoso en la escuela. Aunque las relaciones entre alumnos/as y profesores no tengan la intensidad emocional que se da entre padres e hijos/as, existe un fuerte grado de dependencia mutua y entre los colegas se desarrollan profundos sentimientos de solidaridad y lealtad. Las víctimas de ataques de acoso por escándalo, calumnia, daño deliberado, violencia física o mental, pueden sufrir heridas emocionales significativas debido a la impotencia de no poder preservar su dignidad (Ruppert, 2005).

El concepto de Bullying, puede traducirse de manera correcta al castellano como acoso escolar. Para Piñuel y Cortijo (2016), representa una conducta de maltrato para el niño/a que viola su derecho reconocido a gozar de un entorno escolar libre de violencia y hostigamiento. Supone una acción intencionada que sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios.

Es una forma de violencia que se da entre compañeros/as y por tanto frecuentemente en contexto escolar. Un estudiante es acosado/a o victimizado/a cuando está expuesto de manera repetida a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes, sin capacidad de defenderse (Armero, Bernardino y Bonet, 2011). Se define la conducta Bullying como la violencia mantenida, física o mental, guiada por un individuo en edad escolar o por un grupo y dirigida contra otro individuo también en edad escolar que no es capaz de defenderse a sí mismo en esta situación, y que se desarrolla en el ámbito escolar (Rodríguez, Seoane y Pedreira, 2006).

Dada la complejidad del fenómeno para comprenderlo y abordarlo, hay que tener en cuenta varios aspectos: sus orígenes, actores, manifestaciones y consecuencias

y el sentido que los actores (acosadores, víctimas y espectadores), otorgan al acoso escolar, sin olvidar otras voces como la de los padres, maestros/as, compañeros/as y amigos/as de los estudiantes (Castillo-Pulido, 2011).

En resumen es un grave problema social y psicológico por la angustia que causa a la víctima, llegando al suicidio, el refuerzo que recibe el acosador cuyas conductas agresivas quedan impunes, como por la insensibilización o indefensión aprendida de los espectadores (Armero et al., 2011).

Por lo tanto el Bullying, acoso escolar o violencia entre iguales, produce mucho sufrimiento en quienes lo padecen y cada vez son más niños/as los que llegan a consulta psicológica con cuadros diversos que tienen como trasfondo un maltrato en el colegio. Un niño/a o adolescente que sufre Bullying o abuso sexual, no se siente protegido por sus padres.

*Abuso sexual y/o incesto.* La incidencia de personas que han sufrido abusos sexuales durante su infancia o adolescencia es elevada y algunas de estas personas han tenido que convivir durante mucho tiempo con su agresor. Las consecuencias y los trastornos clínicos en la edad adulta son todo tipo de dolencias físicas, dificultades sexuales y problemas psicológicos (Baixauli, 2011).

Un factor a considerar es que el rechazo y el abandono emocional de la madre hacia un hijo/a a menudo coexisten con formas de abuso sexual. El niño/a con una madre traumatizada se convierte en presa fácil para otros familiares y puede ser objeto de abusos sexuales. El niño/a experimenta una confusión absoluta con respecto a sus reacciones físicas, a sus respuestas emocionales y a la clasificación mental de las situaciones que se dan en la relación. No tiene más opción que la fragmentación psíquica, la disociación, tiene que ocultar sus sentimientos y hacer como si no hubiera ocurrido nada. Cuanto más amplio y violento es el trauma sexual, más diversos son los síntomas derivados, ofreciendo una mayor vulnerabilidad ante otros traumas (Salvador, 2016).

La literatura clínica indica que existe abuso sexual infantil en los contactos e interacciones entre un/a niño/a y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño/a para estimularse sexualmente él mismo, al niño/a o a otra persona. El abuso también puede ser cometido por una persona menor de 18 años cuando este es significativamente

mayor que la víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el menor (Baixauli, 2011).

Así pues se pueden considerar diversas formas de abuso sexual: observar al niño/a desnudo (voyerismo); obligar al niño/a a ver fotografías o películas pornográficas con el adulto; enseñar los genitales al niño/a (exhibicionismo); besar la lengua; tocar los genitales; masturbarse delante del niño/a o forzar al niño/a a masturbarse; Penetración oral, anal, o vaginal del cuerpo del niño/a. El abuso sexual se basa, en parte, en la seducción y en la persuasión aprovechando la necesidad del menor de cercanía física y ternura; y en parte por amenazas y violencia si el niño/a trata de rechazar las demandas del perpetrador.

Por lo tanto, el abuso sexual no es un acto único o un error del perpetrador que es incapaz de controlar sus impulsos, sino una situación planeada conscientemente y ejecutada de manera deliberada, y algunas veces se prolonga durante años hasta que el perpetrador pierde interés en el niño/a. Por lo tanto lo más probable es que sea un pariente del niño/a o alguien próximo (Kloiber, 2002, citado en Rupert, 2012, p.168).

*Ausencia prolongada de la madre.* El hecho de que la madre no esté, es uno de los principales factores estresantes en la vida de un lactante y un menor, especialmente cuanto más pequeño e inmaduro/a es el niño/a. No es tanto el entorno desconocido o las personas extrañas las que asustan al niño/a, sino más bien la ausencia de la madre. La presencia de la madre no solo trasmite seguridad, sino que le anima a acercarse al mundo con curiosidad. Si este no puede regresar a la madre cuando explora el mundo, entonces empieza a asustarse. El estudio *Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida* (Nóblega et al., 2016), indica la importancia de las separaciones físicas tempranas para la relación con la madre y la seguridad del apego del bebé. La ausencia física de la figura de apego produce una intensa reacción de ansiedad expresada en la secuencia de respuestas de protesta, desesperación y pérdida de interés o desapego emocional. Esta reacción se debe a la dificultad del niño/a de esta edad para conservar mentalmente la continuidad de la presencia de la madre en momentos de separación, así como la dificultad para entender las razones de la separación o el tiempo que transcurrirá antes de que la madre vuelva.

La falta de disponibilidad de la madre resulta traumática para los lactantes y niños/as pequeños. La investigación más completa en este sentido es el estudio NICHD,

donde se investigó el desarrollo cognitivo, emocional y la conducta de un grupo de 1.364 niños y sus familias, desde el nacimiento hasta los seis años, y un examen posterior a los 15 años. Los resultados se dieron a conocer en más de 300 trabajos científicos que confirmaron la relación entre el cuidado por parte de terceros y la aparición de anomalías conductuales en los niños/as. Cuanto más pronto y más tiempo fueron cuidados los niños/as por terceras personas, más anomalías se detectaron (NICHD Early Child Care Network, 1994, citado en Freund, 2014, p. 268).

En resumen nadie puede realmente reemplazar a la madre en el vínculo materno. Tampoco los padres adoptivos pueden reemplazar realmente a la madre. Aparentemente la calidad de cuidados por parte de terceras personas es incapaz de modificar el vínculo entre madre e hijo. La calidad de vínculo con los educadores influye en cómo se afronta el estrés (Ruppert, 2005).

### ***Trauma Existencial.***

El trauma existencial siempre se refiere a una cuestión de vida o muerte. La experiencia más profunda que puede tener un ser humano es enfrentarse a su propia muerte, en completa impotencia, reconociendo el peligro mortal en que se encuentra sin poder hacer nada al respecto. Por ello los traumas existenciales sacuden la creencia de la persona en el mundo y en la vida, que al contemplar la muerte con sus propios ojos, siente intensamente el propio desamparo. Estas situaciones que potencialmente representan amenazas de muerte indican que no hay control sobre la propia vida. En estas experiencias a pesar de percibir el peligro de muerte no se puede actuar, la persona no puede salvarse, se encuentra impotente para cambiar la situación. Estas experiencias pueden estar acompañadas de sentimientos de culpa, si se tiene que presenciar como mueren otros sin poder ayudarlos y de sentimientos de vergüenza, cuando la persona ha sido sometida y humillada por alguien más poderoso o porque durante la situación traumática se pierde el control de esfínteres (Ruppert, 2012).

Dentro de este apartado vamos a ver en primer lugar el TEPT existencial y para finalizar los principales factores de riesgo de trauma existencial

#### ***TEPT Existencial.***

Una de las consecuencias del trauma existencial son los síntomas de desrealización (ausencia de puntos de referencia) y despersonalización

(desconocimiento de quien es uno mismo) que concuerdan con el concepto de personalidad dividida (APA, 2014; Levine, 2005; Ruppert, 2012; Salvador, 2016). El proceso después de sobrevivir a la experiencia, pasa porque parte de la personalidad experimenta el trauma lo almacena y traslada al inconsciente, lo escinde del resto de la personalidad, de modo que la persona puede continuar con su vida cotidiana. La parte traumatizada escindida continua su existencia dentro de la estructura de personalidad como un todo y ante cualquier señal de peligro se alerta (Salvador, 2016).

Esta alarma la persona la nota por los síntomas que constituyen el ataque de pánico:

Tabla 7 Síntomas del ataque de pánico (APA, 2014)

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el Tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Van der Kolk (2015) explica, que lo que ocurre durante el ataque de pánico es que la persona no tiene una comprensión racional de lo que está pasando y experimenta una retraumatización, provocada por una situación reminiscente de la situación original. La dificultad está en reconocer el vínculo entre los síntomas de pánico y los traumas, si la experiencia de la situación del trauma ha sido completamente borrada de la conciencia y además ha habido un periodo amplio de tiempo entre ambos hechos.

Una consecuencia de la persona afectada por el trauma existencial como un intento de suprimir el pánico extremo y la ansiedad, es el abuso de los psicofármacos y la dependencia al alcohol (Ruppert, 2012).

### *Factores de Riesgo de Trauma Existencial.*

Los acontecimientos vitales que pueden causar trauma existencial que han sido considerados en este estudio son: catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas), accidentes, ataques terroristas, guerra, asaltos violentos, tortura secuestros, encarcelamientos, persecución por ideas políticas, violaciones, agresión sexual, maltrato de pareja, diagnóstico de una enfermedad grave, intervención quirúrgica, hospitalización, testigo de experiencias violentas, infidelidad, ETS (Enfermedad de Trasmisión Sexual). Se van a desarrollar a continuación:

*Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas).* Gaborit (2006) ha estudiado las consecuencias psicológicas y los traumas psicosociales que producen los desastres naturales e identifica en los afectados los síntomas del TEPT: re-experimentación, evitación y disociación y también otros efectos posteriores como la depresión, la baja autoestima y los sentimientos de culpa. Avisa que en el caso de catástrofes como los terremotos, el trauma puede afectar a una comunidad entera, con enormes repercusiones físicas, psicológicas y económicas. Valora la importancia de los estudios para posibilitar una intervención psicosocial oportuna y efectiva.

Por su parte Leiva-Bianchi (2011) investiga el aumento de la prevalencia del estrés postraumático después de un terremoto. Concluyendo que supone un grave problema de salud mental pública en todas las zonas afectadas.

*Ataques terroristas.* El estudio de Baldor, Jerez y Rodríguez (2005), describe el desarrollo de la intervención realizada con tres grupos de víctimas del atentado del 11 de marzo en Madrid, que presentaban sintomatología moderada de estrés postraumático. El atentado supuso una ruptura brusca con su vida anterior, con su forma de entenderse a ellos mismos, a los otros y al mundo, como consecuencia del trauma. La intervención de este estudio fue grupal e intentó ayudar a las víctimas a elaborar e integrar su experiencia. Se basó en el modelo socio-cognitivo para la comprensión de las consecuencias del trauma, donde lo importante sería el modo en el que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. Para poder funcionar de forma cotidiana las personas cuentan con ciertos sesgos cognitivos que tendrían que ver con la ilusión de control, de bondad y de invulnerabilidad. Tras experimentar un hecho traumático como un atentado, muchos esquemas básicos sobre

uno mismo, sobre los otros y el mundo son cuestionados, produciéndose una auténtica ruptura con la vida anterior (Baldor et al., 2005).

*Guerra; Asaltos violentos, tortura secuestros, encarcelamientos; Persecución por ideas políticas.* Siguiendo a Nelles (2011), la resolución de conflictos por medio de la guerra es habitual en el género humano, se basa en el comportamiento grupal y es un modo de pensamiento que perdura en nuestros días. Negarle la humanidad al otro es la condición previa y fundamental para guerrear con él. Sí los soldados vieran al enemigo, de los otros bandos contra los que entran en guerra, como a personas como ellos mismos, no serían capaces. Los grupos humanos se consolidan a través de vínculos de amor, pero si los inevitables componentes del odio se depositan en otro diferente este pasa a ser el destinatario de violencias y agresiones: los judíos para los nazis, los republicanos para los franquistas, los palestinos para los judíos...y puede impulsar a eliminar al otro, que es considerado como una escoria, un desecho.

Los trastornos psíquicos de los afectados por la guerra abarcan manifestaciones:

- de aparición inmediata: se presentan, casi siempre, de forma aguda, siendo su rasgo común la angustia. Su sintomatología se extiende desde las crisis de angustia hasta los fenómenos conversivos y psicosomáticos.
- de aparición diferida: corresponden al Estrés Postraumático propiamente dicho. Es el encuentro con un hecho inasimilable por el aparato psíquico que rompe la estabilidad del sujeto.

Después de un tiempo de latencia irrumpe el síndrome de repetición traumática, que indica que hubo traumatismo, que ese breve momento de terror no ha sido olvidado. Esa latencia se trata de un tiempo de acomodación y de un intento de reparar el daño sufrido. Los fenómenos clínicos más destacados son la repetición en estado de vigilia, el sueño traumático y la reacción de sobresalto (Gómez, 2004).

El Síndrome del superviviente es un tipo diferenciable de neurosis traumática: provoca un gran número de síntomas, depresión, insomnio, ansiedad, pesadillas, enfermedades psicosomáticas, que se creen originados en sentimientos de culpa, por ser los que los experimentan únicos o casi únicos supervivientes de un desastre en el cual perecen otras personas, emocionalmente cercanas al enfermo, tales como padres, hijos, hermanos, parientes, amigos o compañeros de combate (Korovsky, 1995).

Miñarro y Morandi (2012) realizaron un estudio sobre las repercusiones de la Guerra Civil española de 1936 y la postguerra: *Trauma y Transmisión. Efectos de la Guerra del 36, la Posguerra, la Dictadura y la Transición*, que analizó los efectos, aun latentes en los derrotados de 1936, dentro del campo del psicoanálisis y la salud mental. Realizaron 200 entrevistas durante 7 años. Estudiaron las secuelas mentales y traumas psíquicos que ha legado la Guerra Civil y la postguerra en los represaliados del bando republicano y concluyen que los traumas de los abuelos que fueron perseguidos perduran en los nietos.

*Testigo de experiencias violentas.* En el estudio de Karpersen y Matthesen (2003) *Síntomas de Estrés Postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado*, se mostraba que solo el 7.8% de los soldados de Naciones Unidas se situaron por encima del límite en cuanto a la sintomatología de TEPT. Entre el voluntariado, la violencia dirigida contra otros, se encontraba consistentemente asociada con psicopatología. Las diferencias entre el voluntariado y los soldados sugieren que ambos grupos estuvieron expuestos al trauma, pero de manera diferente. Los soldados se hallaron significativamente más expuestos al trauma.

*Violaciones, agresión sexual.* La OMS define la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (OMS, 2003, p. 161).

La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta, Pérez Benítez et al. (2009) realizaron un estudio sobre la prevalencia del TEPT, según el tipo de trauma y concluyen que la violación sexual tuvo la correlación más alta con el Estrés Postraumático. Además las víctimas a lo largo de la vida tenían más probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico, en comparación con las personas que no habían padecido traumas.

Según la OMS (2003) las mujeres víctimas de maltrato que además sufrieron experiencias de violación, corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y TEPT que las mujeres no maltratadas.

*Maltrato de pareja.* La violencia por parte de la pareja constituye un factor de riesgo para la salud mental por estar asociada a una sensación de amenaza de la vida y por las graves implicaciones psicológicas que produce. El maltrato físico es la forma de violencia más evidente por las lesiones o enfermedades que produce, pero las modalidades de maltrato psicológico o sexual también tienen una incidencia muy elevada y unas repercusiones muy graves. La gravedad de los efectos del proceso de victimización, está relacionada con la intensidad del maltrato, pero no necesariamente con el del tipo físico, pues la violencia psicológica y las agresiones sexuales dentro de la pareja, se han identificado como un buen predictor del TEPT (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y de Corral, 2007).

La investigación de Sarasua et al. (2007) estudió la prevalencia de TEPT en función de la edad y el perfil psicopatológico, y concluyó que en las víctimas más jóvenes hay un mayor riesgo de permanecer o volver a la relación violenta, lo que agrava su situación psicopatológica.

Existen investigaciones que abalan la superposición de distintos tipos de violencia:

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años han puesto de manifiesto la existencia de una estrecha asociación entre la violencia en la pareja y el maltrato infantil. Los hijos/as de mujeres maltratadas se ven expuestos/as no sólo a la influencia de factores de su entorno sociocultural, sino también a la propia experiencia de sufrir, bien como testigo o como víctima, la violencia dentro de su entorno familiar (Patró y Limiñana, 2005).

Ureña (2017) investigó la violencia en parejas jóvenes y su relación con otros tipos de violencia como la violencia sexual y ciberbullying. Los hallazgos de este último estudio, con respecto a la agresión psicológica, sugirieron que a medida que la puntuación en violencia física, sexual y ciberbullying, aumenta, también aumenta la puntuación de agresión en violencia psicológica.

Alonso y Labrador (2008), realizaron un estudio comparativo de las características sociodemográficas de mujeres víctimas de violencia de pareja, con TEPT, como consecuencia del maltrato sufrido. Destacaban la alta frecuencia del maltrato, la severidad, la prolongada duración y la instauración temprana en la relación de pareja. El perfil sociodemográfico indicaba que eran mujeres de mediana edad, de

nivel socioeconómico medio-bajo, en situación de precariedad laboral, con un nivel educativo medio y aisladas socialmente.

*Infidelidad.* La hemos incluido principalmente por la alta frecuencia de aparición y sus graves consecuencias clínicas para la persona que la sufre. La fidelidad se entiende como un contrato consensuado de exclusividad y la infidelidad se define como la violación o traición de ese contrato. Traición vivenciada por muchas personas como traumática y los síntomas que estas presentan, coinciden con los síntomas descritos en el diagnóstico psicológico de trastorno por estrés postraumático (Jáuregui, 2014).

Como la experiencia clínica muestra la infidelidad es una de las principales razones de separación de las parejas y de los motivos de demanda de asistencia psicológica. Genera daños psicológicos que perduran durante el tiempo y provoca trastornos psicológicos como ansiedad, trastornos psicosomáticos y enfermedades mentales como la depresión. Además de otros problemas que van más allá de la pareja y que afectan a la progenitura provocando daños irreparables que se prolongan en el tiempo.

La infidelidad define fundamentalmente una relación amorosa en términos de dominación, porque los secretos y las mentiras son una información no compartida y solo la tiene quien detenta el poder (Gutman, 2012, citado por Jáuregui, 2014, p. 4).

Lo que parece estar en el fondo de la problemática de la infidelidad es conjurar la soledad. Porque la separación parece aún más traumática que la infidelidad y provoca angustia, sentir la soledad, el duelo, el sentimiento de fracaso, la inestabilidad emocional y el fallo en la comunicación (Jáuregui, 2014).

*Diagnóstico de una enfermedad grave, intervenciones quirúrgicas y hospitalización.* La experiencia clínica con enfermos con VIH-SIDA, nos ha indicado que la notificación del diagnóstico por parte del personal médico, era fundamental para la buena evolución de la enfermedad y la adherencia terapéutica.

La investigación de Fuster (2013) sobre *Estrés agudo en niños intervenidos quirúrgicamente y sintomatología en sus progenitores* determinaba si el haber sido sometido a una intervención quirúrgica podía producir en los niños/as sintomatología de estrés agudo y establecer la relación con el estrés agudo de sus progenitores. Concluyó que las intervenciones quirúrgicas representaban un estrés potencial para el niño y sus

familiares y que existía una transmisión de emociones entre los progenitores y el niño/a intervenido quirúrgicamente, siendo un elemento central a la hora de estudiar los efectos a nivel psicológico, la gravedad de la enfermedad que padecían los niños/as.

### ***Trauma por Pérdida.***

El vínculo entre las personas tiene lugar a través de la experiencia emocional. Solo se es capaz de dejar aquellas relaciones con las que se está fuertemente vinculado, experimentando sentimientos de enorme sufrimiento, como ansiedad, culpa, aflicción, tratando por todos los medios de evitar esa separación. Cuanto más fuerte sea el vínculo emocional, mayor será el sufrimiento y la angustia causada por la separación.

Por lo tanto una persona sufre un trauma de pérdida, si padece la pérdida de un vínculo psicológico y emocional esencial, profundo, sin haberlo deseado, o habiendo sido incapaz de evitarlo. Las situaciones que pueden generar un trauma de pérdida se producen por la muerte de seres queridos, por la separación de la pareja, la necesidad de abandonar el hogar, el país de procedencia, la pérdida del trabajo, de la integridad física y de la salud (Ruppert, 2012).

Siguiendo a Ruppert (2012) afirma que se ha de tener en cuenta también que algunas pérdidas traumáticas ocurren repentinamente, como en el caso de los accidentes, otras pueden ser graduales, como las provocadas por enfermedades mortales de una pareja o de un hijo. La pérdida puede categorizarse como traumática cuando coloca a la víctima en una situación de completa impotencia y desamparo y lo que se ha perdido debe ser el objeto de una relación de vínculo íntima y vital.

Uriarte de Pantazoglu (1991), nos recuerda que los acontecimientos que tuvieron un efecto devastador sobre el psiquismo tienen como efecto provocar lagunas dentro de lo psíquico y harán persistir una y otra vez, sentimientos vinculados al desamparo frente a situaciones de pérdida. Estos traumas narcisistas son comparables a cicatrices.

Como indican las conclusiones del estudio *Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles* (Bados y Greco, 2012), que muestran que el 60.6% de la muestra había experimentado algún evento traumático, siendo el evento más frecuente la muerte violenta o inesperada de algún ser cercano.

Para completar la noción de trauma por pérdida, vamos a desarrollar a continuación el TEPT por pérdida y finalizaremos con los factores de riesgo de trauma de pérdida.

### *TEPT por Pérdida.*

La experiencia personal de un evento que pueda tener como resultado la muerte real o lesiones graves de otra persona, incluso saber de la muerte inesperada, violenta o del daño grave a un ser querido, pueden desencadenar en un trauma. La literatura sobre el tema reconoce este tipo de pérdidas como factores de riesgo de TEPT (APA, 2014).

El *Estudio Comparativo del Trastorno de Estrés Postraumático en Familiares de Fallecidos por Muerte Esperada vs. Muerte Inesperada* de Roldán, Limón, Aguirre y Jiménez (2017) ha permitido demostrar que aunque la muerte inesperada produce un alto nivel de estrés y depresión por lo imprevisto del evento, es la muerte esperada la que es más proclive a desencadenar un TEPT. También ha demostrado que las mujeres reaccionan con mayor emotividad que los varones ante la pérdida de un ser querido, dándose una mayor probabilidad a desarrollar el TEPT (Roldán et al., 2017).

Estos autores afirman que existe una asociación entre el duelo y el TEPT. También cuando el duelo sigue a una muerte violenta, como el homicidio o un ataque terrorista, las reacciones de duelo son más complicadas y se da una combinación entre la depresión y el TEPT. Por lo tanto la muerte inesperada de un ser querido es la experiencia traumática más frecuentemente, ya que es estresante, súbita y repentina pudiendo ocasionar trastorno de estrés postraumático. Señalan que la muerte de una persona cercana es siempre una experiencia difícil, especialmente si se produce de forma imprevista y violenta, como ocurre en el caso de asesinatos o de suicidio (Roldán et al., 2017).

Este tipo de acontecimientos es contemplado tanto por el DSM-IV-TR, como el DSM-5 y la CIE-10, como factores de riesgo de trauma: eventos relacionados con muertes y lesiones graves, propias u ocurridas a alguna persona cercana. El DSM-IV-TR incluye acontecimientos donde el individuo es testigo de muertes, heridos, amenazas para la vida de otras personas, que conoce a través de un familiar o persona cercana, muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (APA, 2003). La CIE-10 afirma que el TEPT puede surgir entre otros acontecimientos por ser testigo de la muerte violenta de alguien (OMS, 1992). Por otra parte, como se comentó

con anterioridad, el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un nuevo criterio diagnóstico para que sea incluido en el CIE 11, llamado Trastorno de Duelo Prolongado (TDP). Éste trastorno incluye síntomas intrusivos, como el anhelo y deseo por la persona fallecida, así como un rango de otros síntomas, como dificultad para aceptar la muerte, o el sentimiento de que se ha perdido una parte de uno mismo (Jarero, 2014).

Pero estos manuales no contemplan otro tipo de pérdidas, que otros autores y la experiencia clínica sí que incluyen como posibles causas de TEPT como la adopción, los amigos y los seres queridos por causas no mortales, el hogar, la ciudad o el país y el trabajo. Cuando este tipo de acontecimientos según nuestra experiencia clínica y la de los autores expertos sobre el tema, si pueden provocar los síntomas centrales del TEPT como son la re-experimentación, la evitación la de hiper-activación (Freud, 1920; Levine e Iribarren, 2013; Moneta, 2014; Ruppert, 2014; Salvador, 2016; Uriarte de Pantazogl, 1991; Van der Kolk, 2015).

La CIE-10 en el epígrafe F43.1 Trastorno de estrés pos-traumático, no considera factor de riesgo del trastorno este tipo de pérdidas. Sin embargo en el F43.0 Reacción a estrés agudo, sugiere que en algunas ocasiones el agente estresante podría ser una amenaza seria a la seguridad, un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.) (OMS, 1992). También en el F43.2 Trastornos de adaptación, habla de que los estados de malestar pueden aparecer en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El evento estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o del sistema más amplio de los apoyos y valores sociales (emigración, condición de refugiado) (OMS, 1992).

Siguiendo este manual realmente la diferencia entre el Estrés Agudo los trastornos de Adaptación y el TEPT, más que al acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica que puede ocasionar los síntomas, se debe a un factor temporal:

- En la Reacción a estrés agudo los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en pocas horas o en dos o tres días.

- En el Trastorno de adaptación el cuadro suele empezar en el mes posterior y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses.

- En el Trastorno de estrés post-traumático el trastorno surge como respuesta tardía o diferida al acontecimiento estresante.

Por lo tanto, hemos considerado incluir en esta investigación como posibles factores de riesgo no solamente las pérdidas por enfermedad o muerte, sino este otro tipo de pérdidas que provocan los síntomas centrales del TEPT y otros tan importantes como las pesadillas recurrentes.

#### *Factores de Riesgo de Trauma de Pérdida.*

Los principales factores de riesgo de trauma de pérdida, que se han incluido en esta investigación son: muerte del padre, muerte de la madre, muerte de un hermano, muerte de una pareja amada, pérdida de un hijo/a, aborto natural, aborto provocado, muerte de la madre en el parto, muerte de un ser querido (incluir mascota), enfermedad de un ser querido, muerte de un ser querido por suicidio, asesinato de un ser querido, separación- divorcio- viudedad, separación o divorcio de los padres, pérdida por ausencia prolongada de la madre, pérdida de los padres por adopción o quedar al cuidado de otros, pérdida de amigos o seres queridos (no por causas mortales), pérdida del hogar-ciudad-país, pérdida del trabajo-acoso laboral, pérdida de la salud, pérdida económica y pérdida de la casa. Se van a comentar alguno de estos factores.

*Muerte padre, madre, hermano, ser querido.* Un proceso de duelo puede definirse como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que tienen lugar tras la pérdida de un ser querido. La mayor parte de las personas dispone de recursos adecuados de afrontamiento para hacer frente a la pérdida (Fernández, Pérez, Catena, Pérez y Cruz, 2016). Pero entre un 10 o un 15% de las personas que experimentan una pérdida van a desarrollar síntomas de duelo sobre un periodo de tiempo prolongado; a esta categoría se la denomina duelo complicado. Este duelo se caracteriza por síntomas de anhelo, dificultad para aceptar la pérdida, sentimientos de shock o incredulidad, emociones como rabia, amargura, tristeza o culpabilidad con respecto al fallecimiento, problemas importantes respecto al funcionamiento cotidiano y pérdida de sentido. Diversas investigaciones coinciden al señalar que dicho problema puede cronificarse generando un gran malestar en la persona y existe una importante comorbilidad entre el duelo complicado, el trastorno depresivo mayor y el TEPT

(Simón, Wall, Keshaviah, Dryman, Leblanc, y Shear 2011, citados por Fernández et al., 2016, p.16).

La intensidad del duelo dependerá de tipo de pérdida, de la relación que existía entre el fallecido y la persona. La pérdida de un hijo/a es considerada una de las pérdidas más traumáticas, el sentimiento que genera es mayor que el que tiene lugar tras la pérdida de un cónyuge, padres, hermano u otro pariente. También que la pérdida se convierta en un evento traumático puede depender de la percepción del fallecido como elemento básico para definir la propia identidad (Fernández et al., 2016).

*Muerte de la pareja.* El trauma es mayor si el vínculo con la pareja se ha fortalecido durante mucho tiempo. Algunos viudos o viudas continúan viviendo como si la pareja estuviera presente, dejando sus objetos intactos, poniendo la mesa o haciendo la cama para la persona ausente.

La muerte de una pareja también puede evocar sentimientos de culpa o de enojo, de acuerdo con la naturaleza de la relación y con las circunstancias de la muerte.

Un caso particular es el de la muerte repentina de la pareja, donde el superviviente no ha podido prepararse emocionalmente y es como si una parte esencial de uno mismo hubiera muerto. Bowlby (1998) encontró diferenciación en las siguientes etapas de reacción ante la pérdida: insensibilidad, búsqueda de la persona ausente, desorganización y desesperación, reorganización y vuelta al futuro. Este autor ratificó que después de una pérdida repentina las personas viven con la expectativa de que la persona muerta regrese (Bowlby, 1998, citado por Ruppert, 2012, p. 149).

*Pérdida de un Hijo/a.* La pérdida de un hijo/a se puede considerar como un evento altamente traumático que provoca una gran cantidad de sufrimiento. Supone una fuente de estrés sumamente alta, los síntomas muestran valores muy altos en las dimensiones de despersonalización, pérdida de control, desesperanza y enfado (Fernández et al., 2016).

Para Ruppert (2012) las principales formas de posibles pérdidas de un hijo/a serían por:

- Accidente mortal.
- Un incidente delictivo.
- Una enfermedad mortal.

- Un aborto natural.
- Un aborto provocado.
- Adopción.

Aunque todos estos sucesos pueden desarrollarse de diferentes maneras, cuanto más prolongado sea el periodo de apego entre los padres y su hijo/a, la pérdida representará un suceso más dramático.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto los complejos sentimientos asociados a cuidar a un hijo/a con una enfermedad oncológica terminal, siendo el mayor sufrimiento el ver a los niños/as con dolor, aislados de su ambiente y con una gran incertidumbre con respecto al pronóstico (Fernández et al., 2016).

Según Hellinger (2012), el trauma origina la represión de los sentimientos relacionados con la pérdida del hijo/a, produciéndose en lo padres la dificultad de permitir que los sentimientos de amor puedan fluir libremente hacia los demás, volviéndose menos accesibles emocionalmente, o incluso completamente inaccesibles a sus futuros descendientes, o a sus parejas. Otro factor a considerar es que se sufra un trauma por la muerte súbita de un hermano/a, y además de sentir la impotencia de sus padres, experimentan su propia aflicción emocional y psicológica.

*Muerte de la madre en el parto.* Los traumas por pérdida más severos son los de pérdida temprana de los padres. Cuando el hijo/a se hace consciente que la madre murió al dar a luz, puede pensar que él fue la causa y deprimirse severamente. También el padre puede sentirse culpable y traumatizarse, lo que influirá en la crianza de su hijo/a (Hellinger, 2012).

*Separación de la pareja.* La disolución del vínculo con la pareja solo se logra de una forma gradual. Iniciar una relación nueva sin liberarse del vínculo anterior no permite realizar el duelo. La persona que es incapaz de separarse adecuadamente de su pareja, probablemente haya tenido también dificultades para separarse de sus padres y se priva a sí misma y a su pareja de la oportunidad de crecer psicológica y emocionalmente. Hay que destacar que si la separación es repentina y permanente los sentimientos hacia la otra persona no tienen un lugar donde dirigirse, la reacción es una conmoción (Ruppert, 2012).

*Perdida por separación de los padres.* Los divorcios y separaciones resultan muy dolorosos para los hijos/as. El niño/a a menudo esconderá sus sentimientos, los expresará a través de conductas que llamen la atención o mediante enfermedades físicas.

Cuando el padre desaparece de repente tras la separación de la madre y el hijo/a no puede volver a verlo, se produce una dificultad en la realización del duelo, al tratar de proteger a la madre alejando sus sentimientos de duelo. Los niños/as nunca perderán su vínculo con el padre o la madre perdida (Hellinger, 2012).

*Pérdida por la ausencia prolongada de la madre.* Como hemos visto la teoría del apego desarrollada por Bowlby durante los años 1969 a 1980, describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño/a.

Moneta (2014) estudió niños/as separados de sus madres tempranamente durante períodos prolongados, constatando los efectos en su salud mental posterior. En casos de abandono a temprana edad, el niño/a experimenta una pérdida de confianza en la figura vincular. El niño/a reacciona con gran ansiedad ante cualquier separación con la madre, pues el contacto físico con ella es vital para su supervivencia. Las ausencias prolongadas de la madre son difíciles de soportar para los niños/as menores de tres años. Si, por ejemplo, la madre se ha ausentado por enfermedad, puede tener una característica traumática, a la que el niño/a se enfrentará únicamente con la escisión de los sentimientos de ansiedad, rabia y desesperación. A partir de los tres años el niño/a está en condiciones de tolerar las ausencias sin que represente un sufrimiento psicológico y emocional profundo. A esta edad ya son capaces de entender las razones por las que su madre no está cerca y se dejan consolar sabiendo y teniendo confianza de que regresará en un futuro cercano (Ruppert, 2012).

*Perdida de los padres por adopción.* El vínculo con la madre se forma durante el primer año de vida; su interrupción es grave y presentará repercusiones en un futuro. Es esta confianza con el cuidador primario la que sirve de modelo en relaciones futuras para este niño. De allí que estos temas sean tan relevantes en los casos de adopción o de cambios en el cuidador primario (Moneta, 2014).

Además los niños/as adoptados no solo pierden a su madre y a su padre, sino también su pertenencia al sistema de toda su familia de origen, tanto materna como paterna, incluso pueden perder relaciones de vínculo con sus hermanos/as. La

separación de la madre biológica siempre representa un trauma por pérdida y una experiencia de gran impacto (Hellinger, 2012).

*Acoso laboral, pérdida de trabajo.* Hay que señalar que en todos los casos que se registró la presencia de este acontecimiento en la vida del paciente, la pérdida del trabajo se sintió como maltrato o abuso, por lo que este factor de riesgo podría pertenecer al tipo existencial, puesto que se refiere a la violencia interpersonal sufrida en el lugar de trabajo. No obstante está en este apartado porque, como explica Baixauli (2016), el acoso laboral tiene por finalidad la expulsión del trabajador. El término *mobbing* proviene del inglés “to mob” que significa maltratar, asediar o atacar. Principalmente se refiere a situaciones de acoso colectivo y al efecto de los comportamientos de violencia psicológica en la salud del trabajador que los sufre.

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia en el trabajo incluye el maltrato físico y también el psíquico. Muchos trabajadores/as son sometidos/as a acoso sexual, amenazas, intimidación y otras formas de violencia psíquica (OMS, 2003).

Por otra parte, las consecuencias para la persona que ha sido acosada en el trabajo, supone enfrentarse a amenazas a su identidad personal, social y profesional, y en algunos casos a su capacidad financiera. Según Rodríguez-Muñoz (2011) el rápido deterioro de la salud mental en víctimas puede ser consecuencia de la pérdida brusca de aportes psicosociales, como la disponibilidad económica, la seguridad física, la pérdida de habilidades laborales, la pérdida de una posición social valorada y la imposibilidad de predecir y planificar el futuro, secuelas susceptibles de extenderse al ámbito familiar y social.

Los actos repetidos de violencia, intimidación, acoso sexual, amenazas, humillación y menosprecio, tendrán consecuencias muy graves para el trabajador, por efecto acumulativo. Además a menudo la víctima se aísla cada vez más, por la sensación de incompreensión de su entorno. Debido al grado de estrés social que provoca el acoso, los afectados pueden sufrir cambios en sus patrones de comunicación, y en sus niveles de irritabilidad y negatividad, que a su vez afectarán a la calidad de su relación con su red socio-familiar. Los familiares y amigos pueden considerar que la víctima vive el suceso con una preocupación obsesiva. En este sentido, numerosas víctimas de acoso indican que carecen de apoyo social (Rodríguez-Muñoz, 2011).

### **1.2.3 Factores de Riesgo de Trauma Relacionados con Violencia Interpersonal y Comunitaria.**

En este apartado queremos destacar la importancia de los factores de riesgo relacionados con la violencia generada por otros seres humanos pues, son los que más probabilidad tienen de causar TEPT y afectar a la salud mental de quien los padece.

Como hemos visto en el apartado factores de riesgo, hay distintas clasificaciones de los acontecimientos abrumadores que pueden causar trauma, como son: acontecimientos que ocurren naturalmente o acontecimientos provocados por otra/s persona/s. Para Pérez et al. (2009) la violencia interpersonal está asociada con una probabilidad más alta de desarrollar TEPT, las catástrofes naturales no dejan heridas tan profundas y duraderas como la violencia humana. También se experimenta la violencia que viene de personas con las que hay un vínculo afectivo, mucho peor que la violencia proveniente de personas desconocidas.

En el estudio de la noción de violencia, según el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2003), se ofrece la siguiente definición de violencia:

*“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*(OMS, 2003, p.5).

Hay que destacar de esta definición que el acto sea intencional, además el concepto tiene en cuenta los actos que son una relación de poder, como las amenazas y la intimidación. Aquí se incluyen el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, que son más evidentes. Por lo tanto esta definición cubre una amplia gama de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias. Debe de tenerse en cuenta el uso intencional de la fuerza o el poder físico, independientemente de las consecuencias que se producen.

La clasificación del Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2003), divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

Tabla 8 Clasificación sobre la violencia y la salud (Adaptado OMS, 2003)

<b>VIOLENCIA</b>
<b>Violencia autoinflingida</b> Comprende el comportamiento suicida y las autolesiones.
<b>Violencia interpersonal</b> Incluye la violencia familiar y la comunitaria entre personas que no guardan parentesco y se produce fuera del hogar (maltrato de menores, violencia contra la pareja, maltrato de las personas mayores, violación o ataque sexual por parte de extraños, violencia en las escuelas y lugares de trabajo).
<b>Violencia colectiva</b> Incluye la violencia social, la económica y la política, que incluye la guerra.

Con respecto a la violencia autoinflingida, en nuestra investigación no se ha considerado como factor de riesgo de trauma, sino que ha sido incluida como una posible consecuencia del TEPT. Por lo tanto el intento de suicidio y las autolesiones se señalarán como un síntoma severo y se reflejarán en la hoja de registro de datos clínicos.

Vamos a destacar los actos intencionados de violencia interpersonal y colectiva que se han incluido como factores de riesgo de esta investigación:

Tabla 9 Actos intencionados de violencia

<b>VIOLENCIA INTERPERSONAL</b>
<b>Factores de riesgo de trauma vínculo</b>
Rechazo del embarazo del embarazo por parte de la madre; madre emocionalmente inaccesible; padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo; adicción de algún miembro de la familia; abuso sexual; malos tratos; acoso escolar, Bullying; discusiones de los padres ausencia física padre/madre;
<b>Factores de riesgo de trauma existencial</b>
violación agresión sexual; maltrato de pareja; infidelidad; testigo de experiencias violentas
<b>Factores de riesgo de trauma de pérdida</b>
Asesinato de un ser querido; pérdida por ausencia prolongada de la madre; acoso laboral, pérdida del trabajo.
<b>VIOLENCIA COLECTIVA</b>
<b>Factores de riesgo de trauma existencial</b>
Ataques terroristas; guerra; asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento; persecución por ideas políticas; testigo de experiencias violentas.

Con respecto a la naturaleza de los actos de violencia, la OMS (2003) distingue que puede ser física, sexual, psíquica o por privaciones y descuidos. Además indica que no es inusual que algunas personas en riesgo en cuanto a la violencia, experimenten esta de diferentes formas. La experiencia de ser rechazados, ignorados o descuidados por los padres, coloca a los hijos en mayor riesgo de desplegar una conducta agresiva y antisocial o por el contrario convertirse en víctima fuera del hogar en otras etapas de la vida.

También la OMS advierte que en muchos países que han sufrido conflictos bélicos, las tasas de violencia interpersonal siguieron siendo altas, aun después del final de las hostilidades. Por lo tanto recomienda planes y políticas nacionales de prevención de la violencia para conseguir el bienestar y la salud de la población.

#### **1.2.4 Comorbilidad del Trauma y Síntomas Clínicos.**

Vamos a iniciar este apartado revisando los diagnósticos psicológicos y médicos, así como los principales síntomas clínicos relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Como ya se ha señalado los efectos del trauma no tratado pueden resultar demoledores para la persona: afectando a los hábitos y a cambiar la orientación existencial, conduciéndola a sufrir adicciones, a tomar decisiones equivocadas. Incluso llegando a provocar verdadero dolor físico, enfermedades psicológicas y médicas, y conduciendo a una serie de comportamientos autodestructivos.

Para finalizar el apartado, mostraremos lo que indican sobre la comorbilidad del trauma los principales expertos sobre el tema. Muchos autores entre los que se encuentran Karpersen y Matthiesen (2003) afirman, que los pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático, casi siempre cumplían también los criterios con otro trastorno o diagnóstico psicológico: modelo de comorbilidad. En el apartado de comorbilidad del TEPT el DSM-5 indica, que los sujetos que lo padecen son un 80% más propensos a presentar síntomas clínicos que cumplen con los criterios diagnósticos para, al menos, otro trastorno mental (p. e. depresión, trastorno bipolar, ansiedad o trastorno por consumo de sustancias).

#### ***Diagnósticos Psicológicos y Médicos Relacionados con el TEPT.***

Hemos seleccionado de la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014) la descripción de los *diagnósticos psicológicos* relacionados con el TEPT.

*Trastorno Bipolar y relacionados.* El trastorno bipolar en todos sus tipos implica la presencia o la historia de episodios maníacos, normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores. La sintomatología es la siguiente: autoestima exagerada o grandiosidad; disminución de la necesidad de dormir; más hablador de lo habitual, verborreico; fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado; distraibilidad, la atención se desvía demasiado fácilmente

hacia estímulos externos banales o irrelevantes; aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, en los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora; implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales, inversiones económicas alocadas).

*Trastorno Depresivo.* La sintomatología de este trastorno se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, la persona se siente triste y vacía la mayor parte del día, con una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y de culpa excesivos e inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio. Se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco.

*Trastornos de Ansiedad.* Se han incluido tres trastornos específicos: Trastorno de Ansiedad, Fobias y trastornos de pánico.

- *Trastorno de Ansiedad:* se caracteriza por preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce con diversos sucesos o actividades y que a la persona le es difícil de controlar. La sintomatología es la siguiente: inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño o fatigarse con facilidad.

- *Fobias:* se caracteriza por la presencia de miedo o ansiedad intensa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que puede dar lugar a comportamientos de evitación.

- *Trastorno de Pánico:* se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento y miedo a volverse loco o perder el control.

*Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos relacionados.* En esta categoría se incluyen el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Trastorno dismórfico corporal, la Tricotilomanía (arrancarse el pelo) y el Trastorno de excoriación (rascarse la piel). Todos ellos se caracterizan por obsesiones, que causan ansiedad y malestar significativo y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad.

*Trastorno de Estrés Postraumático.* Se caracteriza por la exposición y reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Formarían parte de este trastorno pacientes que han sufrido malos tratos, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. Todos los pacientes de la muestra habían padecido o padecían este trastorno.

*Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.* Se han incluido cuatro trastornos específicos: la anorexia nerviosa, bulimia, el trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos.

- *Anorexia nerviosa:* se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, con un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, exageración de la importancia de la silueta corporal y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- *Bulimia nerviosa:* los pacientes se caracterizan por episodios recurrentes de voracidad o atracones, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Además de síntomas como la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo y la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

- *Trastorno de atracones:* se caracteriza por episodios recurrentes de atracones sin conductas compensatorias. Estos atracones se distinguen por realizarse en periodos determinados del día y con una cantidad de alimentos claramente superior a lo habitual y con una sensación clara de falta de control, generándole un gran malestar a la persona.

- Otro Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos: esta subcategoría se aplica a trastornos que no se ajustan al resto de categorías, tales como Trastorno por purgas, Síndrome de ingestión nocturna de alimentos o el Trastorno de alimentos no especificado.

*Trastornos del Sueño-vigilia.* Aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento. Se han incluido disomnias y parasomnias.

*Trastornos Relacionados con Sustancias.* Las sustancias que se han incluido son: alcohol, cánnabis, drogas de diseño, cocaína y opiáceos. Se han excluido el tabaco, la cafeína y el abuso de pastillas. Se ha tenido en cuenta la dependencia y el abuso.

- *Dependencia de Sustancias:* la característica esencial de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.
- *Abuso de Sustancias:* la característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes, consecuencias dañinas del consumo repetido.

*Trastornos Adictivos (incluimos aquí los Trastornos no relacionados con sustancias y otros trastornos de conducta).* Se han incluido en esta categoría todas aquellas conductas adictivas que puedan resultar patológicas, persistentes, recurrentes y que provoquen malestar significativo en la vida de la persona, como el juego patológico, adicción a Internet, adicción a las redes sociales/móvil, etc...

*Trastornos de la Personalidad.* Se considera trastorno de personalidad a un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento de la persona que se desvía

notablemente de la cultura y las normas sociales y que afecta a todos los ámbitos del individuo; cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos.

Se clasifican en tres categorías.

- *Trastorno de Personalidad del Grupo A*: se incluyen en este grupo el Trastorno de la personalidad paranoide, Trastorno de la personalidad esquizoide y Trastorno de la personalidad esquizotípica.

- Trastorno de la personalidad paranoide (Personas con un patrón de desconfianza y suspicacia intensa hacia los demás).
- Trastorno de la personalidad esquizoide (Patrón dominante de desinterés en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones).
- Trastorno de la personalidad esquizotípica (Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico).

- *Trastorno de Personalidad del Grupo B*: se incluyen en este grupo el Trastorno de la personalidad antisocial, Trastorno de la personalidad límite, Trastorno de la personalidad histriónica y Trastorno de la personalidad narcisista.

- Trastorno de la personalidad antisocial (Patrón dominante de comportamiento irresponsable, inatención y vulneración de los derechos de los demás).
- Trastorno de la personalidad límite (Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, impulsividad intensa y comportamientos que generan daño sobre sí mismos).
- Trastorno de la personalidad histriónica (Patrón dominante de emotividad excesiva, egocéntrica y de búsqueda de atención).

- Trastorno de la personalidad narcisista (Patrón dominante de grandeza, necesidad de admiración y falta de empatía).
- *Trastorno de Personalidad del Grupo C*: se incluyen en este grupo el Trastorno de la personalidad evasiva, Trastorno de la personalidad dependiente y Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.
  - Trastorno de la personalidad evasiva (Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa).
  - Trastorno de la personalidad dependiente (Necesidad excesiva de aprobación y de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso, apego exagerado y miedo a la separación).
  - Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal con una rigidez característica).

*Problemas Relacionales.* Incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional o a deterioro de la unidad relacional misma.

- *Problemas Paterno-Filiares:* esta categoría se ha usado cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos/as (deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada...) que está asociado a un deterioro significativo de la actividad individual o familiar o la aparición de síntomas entre padre e hijos/as.

- *Problemas Conyugales:* esta categoría se ha utilizado cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (por ejemplo críticas), una comunicación distorsionada (por ejemplo expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (por ejemplo aislamiento), que está asociado a un deterioro significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges.

- *Problema de Relación entre Hermanos*: se ha usado esta categoría cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos/as que está asociado a un deterioro significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos/as.

- Problemas Adicionales:

*Duelo*: esta categoría se ha usado cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida y también cuando se trataba de una separación o divorcio. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor: sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso. Se ha señalado además este diagnóstico psicológico de depresión mayor cuando los síntomas se han mantenido dos meses después de la pérdida, que ha sido en la mayoría de los casos.

- *Problema Académico*: se ha diagnosticado este problema cuando ha existido un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno de aprendizaje, de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiese explicar el problema.

- *Problema Laboral*: cuando es un problema lo bastante grave que merece una atención clínica independiente. Incluye la insatisfacción laboral, la incertidumbre sobre la elección profesional, conflictos con los compañeros o jefes y síndrome del quemado.

*Con respecto al diagnóstico médico*. Según Ruppert (2012), el trauma puede ocasionar a medio y/o largo plazo ciertas molestias somáticas e incluso enfermedades. También la OMS (2003) señala que una de las consecuencias del trauma precoz es la morbilidad en la edad adulta. Se han seleccionado las enfermedades médicas que padecían con mayor frecuencia los pacientes en tratamiento psicológico, y se ha utilizado la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992). Han sido las siguientes enfermedades:

- Dolores (musculares, estómago, cabeza, articulaciones).
- Tensión alta, colesterol, corazón.
- Tensión baja.
- Problemas respiratorios (asma, bronquitis, alergias).

- Enfermedad crónica.

### ***Síntomas Clínicos Relacionados con el TEPT.***

Los síntomas clínicos son señales del cuerpo que exigen la atención del sujeto porque algo no está bien. Es una alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad o afección y sirve para determinar su naturaleza. A continuación se van a exponer los síntomas clínicos que suelen desarrollarse después de un suceso abrumador, aunque hay que reseñar que no todos están causados exclusivamente por el trauma y no todas las personas que muestran uno o más de estos síntomas clínicos están traumatizados (APA, 2003, 2014; Becoña, 2006; Bourquin, 2011; Breuer y Freud, 1893; Cyrulnik, 2001; Kokoulina y Fernández, 2014; Leiva-Bianchi, 2011; Levine, 2005; López-Soler, 2008; Miñarro y Morandi, 2012; Ruppert, 2012; Salvador, 2016).

Vamos a ver la aportación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) a los síntomas clínicos para el Trastorno de Estrés Postraumático:

Tabla 10 Criterios Diagnósticos TEPT (APA, 2014)

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

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

**C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:**

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

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

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

**E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:**

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

**F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.****G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**

---

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

---

1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
  2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en 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., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).
- 

Por otra parte, también es muy interesante la aportación a la sintomatología que el grupo de trabajo, dirigido por Van der Kolk, propuso en 1994 al proceso de revisión del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, con la propuesta del Trastorno de Estrés Extremo no especificado (DESNOS). Esta propuesta, finalmente no fue aceptada como una categoría específica en el DSM-5 lo que causó la decepción y crítica de los investigadores (Van der Kolk, 2015). Pero creemos muy importante destacar aquí esta forma más severa del trastorno, que se da no solo en casos de maltrato y abuso, sino también en casos de niños/as y adolescentes que sufren acoso escolar. Incluiría los siguientes síntomas:

Tabla 11 Sintomatología DESNOS (Van der Kolk, 2015)

1. Alteración en la regulación de afectos e impulsos.
A. Dificultad en la regulación de afectos.
B. Dificultad en la modulación del enojo.
C. Ideación suicida.
D. Dificultad para modular el involucramiento sexual.
E. Toma de riesgos excesiva.
2. Alteración en la atención o conciencia.
A. Amnesia.
B. Episodios disociativos y de despersonalización transitorios.
3. Somatización (en estos trastornos hay ausencia de explicación médica).
A. Problemas con el sistema digestivo.
B. Dolor crónico.
C. Síntomas cardiopulmonares.
D. Síntomas de conversión.
E. Síntomas sexuales.
4. Alteración de la autopercepción.
A. De ineffectividad.
B. De daño permanente.
C. De culpa y responsabilidad.
D. De vergüenza.
E. De que nadie puede entender.
F. De minimizarse.
5. Alteración en la percepción del perpetrador.
A. Adoptar creencias distorsionadas.
B. Idealización del perpetrador.
C. Preocupación de lastimar al perpetrador.
6. Alteración en las relaciones con los otros.
A. Inhabilidad para confiar y sentir intimidad.
B. Re-victimización.
C. Victimización de otros.
7. Alteración en los sistemas de creencias.
A. Desesperación y desesperanza.
B. Pérdida de creencias importantes

Para concluir se incluyen los síntomas clínicos según su aparición en el tiempo. Algunos síntomas clínicos que aparecen inmediatamente después del suceso traumático son:

Tabla 12 Síntomas clínicos según su aparición en el tiempo (Ruppert 2012)

<b>Síntomas Clínicos que se muestran durante el suceso traumático.</b>
La hiperactivación.
La opresión.
La disociación.
La negación.
Sentimientos de indefensión inmovilidad y congelación:
<b>Síntomas clínicos que se muestran al mismo tiempo o poco después</b>
Hipervigilancia: estar en guardia en todo momento.
Imágenes intrusivas o recuerdos repentinos.
Extrema sensibilidad a la luz o al sonido.
Hiperactividad.
Respuestas exageradamente emocionales y sobresaltadas.
Pesadillas y terror nocturno.
Cambios de humor abruptos: reacciones de rabia o rabietas, ira o llanto frecuentes.
Vergüenza y falta de autoestima.
Reducción de la capacidad de lidiar con el estrés: sentirse estresado fácil o frecuentemente.
Dificultades para dormir.
<b>Síntomas clínicos que pueden aparecer a medio plazo son:</b>
Ataques de pánico, ansiedad, fobias.
Quedarse en blanco o experimentar sentimientos de desconexión.
Conducta de evitación (evitar lugares, actividades, movimientos, recuerdos o personas).
<b>Síntomas clínicos que pueden aparecer a medio y largo plazo, incluso meses o años después:</b>
Atracción hacia situaciones peligrosas.
Conductas adictivas.
Actividad sexual exagerada o disminuida.
Amnesia y tendencia a olvidar las cosas.
Incapacidad de amar, cuidar o vincularse con otros individuos.
Miedo a morir o a que se acorte la vida.
Automutilación (cortes auto-infringidos).
Perdida de creencias sustentadoras (espirituales, religiosas, interpersonales).
Síntomas clínicos a largo plazo.
Timidez excesiva.
Respuestas emocionales amortiguadas.
Incapacidad de asumir compromisos.
Fatiga crónica o nivel muy bajo de energía física.
Problemas con el sistema inmunitario y ciertos problemas endocrinos (como mal funcionamiento de la glándula tiroides y sensibilidad ante condiciones medio ambientales).
Enfermedades psicosomáticas (dolores de cabeza, migrañas, problemas de espalda y cuello).
Dolor crónico.
Fibromialgia.
Asma.
Desordenes de la piel.
Problemas digestivos (colon espástico).
Síndrome premenstrual severo.
Depresión y sentimientos de desgracia inminente.
Sentimientos de desapego, alienación y aislamiento (Sentimientos de ser un muerto viviente).
Reducción de la capacidad de formular planes.

Una de las características de los síntomas clínicos del trauma es su permanente presencia y estabilidad o bien pueden ser inestables y ser activados por el estrés, pudiendo permanecer ocultos durante épocas y salir a la superficie de repente, además generalmente no se presentan individualmente sino en grupo. También a menudo se

hacen más complejos con el tiempo y están cada vez menos conectados con la experiencia original del trauma.

Hay que poner el acento en uno de los síntomas clínicos más problemáticos, que es la compulsión de repetir las acciones que causaron el trauma originariamente. La persona se siente atraída hacia situaciones que repiten el trauma original, de manera más o menos evidente como en el caso de la prostituta o el exhibicionista con un historial previo de abuso sexual infantil. Estas representaciones repetitivas pueden darse en las relaciones íntimas, en situaciones laborales, en accidentes o contratiempos repetidos y en otros sucesos aparentemente aleatorios.

Freud (1920) en su texto *Más allá del Principio del Placer* señala, que también los niños/as que han tenido una experiencia traumática a menudo la recrearán repetidamente en sus juegos. Descubre la pulsión de muerte en estos actos de repetición del trauma. Son los aspectos peligrosos y repetitivos de la representación en su impulso hacia la resolución: la persona crea situaciones que la obligan a confrontar y lidiar con sus traumas no resueltos. El vínculo entre la situación original y la representación posterior puede no ser evidente a primera vista. Una persona traumatizada puede asociar el suceso traumático con otra situación y repetir esa situación en lugar de la original, la clave para identificarlos como síntomas de trauma reside en la replicación, en la frecuencia con la que ocurren. Cualquiera de estos síntomas que se han expuesto o todos ellos pueden aparecer independientemente del tipo de suceso que haya causado el trauma.

### ***Síntomas Clínicos y Comorbilidad del Trauma Según los Distintos Factores de Riesgo.***

*Madre emocionalmente inaccesible; padre madre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo; malos tratos en la infancia; abuso sexual.*

El maltrato infantil, tanto por acción como por omisión y desatención provoca una brecha en la relación de apego del niño/a con su cuidador/a, que hace que el menor no se sienta seguro/a y le impide un desarrollo normal de sus capacidades esenciales como son: la regulación de las emociones, la autoaceptación, la autoestima y la autonomía. También puede afectar a la impulsividad, y a los comportamientos como rabietas, tics, enuresis, o conductas autolesivas y puede provocar una mayor probabilidad de falta de atención, agresividad, hiperactividad, problemas de conducta y

delincuencia. Además este tipo de maltrato se ha relacionado con ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático (Spinazzola et al., 2014).

Pérez et al. (2009), en su estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, TEPT y trastornos psiquiátricos, concluyeron que los sujetos que sufrieron su primer trauma durante la infancia tuvieron más probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico en comparación con aquellos que sufrieron su primer trauma en la edad adulta y pueden estar relacionados con la ocurrencia de trastornos psiquiátricos específicos. También demostraron que el abuso sexual infantil está asociado con trastornos psiquiátricos en la edad adulta: trastornos de ansiedad, afectivos y de abuso de sustancias.

Una de las consecuencias del trauma existencial son los síntomas de desrealización (ausencia de puntos de referencia) y despersonalización (desconocimiento de quien es uno mismo) que concuerdan con el concepto de personalidad dividida (APA, 2014; Levine, 2005; Ruppert, 2012; Salvador, 2016).

La OMS (2003) señala que actualmente hay pruebas de que enfermedades importantes de la edad adulta guardan relación con experiencias de maltrato durante la niñez. La morbilidad, como consecuencia del maltrato a menores, sería principalmente:

Tabla 13 Consecuencias maltrato infantil (Adaptado de OMS, 2003)

<b>Consecuencias del maltrato de menores sobre su salud</b>
<b><i>Físicas.</i></b>
Lesiones abdominales o torácicas.
Lesiones cerebrales.
Moretones e hinchazón.
Quemaduras y escaldaduras.
Lesiones del sistema nervioso central.
Discapacidad.
Fracturas.
Desgarros y abrasiones.
Lesiones oculares.
<b><i>Relacionadas con la salud sexual y reproductiva</i></b>
Problemas de la salud reproductiva.
Disfunción sexual.
Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA.
Embarazos no deseados.
<b><i>Psíquicas y en el comportamiento</i></b>
Abuso de alcohol y otras drogas.
Menoscabo cognoscitivo.
Comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos.
Depresión y ansiedad.
Retraso del desarrollo.
Trastornos de la alimentación y el sueño.
Sentimientos de vergüenza y culpa.
Hiperactividad.
Incapacidad para relacionarse.
Desempeño escolar deficiente.
Falta de autoestima.
Trastorno postraumático por estrés.
Trastornos psicósomáticos.
Comportamiento suicida y daño auto infligido.
<b><i>Otras consecuencias a largo plazo</i></b>
Cáncer.
Enfermedad pulmonar crónica.
Fibromialgia.
Síndrome de colon irritable.
Cardiopatía isquémica.
Enfermedad hepática.
Problemas de la salud reproductiva, como la esterilidad.

Los estudios demuestran el daño psíquico a corto y largo plazo.

*Maltrato de pareja.* La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que esta haya cesado. Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de una mujer. Las principales consecuencias de la violencia en la pareja son:

Tabla 14 Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja (OMS, 2003)

<b>Físicas</b>
Lesiones abdominales y torácicas.
Moretones e hinchazón.
Síndromes de dolor crónico.
Discapacidad.
Fibromialgia.
Fracturas.
Trastornos del aparato digestivo.
Síndrome del colon irritable.
Desgarros y abrasiones.
Lesiones oculares.
Mengua de las funciones físicas.
Sexuales y reproductivas.
Trastornos del aparato genital.
Esterilidad.
Enfermedad inflamatoria de la pelvis.
Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo.
Disfunción sexual.
Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA.
Aborto practicado en condiciones peligrosas.
Embarazo no deseado.
<b>Psíquicas y del comportamiento</b>
Abuso de alcohol y otras drogas.
Depresión y ansiedad.
Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño.
Sentimientos de vergüenza y culpabilidad.
Fobias y trastorno por pánico.
Inactividad física.
Poca autoestima.
Trastorno por estrés postraumático.
Trastornos psicósomáticos.
Hábito de fumar.
Comportamiento suicida y daño autoinfligido.
Comportamiento sexual riesgoso.
Consecuencias mortales.
Mortalidad relacionada con el SIDA.
Mortalidad materna.
Homicidio.
Suicidio.

Sarasua et al. (2007), en su estudio sobre el perfil psicopatológico de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad, mostraban que la tasa de prevalencia del TEPT era más alta en las víctimas jóvenes y que éstas mostraban más síntomas depresivos y tenían una autoestima menor que las mayores.

*Violación agresión sexual.* Según la OMS (2003) entre las consecuencias más comunes de la violencia sexual cabe mencionar las relacionadas con la salud reproductiva y mental y el bienestar social y serían las siguientes:

- El embarazo y las complicaciones ginecológicas
- La salud mental. En un estudio basado en la población, la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, Las mujeres víctimas de maltrato que informan de experiencias de coito forzado corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastorno postraumático por estrés que las mujeres no maltratadas. El trastorno postraumático por estrés posterior a la violación es más probable si en el transcurso de esta se producen lesiones, o si existen antecedentes de depresión o de abuso de alcohol.
- La infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual son algunas de las consecuencias reconocidas de la violación.
- Conductas suicidas
- Ostracismo social en algunas culturas se juzga a las mujeres como las responsables de provocar la violación.

*Ataques terroristas.* Baldor et al. (2005) describieron el desarrollo de la intervención realizada por tres grupos de víctimas del atentado del 11 de marzo en Madrid, que presentaban sintomatología moderada de EPT y afirman que el TEPT no constituiría más que la cara visible de las consecuencias del hecho traumático. Ellos veían los síntomas como intentos del organismo por elaborar e integrar la propia experiencia traumática y desarrollan la reconceptualización de los síntomas y estos serían como elementos de resistencia, así el silencio, el aislamiento y la amnesia emocional serían como un repliegue protector para que la persona se resitúe; las pesadillas e imágenes o pensamientos intrusivos servirían para dotar de significado a la experiencia con el fin de integrarla; y las vivencias de culpa, rabia y resentimiento estarían dirigidas a mantener el control sobre la propia vida y evitar la indefensión (Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

*Guerra; asaltos violentos, tortura secuestros, encarcelamientos; persecución por ideas políticas.* La OMS (2003) identifica las siguientes consecuencias de la violencia colectiva:

Tabla 15 Consecuencias de la violencia colectiva (Adaptado de OMS, 2003)

<b>Ejemplos de las repercusiones directas de los conflictos sobre la salud</b>	
<b>Efecto sanitario</b>	<b>Causas</b>
<b>Mayor mortalidad</b>	Defunciones por causas externas, principalmente relacionadas con las armas. Defunciones debidas a enfermedades infecciosas (como el sarampión, la poliomielitis, el tétanos y la malaria). Defunciones causadas por enfermedades no transmisibles, y defunciones que pueden evitarse con atención médica (como las ocasionadas por el asma, la diabetes y operaciones quirúrgicas de urgencia).
<b>Mayor morbilidad</b>	Lesiones por causas externas, como las provocadas por las armas, la mutilación, las minas terrestres antipersonales, las quemaduras y las intoxicaciones. Morbilidad asociada con otras causas externas, como la violencia sexual. Enfermedades infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- relacionadas con el agua (como el cólera, la fiebre tifoidea, y la disentería provocada por <i>Shigella</i> spp.).</li> <li>- transmitidas por vectores (como la malaria y la oncocercosis).</li> <li>- otras enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual).</li> </ul> Salud reproductiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>- un mayor número de mortinatos y nacimientos prematuros, más casos de bajo peso al nacer y más complicaciones de partos.</li> <li>- repercusiones genéticas a más largo plazo de la exposición a los productos químicos y la radiación.</li> </ul> Nutrición: malnutrición aguda y crónica y una serie de trastornos por carencias. Salud mental: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ansiedad</li> <li>- depresión</li> <li>- TEPT</li> <li>- comportamiento suicida</li> </ul>
<b>Mayor discapacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Física</li> <li>- Psíquica</li> <li>- Social</li> </ul>

Kaspersen y Matthese (2003) afirmaban que la sintomatología del TEPT entre los soldados de naciones unidas y el personal perteneciente al voluntariado se encontraba persistentemente asociada con la presencia de psicopatología. Considerando la comorbilidad encontraron que los trastornos de somatización (90.2 %) y la esquizofrenia (37.0%) eran los dos tipos de cuadros más frecuentes entre los afectados por TEPT.

*Factores de riesgo de trauma de pérdida.* Fernández et al. (2016) investigaron los índices de psicopatología en personas que se encontraban sufriendo un proceso de

duelo debido al fallecimiento de un ser querido y afirmaban que la pérdida de un ser querido, podía dar lugar a un duelo complicado, que se caracterizaba por intensos síntomas de anhelo, tristeza o pérdida de sentido. Su estudio mostraba que la intensidad del duelo correlaciona positivamente con todos los índices de psicopatología evaluados: reexperimentación, evitación, hiperactivación, somatización, obsesión, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoia y psicoticismo.

También existe una importante comorbilidad entre el duelo complicado, el trastorno depresivo mayor y el TEPT (Simón, Wall, Keshaviah, Dryman, Leblanc y Shear, 2011, citados en Fernández et al., 2016, p.16).

*Pérdida de trabajo acoso laboral.* Con respecto al acoso laboral distintos estudios han puesto de manifiesto la abundancia de síntomas que presentan las víctimas, donde el acoso psicológico se encuentra fuertemente relacionado con diferentes problemas de salud, como por ejemplo síntomas psicosomáticos, depresión, fatiga, problemas de sueño y ansiedad. Las víctimas expresaban sus reacciones mediante el desarrollo de síntomas físicos no excesivamente graves, tales como sensación de debilidad, pérdida de fuerza, fatiga crónica, dolores y jaquecas. Otros reaccionaban con depresión y sintomatología asociada, como sensación de impotencia, falta de autoestima e insomnio. Un tercer grupo reaccionaba con síntomas psicológicos, como la hostilidad, problemas de memoria, hipervigilancia, sentimientos de victimización y evitación de los contactos sociales (Rodríguez-Muñoz, 2011).

### **1.2.5 El Trauma Transgeneracional.**

Salvador (2016) nos habla del trauma histórico y afirma que todo trauma interpersonal conlleva a su vez un trauma transgeneracional. El dolor de los progenitores afecta a la capacidad de cuidar a los vástagos, la traumatización por negligencia, malos tratos o abandono a los hijos/as, se debe a que los padres arrastran, a su vez, un pasado traumático.

Una experiencia traumática tiene un efecto durante varias generaciones, se puede afirmar que la psique humana es un fenómeno multigeneracional. Las experiencias traumáticas se transmiten a la siguiente generación a través de los procesos de vinculación emocional. Los problemas físicos, emocionales y psicológicos a menudo son consecuencia de trastornos de vínculo que se remontan a tres o cuatro generaciones. Siguiendo a Ruppert (2012) la experiencia del trauma puede crear trastornos de

vinculación tan graves que, a su vez, aumenten la posibilidad de que un individuo sufra experiencias traumáticas y someta a otros al trauma. Un niño/a que sostiene vínculos con padres que tienen un trauma no resuelto se ve envuelto en ese trauma, y repetirá el patrón de relaciones conflictivas o difíciles en todas sus relaciones siguientes, con lo cual se perpetuará el conflicto. La combinación de la teoría del vínculo con la teoría del trauma, permite formular un principio general: una madre que ha sufrido un trauma, inevitablemente transmitirá su experiencia traumática a su hijo/a. Se crea una secuencia multigeneracional: trauma- trastorno de vinculación- trauma.

Según Thorsheim (2014) tanto los traumas propios como los heredados de generaciones anteriores pueden ocasionar fragmentaciones psíquicas, lo que quiere decir que causarán los síntomas del trauma y harán a la persona vulnerable a sufrir más traumas. El embrión y el feto no sólo participan directamente de las vivencias y sentimientos de su madre durante el embarazo, sino que además están conectados con todas las heridas psíquicas no sanadas de la madre y a través de ellas con todos los miedos no procesados de las generaciones anteriores.

Para Roig (2015) esto es un hecho que se contrasta en la experiencia clínica al realizar el genograma, árbol genealógico que incluye datos objetivos de acontecimientos vitales familiares y personales. El diagnóstico inevitablemente debe de incluir un diagnóstico del sistema familiar del paciente a lo largo de varias generaciones. Si los padres están traumatizados, su capacidad de apego y, con ello su capacidad de amar se ven afectadas, esto se manifiesta de forma negativa, primero en la relación con la pareja y después en la relación con los hijos/as.

Cuando los padres usan la violencia producen traumas que afectan tanto a los agresores como a las víctimas, poniendo en marcha una espiral de violencia que llega hasta las siguientes generaciones: las víctimas se convierten en agresores que engendran nuevas víctimas. El uso de la violencia se convierte en un mecanismo de supervivencia ante el trauma que a su vez, origina nuevos traumas, pues no se puede ver al agresor como tal, e incluso se idealiza, lo que se conoce como Síndrome de Estocolmo, al no poder expresar el odio directamente contra los agresores se descarga sobre otras personas (Ruppert, 2014). Por lo tanto además de los traumas precoces de los antepasados afectan también los traumas de pérdida y los traumas existenciales que estos sufrieron.

En primer lugar en este apartado se va hacer un recorrido sobre la evolución del concepto de inconsciente: el inconsciente individual, el colectivo y el familiar, para comprender la transmisión transgeneracional del trauma. A continuación se mostraran las aportaciones de la neurociencia al concepto de inconsciente con el estudio del funcionamiento de la memoria, como un complejo y frágil proceso cerebral que construye, almacena y recupera recuerdos en constante evolución.

La guerra y los secretos son los principales acontecimientos que impactan a través de las generaciones, una herencia que hace vulnerable a los nietos y biznietos a seguir sufriendo traumas. Por tanto, en tercer lugar se va a hacer una revisión sobre el efecto de los secretos de familia en las generaciones posteriores. En cuarto lugar, se van a desarrollar la importancia transgeneracional de la guerra y en concreto, la Guerra Civil Española de 1936, que ocasionó sucesos traumáticos devastadores y ha provocado traumas existenciales, de pérdida y de vínculo a las generaciones posteriores hasta nuestros días, afectando al diagnóstico, los síntomas y los sueños de nuestra muestra de pacientes clínicos.

### ***El Inconsciente.***

En esta parte ofrecemos un recorrido sobre la historia del inconsciente, que facilite la comprensión de la transmisión transgeneracional del trauma y que se acerque a la formulación de la teoría de los sueños. Sigmund Freud (1901) descubre el inconsciente y su influencia en el comportamiento consciente, él habla de un inconsciente individual formado por experiencias reprimidas de las que no se guarda conciencia. Carl Jung (1964) demuestra la existencia de un inconsciente colectivo, formado por arquetipos, imágenes primordiales similares a los ritos de las tribus primitivas, símbolos comunes que enseñan todas las religiones. Cien años más tarde la Psicogenealogía habla del inconsciente familiar, la vida de las personas se ve afectada por la influencia de los antepasados (Roig, 2015).

Vamos a empezar con las primeras contribuciones del psicoanálisis freudiano en relación al estudio del **inconsciente individual**, concepto psicoanalítico por excelencia. Siguiendo a Masota (1989) cuando Freud quiere introducir el tema del inconsciente, no lo hace hablando sin más de la sexualidad o la represión sexual, trata de mostrar las lagunas del discurso consciente y llama la atención sobre los fenómenos de las palabras.

Parte de los fenómenos del lenguaje: los equívocos, los lapsus, los olvidos, para más tarde plantear cuestiones que tienen que ver con la represión y la sexualidad.

Masota (1989) indica que para entender el concepto del inconsciente se ha de ir a sus orígenes históricos y remontarse al encuentro del hipnotismo y la psiquiatría. La hipnosis mostraba la existencia de material psíquico, que no estaban en la conciencia y que tenían efectos sobre el comportamiento y la vida despierta de los sujetos. Las pacientes tenían experiencias de las que no guardaban conciencia. La hipnosis hizo que Freud concibiese una nueva idea: la idea de la existencia de dos niveles del psiquismo, el consciente y el inconsciente.

Entre 1893 y 1896 Freud insistió en la teoría del trauma, que posteriormente abandonó, porque observó que las escenas sexuales relatadas por sus pacientes sobre la primera infancia, no habían ocurrido de verdad. Este hecho le llevó al descubrimiento del concepto de fantasía: que esas escenas sexuales no hayan ocurrido en la realidad, pero que sin embargo apareciesen en el relato del paciente, indicaba que las escenas habían sido fantaseadas y conservaban su poder patógeno. Un síntoma histérico se fundaba en una fantasía y no en la reproducción de algo verdaderamente vivido.

La experiencia clínica nos indica que estos acontecimientos traumáticos, si aparecen en la fantasía del paciente, es porque realmente fueron vividos, pero por sus antepasados. Los pacientes tienen diferentes tipos de fantasías con poder patógeno: de abusos sexuales, de maltrato, de infidelidad o celos...sin que estos hechos hayan ocurrido de verdad en sus vidas, sienten la misma angustia como si hubiese ocurrido y además aparecen en sus sueños.

Para Roig (2015), Freud descubre el potencial de la fantasía pero no aclara de dónde saca la fantasía, sus imágenes y su contenido, si no es de la experiencia vivida personalmente. En 1912 en *Dinámica de la Transferencia* intuye la influencia de los antepasados en la vida y en el inconsciente y señala que la ciencia podría arriesgarse a considerar los factores congénitos como la cristalización de las influencias accidentales recaídas sobre la serie infinita de los antepasados.

Para muchos autores entre los que se encuentran Araujo-Herrera y Almeida-Rodríguez (2015), Bourquin (2007 y 2011), Bradshaw (2000), Faúndez y Cornejo (2010), Faúndez, Cornejo y Brackelaire (2014), Fonagy (1999), Hellinger (2007, 2009 y 2012), Jodorowsky (2008), Miñarro y Morandi (2012), Roig (2015), Ruppert (2012 y

2014), Salvador (2016), Van Eersel y Maillard (2004) y Weber (1998), este contenido psíquico que se ha convertido en inconsciente, porque hay alguna razón por la que el sujeto no puede sostenerlo en la conciencia, como ya intuyó Freud, no solamente proviene las experiencias vividas, sino también de las vividas por los antepasados. Hay contenidos e imágenes del inconsciente que se heredan de los antepasados.

Jung (1964) hizo una primera aproximación a esta teoría con el descubrimiento del **inconsciente colectivo**, afirmando que muchos sueños presentan imágenes y asociaciones que son análogas a las ideas, ritos y mitos primitivos. Estas imágenes soñadas son elementos psíquicos supervivientes en la mente humana. El inconsciente personal descansa sobre una capa más profunda que ya no procede de la experiencia personal ni constituye una adquisición propia, sino que es innata, que es el inconsciente colectivo y es un tipo de conocimiento con el que se nace, común a todos los individuos.

Siguiendo a Roig (2015) el lenguaje del inconsciente, de los sueños, es simbólico, existiendo muchos símbolos que no son individuales sino colectivos, formas aborígenes, innatas y heredadas de la mente humana. A estos símbolos Jung los llama arquetipos, que son una disposición funcional a reproducir representaciones iguales o análogas, estructuras universales de la psique, lo que une a los seres humanos unos con otros, incluso con los hombres y mujeres del pasado. Los arquetipos son una tendencia a formar representaciones sobre un modelo básico que puede variar constantemente y que produce asombro y desconcierto cuando aparece en la consciencia, son análogos a las doctrinas enseñadas a los jóvenes en las tribus primitivas y son símbolos comunes a todas las religiones. El inconsciente colectivo se forma a través de los pensamientos y experiencias de sus diferentes elementos, de sus miembros individuales, a lo largo del tiempo como resultado de todas las experiencias del linaje de los ancestros.

Finalizaremos este apartado con la noción de **inconsciente familiar**. Los psicogenealogistas, desarrollan un siglo después del descubrimiento del inconsciente, una teoría que tiene en cuenta los lazos contextuales y transgeneracionales, sin olvidarse de la singularidad del individuo. Un acontecimiento del pasado, puede tener consecuencias incluso varias generaciones más tarde (Roig, 2015).

Anne Ancelin Schützenberger es una de las figuras principales de este movimiento. Ella introdujo la importancia transgeneracional al descubrir lo que llamó el

“síndrome del aniversario”. Observó en las biografías de sus enfermos de cáncer unos sorprendentes fenómenos de repetición, idénticos a los que habían sufrido seres queridos y desaparecidos (Van Eersel y Maillard, 2004). En base a esta observación con los pacientes registró acontecimientos como: cambios de clase social, quiebras económicas enfermedades, accidentes, muertes precoces o injustas, participación en guerra, alcoholismo, ingresos en hospitales psiquiátricos o en la cárcel, nacimientos, matrimonios, segundas nupcias, teniendo en cuenta las edades y las fechas en las que se produjeron estos sucesos. Estos árboles genealógicos extensos revelaron repeticiones sorprendentes en el sistema familiar a lo largo de las generaciones. Se trataba generalmente de repeticiones de sucesos abrumadores y traumáticos (Araujo-Herrera y Almeida-Rodríguez, 2015).

Como afirman muchos expertos sobre el tema, entre los que se encuentran Araujo-Herrera y Almeida-Rodríguez (2015), Bourquin (2007), Garriga (2006), Hellinger (2007), Jodorowsky (2008), Van Eersel y Maillard (2004) y Weber (1998) aunque no existe una investigación que nos explique de forma completa como funciona esta memoria transgeneracional, se conoce en la clínica por sus efectos, por sus manifestaciones.

### ***Aportaciones de la Neurociencia al Concepto de Memoria: el legado transgeneracional del trauma.***

Como plantean numerosos autores entre los que se encuentra Tutté (2004), si se revisan las teorías de la neurociencia sobre la memoria se podría afirmar que existe un inconsciente individual que no es el resultado de la represión por razones afectivas, sino que, se organizó en forma de procedimientos automatizados de cómo relacionarse con el otro y con el mundo y esto es lo que queda inscrito como memoria procedimental.

La memoria es un complejo y frágil proceso cerebral que constituye, almacena y recupera recuerdos en constante evolución y es un eje fundamental en la problemática del trauma (Cyrulnik, 2001; Freud, 1915; Levine e Iribarren, 2013; López-Soler, 2008; Manzanero y Recio, 2012; Ruppert, 2012; Salvador, 2010; Tutté, 2006; Uriarte de Pantazoglu, 1991; Van der Kolk, 2015).

Para García García (2018) el inconsciente colectivo de Jung podría referirse a la memoria filogenética, que es la propia de la especie humana, viene registrada en los genes de cada persona siendo el origen de la memoria personal, pues el programa

genético con el que se nace, se desarrolla en cada individuo en estrecha interacción con la estimulación ambiental. La neurociencia describe la organización de la memoria en términos de sistemas separados y múltiples. Desde ellas y gracias a ellas la persona se mueve, piensa, habla, se emociona, planifica y proyecta. Las memorias son redes neuronales, estrechamente interconectadas, interactivas a la vez que autónomas, parcialmente solapadas y muy distribuidas por todo el cerebro. Los impulsos que transmite la red de neuronas de los estímulos se irán reproduciendo una y otra vez en el hipocampo, que es la parte del cerebro especializada en las funciones de almacenaje, hasta que el circuito quede fijado. La asociación neuronal resultante representa el recuerdo de un episodio en la mente, que será su huella mnemónica. El motivo por el que los recuerdos se van desdibujando se produce por qué el sistema neuronal no tiene una capacidad ilimitada de almacenamiento, y sus diversos componentes son dinámicos, no estáticos, de modo que establecen entre sí variadas y entrecruzadas combinaciones a lo largo del tiempo. El recuerdo además de difuminarse será cada vez menos fiel a la realidad; así es posible que se vayan añadiendo nuevas conexiones a la red original que lo modifiquen, el recuerdo es plástico. Cuando se recupera una información guardada en la memoria, nuevamente se activan los procesos bioquímicos, por lo que cada vez que se reactiva un recuerdo se reconstruye biológicamente. Lo que se experimenta al recordar es una acción en la que la estructura neuronal de la memoria modifica el recuerdo, que por su plasticidad va siendo moldeado a lo largo del tiempo conforme se vuelve a recordar.

Precisamente si un recuerdo es fijo y no se altera en lo más mínimo, a menudo se producen afecciones dolorosas, como obsesiones, fijaciones y demás lastres angustiosos. Esto es lo que ocurre en el caso del trauma donde el recuerdo queda inamovible. La memoria del trauma solo se concibe como huellas perceptivas, como una memoria sensorial que no ha adquirido la cualidad de representación de la huella mnémica. El regreso del recuerdo se ve marcado por intensas reacciones emocionales: temor y rabia; tanto como imágenes: flashbacks y pesadillas (Morgado, 2007; Salvador, 2010; Tutté, 2006).

Tutté (2004) explica que los investigadores han clasificado en dos grandes grupos las memorias, que se diferencian entre sí por las estructuras neurológicas que las subyacen, sus principios operativos y el tipo de información que procesan: la primera se

denomina “La memoria declarativa o explícita”, que es aquella en que la consciencia está implicada en el proceso. Son recuerdos conscientes que se registran, recuperan y expresan gracias al lenguaje. Es representada por un sistema que primero las procesa o codifica, luego las archiva de forma accesible para un uso posterior y en última instancia las recupera a demanda mediante el procesamiento verbal en formas más o menos detalladas. En ella se distinguen dos tipos episódica y semántica, que tiene en su base sistemas neuronales diferentes. La segunda es “La memoria procedimental o implícita”, en los que la consciencia no participa en el proceso de la recuperación del recuerdo, se hace directamente al ejecutar la acción como hablar, nadar o montar en bicicleta.

Estas dos memorias resultan muy diferentes como es aquello que puede ser pensado, representado en imágenes o puesto en palabras, de lo que está inscrito en términos de procedimientos afectivamente cargados, o sea esquemas afectivo-motrices. El conocimiento relacional implícito se refiere a la influencia de las memorias implícitas o no declarativas sobre las características que cada persona tiene como modalidades de ser con los otros y de relacionarse consigo misma, que comenzarían en la temprana infancia, ganando en madurez y complejidad a medida que el cerebro madura y el dominio de la intersubjetividad se expande. Este conocimiento relacional serían formas de inscripción de vínculos, en particular las reacciones afectivas automáticas que un bebé puede tener en el contacto con el otro. Estas formas de lo psíquico son también inconscientes, operan por fuera de la percepción del individuo, no pueden ser explícitamente declaradas (Davies, 2001, citado por Tutté, 2004 p. 11).

Siguiendo a García García (2018) en las memorias procedimentales podrían quedar guardadas como formas de traumas precoces no sensibles a los recuerdos verbales. Esta memoria no declarativa, tiene la particularidad de no poder ser recordada, ninguna experiencia consciente de recuerdo es posible, aunque es demostrable que allí se retienen experiencias pasadas. En esta memoria inconsciente los recuerdos aparecen como descontextualizados, disociados o escindidos en el sentido que permanecen intactos, sin elaborar, pero influyendo tanto en la conducta como en la disposición emocional. La evidencia sugiere que las memorias procedimentales de una edad muy temprana tienden a persistir en forma de patrones de conducta destinados a repetirse posteriormente en la existencia del individuo.

Tutté (2004) nos indica que durante el tratamiento psicológico dichos recuerdos no se recuperan como memoria declarativa ni pueden decodificarse a partir de la narrativa del paciente. Los recuerdos traumáticos regresarían principalmente a través del sistema sensorial, en forma de sensaciones cinestésicas, olores, sabores, o imágenes visuales, descontextualizadas y sin significado aparente. No se trata de un recuerdo reprimido por la censura como los recuerdos inconscientes freudianos, sino de algo que existe en forma de procedimientos de cómo estar y reaccionar ante el otro. Se infiere que los niños/as puedan almacenar mucha experiencia que luego no son capaces de evocar. El trauma precoz pues puede alterar el normal funcionamiento del sistema de memoria.

El conocimiento actualmente disponible sobre los diferentes tipos de memoria, implica una conceptualización de los procesos inconscientes, no solo personal sino también colectivo y familiar, más allá de su reducción al inconsciente reprimido, la memoria procedimental se manifiesta sólo mediante formas de actuar y de sentir que no estaban reprimidas.

En esta línea existen investigaciones, que demuestran la influencia transgeneracional de este tipo de memoria procedimental, como la de Bygren et al., (2014) que afirman que la tasa de mortalidad puede estar asociada con la disponibilidad de alimentos en la infancia de los antepasados. Estudian como influyó el suministro temprano de alimentos de abuelas, en la mortalidad cardiovascular de las nietas. Concluyen que hay una respuesta transgeneracional al cambio brusco de la disponibilidad de alimentos a edades tempranas, esta herencia epigenética conduce a respuestas sociales psicológicas y biológicas.

En esta misma línea Costa, Yetter y DeSomer, 2018 estudian la transmisión intergeneracional del trauma paterno entre los ex prisioneros de guerra de los Estados Unidos, para demostrar que se transmitió a los hijos/as de supervivientes de los campos de prisioneros de guerra confederados. Los hallazgos apuntaron a la importancia del estrés paterno en la longevidad de los hijos/as y afirman que esta transmisión pudo haber ocurrido a través de canales epigenéticos.

Para Salvador (2016) el legado transgeneracional del trauma se compone de las memorias implícitas primarias, los síntomas somáticos que no han podido ser integrados, las huellas emocionales de la historia que no han sido procesadas en las

generaciones de padres, abuelos, bisabuelos e incluso tatarabuelos. La epigenética demuestra como los traumas del clan familiar no resueltos permanecen vivos en el inconsciente de la familia, desvela un nuevo lenguaje del genoma e introduce la noción de que las experiencias pueden marcar el material genético y que estas marcas pueden ser transmitidas a generaciones futuras.

### ***Los Secretos Familiares.***

Para Salvador (2016) los secretos impiden que la familia pueda resolver los temas del pasado. Por lo tanto mantienen la disfunción multigeneracional, refuerzan los procesos disfuncionales de la familia, al crear uniones y alianzas intergeneracionales y al estabilizar las relaciones triangulares. Los mecanismos de defensa elaborados para mantener el silencio y los secretos de familia afectan a la dimensión personal de los individuos.

Para Bradshaw (2000) estos sucesos traumáticos que se transmiten de generación en generación son secretos familiares. El secreto lo conoce el inconsciente y las generaciones posteriores pueden reproducirlo en sus vidas, forman parte del sistema emocional de la familia y sus manifestaciones constituyen un intento simbólico de desvelarlos. Una de las principales consecuencias es la tendencia a la repetición en las generaciones posteriores, cuando se niegan hechos traumáticos y se los convierte en secretos ocultos, la lealtad de la familia por mantener el secreto puede traducirse, en las generaciones siguientes en miedos patológicos, aislamiento, conductas anormales alocadas, intrépidas, obsesión por la muerte e intentos de suicidio..

John Bradshaw (2000) ha establecido categorías de los secretos ocultos: los de primer grado, donde siempre existe una víctima y se atenta contra la vida, la libertad, la dignidad del yo y propiedad de los demás, estando castigados por la ley. Los de segundo grado que atentan contra la individualidad de la persona, tienen consecuencias nocivas para uno mismo y para los demás y también pueden llevar a delitos contra la ley. Los de tercer grado atentan contra la libertad de una o más personas, traspasan los límites e implican una falta de honradez, consciente o inconsciente y entorpecen las relaciones entre familiares. Los de cuarto grado principalmente atentan contra el yo, pues ocultar el secreto supone un desgaste psíquico, bloquea la espontaneidad y recorta la libertad.

Tabla 16 Secretos familiares (Bradshaw, 2000)

<b>SECRETOS DE PRIMER GRADO</b>
Actividad delictiva:
Homicidio.
Tortura.
Incendio provocado.
Terrorismo.
Secuestro.
Atraco.
Violencia racial y homofóbica.
Tráfico de drogas.
Robo.
Estafas.
Delitos sexuales:
Violación.
Incesto, abusos.
Torturas sexuales.
Prostitución, pornografía infantil.
Victimización:
Malos tratos.
Suicidio.
<b>SECRETOS DE SEGUNDO GRADO</b>
Abuso de sustancias.
Trastornos de la alimentación.
Adicción a alguna actividad (al trabajo, al amor, al sexo, múltiples aventuras, pornografía, ludopatía...).
Cuestiones relacionadas con el nacimiento y la identidad: (Adopción, fertilización in vitro, paternidad, hermanos perdidos...).
<b>SECRETOS DE TERCER GRADO</b>
Elementos familiares que atrapan (reglas familiares encubiertas, triángulos, vínculos transgeneracionales, ser el chivo expiatorio...).
Secretos de la pareja (gay no declarada, infidelidad, matrimonio por embarazo, aborto, desempleo).
Enfermedad mental, discapacidad física, negación de la muerte y la enfermedad.
Intelectual/ espiritual (homofobia, prejuicios raciales).
<b>SECRETOS DE CUARTO GRADO</b>
Vergüenza (miedo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
Vergüenza cultural/contextual (aspecto-cuerpo, nivel socioeconómico, nivel de estudios, inadecuación social, vergüenza étnica, crisis espiritual-religiosa).

Los secretos ocultos de primer y segundo grado resultan siempre nocivos, siendo importante afrontarlos y sacarlos a la luz, coincidirían factores de riesgo de trauma que trascenderían a las generaciones siguientes. La depresión y la ansiedad suelen transmitirse de una generación a otra, los hijos pueden incorporar sentimientos de tristeza que se originaron en generaciones anteriores. Por lo tanto no solo al individuo le van a afectar los traumas sufridos personalmente, sino los no resueltos por sus antepasados. Cuando una situación de violencia resulta traumática y se mantiene como secreto familiar, siendo repudiado o renegado, puede aparecer en la tercera generación en forma

de manifestación psíquica o corporal y en su significación inconsciente expresa el conflicto renegado (Bradshaw, 2000).

### ***El Trauma Transgeneracional de la Guerra y sus Consecuencias.***

Durante la Primera Guerra Mundial se dio lugar al debate de la histeria de guerra o histeria masculina. Los fenómenos desencadenados por acontecimientos traumáticos en el campo de batalla, provocaban en los combatientes manifestaciones en su mayoría de índole motora: parálisis y temblores.

Para Freud (1920) el cuadro de la neurosis traumática se aproxima al de la histeria por presentar síntomas motores similares, pero lo sobrepasa, por sus acusados indicios de padecimiento subjetivo, que lo asemejan a una hipocondría o melancolía, así como un debilitamiento evidente y una destrucción general de las operaciones anímicas. En la neurosis traumática común destacan dos rasgos que la causan: que el centro de la gravedad parece situarse en el factor de la sorpresa, en el terror, y en un simultáneo daño físico o herida.

Osherson (1986) habla de las consecuencias posteriores de la guerra en los hombres, la histeria masculina. El hombre es el que va al campo de batalla y experimenta toda la violencia que allí se genera, cuando vuelve al hogar no puede expresar lo que ha vivido y esto trasciende a las generaciones posteriores. Explica el cambio histórico profundo de los hombres de la generación de los 60 con la guerra de Vietnam. La degradación de los padres se relaciona con la guerra, confirmándoles a muchos hombres y mujeres, la existencia de una corriente subterránea de maldad masculina. Pone al varón y sus sentimientos al centro de la vida familiar. Conecta la vulnerabilidad de los hombres con su incapacidad para mostrar sus sentimientos. El padre puede ser percibido lleno de ira y secretamente furioso frente al hijo/a que lo desafía, listo para explotar en cualquier momento o puede ser percibido como alguien herido o dañado, demasiado bueno para enojarse, pero terriblemente desilusionado en secreto.

Las consecuencias del trauma de guerra y su influencia en las siguientes generaciones son estudiadas por numerosos autores entre los que se encuentran los siguientes:

Korovsky (1995), afirman que los efectos de la violencia renegada y/o reprimida se manifestó en la segunda, tercera, o aun en la cuarta generación a través de síntomas psíquicos o somáticos.

Iosa et al. (2013) investigaron las repercusiones del trauma psicosocial sufrido por comunidades Wichí del norte de Argentina. Con respecto a la transmisión transgeneracional, identificaron secuelas en las siguientes generaciones y como estas reproducían la situación traumática. Los mecanismos que constituían la permanencia del daño eran: la situación de persecución, matanza, marginalidad, pobreza e impunidad de las acciones que estado y sociedad sostienen y reproducen en relación a este grupo. También detectaron que silenciamiento y evasión eran una posición de encapsulamiento ante el evento traumático.

Faúndez, Cornejo y Brackelaire (2014), estudiaron la transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de presos políticos de la dictadura militar chilena y afirmaron que el carácter traumático de la tortura, como forma extrema de exposición a la violencia, estaba causado por el impacto sorpresivo e inesperado de las múltiples amenazas vitales y por sus consecuencias en la desorganización experimentada por los sujetos y sus familias. Además los sobrevivientes debieron reintegrarse a la vida familiar y social en un entorno de negación de las acciones de violencia política y de silencio, viendo la impunidad de quienes cometieron los hechos.

Así mismo, Letzter-Pouw, Shrira, Ben-Ezra y Palgi (2014), constataron que la trasmisión del trauma puede perdurar de generación en generación, al estudiar la carga parental percibida entre los hijos y los nietos de los sobrevivientes del Holocausto. La transmisión estaba relacionada con la medida en que el Holocausto estaba presente en los pensamientos, sentimientos y comportamientos cotidianos y sus consecuencias afectan a la salud y a la seguridad en el trabajo de las generaciones posteriores.

Para Roig (2015) también esta violencia, puede manifestarse en los sueños de las generaciones posteriores. En su estudio exploratorio sobre los mismos, el “tema violencia” correlaciona significativamente con el acontecimiento familiar “experiencias bélicas”. Las manifestaciones somáticas y psíquicas representaban las situaciones conflictivas o traumáticas que no se expresan conscientemente y que pueden corresponder también a conflictos transgeneracionales. El cuerpo, los sueños, los

síntomas parecen ser el vehículo privilegiado para expresar aquellas situaciones traumáticas que no podían o no debían ser recordadas.

Miñarro y Morandi (2012) en su investigación empírica analizaron los efectos, aun latentes en los derrotados de 1936, dentro del campo del psicoanálisis y la salud mental. Realizaron 200 entrevistas durante 7 años y limitaron el estudio a las víctimas del franquismo, no ofrecieron por lo tanto resultados de las repercusiones en el otro bando. Esta investigación aseguraba que las heridas del 36 se habían transmitido de generación en generación, porque la historia nunca permitió el duelo y la cicatrización. Estudiaron las secuelas mentales y traumas psíquicos que ha legado la Guerra Civil y la postguerra en los represaliados del bando republicano.

Las autoras hablaban de que hay silencios cuyo eco no acalla el tiempo, las consecuencias psíquicas de la guerra, después de 80 años seguían latiendo en la sociedad. Los traumas vividos a raíz de la guerra y la postguerra: muerte de población civil durante los bombardeos, fusilamientos, torturas encarcelamientos, campos de concentración, degradación humana, exilio forzoso, la utilización sistemática del miedo como arma de control durante la guerra y la dictadura, el desamparo, la vergüenza, la culpa, la humillación y el silencio, no se agotaban en la generación que sufrió directamente la experiencia, sino que se habían transmitido a sus descendientes hasta afectar a segundas, terceras y cuartas generaciones. El horror de la guerra y la postguerra habían producido, según los testimonios recogidos, un silencio lleno de palabras imposibles de decir, un gran desmantelamiento psíquico y afectivo que se había transmitido a las generaciones siguientes.

También Danieli, Norris y Engdahl (2016) estudiaron los legados multigeneracionales del trauma, a través de factores de la vida de los supervivientes del Holocausto, que pueden haber afectado a la adaptación de sus hijos. De nuevo los autores destacaron la importancia de la conspiración del silencio y como efecto observado nos llama la atención la ruptura de relaciones intergeneracionales.

En esta misma línea Zerach, Levin, Aloni y Solomon (2017) hablan del efecto a largo plazo del cautiverio de guerra y los síntomas de TEPT, inducido por el combate, en la salud de la descendencia. Concluyeron que el TEPT tanto de los padres como de las madres de ex prisioneros de guerra estaba implicado en el TEPT de sus hijos.

Para finalizar afirmaremos que nuestra experiencia clínica en terapia, demuestra que se está atendiendo a la tercera y cuarta generación, los nietos y biznietos de uno y otro lado de los supervivientes de víctimas y victimarios de la Guerra Civil Española del 36, debido a situaciones traumáticas no procesadas de sus antecesores. Se necesita alguna forma de expresión que haga posible la concienciación, ya que estas situaciones de violencia social afectan tanto a descendientes de víctimas como a victimarios. Se dan muchos casos en consulta psicológica de personas con antecedentes de pérdidas económicas, de tierras, de casas o propiedades, a consecuencia de la guerra, que viven con una sensación de pobreza o miedo a la ruina o la indigencia aunque carezca de base sea real.

Siguiendo a Salvador (2016), las influencias sistémicas y los mandatos familiares incluyen cargas que provienen de la cultura y aquellos traumas no resueltos de la cultura del país en el que se vive. Muchas familias aun arrastran el fantasma de familiares asesinados en la Guerra Civil, donde no se pudo hacer un duelo debido al silencio impuesto. Generaciones con sufrimiento repetitivo debido a violencia, persecución, destierro, emigración, adicciones, etnocidio y guerra, tratan de olvidar generando una amnesia histórica con motivo de la falta de permiso para expresar el dolor.

### **1.2.6 Tratamiento del Trauma.**

Desde los años 70 o 80, se ha ido desarrollando una comprensión respecto al trauma y su tratamiento, apoyada en numerosas investigaciones, que ha puesto de manifiesto que para poder ayudar de manera efectiva a los pacientes, se requieren unos conocimientos y una metodología de tratamiento específicos por parte del psicólogo/a, necesarios para evitar la retraumatización y optimizar la eficacia terapéutica.

Los traumas son la causa de muchas lesiones psicológicas y la experiencia clínica indica que cuando los síntomas de un paciente persisten, se debe de explorar la posibilidad de una experiencia traumática, no solo en la vida personal sino también en generaciones anteriores del sistema familiar (Araujo-Herrera y Almeida-Rodríguez, 2015; Bradshaw, 2000; Faúndez et al., 2014; Hellinger, 2007; Jodorowsky, 2008; Roig, 2011; Van Eersel y Maillad, 2004).

Hay que tener en cuenta que el proceso de tratamiento requiere confrontar y no evitar las experiencias dolorosas. El hecho de revivir el trauma sin estar firmemente

asentado en el aquí y ahora deja al paciente con TEPT más traumatizadas de lo que estaban antes de iniciar el tratamiento. El recuerdo del episodio traumático puede resultar tan doloroso que muchas personas optan por no exponerse a situaciones en las que se requiere esto de ellas (Miró y Martínez, 2004). Además, cuando alguien se siente amenazado, su cuerpo genera instintivamente mucha energía para ayudarlo a defenderse de la amenaza, la energía activada puede quedar congelada en el cuerpo y causar problemas y síntomas incluso años después. El sufrimiento suele ser el resultado de cómo se lidia en el presente con el efecto de sucesos traumáticos pasados. Para poder sanar el trauma se debe descubrir por qué se sufre. Se necesita que el paciente haga consciente que la causa de su malestar tiene que ver con hechos ocurridos anteriormente (Ruppert, 2014).

En cualquier caso tras el desarrollo del TEPT, la mente pierde su flexibilidad para acoplar la información sensorial entrante a una amplia gama de asociaciones. Considerando que el TEPT consiste en un mundo sensorial congelado, el desafío terapéutico consistirá en abrir la mente a nuevas posibilidades, de forma tal que el paciente sea capaz de enfrentarse a las nuevas experiencias de manera flexible antes que interpretar el presente como una continua repetición de las vivencias del pasado.

Uno de los sistemas biológicos que ha sido identificado como afectado por las experiencias traumáticas es la amígdala, que es aquella parte del sistema límbico que está implicada en la interpretación del significado emocional de la experiencia, y por lo tanto de cuando la información sensorial entrante puede constituir una amenaza. Para Van der Kolk (2007) el desafío para cualquier psicoterapia eficaz, consistirá, en descondicionar a la amígdala de manera que los recuerdos inocuos no sean considerados como un retorno del trauma.

Así pues, la naturaleza oculta de las improntas traumáticas ha resultado molesta para muchas escuelas de psicoterapia. El psicoanálisis lleva más de un siglo con el tratamiento del trauma, pero en las últimas décadas han surgido algunas técnicas específicas para la integración del trauma de forma más rápida y demostrando resultados eficaces en la investigación. Vamos a hacer un repaso de algunas técnicas, desde las clásicas a lo último que aporta la neuropsicología: El psicoanálisis (Breuer y Freud, 1893); la Logoterapia (Frankl, 1979); el Modelo de personalidad del profesor Franz Ruppert (Rupert, 2012), Somatic Experience de Peter Levine (2005) que propone

el tratamiento del trauma a través del cuerpo, EMDR (Eye Movement Dessensitización and Reprocesing) de Francine Shapiro y Brainspotting (BSP) de David Grand que ponen el enfoque en el proceso psiconeurológico (Grand, 2014) y las terapias Cognitivo Conductuales de Tercera Generación.

### ***El Psicoanálisis de Sigmund Freud.***

Sigmund Freud, el creador del psicoanálisis, utilizó la hipnosis en el tratamiento del trauma, pero abandonó esta técnica por que le preocupaba el problema de la sugestionabilidad. Recurrió entonces a la técnica de la asociación libre de ideas, utilizando las manifestaciones del inconsciente como los lapsus linguae y los sueños. Al mismo tiempo descubrió que los supuestos mentales inconscientes y las experiencias interpersonales serian revividas en la relación de transferencia, entre el paciente y el médico.

En 1893 S. Freud escribió un artículo seminal denominado *La fenomenología de la histeria*, donde el planteamiento principal de este artículo fue cuestionarse lo que existe en los recuerdos de los traumas, que hacen que estos sean insensibles al proceso normal de desgaste que sufren todos los demás recuerdos. Los pacientes con trauma, solían carecer de una memoria narrativa para los episodios traumáticos (Breuer y Freud, 1893). Freud postuló que en condiciones normales, un suceso inquietante emocionalmente es detenido por una reacción física adecuada, que se acompaña de una descarga automática o muscular, que de alguna forma, promueve la integración mental de la experiencia en los depósitos de memoria autobiográfica. Por lo tanto los psicoanalistas, opinan que es crucial superar sucesos emocionalmente inquietantes a través de la asociación de dicha experiencia con otros recuerdos previamente almacenados en la memoria. Esta asociación libre permite crear un contexto psicológico mayor para la experiencia en particular. Cuando se produce la integración adecuada del suceso, este llega a servir de idea que guía futuras acciones, dejando de ser algo que aparece una y otra vez sin resolverse, al margen de otras experiencias vitales.

También se postula en su artículo que cuando las personas encuentran una expresión física adecuada que alivie su distress emocional, como ocurre por ejemplo en un acto de venganza, pueden superar el trauma. Aunque no consideraban que la acción física fuera la única forma que tienen las personas para superar improntas emocionales de experiencias pasadas. Se puede superar estas intensas experiencias encontrando una

expresión verbal adecuada para los elementos emocionales y expositivos de la experiencia. Los autores quedaron impresionados por otra característica de este tipo de experiencias, que con frecuencia existe una escasa o nula capacidad verbal para representar el suceso. Bien sea que es debido a un olvido intencional, a disociación involuntaria o a una supresión y evitación activa. Lo que se plantea el psicoanálisis es como crear redes asociativas que permitan a las personas integrar la realidad de lo que les ha ocurrido de forma que no se repita, una y otra vez sin resolución, es decir cómo hacer conscientes las improntas inconscientes.

Aquí nace la idea de la curación de la psicoterapia por el diálogo, sin embargo para Van der Kolk (2007), el supuesto básico según el cual la expresión verbal de los hechos traumáticos y sentimientos asociados a esa experiencia, pueda conducir de manera fiable a su resolución, está todavía pendiente de demostración.

### ***La Logoterapia de Víctor E. Frankl.***

La Logoterapia fue denominada tercera escuela vienesa de psicoterapia, al lado del Psicoanálisis y el Existencialismo y fue creada por Víctor Frankl en su libro *El Hombre en Busca de Sentido*, Frankl (1979) relata su experiencia en los campos de concentración nazi. Su intención fue describir, desde la perspectiva de psiquiatra, como vivía el prisionero normal en el campo y como esa vida influía en su psicología. Relata con precisión los cambios psicológicos operados en los reclusos del campo, desvela los orígenes del comportamiento humano y los dinamismos del psiquismo. Apoya su argumentación en situaciones y experiencias personales, con la intención de obtener teorías objetivas a partir de experiencias subjetivas. Como explica José Benigno Freire, en el prefacio del libro, en esta obra, Frankl alude especialmente al sufrimiento, presente en el campo de concentración en todas sus modalidades e intensidades.

Frankl (1979) estudió con detalle sus efectos en el psiquismo y observó cómo algunos reclusos se abatían o degradaban ante el sufrimiento, mientras otros parecían madurar interiormente. De esta observación dedujo que no es el sufrimiento en sí mismo el que madura o enturbia al hombre, es el hombre el que da sentido al sufrimiento: el sufrimiento, en cierto modo, deja de ser sufrimiento cuando encuentra su sentido.

Se ha de tener en cuenta, que el sentido de la vida, en su aceptación frankliana, no se refiere a un metasentido en el plano intelectual, a un sentido trascendente o general como la filosofía o las creencias personales, a una visión global sobre la

existencia, se refiere a un sentido en el plano del comportamiento, es algo cercano, un hecho. Un sentido muy concreto aquí y ahora en la situación específica en la que se encuentra la persona. El sentido de la vida según la logoterapia, resalta la importancia psicológica de lo ordinario. Se refiere a amores, amistades, proyectos, obligaciones, ilusiones, nostalgias, todo aquello capaz de servir de palanca para la acción concreta y cotidiana.

Por lo tanto para que los quehaceres habituales se conviertan en sentido han de cumplir con la nota de trascender o autotranscender y eso implica dirigirse hacia algo o alguien distinto de uno mismo, bien sea para realizar un valor, bien para alcanzar un sentido o para encontrar a otro ser humano. El sentido de la vida difiere de una persona a otra, de un día a otro y de una hora a otra. Lo que importa no son las formulaciones abstractas, sino el sentido concreto de la vida de un individuo en un momento dado. Cada persona tiene una misión o un cometido que cumplir. Por tanto, no puede ser reemplazado en su función, ni su vida puede repetirse: su tarea es única como es única la oportunidad de realizarla.

Según Frankl (1979) la persona no debería cuestionarse sobre el sentido de la vida, sino comprender que es a ella a quien la vida interroga. La esencia de la existencia consiste en la capacidad del ser humano para responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea en cada situación particular. El sentido de la vida debe buscarse en el mundo, no dentro del ser humano o de la psique. Ser hombre o mujer implica dirigirse hacia algo o alguien distinto de uno mismo. Cuanto más se olvida uno de sí mismo, al entregarse a una causa o a la persona amada, más humano se vuelve y más perfecciona sus capacidades.

De acuerdo con la logoterapia se puede descubrir el sentido de la vida de tres modos: realizando una acción, aceptando los dones de la existencia o por el sufrimiento. Este tipo de terapia se basa en reforzar la capacidad que tiene la persona para sanar después de un hecho traumático que le quite el sentido a su vida, como un divorcio, el diagnóstico de una enfermedad grave, la pérdida del trabajo o la muerte de un ser querido.

### ***El Efecto del Trauma en el Cuerpo (Somatic Experience) de Peter Levine.***

Los métodos eficaces de tratamiento del trauma requieren inevitablemente establecer una conexión con el cuerpo. Para Levine (2005) la sanación del trauma

consiste fundamentalmente en un proceso biológico o corporal que puede ir acompañado de efectos psicológicos, sobre todo cuando el trauma incluye la traición por parte de aquellos que tenían que proteger.

Al percibir una amenaza en la vida, tanto la mente como el cuerpo movilizan una gran cantidad de energía con el fin de prepararse para la lucha o la huida. Cuando se está atrapado en una situación en la que la lucha y la huida no son opciones viables, los animales utilizan la respuesta de inmovilidad, es como si el animal se hubiera rendido al depredador y a una muerte cierta, pero la congelación es una herramienta de supervivencia. Otra de las funciones vitales de la respuesta de inmovilidad es la insensibilización, si el animal muere mientras está congelado, no sufrirá dolor ni sentirá terror mientras muere (Levine e Iribarren, 2013).

Se trata de la misma energía necesaria para atacar o huir, esta fuerza es posible porque aumenta mucho el riego sanguíneo en los músculos y liberación de las hormonas de estrés, como el cortisol y la adrenalina le permite lidiar con la amenaza. Esta descarga de energía del cuerpo, cuando se completa, informa al cerebro de que ya es el momento de reducir los niveles de las hormonas del estrés, porque la amenaza ya no está presente. Si no se da ese mensaje para normalizar, el cerebro continúa liberando altos niveles de adrenalina y cortisol, y el cuerpo se aferra a su estado intensificado y de alta energía.

Para Levine (2005) el problema es lo que impide a las personas volver al funcionamiento normal cuando la amenaza ya no está presente. Las personas no pueden simplemente soltar el exceso de energía tal como hacen de manera natural los animales. El oso capturado cuando sale de su estado de shock se quita de encima la energía congelada: empieza a temblar ligeramente, el temblor va aumentando hasta convertirse en una especie de sacudidas convulsivas en las que mueve sus extremidades, como si el animal completara su escapada, concluyendo activamente los movimientos de huida que quedaron interrumpidos. A continuación se rinde a respiraciones completas y espontáneas

Para Levine y Kline (2016) la capacidad de volver al equilibrio después de usar la respuesta de inmovilidad, es el principal factor para evitar el trastorno del trauma. Los humanos, usan la respuesta de inmovilidad, la congelación de energía, regularmente cuando están lesionados o incluso cuando se sienten abrumados. Sin embargo a

diferencia de los animales, se suele tener problemas para volver a la normalidad después de atravesar ese estado. Los sentimientos a los que se tendría que acceder para ayudar a volver al presente quedan paralizados, no se puede sacudir de encima la respuesta de inmovilidad como hacen los animales, hay un impedimento para liberar la energía congelada.

La respuesta de cómo los animales salvajes logran volver a su estado normal está en el tipo de temblor espontáneo y en la respiración. El trauma es fundamentalmente fisiológico ocurre inicialmente en el cuerpo y con el instinto, solo más tarde su efecto se extiende a la mente y las emociones. Los animales no tienen cerebro racional y salen del estado de congelación sin pensarlo. Siguiendo a Levine (2005) cuando los humanos empiezan a salir de la respuesta de inmovilidad, a menudo se atemorizan de la intensidad de la propia activación y agresión latente y se resisten a la intensidad de las sensaciones. Esta resistencia impide la descarga completa de la energía necesaria para restaurar el funcionamiento normal. La energía no descargada queda almacenada en el sistema nervioso, lo que prepara el escenario para la formación de los síntomas del trauma. El trauma es la fijación de la energía y el flujo sería la solución.

Cuando se es capaz de descargar la energía de supervivencia residual, la persona se siente menos amenazada y abrumada por la vida y el temor ya no le deja congelada. Mientras permanece congelada, cualquier movimiento resulta amenazante, caótico. Revisar el propio trauma es muy distinto de revivirlo. Con este método no se necesita recordar conscientemente el suceso para curarse de él. Como el trauma ocurre principalmente a nivel instintivo, los recuerdos que se tienen de los sucesos abrumadores quedan almacenados como experiencias fragmentadas en el cuerpo, no en la parte racional del cerebro. Cuando se es capaz de acceder a los "recuerdos corporales" a través de la sensación sentida, se puede empezar a descargar la energía instintiva de supervivencia que no se pudo usar cuando ocurrió el suceso (Levine e Iribarren, 2013).

Se puede aprender a descargar y transformar esa energía. La descarga puede ser dramática y visible, o sutil y silenciosa. Puede producir escalofríos intensos o una mínima sensación de temblor interno, o puede producir un cambio de temperatura entre calor y frío, entre calidez y frescura.

Levine e Iribarren (2013) propusieron un programa pionero para restaurar la sabiduría del cuerpo en doce fases. Las tres primeras fases trabajan algunos recursos que se pierden o quedan dañados como consecuencia del trauma y ayudan a empezar a recuperarlos. Ayudan a aprender a conectar con las propias sensaciones y sentimientos y a recuperar la sensación del propio centro y de las fronteras corporales.

- Primera fase: ejercicios para la seguridad y la contención. Encontrar las fronteras del propio cuerpo. El cuerpo es el contenedor de todas las sensaciones y sentimientos.
- Segunda fase: ejercicios para tomar tierra y centrarse. El trauma desconecta a la persona del cuerpo.
- Tercera fase: ejercicios para acumular recursos. El cuerpo posee recursos.

El segundo grupo son habilidades para hacer el seguimiento de sensaciones específicas.

- Cuarta fase: ejercicios para hacer el proceso de la “sensación sentida” a realizar el seguimiento de sensaciones específicas.
- Quinta fase: ejercicios para hacer un seguimiento de la activación. Sensaciones, imágenes, pensamientos y emociones.
- Sexta fase: Ejercicios para oscilar. Hacer el seguimiento de los ritmos de expansión y contracción.
- Séptima fase: ejercicios para trabajar la respuesta de lucha. Agresividad natural frente a la violencia.
- Octava fase: ejercicios sobre la respuesta de huida. Huida natural frente a ansiedad.
- Novena fase: ejercicios de fuerza y resiliencia frente a colapso y derrota.
- Décima fase: ejercicios para desvincular el miedo de la respuesta de inmovilidad.
- Undécima fase: ejercicios de orientación. Pasar del entorno interno al externo y a la vinculación social.
- Duodécima fase: ejercicios para asentarse e integrar.

***Modelo de Personalidad de Franz Ruppert.***

El profesor Franz Ruppert (2012), desarrolló un modelo de personalidad que se basa en el concepto de personalidades parciales. Cuando una persona ha padecido experiencias traumáticas su estructura psíquica básica se conforma en tres categorías:

- Partes de la personalidad con estructuras sanas.
- Partes traumatizadas de la personalidad.
- Partes de la personalidad que representan mecanismos de supervivencia y protección.

Inmediatamente después de las experiencias traumáticas, el miedo y la sobreexcitación activan de forma continuada las partes sobrevivientes. Se observa en personas traumatizadas los mecanismos de protección, que prácticamente se han independizado en personalidades sobrevivientes. Las consecuencias son:

- Los recuerdos con peso del propio pasado se reprimen y evitan de forma radical ("no despertar nada").
- Se reprimen los propios impulsos, sentimientos y pensamientos, que podrían recordar un suceso traumático ("Todo bajo control").
- También se ejerce un control sobre otras personas de forma obsesiva (pareja, hijos, colegas...), para que ellos no estimulen experiencias traumáticas ("No llores, todo está bien").
- Los mecanismos de evitación y control crean un vacío interior, que uno compensa con la ayuda de una sobre estimulación exterior: un exceso de comida, continuas actividades laborales, deporte, consumo de drogas, televisión... ("Por lo menos esto").
- Se crea un mundo interior de ilusiones, fantasías desbocadas y deseos al estilo de los cuentos de hadas.
- A nivel intelectual se construyen conceptos teóricos y filosóficos que explican el origen de los problemas.
- Se permite ayuda pedagógica, psicoterapéutica y médica, mientras se limite a tratar los numerosos síntomas corporales, psíquicos y sociales de un trauma negado, pero no la causa real ("sólo quiero quitarme el miedo").

- Una actitud de sumisión aparece conjuntamente con una enemistad latente y episodios de agresiones contra uno mismo y otros.
- Se siguen creando fragmentaciones internas cuando los mecanismos de supervivencia ya no consiguen alejar los recuerdos traumáticos indigestos de la conciencia.

Mientras estos mecanismos de protección son muy necesarios para sobrevivir a un trauma, durante la situación traumática misma y por un cierto tiempo después, a largo plazo se transforman en el mayor problema: 1) Hacen que la persona afectada siga reaccionando como si la situación traumática fuera todavía actual. 2) Son un obstáculo para la asimilación psíquica del trauma. 3) Producen una "ceguera del trauma", que aumenta la posibilidad de que se den relaciones traumatizantes en la vida.

Para Ruppert (2012, 2014) el fortalecimiento de las partes sanas debe ser el objetivo del proceso terapéutico entero, para que se haga posible y sostenible la confrontación con las partes traumatizadas, sin retraumatizar al paciente. Ruppert habla de trauma simbiótico, donde la persona hace propios los traumas de los padres. En una terapia eficaz el paciente tiene que tener una clara conciencia de que se está aferrando, desde su necesidad infantil de un apego emocional seguro, a las estructuras de trauma y de supervivencia de sus padres, para no tener que confrontarse con sus propios traumas. El terapeuta ha de captar, desde la demanda inicial del paciente, la manifestación de mecanismos de protección, dominado por estos mecanismos tiene un gran miedo a abrirse emocionalmente. La demanda ha de partir desde la parte sana del paciente, lo que le permitirá una comprensión de su estructura interna y reconocer su fragmentación. Solo cuando se puede renunciar a la ilusión de llegar emocionalmente a sus padres traumatizados, las personas llegan a sus propios sentimientos y con esto a sí mismos y a sus propios traumas.

Los pasos para la integración de las escisiones psíquicas son:

- fortalecer las estructuras sanas propias.
- darse cuenta de las ilusiones creadas por las estrategias de supervivencia.
- atreverse a encontrarse con sus partes traumatizadas.
- aprovechar la libertad recién ganada llenándola de sentido.

***EMDR (Eye Movement Dessensitización and Reprocessing).***

El EMDR o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (Shapiro, 2004) es una técnica para desensibilizar y reprocesar los recuerdos traumáticos, creada por Francine Shapiro con el apoyo del Centro de Investigación Mental de Palo Alto.

Esta técnica fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurre desde el principio a la narración de experiencias traumáticas, sino que pretende integrar de manera rápida y eficaz, los recuerdos traumáticos, demandando para ello que los pacientes con TEPT centraran intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática, a la vez que siguen la mano del terapeuta, que induce la aparición de movimientos sacádicos oculares lentos. La EMDR tiene una serie de ventajas en relación con la hipnosis, incluido el hecho de que puede ser fácilmente añadida a un protocolo de tratamiento (Van der Kolk, 2007).

Siguiendo a Shapiro (2004) la metodología EMDR funciona como una forma de Procesamiento Acelerado de Información que puede desbloquear el sistema de procesamiento de información del cerebro. Se fundamenta en que los eventos fisiológicos son aparentemente contrarrestados por los movimientos oculares en sí mismos (u otras formas de estimulación rítmicas bilaterales), que podrían restablecer el equilibrio excitatorio e inhibitorio del Sistema Nervioso Autónomo, permitiendo que la información “congelada” sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente.

El EMDR define las siguientes ideas básicas:

- Los traumas son experiencias que han sido procesadas de forma errónea por el sistema emocional. Se puede no ser consciente de tener un trauma que se manifestaría bajo forma de comportamientos disfuncionales.
- El sueño REM cumple una importante función en el procesamiento emocional de las experiencias vividas. Durante esta fase el cerebro está muy activo se sueña y se presentan movimientos oculares laterales muy rápidos denominados “movimientos sacádicos” El movimiento ocular que se provoca con el EMDR hace que el paciente siga el patrón típico de esta fase del sueño, para que el cerebro realice las mismas funciones.

- Un procesamiento emocional correcto viene mediado por una correcta estimulación bilateral de los dos hemisferios cerebrales, el EMDR facilita esta comunicación entre hemisferios posibilitando la integración funcional de todo el sistema emocional.

El EMDR rastrea la historia clínica del paciente con el objeto de encontrar las experiencias originales que funcionan como nodos que alimentan la red neuronal en la que están registradas las experiencias no integradas (Procesamiento Adaptativo de la Información), de forma que el paciente las pueda integrar e incorporar de manera adaptativa a su sistema de funcionamiento.

Por lo tanto esta técnica es especialmente utilizada para casos de estrés postraumático. El paciente acompañado del terapeuta revive la experiencia traumática. El terapeuta utilizando los dedos provoca movimientos de lado a lado de los ojos del paciente. Estos movimientos facilitarán el reprocesamiento emocional de la experiencia traumática, permitiendo que el cerebro almacene de forma correcta el recuerdo y reduciendo así la incidencia de estados de ansiedad.

Van der Kolk (2007) destaca las siguientes ventajas de esta herramienta:

- Parece ser que el EMDR libera procesos de asociación libre de ideas, permitiendo que las personas tengan un rápido acceso a los recuerdos e imágenes del pasado, haciendo posible asociar las experiencias vitales dolorosas actuales a episodios vitales previos que han sido dominados con éxito.
- Que esta técnica es capaz de lograr su acción terapéutica sin que sea necesario que el sujeto articule verbalmente cual fue el origen de su distress y parece ser que es eficaz, incluso estando las personas en relativo silencio.
- Otra característica es que puede tener una acción beneficiosa, incluso en ausencia de una relación de confianza entre paciente y terapeuta.

### ***Brainspotting (BSP) de David Grand.***

Es una técnica de reprocesamiento neurológico descubierto y desarrollado por el doctor David Grand. El BSP evoluciona a partir del EMDR como técnica más versátil para la terapia con base neurológica, que son tratamientos que van más allá de la mente, para conseguir un acceso directo al cerebro. Se considera idóneo para tratar con el estrés

postraumático, la ansiedad, la depresión, las adicciones, el dolor físico y las enfermedades crónicas (Grand, 2014).

El lema del Brainspotting es: “*donde miras afecta a lo que sientes*”. Los ojos y el cerebro están íntimamente entrelazados El trauma puede superar la capacidad de procesamiento del cerebro y este puede dejar paralizados rastros del trauma que le ha sido imposible procesar. Lo que hace esta técnica es utilizar el campo visual de la persona para localizar el lugar en que los traumas han quedado enquistados en el cerebro. Al mantener la mirada enfocada en un punto externo determinado, hacemos que el cerebro preste toda su atención a un determinado punto interno en el que se ha almacenado el trauma, y conseguimos así activar el procesamiento profundo que lo resolverá y nos liberará de él. (Grand, 2014).

BSP localiza en el área del campo visual, una vez activada la experiencia sensorial y somática del asunto a tratar, en qué punto del área visual del paciente (Posición Ocular Relevante) se siente más conectado con su experiencia somática. Una vez localizado el punto visual, se promueve la observación con conciencia plena (mindfulness) de los procesos internos que se despiertan. Este método implica una conciencia enfocada sobre el foco del problema que está registrado en la red neuronal a la que se accede. El procesamiento suele ocurrir de una manera fluida y espontánea por parte del paciente (Salvador, 2010).

La relación terapéutica es fundamental, para que no se vuelva a vivir la experiencia en desamparo se requiere una presencia y la implicación del terapeuta, que mantiene una actitud de profundo respeto hacia el proceso fenomenológico del paciente tal y como ocurre de manera espontánea (Salvador, 2016).

### ***La Terapia Cognitivo Conductual de Tercera Generación.***

Los desafíos centrales de la psicoterapia cognitivo conductual, han sido siempre la búsqueda de medios que permitan ayudar a los pacientes a adquirir control sobre las sensaciones, que se infiltran en la conducta y en las cogniciones. A lo largo de los años las diferentes escuelas de psicoterapia han recurrido a diferentes técnicas que permiten facilitar el acceso a tales asociaciones y han tenido en cuenta también la importancia de las emociones, promoviendo así la armonía, entre emociones, cogniciones y conducta.

Con respecto al trauma y a diagnósticos complejos como el trastorno límite de la personalidad, los clínicos que utilizan las Terapias Cognitivo Conductuales de Tercera Generación han admitido la dificultad y limitación que tiene este tipo de intervención.

En la Jornada de Terapias de Tercera Generación, organizadas en Valencia por el Centro de Terapia de Conducta el 9 de febrero de 2018, se ofrecieron ponencias sobre las últimas tendencias que han evolucionado a partir de la terapia de conducta, y que consideran la parte cognitiva, conductual y emocional del cliente: MSR (Reducción del Estrés Basada en Mindfulness), DBT (Terapia Dialéctica Comportamental), AC (Activación Conductual), TCA (Terapia de Aceptación y Compromiso) y la Psicología Clínica Positiva. Tanto el MSR como la Psicología Clínica Positiva no son adecuadas, ni existe bibliografía científica sobre su eficacia para el tratamiento del TEPT, estas terapias son utilizadas principalmente para el tratamiento del estrés, de la ansiedad y la depresión. Asimismo la aplicación clínica de la Activación Conductual ha sido utilizada para tratar a pacientes con depresión unipolar. Sin embargo La terapia Dialéctica Comportamental y la Terapia de Aceptación y Compromiso están obteniendo buenos resultados en el tratamiento del Trauma y del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Así pues existen investigaciones que utilizan la Terapia Dialéctica Comportamental con pacientes con TLP y apuntan a que después de su aplicación disminuye el intento de suicidio (García Palacios, 2018). El foco de esta terapia es la emoción y por tanto se trabaja desde la regulación emocional, que es un problema de muchas patologías, y este tipo de intervención mejora los afectos y los síntomas. La filosofía dialéctica es conseguir el equilibrio entre el cambio y la aceptación. Por lo tanto esta terapia aborda la toma de conciencia y la aceptación para producir cambios. La meditación es la forma de conseguir la conciencia, pues en el TLP el paciente tiene una conciencia muy baja de lo que le pasa, se trata de que se reconcilie con él/ella mismo/a y que construya una vida que le valga la pena vivir.

Los objetivos que incluye esta terapia son:

- Estabilidad emocional y comportamental.
- Elaborar aspectos pasados (traumas infantiles).
- Reducir problemas vitales (objetivos vitales).
- Aumentar la sensación de plenitud.

Para cumplir estos objetivos los instrumentos que utilizan son:

- Un diario, para aumentar la conciencia de lo que ha ocurrido y en un análisis funcional: que emoción tenía esa conducta y que función tenía, para qué. La emoción principal con la que se trabaja es el miedo.
- Practicar la meditación y el mindfulness, con el objetivo de observar, descubrir y participar.
- Fomentar la conciencia de las experiencias en el momento presente.
- Trabajar la tolerancia al malestar.
- Mejorar la eficacia interpersonal a través del entrenamiento en habilidades sociales desde el cambio de expectativas.
- Regulación emocional, fomentando la conciencia emocional, observando y descubriendo las emociones.

Esta terapia tiene un valor transdiagnóstico, se puede trasladar del TLP a otros diagnósticos complejos como el TEPT. Son muchos los autores que afirman que detrás de un Trastorno Límite de la Personalidad hay un trauma (Ruppert, 2012; Van der Kolk, 2015), además de que tanto el TEPT como el TLP comparten síntomas muy graves, como problemas en el procesamiento de la información, disociación o desregulación emocional.

Así mismo parece posible la utilización de la Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento del TEPT, también considerada una terapia transdiagnóstica como la Terapia Dialéctica (Pérez Álvarez, 2018).

Esta terapia se centra principalmente:

- En buscar formas adaptativas de responder al malestar emocional: conciencia, comprensión y aceptación de las emociones.
- Tiene una nueva manera de concebir los problemas psicológicos, se basa en la teoría del marco relacional, teoría del lenguaje y la teoría del yo o de la persona.
- Las técnicas que utiliza se basan en metáforas, paradojas y ejercicios experimentales.
- Retoma conceptos fundamentales del existencialismo y del psicoanálisis como la importancia del contexto social, la relación terapéutica y el lenguaje.

- Considera al yo como una estructura gramatical y del lenguaje. Es decir el lenguaje constituye al yo o a la persona y los problemas psicológicos está mediados por el propio lenguaje.
- Tiene en cuenta que los distintos diagnósticos dependen del mismo origen patógeno: la evitación.
- Utiliza el concepto de aceptación y valores como principios terapéuticos, para dejar de luchar y experimentar. Para la aceptación utiliza como técnica la meditación, el mindfulness, como una forma de auto distanciamiento de las propias experiencias.
- Entiende el compromiso como una reorientación hacia la vida. Por lo tanto esta escuela incorpora también el concepto de la Logoterapia, de que el sentido de la vida está más allá de uno mismo.

Las características principales de esta terapia serían:

- Plantea los problemas psicológicos dentro del contexto biográfico de la persona.
- Su enfoque es interactivo, no intrapsíquico, los problemas psicológicos se entienden como condiciones humanas.
- Se caracteriza por no utilizar técnicas psicológicas, sino principios terapéuticos generales.
- La eficacia terapéutica no se mide por la reducción de los síntomas sino por el cambio del paciente en su relación con ellos.
- Plantean que el problema psicológico es distinto al problema de la vida existencial.
- Intentan que el paciente comprenda que el proceso de evitación (la rumia, la activación...), se convierte en un bucle que es lo que da lugar a la tristeza y no es algo intrínseco, es que se está dentro de una situación. La opción sería aceptar lo que está fuera de su control y comprometerse con acciones que pueden mejorar y enriquecer su vida.

Esta terapia se define como la ciencia conductual contextual, basada en la teoría del marco relacional y la teoría del lenguaje.

Para finalizar este apartado resaltaremos que las terapias de tercera generación replantean el propio modelo hacia lo contextual, más allá del modelo biomédico. Hemos de destacar la importancia de que las terapias cognitivo-conductuales de tercera

generación hayan integrado instrumentos terapéuticos de las escuelas clásicas, además de incluir no solo las conductas y las cogniciones sino también las emociones, función psíquica que está alterada por el trauma. Así pues, el tratamiento del trauma es muy complejo y su abordaje va a requerir, en nuestra opinión, la utilización de los diferentes instrumentos de las distintas escuelas: las clásicas que aportan la importancia de las experiencias infantiles, el lenguaje y de la relación terapéutica, para no revivir el trauma en desamparo; las cognitivo-conductuales, pues el trauma supone un condicionamiento entre la situación abrumadora y la emoción; las neurociencias que ayudan a la comprensión de toda la sintomatología que sufre el paciente y por tanto a la aceptación y asimilación del problema; y por último las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, que están realizando un esfuerzo de apertura para incluir aportaciones e instrumentos de las diferentes terapias, en el tratamiento de trastornos tan complejos como el TLP y el TEPT.

### **1.3 Bloque II. Los Sueños**

Como hemos visto sufrir un trauma provoca una lesión psicológica, que afecta a algunos procesos que dejan de funcionar con normalidad como la percepción, el sentimiento, el pensamiento o la memoria, también la función psíquica de los sueños se ve alterada por el trauma. El sujeto traumatizado es incapaz de olvidar, de borrar de su mente las imágenes de angustia, imágenes que reaparecen en los sueños. El hecho de que el sueño retorne a la persona a la situación traumática, contradice la función y la naturaleza del sueño de ser el guardián del dormir, y de la regla descubierta por Freud de que todo sueño es un deseo cumplido. Freud se da cuenta que en las pesadillas y en la compulsión de repetición del trauma hay un más allá del principio del placer y descubre la pulsión de muerte (Freud, 1920).

Empezaremos este apartado con la definición y características del sueño, a continuación describiremos las fases del sueño, en tercer lugar hablaremos de la función de los sueños, continuaremos con el estudio de las pesadillas, su interpretación y tratamiento, para finalizar con el contenido experiencial de los sueños, es decir las características formales del sueño que se pueden medir.

#### **1.3.1 Definición y Características de los Sueños.**

Los sueños, como vivencias principales del dormir, han interesado desde siempre a la humanidad, produciéndose todo tipo de explicaciones e interpretaciones desde el principio de la historia. La primera disciplina que estudia este tema, es la antropología, que señala las primeras interpretaciones del contenido onírico en el año 3.000 A.C. (Siruela, 2010).

Para Munévar, Pérez, y Guzmán (1995) la ciencia no es ajena a este interés y se centran básicamente en las consecuencias orgánicas del dormir y del soñar, reconociendo la necesidad, para el crecimiento, para la madurez del cerebro y la propia autorregulación de la psique que tienen los sueños. Es decir para la neurociencia los sueños corresponden a procesos cerebrales y se analizan como fenómeno neurológico con un origen filogenético y un desarrollo ontogenético.

El ser humano no puede sostener indefinidamente la actividad del estado de vigilia, transcurrido un cierto número de horas, debe reparar el desgaste producido y permanecer durante cierto tiempo durmiendo. Es un hecho que las personas pasan la

tercera parte de la vida durmiendo y de esa tercera parte, aproximadamente, un tercio soñando, por lo tanto el hecho de soñar tiene una importancia fundamental para la psicología científica. La necesidad de dormir es un proceso activo y positivo que consiste en desinteresarse e inhibir las imágenes que provocarían tendencias incompatibles con la del sueño. Para muchos autores el acto de dormirse es considerado instintivo, pues presenta todos los rasgos de una tendencia sensitiva innata y específica (Acosta y García, 2009; Freud, 1899; Munévar et al., 1995; Roig, 2015; Velázquez, Rojas y Esqueda, 2008).

El sueño, del latín “somnus”, es un estado de reposo, de desconexión del entorno, es un estado activo, recurrente y reversible en el que baja el nivel de vigilancia, se reduce la movilidad, estando disminuida la percepción y la reacción a los estímulos ambientales. Este estado de mínimos físicos se corresponde con una gran actividad mental, con una regulación propia, en el que se activan partes del cerebro distintas a la de la vigilia. Siendo fases diferentes, pero necesarias, la privación del sueño o su alteración lleva a la enfermedad, tanto física como psíquica. Además el sueño es un proceso fisiológico generado y regulado de manera activa por el cerebro y por sistemas complejos de redes neuronales y neurotransmisores (Acosta y García, 2009).

Está caracterizado por ser:

- Un proceso fácilmente reversible.
- Está asociado a la relajación muscular (atonía muscular en algunas fases del sueño).
- Durante el sueño se observa una disminución de la conciencia y una menor reactividad a los estímulos externos.
- Presenta una periodicidad circadiana (diaria).
- La privación o alteración del mismo (ausencia de sueño) desemboca en alteraciones conductuales y fisiológicas creando una “deuda” acumulativa de sueño que deberá recuperarse.

Posee su propia regulación neurológica (consolidación de la memoria y función de algunos neurotransmisores); endocrino-metabólica (regulación de la temperatura corporal y producción hormonal); inmunológica y cardiorrespiratoria.

Roig (2015) explica que el sueño es una función que se ha conservado tanto en los humanos como en los animales, presente en toda la filogenia, se produce espontáneamente y necesita de un ambiente adecuado, variando de unas especies a otras: hay animales que pueden dormir de pie, y otros que pueden hacerlo con los ojos abiertos. Genera cambios importantes en las ondas cerebrales, los músculos y el movimiento de los ojos, siendo todos estos factores los que permiten diferenciar sus distintos grados de profundidad.

Para Velázquez et al. (2008) el ciclo del sueño y la vigilia es un proceso que implica la participación del organismo como un todo y es vital para el desarrollo adecuado de las funciones corporales. También Acosta y García (2009) sugirieron que el sueño no es un estado homogéneo y que las características del patrón del sueño de una noche particular, es decir la forma en que los ciclos del sueño se distribuyen a lo largo de la noche, dependerá de los sucesos y actividades que el sujeto haya experimentado durante la vigilia previa.

Existen estudios que muestran las correlaciones entre sueños y la cognición en la vigilia. Según Del Rio Portilla (2006) el estrés sufrido en la vigilia puede modificar la cantidad y la calidad de sueño; también la privación del mismo genera estrés. Para Velázquez et al. (2008) tanto en seres humanos como en animales se ha demostrado que situaciones diversas o estresantes, generan modificaciones notables en el patrón del sueño. Existe una interrelación entre la respuesta de estrés y el sueño, ambos fenómenos involucran una respuesta global que tiende a recuperar el equilibrio homeostático, en ambos participan vías neuronales y mediadores químicos muy variados.

### **1.3.2 Fases del Sueño.**

Aserinsky y Kleitman abrieron el camino para el estudio funcional y estructural de los sueños, aplicaron el electroencefalograma y descubrieron los sueños REM (Rapid Eye Movement) (Aserinsky y Kleitman, 1953, citado por Munévar et al., 1995, p.47).

Siguiendo a Acosta y García (2009) el estudio detallado del sueño involucra la evaluación de tres parámetros electrográficos principales o polisomnográficos: electroencefalograma (EEG), electromiograma (EMG) y electrooculograma (EOG). La aplicación de la resonancia magnética y los avances en neurociencia y biología, proporcionaron la idea de las diferentes fases del sueño y plantearon que el sueño no es un cese de la actividad cerebral, sino un tipo diferente de actividad, que implica

funciones diferenciales de algunos núcleos del cerebro situados en la formación reticular, el tálamo y el hipotálamo. Estos núcleos alternan procesos de activación e inhibición, que son las diferentes etapas del sueño.

Existen dos fases del sueño bien diferenciadas: el sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR) conocido también por sus siglas en inglés como sueño REM o sueño paradójico, pues cuanto más relajado está el cuerpo, más activo está el cerebro y el sueño No-MOR, NREM o SOL, de ondas lentas, por contraposición al sueño MOR (Martí, 2015; Munévar et al., 1995; Roig 2015; Velázquez et al. 2008).

Durante la vigilia el sujeto presenta una mayor reactividad a los estímulos externos, el estado de alerta se lo indica la presencia de ondas beta en el EEG. La actividad durante el sueño obedece a una estructura definida que oscila entre etapas No MOR y MOR.

El sueño No MOR se divide en cuatro etapas diferentes, en las que la profundidad del sueño se incrementa gradualmente, el tipo de actividad cerebral es producto de la disminución de la frecuencia de disparo de las neuronas corticales, que se encontraban activas durante la vigilia. Las ondas lentas son el resultado de una prolongada hiperpolarización de las neuronas corticales, por la acción de las neuronas gabaérgicas, presentes en el área pre óptica ventrolateral (Acosta y García, 2009):

La etapa I: de adormecimiento, hay tono muscular y no hay movimientos oculares o, si los hay, son muy lentos. En esta etapa tiene lugar la desaparición de las ondas beta (las normales en estado de vigilia), que son sustituidas por las ondas alfa.

La etapa II - III, de sueño ligero, su responsable es el núcleo reticular del tálamo. Se caracteriza por una disminución aún mayor del ritmo cerebral. Sigue existiendo tono muscular, y no hay movimientos oculares.

La etapa IV, de sueño profundo, en la instauración de esta fase del sueño interviene, entre otras partes del cerebro, la corteza prefrontal y el núcleo dorso medial del tálamo. Presenta un ritmo cerebral menor, el de las ondas delta, no hay movimientos oculares y el tono muscular se mantiene muy disminuido.

La siguiente etapa es la de sueño MOR, que en el patrón del EEG consiste en ondas de baja amplitud y alta frecuencia, se asemeja a una situación de alerta. Se caracteriza por una gran actividad cerebral que recuerda al estado de vigilia,

fluctuaciones del ritmo cardiorrespiratorio, variaciones de la presión arterial y erecciones genitales, movimientos oculares rápidos y se produce una atonía (desaparición del tono muscular). El músculo diafragma sigue manteniendo el tono, y contrayéndose, permitiendo la respiración.

Durante una noche de sueño normal, en un adulto sano, que no esté sujeto a alteraciones químicas ni de privación previa de sueño, del 75 al 80 % del total de sueño es sueño No MOR. Cada período de sueño No MOR se sigue de un período MOR, que se sucede a lo largo de la noche formando ciclos (Martí, 2015; Roig, 2015).

Siguiendo a Ramos (2014), el sueño lento profundo se afecta con el paso de los años. En los recién nacidos, la transición de la vigilia al sueño se realiza en fase MOR, que supone la mitad del tiempo de sueño. En la infancia, la cantidad de sueño de ondas lentas es máxima, disminuyendo cerca del 40% en la segunda década. A partir de los años disminuye progresivamente la proporción del estadio cuatro, y puede llegar a desaparecer totalmente a partir de los 70 años. En las personas mayores está más fragmentado, con un mayor número de alertamientos, es una queja frecuente la aparición de despertares precoces y la imposibilidad de volver a conciliar el sueño, lo que hace que los períodos de vigilia nocturnos aumenten. Además, los mayores presentan más facilidad que los jóvenes para efectuar siestas y cabezadas durante el día. Por otra parte los sujetos jóvenes tienen la capacidad de recuperación del sueño, es decir, la aparición de los largos períodos de sueño ininterrumpido después de períodos de privación de éste. Sin embargo el sueño MOR se modifica poco con la edad y su proporción permanece estable en los sujetos sanos hasta edades muy avanzadas. Lo que se cambia es su distribución a lo largo de la noche, el primer sueño MOR es más duradero en las personas mayores que en los jóvenes.

Para finalizar señalaremos que las características fisiológicas de la actividad onírica varían a lo largo de las distintas etapas del sueño. En la fase MOR son más nítidos perceptivamente (llegando a tomar la forma de alucinaciones), más animados a nivel motor, cambian rápidamente de escena. Los que surgen del despertar en las fases No MOR contienen más representaciones de nuestras preocupaciones cotidianas y son más de tipo pensamiento y menos como imágenes. Durante el sueño MOR aparecen imágenes más raras y estafalarias, los reportes de los sueños son más largos, más emocionales que en las etapas No MOR (Roig, 2015).

### 1.3.3 La Función del Sueño.

En este apartado analizaremos la función fisiológica del dormir y la de soñar. Aunque la función biológica del sueño sigue siendo un tema de discusión, sin que exista un consenso claro sobre porqué se tiene la necesidad de dormir y soñar, todas las teorías comparten que el sueño juega un papel trascendental para el desarrollo del individuo, siendo un proceso que participa en su restauración física y cerebral, dotando de una mayor capacidad para afrontar los cambios del medio en que se desenvuelve y mejorar su supervivencia.

En opinión de Acosta y García (2009) los métodos empleados para el estudio de la función biológica del sueño, consiste en suprimirlo, manipulación conocida como privación del sueño. En humanos la pérdida crónica de sueño está asociada con una excesiva somnolencia diurna y una disminución en el rendimiento psicomotor, afectándose también la autonomía y las funciones del sistema inmune del individuo. Durante el sueño ocurren ciertos procesos que permiten mantener el cerebro en óptimas condiciones, la interrupción del dormir fragmenta el sueño y produce consecuencias cognitivas. El sueño es capaz de mejorar el estado de ánimo y la alerta.

Durante la vigilia prolongada se producen ciertos cambios bioquímicos y del sistema nervioso autónomo, tanto en el sistema simpático como parasimpático, además se puede alterar la tensión arterial. A partir de las 45 horas de privación de sueño, se observan ciertos desajustes hormonales, como aumento de noradrenalina, dopamina y cortisol a nivel plasmático (Kato, 2000 citado en Martí, 2015, p. 14).

Otra función del sueño sería la consolidación de la memoria, la privación selectiva de sueño MOR deteriora considerablemente la ejecución de tareas. Esta consolidación de la memoria hace referencia a la reorganización de los circuitos neuronales, a lo largo del sueño, por lo tanto el sueño facilita un almacenamiento más eficaz de la información recibida durante la vigilia. Al dormir el cerebro tiene la capacidad de eliminar toda aquella información innecesaria para la supervivencia del individuo, quedándose únicamente con la que haya logrado captar su atención y le sea de utilidad.

Para Ramos (2014) una de las funciones sugeridas para el sueño es su acción antioxidante a nivel cerebral contra el desgaste ocurrido durante la vigilia. El sueño probablemente previene el daño neuronal a través del mantenimiento de la integridad

celular y la supervivencia neuronal. Se ha propuesto que durante el sueño ocurre una restitución de la eficacia sináptica que se ha incrementado durante la vigilia como consecuencia de la interacción con el ambiente. Esta desconexión es esencial para el organismo, es un estado implicado en gran cantidad de procesos fisiológicos y cognitivos. Es posible que la restauración cerebral se lleve a cabo por que el sueño favorezca la activación de sistemas antioxidantes, el mantenimiento de la integridad celular, la regulación de la excitabilidad sináptica y la síntesis de neuroglobinas.

En cuanto a la función de soñar Siruela (2010) sugiere que la incógnita de por qué los seres humanos necesitan soñar sigue latente, no se sabe con exactitud. Entre 1898 y 1912, Van Eeden, que registraba todos sus sueños, señaló la reintegración de todas las funciones psíquicas en el acto onírico (citado por Siruela, 2010, p. 141). Por su parte, Kasatkin (1967) publicó las conclusiones de un trabajo, donde registró más de 10.000 sueños, de una muestra 1200 personas con desordenes fisiológicos y observó que:

Las enfermedades fisiológicas producían en el onirismo unas modificaciones que se correspondían con la duración de la dolencia, su gravedad y localización. Constató que la enfermedad viene asociada a un incremento de memoria onírica y produce sueños y angustiosas pesadillas: violentas escenas de guerra (como ya apuntó Hipócrates) , visiones de fuego, sangre, carne cruda, cadáveres, basura, agua sucia, comida podrida, o referencia a hospitales, médicos y medicinas...Lo más curioso de todos estos sueños es que solían aparecer antes de que se presentaran los primeros síntomas físicos, como si fueran señales de alarma en el cuerpo que estaban avisando sobre la eminencia de una enfermedad. Kasatkin también verificó que estos sueños tendían a repetirse mientras duraba el trastorno (citado por Siruela, 2010, p. 124 y 125).

Este autor considera a los sueños como centinelas que vigilan la salud; así todos los estímulos nerviosos que llegan al cerebro, desde cualquier parte del cuerpo, transmiten estas señales que el inconsciente traduce en sueños.

Otros autores que afirman, que una de las funciones del sueño es hacer frente a la situación traumática y que el soñar permite el procesamiento cognitivo y emocional de los eventos traumáticos, entre ellos Kron, Hareven y Goldzweig (2015), investigaron la función protectora de los sueños en tiempos de estrés continuo. Utilizaron una

muestra de personas residentes en la Franja de Gaza que vivían bajo la amenaza continua de ataques con bombas, tratando de lidiar con una situación de terror constante. Los participantes fueron divididos por grupos de edad y los resultados mostraron que a nivel inconsciente, el grupo de edad joven era el más vulnerable a la situación de estrés, el grupo de edad avanzada fue el menos influenciado y el grupo de adultos intermedio hacía los mayores esfuerzos psicológicos para hacer frente al estrés. En este grupo uno de los temas principales de los sueños fue el compañerismo, donde el soñador no está solo o experimenta estar junto a alguien u obtiene el apoyo de otros en la situación del sueño. Una manera importante de enfrentar las amenazas a la seguridad es la búsqueda de apoyo de otros.

#### **1.3.4 Las Pesadillas.**

Para Freud (1899) en un principio, los sueños de angustia y los displacientes eran también como los sueños de satisfacción, realizaciones de deseos. El deseo reprimido desencadenará en afectos displacientes e incluso llegará a poner fin al sueño, interrumpiendo el reposo con el desarrollo de la angustia. En los sueños displacientes queda realizado igualmente un deseo inconsciente, el de un autocastigo del soñador por un deseo ilícito reprimido. Pero la regla de que todo sueño es un deseo cumplido, se incumple en los sueños de angustia que obedecen al empuje de la repetición. Las excepciones a esta regla lo constituyen los sueños punitivos y los sueños traumáticos, los sufridos por personas que han tenido un accidente, han sufrido la guerra o los que vuelven a hacer presentes traumas olvidados de la infancia.

Freud (1920) afirma en su obra *Más allá del Principio de Placer*:

Si los sueños de los enfermos de neurosis traumática no nos han de hacer negar la tendencia realizadora de deseo de la vida onírica, debemos acogernos a la hipótesis de que como tantas otras funciones, también la de los sueños ha sido conmocionada por el trauma y apartada de sus funciones (Freud, 1920, p. 2511).

El hecho de que el sueño retorne a la persona a la situación traumática, contradice la función y la naturaleza del mismo, según la cual el sueño de los sujetos traumatizados debería ofrecerles imágenes de recuperación o de la época en que gozaban de bienestar. El elemento más relevante del síndrome de repetición lo constituye el sueño traumático, que repite de manera casi idéntica la escena traumática,

llegando a complementarse con pensamientos sobre lo sucedido y con reacciones de sobresalto.

Para De Dassel, Wittmann, Protic, Höllmer y Gorzka (2017), uno de los síntomas más perturbadores y frecuentes del trastorno del TEPT son las pesadillas y su replicabilidad, variable clave que demostró ser un predictor significativo del diagnóstico de este trastorno. Otras variables como la angustia y la frecuencia de la pesadilla, también se relacionaban con la sintomatología del TEPT, pero como marcadores más genéricos de la salud mental. La replicabilidad de las pesadillas parece ser la variable clave para comprender la relación entre las pesadillas postraumáticas y el TEPT.

Para Gómez (2004) los sueños traumáticos, con esas imágenes que despiertan y que muestran un hecho invisible e indecible, que no dejan conciliar el sueño, son difíciles de interpretar como formaciones del inconsciente. En este tipo de sueños los mecanismos de deformación onírica (la metáfora y la metonimia) y el simbolismo, no dominan la organización de las imágenes como en los sueños clásicos. Mantiene este autor que las pesadillas son experiencias donde cobra presencia de manera cruda, el peso aplastante de la violencia del otro: injuria, persecución, agresión, violencia y muerte. En la guerra domina la dimensión de la oscura voluntad y el dominio del otro. El sujeto se siente cadáver entre los cadáveres, apilonado con los muertos y único superviviente. Los sueños de angustia despiertan y la muerte está dentro de aquello que despierta, mientras que los deseos entretienen los sueños y permiten el dormir.

### ***Definición de Pesadilla.***

Para Miró y Martínez (2004) las pesadillas pueden constituir un fenómeno psicopatológico por su relación con el TEPT o por su significación como entidad clínica independiente. Además algunos sujetos pueden mostrar un deterioro en su funcionamiento diurno debido a la angustia asociada al recuerdo de la ensoñación, la fatiga por la interrupción sistemática del descanso nocturno o las preocupaciones acerca de la propia salud mental debido a la extrañeza y fuerte afecto negativo vinculado a las pesadillas.

Siguiendo a estos autores, en otras ocasiones el problema no tiene un origen traumático, se relaciona con eventos estresantes cotidianos: un embarazo, la ruptura de una relación afectiva, la pérdida de trabajo, el inicio de la actividad académica o un

cambio de domicilio. Pero nuestra experiencia clínica nos indica que todos estos acontecimientos en muchas ocasiones son factores de riesgo de trauma.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2003) los trastornos del sueño sirven como un recordatorio de que el sueño y la vigilia no son mutuamente excluyentes y de que el sueño no es necesariamente un fenómeno global de todo el cerebro. Se subdividen en:

1. Disomnias: caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño.

2. Parasomnias: caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia. Dentro de las Parasomnias estarían los trastornos del sueño no REM y del sueño REM:

Trastornos del despertar del sueño no REM:

- Sonambulismo: episodios repetidos en el que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño, tiene la mirada fija y en blanco, es relativamente insensible a los esfuerzos de otras personas para comunicarse con él y solo se puede despertar con mucha dificultad.
- Terrores nocturnos: episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente comienza con gritos de pánico. Existe un miedo intenso y signos de alerta autónoma, como midriasis, taquicardia, taquipnea, sudoración. Hay una insensibilidad relativa a los esfuerzos de otras personas para consolar al individuo durante los episodios.

Trastornos del sueño REM:

- Las pesadillas

Los trastornos del despertar del sueño no REM se producen durante el primer tercio del período principal del sueño. Las pesadillas son un tipo de parasomnia que implica la aparición repetida de sueños terroríficos que despiertan al sujeto llevándolo a un estado de plena vigilia en el que puede recordar con detalle la ensoñación.

El contenido genera un miedo intenso, suele relacionarse con amenazas a la supervivencia (p. e. ataque físico) o a la autoestima (p. e. fracaso personal), pudiendo ser tal contenido reflejo de una experiencia real, una fantasía total o una combinación de eventos reales y fantaseados (APA, 2000).

Las pesadillas aparecen principalmente durante el sueño REM, que se inicia cada 90-110 minutos desde que la persona duerme; pueden acontecer en cualquier momento de la noche, aunque tienen mayor probabilidad de hacerlo en la segunda mitad de la noche cuando el REM es más prominente. Las pesadillas se pueden caracterizar por una activación autonómica ligera, con sudoración, taquicardia y taquipnea. Los movimientos corporales y las vocalizaciones no son características porque en el sueño REM hay pérdida de tono musculo esquelético. A veces hay un episodio breve al final de la pesadilla en el que el sujeto puede hablar o exteriorizar sus sentimientos. En situaciones de estrés emocional, sueño fragmentado o TEPT, estas conductas podrían ocurrir (APA, 2014).

Según el DSM-5 (APA, 2014) en el trastorno de pesadillas:

- Se producen de forma repetida sueños sumamente disfóricos, evocan emociones negativas.
- Suelen ser prolongados, elaborados con consecuencias de imaginación onírica en forma de historias que parecen reales.
- Se recuerdan bien y se pueden describir con detalle.
- El contenido por lo general implica esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad o la integridad. Evitar o afrontar un peligro inminente.
- Acostumbran a suceder durante la segunda mitad del periodo principal del sueño.
- Al despertar de los sueños disfóricos la persona rápidamente se orienta y está alerta.
- La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (ej. En la pareja si sueño con la infidelidad).
- Las pesadillas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. una droga o un medicamento).

Las pesadillas suelen terminar al despertarse y al regresar rápidamente al estado de completa alerta. Las emociones disfóricas pueden contribuir a dificultar el volverse a dormir, en ocasiones persisten durante la vigilia, con un malestar duradero durante el día. Es posible que algunas pesadillas, las llamadas “malos sueños”, no hagan que la persona se despierte y sólo se recuerden más tarde. Las pesadillas que suceden tras

experiencias traumáticas pueden replicar la situación amenazante o recordar otros traumas sucedidos en otras etapas de la vida.

Una alternativa a la definición de las pesadillas como fenómeno psicopatológico, es la posibilidad de considerarlas como un mecanismo de afrontamiento del estrés. En el estudio de Picchioni et al. (2002) las pesadillas se relacionan positivamente con un número de estresores diarios, de estresores vitales ocurridos en los últimos 12 meses. Según estos autores los estresores pueden incorporarse al sueño para facilitar su adecuado afrontamiento. Las pesadillas podrían tener una función adaptativa, pues actúan: 1) Reduciendo el impacto del estresor mediante un proceso de exposición repetida a través de la ensoñación; 2) Proporcionando un entorno realista pero inofensivo en el que explorar diversas soluciones para manejar situaciones estresantes; 3) Ofreciendo la oportunidad de ensayar las soluciones y 4) Permitiendo a la persona adaptarse a la situación estresante más fácilmente cuando se encuentre ante ella en vigilia. Esto implicaría la existencia de una continuidad durante el sueño de los mecanismos de afrontamiento del estrés que se emplean en la vigilia (Picchioni et al., 2002, citado por Miró y Martínez, 2004, p. 14 y 15.)

### ***Comorbilidad de las Pesadillas.***

La presencia de pesadillas recurrentes, de elevada intensidad y acompañadas de otros síntomas clínicos, puede estar indicando la presencia de un acontecimiento traumático y puede hacer aconsejable el tratamiento psicológico.

Las pesadillas se incluyen en el DSM-IV-TR y en el DSM-5 como una entidad clínica independiente. Pueden coexistir con otras alteraciones psicológicas como el TEPT, el trastorno de insomnio, la esquizofrenia la psicosis, los trastornos del ánimo, de ansiedad, de adaptación, de personalidad y el sentimiento de duelo (APA, 2014).

Se asocia principalmente al TEPT, se constata que el 75% de personas con este trastorno las sufren. Actúan como catalizadores repetitivos que minan la continuidad del sueño y contribuyen al insomnio.

Las pesadillas también pueden ser comórbidas con varias afecciones médicas: la enfermedad coronaria, el cáncer, el parkinsonismo y el dolor y pueden aparecer en tratamientos médicos, como la hemodiálisis, la abstinencia de medicamentos o de sustancias de abuso (APA, 2014).

### ***Prevalencia de las Pesadillas.***

Siguiendo a Miró y Martínez (2004) es difícil conocer la presencia real de las pesadillas, por la metodología empleada en los estudios epidemiológicos. La evaluación retrospectiva subestima la frecuencia de aparición, mientras que la evaluación prospectiva a través de auto-registros identifica una tasa superior. Diversos estudios estiman que entre el 4% y el 8% de la población adulta tiene un problema de este tipo. La prevalencia en niños y adolescentes va desde una tasa máxima de 42,2 % a la edad de 2,5 años seguido de un descenso en la adolescencia del 7,3% a los 16 años.

Esta parasomnia es más frecuente en niños y adolescentes si están sometidos a estrés psicosocial. También en ellos las pesadillas forma parte del proceso de maduración y suele desaparecer por si sola.

Parece existir una mayor frecuencia de pesadillas en mujeres: el 4,5 de mujeres las presentan con frecuencia, frente al 1,7% de los varones

### **1.3.5 Interpretación de los Sueños y Tratamiento de las Pesadillas.**

La interpretación de los sueños es una práctica que se ha dado desde el principio de la historia, cambiando únicamente a través del tiempo las formas de interpretación. Todas las corrientes filosóficas y psicológicas coinciden en la trascendencia e importancia de los sueños, donde se encierran mensajes existenciales para la persona y se han preocupado, junto a la opinión profana y popular, de interpretarlos. Sin embargo las teorías científicas ven en los sueños un proceso puramente somático (Roig 2015).

Por otra parte el tratamiento de las pesadillas ha recibido escasa atención en la literatura médica, psiquiátrica y psicológica. Existen pocos estudios empíricos controlados y con seguimiento a largo plazo. Además la mayoría de la investigación acerca del tratamiento de este trastorno está constituida por informes de caso único (Miró y Martínez, 2004).

Skancke, Holsen y Schredl (2014) afirman que a pesar de las indicaciones de los beneficios de los sueños y la alta frecuencia de las pesadillas, su tratamiento sigue siendo limitado. La demanda de ayuda terapéutica es baja principalmente porque pocos profesionales de la salud mental saben cómo abordar las pesadillas, no conocen los tratamientos y su eficacia y muchos sujetos con pesadillas no tienen problemas de

funcionamiento en vigilia y no las comparten por no ser etiquetados como emocionalmente alterados.

Se identifican cuatro factores comunes en las pesadillas que pueden provocar ansiedad y cualquier intervención debe dirigirse a la modificación de estos factores:

- La incontrolabilidad de la ensoñación.
- Su percibido sentido de la realidad.
- La línea de argumentación generadora de miedo.
- El sentido de importancia atribuido a la ensoñación (Halliday, 1987, citado por Miró y Martínez, 2004 p. 15).

Las pesadillas en los pacientes con TEPT, son un componente importante de la reexperimentación intrusiva del trauma. Si se tratan, el número de noches a la semana con pesadillas puede mejorar, desciende el malestar asociado a las mismas, la calidad del sueño y la propia severidad del TEPT. Los pacientes con este trastorno constatan cambios notables no solo en el problema de pesadillas sino también en otros aspectos psicopatológicos. Parece ser que la reducción en la frecuencia de pesadillas mejora el sueño nocturno y esto a su vez posibilita la mejoría de los síntomas diurnos (Miró y Martínez, 2004).

El estudio de Casement y Germain (2014), indicó que el tratamiento para pesadillas reducía los síntomas de TEPT, como otros tratamientos en grupo para este trastorno. Los tratamientos para los síntomas fueron cognitivo-conductuales o basados en la exposición, enfocados en pensamientos diurnos y comportamientos y el tratamiento de las pesadillas estuvo basado en el ensayo de imágenes, que implicaba el cambio de algún aspecto de la pesadilla y practicar la exposición con la imaginación de la nueva narrativa del sueño. Sin embargo hay pocos estudios que comparen el tratamiento de las pesadillas y del TEPT en formato individual.

La experiencia clínica nos indica que la mejora de los trastornos del sueño, que padecen los sujetos con TEPT (insomnio, apnea, movimientos periódicos de las extremidades), alivia los síntomas del TEPT. También trabajar de forma indirecta sobre las pesadillas para aliviar el trauma genera menos resistencia en los pacientes y un menor riesgo a retraumatizar. El tratamiento de las pesadillas y su superación puede alterar y modificar ciertos estímulos, las respuestas y el significado del trauma.

En este apartado vamos a desarrollar en primer lugar las formas clásicas de interpretación de los sueños derivadas de la teoría del inconsciente de Sigmund Freud y de Carl G. Jung. Después se expondrá la revisión de las diversas técnicas para el tratamiento de las pesadillas propuestas por Miró y Martínez (2004):

- Técnicas conductuales: desensibilización sistemática y exposición.
- Técnicas cognitivas: estrategias de modificación del contenido del sueño (procedimientos de alteración de la línea de la historia) y estrategias de afrontamiento de la pesadilla.

### ***Técnicas Clásicas.***

#### *El Método de Sigmund Freud.*

Freud (1899) en su libro *La Interpretación de los Sueños* explica que el sueño constituye el resultado de una actividad intelectual altamente complicada y que es un fenómeno psíquico acabado, que debe de ser incluido en el conjunto de actos comprensibles de la vida despierta. Afirma que el origen de los sueños es un proceso que abre el espacio a deseos inconscientes, por medio de un lenguaje simbólico que les permite manifestarse. Por lo tanto los sueños son una manifestación del inconsciente.

El inconsciente está estructurado como un lenguaje y utiliza sus mismas reglas, además en él no existe la negación, ni la disyunción, no hay contradicción, la causa puede ser posterior al efecto y en él no existe ni el tiempo ni el espacio (Roig, 2015).

Freud (1899) demuestra que existe un procedimiento científico de interpretación onírica y que los sueños poseen realmente un significado. La labor de interpretación no recae sobre la totalidad del sueño, sino separadamente sobre cada uno de los componentes de su contenido; igualmente el método no atiende solo al contenido del sueño sino a la personalidad y circunstancias del sujeto soñante. Utiliza la asociación libre del sujeto sobre cada elemento del contenido manifiesto del sueño, que es la parte que se recuerda y aparecerá entonces el contenido latente, que es el deseo inconsciente. A través de la libre asociación, el análisis descubre que el sueño contiene un conjunto de representaciones, de recuerdos, de vivencias relacionadas entre sí.

Siguiendo a Masota (1989), para Freud, el sistema inconsciente tiene como fin la realización de deseos y el sueño es una función de este sistema. El sueño presenta un deseo cumplido y este deseo representado en el sueño tiene que ser un deseo infantil

reprimido. Hay sueños que evidencian el carácter de realización de deseos sin ningún disfraz: sueños por el estímulo de sed o hambre, por necesidades excretorias, de comodidad o de pereza, de privación, y los sueños de los niños pequeños que muestran deseos insatisfechos, pero no reprimidos, de la vida despierta.

Pero para Freud (1899) la mayoría de sueños no expresan directamente su sentido, ni la impresión de presentar realizado un deseo. El contenido manifiesto del sueño es recordado como un jeroglífico y hay que traducir cada uno de sus signos, a través de la interpretación, para descubrir las ideas latentes. Cada uno de los elementos del contenido manifiesto demuestra, mediante el análisis, hallarse supe determinado y múltiplemente representado en las ideas latentes.

Masota (1989) explica que el sueño desfigura el complejo reprimido para impedir su reconocimiento. Los deseos que forman el pensamiento onírico se reprimen por su carácter doloroso y son excluidos de la reflexión consciente de la vigilia. En el sueño todo queda desfigurado a través de lo que Freud denominó mecanismos de deformación onírica: la condensación o metáfora y el desplazamiento o metonimia. En la condensación se sobreponen varias ideas, palabras o imágenes, que tienen un elemento común y forman un conjunto. Por otra parte el desplazamiento es la transmutación de valores psíquicos, despojando de su intensidad a unas representaciones para transferirlas a otras. Es el desplazamiento del acento psíquico, por medio del cual, la impresión indiferente se constituye en una representación de lo psíquicamente importante.

Siguiendo a Roig (2015) Freud descubre dos importantes leyes sobre las que se rigen los sueños, la primera es la que acabamos de describir, todo sueño es un deseo realizado y la segunda es que el estímulo de un sueño se halla siempre entre los sucesos del día inmediatamente anterior. En todo sueño hay un enlace con los acontecimientos del día inmediatamente anterior, si un acontecimiento pasado ha servido de estímulo para el sueño porque dicha impresión fue recordada el día del sueño. Además el estímulo onírico siempre será un proceso psíquicamente importante.

Una de las funciones del sueño es garantizar el descanso, el dormir, en realidad todos los sueños incorporan el estímulo exterior hasta hacerlo compatible con la continuación del reposo. El deseo de continuar durmiendo tiene que intervenir también

en la formación de todos sueños, los cuales sólo desde el interior pueden perturbar el reposo.

Para Freud (1899) la estructura de formación del sueño es similar a la formación de la neurosis. Las imágenes de los sueños utilizan el mismo mecanismo de regresión al sistema de la percepción que las alucinaciones de la histeria y de la paranoia y las visiones de las personas sin patologías.

Sigmund Freud (1899), finaliza su obra *La interpretación de los sueños* afirmando que el acto de soñar es en sí una regresión a las más tempranas circunstancias del soñador, una resurrección de su infancia y detrás de esa infancia individual hay una infancia filogenética y del desarrollo de la raza humana, reproducción abreviada e influida por las circunstancias accidentales de la vida. Por lo tanto el sueño continúa un estado primitivo de la Humanidad. Parece como si el sueño y la neurosis hubieran conservado una parte insospechada de las antigüedades anímicas.

#### *El Método de Carl G. Jung*

En 1920 Carl G. Jung propone su propia teoría, de acuerdo con la cual los sueños revelan arquetipos, prototipos ideales, de carácter universal, que no requieren de interpretación y su función muestra la creatividad y la capacidad artística de la persona. Enriquece la noción del inconsciente de Freud, está de acuerdo con él en que el sueño protege el descanso y es como todo producto psíquico complejo, un proceso lógico que trata de deseo y resistencia, una creación que tiene sus motivos y sus cadenas asociativas y un significado. Es como una acción deliberada, la lucha competitiva entre tendencias diversas (Munévar et al., 1995).

Jung (1964) observa en sus investigaciones que en el sueño hay algo individual que corresponde a la predisposición psíquica de la persona, pero destaca las supervivencias funcionales, filogenéticas, históricas y supraindividuales que duermen en el seno del inconsciente.

El sueño tiene un papel complementario o compensador de la organización psíquica, su función es restablecer el equilibrio psíquico, son una pulsión hacia la salud y madurez psicológica, tienen la función de compensar la situación consciente del soñante.

Seguendo Siruela (2010), Jung atribuye un componente premonitorio al sueño, anticipador de ulteriores acontecimientos de la vida del individuo. Los sueños tienen una función prospectiva hacia el futuro. Para él existe un fenómeno telepático, como determinante del sueño. Los mitos, los símbolos, que el hombre recibe de las generaciones precedentes, tienen el valor por sí mismos, son el lenguaje natural del inconsciente y el sueño expresa algo psíquico que sólo puede ser traducido parcialmente en términos racionales.

Roig (2015), explica que para Jung el sueño se puede usar con provecho en el proceso terapéutico de manera creativa. El método que creó para el manejo de los sueños, lo llamó "imaginación activa" y consistía en probar maneras inusuales de conectar con el sueño. Cerrar los ojos e intentar regresar al sueño o volver a alguna parte del sueño que le dejó confuso y seguir a partir de allí. La utilización de la imaginación y la fantasía de forma activa como instrumento terapéutico para el trabajo con el sueño. La alternativa de Jung es contextualizar el sueño a la situación actual, pues el contenido simbólico es la propuesta de solución de un conflicto, para que la persona pueda producir un ajuste o rectificación en el estado de vigilia, por lo tanto el sueño vendrá a reforzar la personalidad.

Por otra parte aunque el interés clínico por las pesadillas se retoma a la teoría psicoanalítica y a la concepción de Freud de los sueños como medios para canalizar deseos inaceptables, actualmente se utilizan desde las distintas escuelas psicológicas diferentes y eficaces instrumentos clínicos para el tratamiento de las pesadillas.

La experiencia clínica nos recomienda utilizar estos instrumentos atendiendo a las sugerencias de Pérez-Sales y Vázquez (2003), que hemos visto en el apartado del procedimiento y tener en cuenta los recursos terapéuticos necesarios para no retraumatizar al paciente.

Vamos a ver a continuación la revisión de las diversas técnicas para el tratamiento de las pesadillas propuestas por Miró y Martínez (2004).

### ***Técnicas Conductuales.***

#### *Desensibilización Sistemática (DS).*

La utilización de este procedimiento es análoga al utilizado para el tratamiento de las fobias. Incluye generalmente:

- Un entrenamiento en relajación muscular progresiva.
- La construcción de una jerarquía basada en la pesadilla.
- La evaluación y práctica en imaginación.
- La aplicación de la DS propiamente dicha.

Los resultados de las investigaciones empíricas con este método demuestran que se reduce la frecuencia e intensidad de las pesadillas, el miedo informado y la ansiedad estado.

Una variante de este método es la DS de autocontrol, en la que la persona se imagina a si misma relajándose ante la escena temida y afrontándola de un modo triunfante. Otra variante es la DS mediante movimientos oculares. Se efectúa en una única sesión con dos grupos de 20 movimientos sacádicos cada uno. Durante los mismos se le pide al sujeto que visualice la escena de la pesadilla (Miró y Martínez, 2004).

Volvemos a incidir en la importancia de la presencia del terapeuta para que no se reviva la angustia en desamparo en la utilización de este método.

#### *Técnicas de Exposición.*

Las pesadillas se asemejan a las fobias en que constituyen estímulos no placenteros, acerca de los que el sujeto evita pensar o hablar en detalle. Entonces la exposición útil en las fobias también puede ser aplicada a las pesadillas.

El paciente se auto aplica la técnica a través de instrucciones. Se le pide que escriba su pesadilla inmediatamente después de que haya ocurrido y la repase con la imaginación al menos una hora al día durante cuatro semanas y no se persuade al sujeto para que adopte un final triunfante. La mejora se debe al principio de exposición (Miró y Martínez, 2004).

#### ***Técnicas Cognitivas.***

##### *Técnicas de modificación del contenido del sueño.*

##### Terapia de Ensayo en Imaginación (Imagery Rehearsal Therapy I.R.T.)

Estas técnicas alteran conscientemente las pesadillas a través del ensayo de un final diferente, la modificación de algún detalle o la confrontación con aspectos adversos del sueño:

- Se imagina un final triunfante de la pesadilla y la repasa en imaginación.
- Se le instruye a que altere algún detalle del sueño pequeño y no significativo emocionalmente.
- Alteración del final del sueño y repaso con la imaginación.

La denominada terapia de ensayo en imaginación ha sido el procedimiento más investigado para el tratamiento de las pesadillas. Esta estrategia la empleó por primera vez Wile en 1934: propuso que los sujetos pensasen en que les gustaría soñar esa noche y que repasasen mentalmente las imágenes placenteras escogidas antes de acostarse (Wile, 1934, citado por Miró y Martínez, 2004, p. 22).

Esta técnica es eficaz en el tratamiento de las pesadillas crónicas y las reducciones en frecuencia de pesadillas que se mantienen a largo plazo. Hay diferentes instrucciones del cambio de la pesadilla: “cambia el final de la pesadilla”, “cambia la pesadilla del modo que desees”.

El único efecto adverso potencial de la IRT, es la provocación de imaginación negativa por lo que debe considerarse con cuidado en algunos sujetos y es necesaria una evaluación caso por caso.

Una parte del procedimiento de aplicación es contemplar las pesadillas de un modo distinto:

Tabla 17 Asunciones sobre el tratamiento de las pesadillas (Miró y Martínez, 2004)

Las pesadillas no son incontrolables y pueden no ser función de un proceso inconsciente.
Las pesadillas son hábitos o conductas aprendidas más que “asuntos inacabados”.
Las pesadillas pueden estar inicialmente causadas por eventos traumáticos pero a menudo se mantienen por el hábito de tener malos sueños.
Las pesadillas pueden ser beneficiosas al principio (ej. Al proporcionar cierto procesamiento emocional después de un trauma agudo).
Las pesadillas que persisten mucho tiempo probablemente no sirven para nada.
Una vez que la pesadilla se cronifica es útil considerarlas como un trastorno del sueño independiente, más que como el síntoma de algún otro problema subyacente.
Las pesadillas podrían representar una forma de imaginación negativa (reexperimentación) que sucede mientras dormimos.
Trabajar con la imaginación en vigilia puede tener un impacto en las pesadillas porque existe una cierta continuidad en los procesos de fantasía dentro de los mismos individuos y a los largo de diferentes estados de conciencia.
Estando despiertos las imágenes de las pesadillas previas pueden modificarse y convertirse en otras más positivas o aceptables para el sujeto.
El ensayo o repaso del nuevo sueño en vigilia reduce o elimina las pesadillas y esto generalmente, sin tener que trabajar con todas y con cada una de las pesadillas que se tengan.

Se piensa que el principal mecanismo responsable de la eficacia de la IRT es:

Tabla 18 Posibles mecanismos de éxito de la IRT (Miró y Martínez, 2004)

La exposición.
El repaso en imaginación de la nueva versión de la pesadilla.
El trabajo previo con la pesadilla original (constituye una nueva forma de exposición).
La maestría, el ensayo en imaginación para la adopción de un final triunfante.
La reestructuración cognitiva. La intervención desafía ideas previas de las pesadillas como incontrolables y pide a los sujetos que reestructuren sus pesadillas.

El proceso de cambiar el sueño, para algunos autores, es el aspecto clave más que la exposición al contenido ansiógeno de las pesadillas. El éxito de la técnica parece implicar que el sujeto asuma tres elementos clave del protocolo:

- Las pesadillas no están necesariamente asociadas al trauma.
- Pueden tratarse como conductas aprendidas.
- Pueden controlarse trabajando sobre ellas en vigilia.

Otras estrategias de modificación del contenido del contenido de las pesadillas serían formas de terapia en las que el sujeto expresa y modifica si así lo desea algún detalle del sueño, como en arteterapia, a través del dibujo, la escritura o la escenificación ayudada de figuras en miniatura. La escasa investigación de estas técnicas consiste exclusivamente en casos únicos.

La reducción en frecuencia e intensidad es mayor con el dibujo que con la escritura. Quizás el isomorfismo entre la imaginación visual y los sueños proporcione una forma efectiva de integrar el material traumático en esquemas cognitivos normales.

En combinación con las estrategias de modificación del contenido de la pesadilla, también está la reetiquetación del sueño. El empleo de títulos negativos para aludir a las pesadillas crónicas es muy frecuente entre los que las sufren (ej. “mi sueño de muerte”, “la pesadilla de la tortura”...) que actúan reforzando el malestar y la ansiedad producidos por el sueño. De forma paralela a la modificación de la pesadilla se le puede asignar un título que constituya una referencia de autoeficacia (Miró y Martínez, 2004).

### 1.3.6 Contenido Experiencial de los Sueños.

Soffer-Dudek y Sadeh (2013) afirman, que mientras el psicoanálisis clásico se ha centrado en el contenido simbólico de los sueños, el enfoque de la investigación

actual, principalmente explora las cualidades formales de los sueños, como la frecuencia con que se recuerdan, el tono emocional, la repetición y los niveles de rareza. Estos autores parten del reconocimiento de que los patrones del sueño se relacionan con patrones de otras características de la conciencia y de la experiencia subjetiva, como la forma de pensar, sentir, recordar e imaginar durante la vigilia. Además de estas diferencias individuales, los patrones de los sueños están relacionados con la psicopatología y el estrés.

Roig (2015) contó con una muestra de 1000 sueños de 100 personas en tratamiento psicológico y con información sobre el diagnóstico y los acontecimientos familiares de cuatro generaciones de los pacientes. En este estudio se relacionaron distintas características del contenido manifiesto de los sueños: el tema, los elementos y la emoción. Se registraron 18 posibles temas del sueño como: muerte, abandono, infidelidad, necesidades básicas, fiestas, persecución...; 24 elementos como: pareja, niños, padres, casa, animales, algo antiguo...y 11 emociones: alegría, miedo, tristeza, rabia, vergüenza, entre otros. Los resultados fueron sorprendentes, se obtuvieron muchas correlaciones estadísticamente significativas, entre estos elementos de los sueños y los acontecimientos del sistema familiar y el diagnóstico del paciente, que además han sido de mucha utilidad para la práctica clínica. Es importante destacar que el estudio constata que existían dos importantes pautas o leyes que se repiten: una en el soñante y otra en el sueño. Cada persona tiende a soñar sobre los mismos temas, los mismos elementos y emociones parecidas, lo que ratificaría el fenómeno de repetición señalado por Freud (1899). Además es notorio la existencia de un patrón en los sueños: ciertos temas aparecen asociados a ciertos elementos y a determinadas emociones.

Con el fin de profundizar en ello, en esta investigación tendremos en cuenta la emoción, el color de los sueños y la presencia o ausencia de elementos traumáticos, sean personas, lugares o cosas (p.e. el maltratador o la escuela si se ha sufrido Bullying). Vamos a desarrollar aquí algunos contenidos experienciales de los sueños capaces de ser medidos cuantitativamente: en primer lugar los temas, luego las emociones, dada su importancia tanto para la vida onírica como para el estado de vigilia, para finalizar hablaremos del color de los sueños.

### ***Los Temas de los Sueños.***

Con respecto a los temas de los sueños los resultados de la investigación de Maggiolini, Cagnin, Crippa, Persico y Rizzi (2010), encaminada a detectar el contenido de los sueños y compararlo con eventos diarios de la vida despierta, concluyó que algunas características del sueño ofrecen una continuidad de la vida despierta, mientras que otras son más específicas de los sueños. Agruparon en categorías los temas típicos de los sueños que fueron las siguientes: confusión espacial (pasando por la oscuridad, a través de espacios estrechos, puertas, ventanas, laberintos, galerías), la fuerza de gravedad (caída, volar, nadar, subir y bajar escaleras, ascensores), tiempo (llegar demasiado tarde, perder el tren, el avión, el autobús), rendimiento (tener habilidades superiores), obstáculo (no poderse mover, estar bloqueado), necesidades fisiológicas (comer, beber, orinar, defecar), transformaciones del cuerpo (perder los dientes o el pelo), ataque (ser atacado o perseguido), desnudez y vergüenza (estar desnudo en público, ser incapaz de encontrar el W.C.), enfermería (embarazos, nacimientos), pérdida (una persona muerta aparece como viva, una persona viva aparece como muerta, perder o encontrar a alguien o algo), examen (profesores, escuela, situación de examen, competición) y sexualidad (celos, traiciones, indiferencia, intimidación, cortejo sexual).

Otra investigación sobre el tema de los sueños es la de Yu (2013) que mostró que los sueños de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivos, contienen menos elementos positivos que el grupo de control de pacientes sanos y que los individuos con alto nivel de angustia obsesivo-compulsiva tienden a soñar ciertos temas con más frecuencia. La inestabilidad emocional de la neurosis obsesiva está relacionada, con variables del sueño como: frecuencia de pesadillas, el sueño que se confunde con la realidad, el sueño paranoico o el tema de la persecución. También los pacientes hospitalizados soñaron con menos temas donde aparecían obsesiones, después de recibir tratamiento de exposición a las pesadillas. Los elementos de naturaleza compulsiva del sueño son, por ejemplo, el tema típico de "intentar una y otra vez hacer algo", sueños de castigo o de ambivalencia entre el amor y el odio.

En la misma línea Maggiolini, Morelli, Falotico, y Montali (2016) compararon el contenido de los sueños con relatos de la vida despierta. Aunque el análisis reveló la discontinuidad entre episodios cotidianos y sueños, excepto en el tema de la competencia, identificaron los grupos temáticos de los sueños con más peso, que

fueron: en primer lugar el miedo, la huida y la escuela, seguidas por la competencia deportiva, después el ataque y las amenazas y por último la gravedad y desorientación espacial.

### ***Las Emociones.***

La palabra emoción deriva del latín *moveo* (mover) con el añadido del prefijo e- (desde), por lo que etimológicamente el origen del término revela que en toda emoción se encierra el impulso de actuar, de moverse. Las emociones son imprescindibles para escoger, decidir, razonar o aprender (Cotrufo y Ureña, 2018).

Las emociones influyen en las reacciones espontáneas, en el modo de pensar, en los recuerdos, en la toma de decisiones, en la planificación del futuro, en la comunicación con las otras personas y en el comportamiento, facilitan el razonamiento, dirigen la atención hacia lo que importa, potencian la memoria, influyen en el análisis de las situaciones conflictivas y en las decisiones.

El cerebro emocional funciona más rápido que el racional, está organizado para prevenir peligros, anticipándose a los mismos y sus posibles consecuencias. La amígdala actúa sobre la plasticidad de la corteza cerebral para facilitar los procesos de atención y la percepción de determinados estímulos o situaciones de peligro o conveniencia. El tálamo envía la información de los sentidos a la corteza cerebral y a la amígdala y si reconoce el estímulo como peligroso, desencadena automáticamente la respuesta emocional e inmediatamente después la corteza cerebral finaliza su trabajo perceptivo y hace consciente al sujeto de la presencia o ausencia de peligro, pero la amígdala primero cumple su misión protectora. La amígdala es la responsable de formar los recuerdos emocionales que se producen en respuesta a sensaciones, sonidos, imágenes, que han sido relacionadas con el riesgo para la vida o con situaciones peligrosas. Estas interpretaciones emocionales se considera que son indelebles, es decir muy difíciles de extinguir, pues una vez que la amígdala ha sido condicionada a considerar determinados sonidos, olores, sensaciones corporales, etc., como peligrosas, es probable que estos estímulos sean un disparador del retorno del trauma (Van der Kolk, 2007).

Para Morgado (2007) la emoción consiste básicamente en una serie de respuestas fisiológicas y conductuales múltiples y coordinadas que se dan en diferentes lugares del cuerpo, algunas de las cuales, como posturas y movimientos, resultan

visibles a un observador externo y otras, como la liberación de hormonas o los cambios en la frecuencia cardiaca, no lo son. En su más remoto origen eran respuestas instintivas simples, puros tropismos que los animales emitían para huir de cualquier situación peligrosa o para acercarse a aquello que representase beneficio, comida, calor, sexo etc. Si las emociones tienen un valor adaptativo ancestral y aparecieron progresivamente en la evolución para afrontar mejor las situaciones amenazadoras o de supervivencia, sería lógico que algunas de ellas fuesen heredadas y universales.

Para Bradshaw (2000) nuestros sentimientos forman parte de nuestro potencial natural, el distingue las siguientes emociones:

- La rabia, es nuestra fuerza.
- El miedo, es un discernimiento prudente del peligro.
- La tristeza, permite podernos despedir de las cosas.
- El pudor, delimita y protege el espacio.
- La curiosidad y el deseo, proporciona la energía para explorar, expandirse y crecer.
- La alegría permite celebrar, de forma espontánea, que se satisfacen las necesidades.

También afirma que todas las emociones, impulsan a satisfacer las necesidades básicas, pero los sentimientos humanos pueden interiorizarse, entonces dejan de funcionar como tal y se convierte en un rasgo de personalidad del individuo. No es que la tristeza o la ira se hayan apoderado de una persona momentáneamente, sino que siempre está triste o enfadada.

Bradshaw (2004) en su libro *Sanar la Vergüenza que nos Domina*, habla de dos emociones más: la vergüenza y la culpa. Estar dominados por la vergüenza significa que siempre que se siente una emoción, una necesidad o un impulso, inmediatamente la persona se siente avergonzada. La vergüenza neurótica es la causa de todo tipo de comportamientos compulsivos-adictivos. El sentimiento de vergüenza sana permite saber que existen limitaciones, recuerda que ser humanos significa ser limitados y mantiene a la persona en contacto con la realidad. Cuando se conocen los límites se sabe mejor hacia dónde dirigirse y no malgastar esfuerzos para conseguir objetivos que no se pueden alcanzar.

La culpa es un sentimiento que aparece cuando el comportamiento va en contra de la escala de valores y las creencias propias, o de los valores de la familia o de los otros sistemas a los que se pertenece. Por infringir las normas del grupo, el individuo puede ser excluido y la culpa es el sentimiento que ayuda a acercarse al grupo y reconciliarse, pues el ser humano solo sobrevive con el clan. La culpa presupone la existencia de unas normas interiorizadas y aparece más tarde que la vergüenza, cuando se ha adquirido el lenguaje.

Con respecto al miedo éste ha jugado sin duda un papel crucial en la supervivencia de las especies, porque ha movilizado las defensas necesarias para sortear peligros. El miedo se considera una emoción básica que interviene en la formación de los sentimientos. Cuando mayor es la ambigüedad de una situación a la que se enfrentan las personas, mayor es la activación de la corteza orbito frontal y de su amígdala. Cuando la persona percibe ambigüedad, al igual que cuando percibe riesgo, la amígdala desencadena una reacción de temor que se trasmite a la corteza prefrontal (Morgado, 2007).

Cotrufo y Ureña (2018) nos describen otras emociones como: la ira, el asco, la alegría, la tristeza y la sorpresa. La ira o cólera es una de las emociones más complejas, provocada por la frustración, la amenaza o el daño, está dotada de una enorme capacidad destructiva y autodestructiva. Permite a los individuos autoafirmarse, defenderse con eficacia de ataques, agresiones, escapar de situaciones peligrosas y marcar territorios. Tiene un efecto parecido y complementario al miedo. Es útil para el individuo pero peligrosa a escala social, por lo que todos los grupos desarrollan mecanismos para controlar y canalizar la ira de sus miembros, para que no se conviertan en una amenaza social.

El asco, es una reacción repulsiva contra algo que resulta desagradable, ofensivo o malo y, en último término peligroso. Darwin lo definió como la reacción a algo repugnante. Se trata de un mecanismo de protección frente a una probable intoxicación o envenenamiento, que podría poner en peligro la vida.

La alegría es de corta duración y se vincula al concepto de felicidad, eleva el estado de ánimo, genera bienestar, optimismo, placer, contribuye a la mejoría de la salud y puede ser contagiosa. Con la alegría todos los procesos mentales placenteros

resultan reforzados, la actividad aumenta, la fatiga disminuye, la atención se focaliza, se refuerza la voluntad y la motivación.

La tristeza es la emoción opuesta a la alegría y tiene efectos dolorosos. Está relacionada con el duelo, la pérdida o el abandono. Se caracteriza por un estado de desánimo, abatimiento, melancolía y pérdida de energía que suele reducir el nivel de actividad. Existen diversos grados de tristeza desde las manifestaciones leves hasta la depresión.

La sorpresa a diferencia de las demás emociones primarias, es una emoción neutra, provocada por una situación novedosa e inesperada, que desaparece rápidamente para ser reemplazada por otras emociones. Contribuye a focalizar la atención cognitiva y la memoria, en el hecho que causa la sorpresa.

Para cada tipo de emoción de base, tanto en humanos como en animales, existen estímulos específicos, aspectos cognitivos característicos, comportamientos distintivos y una serie de funciones que explicarían su existencia y evolución (Plutchik, 2001, citado por Cotrufo y Ureña, 2018, p. 25).

Tabla 19 Esquema del comportamiento emocional según Plutchik (2001)

<b>Emociones</b>	<b>Evento-Estímulo</b>	<b>Cognición</b>	<b>Comportamiento Emocional</b>	<b>Función de la emoción</b>
MIEDO	Amenaza	Peligro	Atacar-huir	Protección
IRA	Obstáculo	Enemigo	Luchar-atacar	Destrucción del enemigo
ALEGRÍA	Acoplamiento potencial	Posesión	Cortejar, acoplarse	Reproducción
TRISTEZA	Pérdida de una persona amada	Abandono	Llorar, pedir ayuda	Reintegración
CONFIANZA	Miembro del grupo	Amistad	Cuidar de los demás, Afiliación compartir	
ASCO	Objeto espeluznante	Veneno	Vomitarse	Rechazo, Protección
ANTICIPACIÓN	Nuevo territorio	Búsqueda	Examinar, mapear	Exploración
SORPRESA	Nuevo objeto	¿Qué es?	Detenerse estar en alerta	Orientación

Cuando se recuerdan, imaginan o intuyen situaciones emocionales, se activan en el cerebro las respuestas fisiológicas correspondientes, y se perciben como si se viviesen esas situaciones, del mismo modo ocurre en los sueños. Los sentimientos no dependen tanto de lo que en realidad pasa, como de lo que el cerebro y la mente creen que pasa. También cuando se ve, se oye o se presta atención a lo que hacen otras personas se activa en el cerebro las mismas áreas que se activarían si fuese la propia persona la que

lo realiza. De la misma forma si se observa a otras personas comportarse emocionalmente se activan muchas áreas del cerebro que también lo hacen cuando es la propia persona la que tiene las mismas emociones. El cerebro activa y reproduce los cambios fisiológicos y los sentimientos ajenos. Algo parecido puede ocurrir cuando se sueña (Munévar et al. 1995).

Sigmund Freud (1899) relaciona por primera vez los sueños con vivencias emocionales. Para Jung (1981), en el sueño una imagen es un sustituto de otra emocionalmente similar, destaca por lo tanto, los componentes emocionales que existen en el sueño, pues los acontecimientos que no suscitan emociones intensas, apenas influyen en los pensamientos o acciones y los que originan reacciones emocionales intensas son de gran importancia para el desarrollo psíquico posterior. Todo recuerdo con alta carga emocional genera un complejo de asociaciones de mayor o menor amplitud y por el contrario lo que causa escaso interés provoca pocas asociaciones y por lo tanto se olvida pronto. Para este autor los símbolos oníricos son los mensajeros esenciales de la parte instintiva, enviados a la parte racional de la mente humana.

### ***El Color.***

La experiencia clínica nos indica que algunos pacientes suelen soñar en blanco y negro y otros en color, además hay sueños muy oscuros y otros luminosos, también hay personas que solo tienen sueños color sepia y con escasa luz. Es posible que esta característica de los sueños, la falta de luz y color, esté relacionada con la existencia de traumas que han afectado, entre otros procesos psíquicos, a la función onírica.

Una pista sobre la falta de color de los sueños y su relación con el trauma la puede ofrecer el arte y en concreto la pintura y su utilización del color. Por ejemplo el cambio de estilo del pintor Francisco de Goya en su etapa de pinturas negras. En el Museo del Prado de Madrid señalan que este fenómeno había sido estudiado por numerosos psicólogos, sin terminar de encontrar una explicación. Pero en la misma sala, dedicada a estas impresionantes pinturas, se puede encontrar una posible causa: el cuadro de *Los Fusilamientos del tres de mayo*. Goya había vivido la Guerra de la Independencia, y había sido testigo de terribles imágenes de desolación y muerte. Siguiendo a Bozal (2008) las cartas que escribió de la guerra hablaban de las penurias que había pasado y de sus dificultades económicas. Además sufrió otros acontecimientos, todos ellos traumáticos: la muerte de su mujer, la persecución de sus

amigos, el clima de desconfianza en el que vivía y problemas con la inquisición. El resultado fue la ausencia de color en sus pinturas y los motivos de sus cuadros fueron el miedo, el pánico, la violencia más enérgica, el misterio y el terror.

Algo parecido se intuye en la obra del pintor Pablo Picasso *El Guernica*, dedicada al famoso bombardeo de la guerra civil española, sus imágenes son desoladoras, dejan sin aliento y por supuesto también es evidente la falta de color (De la Fuente, 2008).

Para Pastoureau (2017), definir el color es difícil porque a lo largo de los siglos han ido variando según las épocas y sociedades, incluso limitándose al periodo contemporáneo, el color no se percibe de la misma manera en los cinco continentes. Cada cultura los concibe según su entorno natural, su clima, su historia, sus conocimientos y sus tradiciones. En esta línea Yin, Li, y Shen (2015) demostraron las diferencias interculturales del tema de los sueños y del color. Investigaron el color de los sueños con el tema de la muerte, en una muestra de soñadores: 320 chinos y 150 tibetanos. El tono del color de los sueños de los tibetanos mostró una frecuencia más alta en rojo, blanco y blanco grisáceo y una frecuencia más baja en negro grisáceo que los chinos. También eran diferentes las imágenes de muerte en los sueños: en los chinos, habían más imágenes de “antes de la escena de la muerte” y de “funeral real” y menos “proceso de muerte” en comparación con los tibetanos.

Sin embargo König, Heizmann, Göritz y Schredl (2017), afirman que los soñadores podían atribuir colores a un sueño aunque no recordasen los colores reales de sus sueños. Se preguntan si habrá percepción en los sueños y si esta será similar a la de la vigilia. Los resultados de su investigación indicaron que la muestra con mayor edad soñaban más en escala de grises que el grupo de menor edad y lo atribuían, a que las personas nacidas antes de 1961, habían estado expuestos durante más años a la televisión en blanco y negro. Sin embargo no descartaban la hipótesis de que la memoria para el color disminuyese con la edad. Recomiendan realizar futuros estudios que tengan en cuenta el valor emocional de los elementos coloreados en los sueños.

Siguiendo de nuevo a Pastoureau (2017), hay multitud de recuerdos visuales que no se conservan en tonos definidos, ni siquiera en blanco y negro o grises. El piensa que estos recuerdos se pierden en la memoria incoloros, pero que cuando se evocan, se

hacen brotar con una intención definida, la memoria aclara los contornos fija las líneas y la imaginación se encarga de dotarlos de colores.

## 1.4 Justificación de la Investigación

Después de revisar la literatura científica se concluye que actualmente existe una dificultad en el diagnóstico del trauma y su tratamiento (APA, 2014; Jarero, 2014; López-Soler 2008; Nieto y López, 2016; OMS, 1992; Ruppert 2012; Salvador, 2016; Tutté, 2014; Van Der Kolk, 2015).

No hay un patrón definido entre la sintomatología y el trauma. Aunque numerosos estudios abordan la sintomatología y los distintos tipos de trauma, se discrepa sobre aspectos tan fundamentales como el trauma complejo, que empieza en la infancia o adolescencia y compromete el desarrollo de la personalidad, lo que dificulta el diagnóstico diferencial e impide el tratamiento correcto (Jarero, 2014; López-Soler, 2008; Salvador, 2016).

Son muchos los expertos que indican la necesidad de crear un nuevo diagnóstico de trauma para las víctimas de violencia interpersonal. Esta población traumatizada, es bastante distinta a los soldados de guerra y a las víctimas de accidente para las que se creó el diagnóstico TEPT. Las consecuencias del abuso, el abandono y la traición de un cuidador, de los iguales o de la pareja son mucho más comunes y complejas que el impacto de los huracanes o los accidentes, sin embargo el DSM-5 y el CIE-10 no reconocen esta evidencia (Van der Kolk, 2015).

Estas personas no recuerdan necesariamente sus traumas, que es uno de los criterios para el diagnóstico de TEPT del DSM-5, o no les preocupan los recuerdos concretos de sus abusos, sino que siguen comportándose como si todavía estuvieran en peligro. Sus problemas se solapan con los soldados de guerra, pero también son muy distintos, su trauma infantil les ha impedido desarrollar algunas de las capacidades mentales que los soldados poseían antes de que su trauma se produjera, su ajuste social premórbido empeora el pronóstico.

No tener un diagnóstico confronta a los terapeutas y crea el dilema de cómo realizar el tratamiento. Actualmente ante esta carencia se les está diagnosticando de depresión, trastorno de pánico, trastorno bipolar o personalidad límite que realmente no representa la enfermedad que padecen (Ruppert 2012).

Por consiguiente, dada la dificultad de detectar la tipología de trauma que afecta a los pacientes, para que el tratamiento psicológico tenga un buen pronóstico,

destacamos la importancia de nuevas fuentes de información que puedan verter luz y paliar esta limitación, por lo que vamos a investigar los patrones de relación entre los factores de riesgo de trauma personal y transgeneracional, los datos clínicos de los pacientes medidos a través de sus diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos y el contenido de sus sueños (emoción, color y elemento traumatizante).

## 1.5 Objetivos e Hipótesis

### 1.5.1 Objetivo General.

El objetivo de esta investigación es explorar y analizar patrones relacionales entre la tipología del factor de riesgo de trauma (vínculo, existencial y pérdida) sobrevenida tanto a nivel personal como transgeneracional, su comorbilidad a través de los datos clínicos del paciente (diagnóstico psicológico-médico y síntomas clínicos) y la información que aporta el contenido experiencial de los sueños (presencia o no de emoción, color y elemento traumático) en una muestra de pacientes clínicos en tratamiento psicológico.



Figura 1 Objetivo General

### 1.5.2 Objetivos Específicos.

Con este objetivo, hemos establecido una serie de directrices u objetivos específicos que nos permitirán estructurar mejor la información analizada en esta investigación. Los objetivos específicos se van a agrupar en dos grandes bloques que corresponden, primero, al trauma en sentido genérico, con sus factores de riesgo y la comorbilidad del paciente clínico y, segundo, el contenido experiencial de los sueños.

#### ***Bloque I. El Trauma, Factores de Riesgo y Comorbilidad-Datos Clínicos.***

El eje central de este primer bloque son los factores de riesgo del trauma, pues son la causa principal de problemas de salud mental y de malestar psicológico. Dentro de los factores de riesgo, destaca el trauma de vínculo por ser causa de mayor morbilidad y estar asociado a problemas de desarrollo físico y psicológico en el paciente clínico. Nuestro objetivo es analizar las relaciones posibles de los factores de riesgo de trauma en diferentes tipologías: personal, transgeneracional y las relaciones entre ambas. Por ello,

**Objetivo 1. Teniendo en cuenta los factores de riesgo del trauma PERSONAL, examinaremos el patrón de relaciones del trauma personal de vínculo, existencial y de pérdida.**

La importancia psicológica de los factores de riesgo del trauma personal ha sido investigada en la literatura científica por distintos autores (Bados y Greco, 2012; Baixauli, 2011; Leiva 2011; Kokoulina y Fernández, 2014). Dichos estudios abordan la relevancia del trauma en sus diferentes dimensiones: la prevalencia y epidemiología, los criterios diagnósticos, su sintomatología y/o las repercusiones clínicas del trauma.

Profundizando en el trauma personal, las investigaciones que han estudiado la repercusión del trauma de vínculo en el desarrollo posterior del niño/a indican la importancia de una adecuada relación temprana entre niño/a y padres o cuidadores para su posterior salud física y psicológica (Kokoulina y Fernández, 2014; Nóbrega et al., 2016; Oliva et al., 2008; Pérez et al., 2009; Reyes-Alvarado et al., 2008; Rodríguez et al., 2006).

Por su parte, las aportaciones de los estudios empíricos sobre el trauma personal de tipo existencial se han centrado principalmente en averiguar sus posibles factores de riesgo, tales como catástrofes naturales, sismos, incendios, inundaciones, tormentas (Leiva-Bianchi, 2011); ataques terroristas (Baldor et al., 2005); guerra- asaltos violentos, tortura secuestros, encarcelamientos- persecución por ideas políticas (Miñarro y Morandi, 2012); ser testigo de experiencias violentas (Kaspersen y Matthiessen, 2003); violaciones, agresión sexual (Pérez et al., 2009); maltrato de pareja (Alonso y Labrador, 2008; Sarasua et al., 2007); diagnóstico de una enfermedad grave o intervenciones quirúrgicas y hospitalización (Fuster, 2013) dejando al descubierto y sin estudio cómo se relacionan éstos con un posible trauma personal de vinculo en el paciente, aspecto novedoso que abordaremos en el presente estudio.

Con la excepción del factor de riesgo “maltrato de pareja” donde sí se ha investigado la superposición de distintos tipos de violencia, la relación entre el maltrato infantil, el acoso escolar y el maltrato de pareja: la violencia en el hogar en la infancia y la vulnerabilidad al maltrato de pareja (Patró y Limiñana, 2005); la violencia en parejas jóvenes y su relación con otros tipos de violencia como la violencia sexual y cyberbullying (Ureña, 2007).

De igual modo sucede respecto al trauma personal de vínculo con el de pérdida, principalmente los estudios empíricos sólo se han centrado en el trauma de pérdida en relación con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) por muerte de alguien cercano (Bados y Greco, 2012), el TEPT por muerte de un familiar esperada o inesperada (Roldán et al., 2017), la intensidad del duelo y psicopatología (Fernández-Alcántara et al., 2016) o la pérdida del trabajo y el acoso laboral (Baixauli, 2011).

Además, la literatura clínica especializada en el trauma revela la importancia de unas relaciones de vínculo adecuadas a fin de evitar problemas psicológicos en etapas posteriores del individuo, como señalan Rodríguez et al. (2006) al encontrar una asociación entre padecer Bullying en la etapa escolar y la posibilidad de sufrir mobbing o acoso laboral posteriormente.

Por tanto, el primer objetivo de este estudio es identificar las pautas de relación entre el trauma personal de vínculo y el de tipo existencial y de pérdida, de modo que padecer un trauma de vínculo en la infancia o adolescencia será un gran determinante para la vulnerabilidad psicológica del paciente clínico, generando una inestabilidad psicológica personal que derivará a padecer en un futuro, con mayor probabilidad, traumas de tipo existencial o de pérdida. Por tanto, nuestra primera hipótesis de trabajo será:

**Hipótesis 1:** se espera que los traumas personales de vínculo correlacionen positiva y significativamente con los traumas personales de tipo existencial y de pérdida.

**Objetivo 2. Nuestro objetivo aquí es el trauma TRANSGENERACIONAL. Dentro de esta tipología se examinarán las relaciones del trauma transgeneracional de vínculo existencial y de pérdida.**

En la literatura especializada existe suficiente evidencia empírica que demuestra la transmisión transgeneracional del trauma, es decir, la tendencia a padecer traumas personales cuando las generaciones anteriores del paciente (padres, abuelos y bisabuelos) han sufrido acontecimientos devastadores (Bygren et al., 2014; Costa et al., 2018; Faúndez et al., 2014; Iosa et al., 2013; Letzter-Pouw et al., 2014; Lostaunau, Torrejón y Otero, 2012; Miñarro y Morandi, 2012; Danieli et al., 2016; Roig, 2015; Zerach et al., 2016). La novedad que aporta este estudio es que investiga cómo incidirán las pautas de relación dentro de los factores de riesgo de padecer trauma

transgeneracional, con ello observaremos si la misma tendencia a la repetición del trauma, que se espera encontrar entre los factores de riesgo de trauma personal, se obtiene también en los factores de riesgo de trauma transgeneracional, p.e., aquella persona que sus familiares, de generaciones anteriores, hayan padecido en su infancia discusiones y peleas de los padres, será más propenso a que, también en su familia de origen, se padezca o haya padecido maltrato de pareja. Por tanto, nuestra hipótesis es la siguiente:

**Hipótesis 2:** se espera que los traumas transgeneracionales de vínculo correlacionen positiva y significativamente con los traumas transgeneracionales de tipo existencial y de pérdida.

**Objetivo 3. Consideramos ambos perfiles PERSONAL vs. TRANSGENERACIONAL simultáneamente, por tanto analizaremos las relaciones entre los traumas transgeneracionales, sufridos por familiares de las tres generaciones anteriores al paciente clínico y los acontecimientos traumáticos personales padecidos en sus diferentes etapas de la vida.**

Las investigaciones que se han centrado en la transmisión transgeneracional del trauma personal se basan principalmente en las consecuencias de las guerras y el genocidio en las generaciones posteriores, p.e. con familiares de víctimas de las dictaduras en Chile (Faúndez et al. 2014) y sobre los efectos de la Guerra Civil Española y una dictadura de casi 40 años (Miñarro y Morandi, 2012). Todas estas investigaciones dan cuenta de que las situaciones traumáticas tienen consecuencias considerables sobre las posteriores generaciones de descendientes. La relación entre padecer traumas personales, con el hecho de que familiares anteriores hayan sufrido acontecimientos devastadores, se asientan en el concepto de trauma psicosocial, esto es, las víctimas directas y también su medio familiar y social más amplio, padecen consecuencias que marcan las relaciones que se establecen y que permanecen a través del tiempo y afectan a las generaciones posteriores.

Por ello, la mayoría de los estudios empíricos se han centrado únicamente en las repercusiones clínicas del trauma personal o transgeneracional, existiendo una laguna que relacione la tipología de ambos tipos de traumas. Nuestra aportación en este tercer objetivo tratará de subsanar esta deficiencia, estudiando el patrón de relaciones del trauma transgeneracional con lo personal dentro de la misma vs. distinta tipología. En

cuanto a la distinta tipología nos centraremos en el trauma de vínculo por su importancia clínica y en el existencial, por la influencia de la Guerra Civil del 36 en los antepasados de los pacientes clínicos.

Más detalladamente,

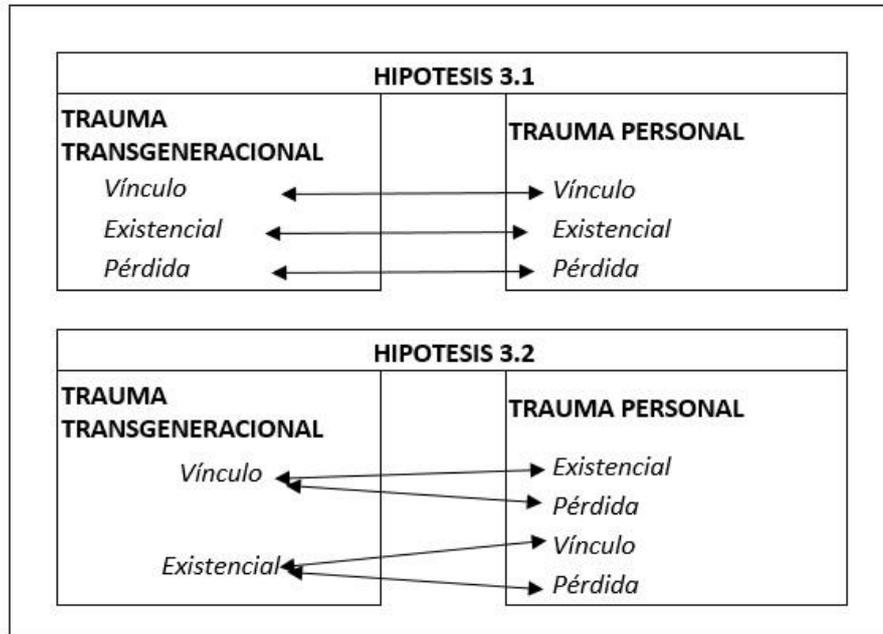


Figura 2 Relación Hipótesis 3.1 y 3.2

**Hipótesis 3.1:** se espera que el trauma transgeneracional de vínculo, existencial y de pérdida correlacione positiva y significativamente con el personal de su mismo tipo.

**Hipótesis 3.2:** se espera que el trauma transgeneracional de vínculo correlacione positiva y significativamente con el personal de tipo existencial y de pérdida y que el trauma transgeneracional existencial correlacione significativamente con el personal de vínculo y de pérdida.

**Objetivo 4. Explorar la relación del TRAUMA PERSONAL y su triple tipología con la comorbilidad del paciente clínico a través de su diagnóstico psicológico, médico y síntomas valorados en consulta y recogidos como DATOS CLÍNICOS.**

Siguiendo como eje central los factores de riesgo del trauma, vamos a estudiar la comorbilidad de estos sucesos traumáticos con los diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos aportados por los pacientes en tratamiento psicológico.

Tanto la experiencia clínica como la literatura especializada sobre los efectos del trauma, tal y como hemos visto en el marco teórico, constatan que detrás de problemas crónicos de salud, de síntomas graves y diagnósticos como ansiedad, depresión o adicciones está la posibilidad de padecer TEPT (Baldor et al., 2005; Kaspersen y Matthiesen, 2003; Sarasua et al., 2007). También existen estudios que muestran que los sucesos traumáticos en la infancia pueden estar relacionados con la ocurrencia de trastornos psiquiátricos específicos y que las personas que han sufrido traumas a lo largo de su vida tienen mayor probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico (Pérez et al., 2009). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud nos recuerda que hay pruebas conocidas que demuestran que las víctimas de violencia doméstica y sexual, padecen más problemas de salud que las personas que no sufren maltrato y que lo mismo ocurre en el caso de menores maltratados y desatendidos (OMS, 2003).

Con todo ello nuestra investigación quiere explorar si ciertos diagnósticos, enfermedades y síntomas pueden estar relacionados con haber padecido y sufrido tipos de traumas distintos. Por ejemplo, una mayor presencia de sentimientos endógenos de desamparo, vacío, soledad y querer morir correlacionará positiva y significativamente con un mayor riesgo de trauma PERSONAL de vínculo. Esta aportación nos permitirá mejorar el diagnóstico psicológico y llevar a cabo un mejor abordaje psicoterapéutico. Por lo tanto nuestra cuarta hipótesis será:

**Hipótesis 4:** Es esperable que un historial personal de traumas de vínculo, existencial y de pérdida correlacione positiva y significativamente con ciertos diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos del paciente.

**Objetivo 5. Nuestro interés aquí reside en el trauma transgeneracional, y su relación con la comorbilidad del paciente clínico. Por tanto pretendemos analizar las relaciones entre los TRAUMAS TRANSGENERACIONALES y los DATOS CLÍNICOS del paciente.**

En un estudio de Roig (2015) con pacientes en tratamiento psicológico se mostraron relaciones entre los acontecimientos vitales ocurridos a cuatro generaciones del sistema familiar de los pacientes y los diagnósticos y enfermedades que estos

padecían. Anteriormente, Faúndez et al. (2014) e Iosa et al. (2013) estudiaron el fenómeno de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial en las siguientes generaciones y nos hablaron del proceso de transmisión de experiencias traumáticas mediante mecanismos que emergen de la interacción recíproca de los miembros de un sistema familiar.

Dada la importancia clínica de hacer consciente al paciente que parte de su sintomatología podría tener que ver con los acontecimientos vividos por sus familiares de generaciones anteriores, se va a estudiar si la misma tendencia de repetición del trauma a través de las generaciones afecta al diagnóstico psicológico y médico y demás síntomas que padecen los pacientes clínicos, por lo que planteamos la siguiente hipótesis:

**Hipótesis 5:** es esperable que la distinta tipología de trauma transgeneracional de vínculo, existencial y de pérdida, correlacione positiva y significativamente con ciertos diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos del paciente.

### ***Bloque II. El Contenido Experiencial de los Sueños.***

En este segundo bloque vamos a estudiar la relación entre el contenido experiencial de los sueños (emoción, presencia o no de color y elemento traumatizante) y su relación con el trauma personal, transgeneracional y la comorbilidad- datos clínicos del paciente. Por ello, proponemos los siguientes objetivos. En primer lugar,

**Objetivo 6. Explorar e identificar patrones relacionales sobre el contenido de los SUEÑOS aportados por el paciente clínico y cuantificable respecto a la emoción, presencia de color y elemento traumatizante.**

Existen investigaciones que relacionan las características de los sueños: sobre el color de los sueños (König et al., 2017; Yin et al., 2015) y las emociones de los sueños (Kron et al., 2015). En el estudio de Roig (2015) encontramos relaciones significativas en las características de los sueños con respecto a los temas, los elementos y la emoción que generaba el sueño de los pacientes en tratamiento psicológico. Aporta dos importantes pautas que se repiten: una en el soñante y otra en el sueño. La primera indica que cada persona tiende a soñar sobre los mismos temas, con los mismos elementos y emociones similares. La segunda que existe una pauta en los sueños, esto

es, ciertos temas aparecían asociados a ciertos elementos y a determinadas emociones, p.e. el tema infidelidad, al elemento pareja, amante y a la emoción rabia.

Sin embargo, no existen estudios que aborden la relación entre el color de los sueños y la emoción que genera el sueño. Tampoco hemos encontrado estudios que aborden la presencia de elementos traumáticos en el sueño. Dada la importancia que tienen las pesadillas como síntoma del TEPT y su utilidad para diagnosticarlo, vemos con claridad la necesidad de aportar nuevas fuentes de información sobre el contenido de los sueños. Por ello, apoyándonos en el objetivo anterior se esperan pautas relacionales significativas entre la emoción, el color y la aparición de elemento traumatizante en los sueños de los pacientes clínicos, por lo que planteamos las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 6.1:** se espera que las emociones positivas (como la alegría y la tranquilidad) correlacionen positiva y significativamente con la presencia de luz y color en los sueños y las emociones negativas (como miedo, tristeza, rabia...) correlacionen con la falta de color y luz en los sueños.

**Hipótesis 6.2:** se espera que la presencia de elementos traumatizantes en el sueño correlacione positiva y significativamente con emociones negativas y falta de color en los sueños.

**Objetivo 7. Explorar los patrones de relación identificados en el contenido de los SUEÑOS del paciente clínico atendiendo a la triple tipología del TRAUMA PERSONAL (de vínculo, existencial y pérdida), a fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento psicológico del trauma.**

Lo que sabemos con certeza hasta ahora es que el trauma provoca un deterioro de las funciones psíquicas, y a su vez también deteriorará la función onírica, que además de afectar al dormir, es imprescindible para la recuperación psicológica y el desgaste diurno. Existen estudios empíricos que demuestran la protección que ejercen los sueños, sobre la psique en tiempos de guerra y de continuo estrés, y que han investigado las emociones en los sueños y su vínculo con la ansiedad, el desamparo y el masoquismo (Kron et al., 2015). Además de estudios que utilizan el contenido de los sueños para tratar el trauma. Estas investigaciones apoyan el uso de métodos de trabajo onírico, usando imágenes para tratar pesadillas recurrentes relacionadas con el TEPT y mejorar los síntomas (Casement y Germain, 2014).

En nuestra revisión anterior destacamos la importancia del contenido lingüístico del sueño, la temática del sueño (Maggiolini et al., 2016); la agresividad en vigilia y su correspondencia con sueños de violencia y muerte (Skancke et al., 2014); el estudio de diferencias culturales en el color de los sueños (König et al., 2017; Yin et al., 2015). Éstos últimos destacan sobre todo la importancia de los elementos visuales y el color en los sueños, la necesidad de investigar la causa de la falta de color en los sueños, así como la valencia emocional de los elementos coloreados en el sueño.

En nuestro estudio a la hora de analizar las pesadillas recurrentes hemos registrado los elementos que se repetían en el sueño y aquéllos que tenían que ver con el suceso traumático, denominándolo elemento traumatizante. La novedad de nuestro estudio reside en analizar ciertas características cuantificables de los sueños (emoción, color y elemento traumatizante) con el trauma personal, dada la importancia que éste tiene sobre la salud física y mental de las personas. De este modo, esperamos que los sueños nos aporten información que facilite el diagnóstico y el tratamiento del TEPT, por lo que nuestra siguiente hipótesis sería:

**Hipótesis 7:** esperamos que los pacientes que hayan sufrido traumas (de vínculo, existencial o pérdida) tengan sueños con emociones negativas, falta de color y luz y presencia de elementos traumatizantes.

**Objetivo 8. Explorar los patrones de relación identificados en el contenido de los SUEÑOS del paciente clínico atendiendo a la triple tipología del TRAUMA TRANSGENERACIONAL (de vínculo, existencial y pérdida), a fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento psicológico del trauma.**

En el estudio de Roig (2015) se encontró relación entre los acontecimientos vitales ocurridos a cuatro generaciones del sistema familiar de los pacientes y la valencia emocional de los sueños. Dada la importancia clínica de hacer consciente al paciente, que parte de sus pesadillas podrían tener que ver con los acontecimientos vividos por sus familiares de generaciones anteriores, en este apartado se va a investigar si la misma repetición del trauma a través de las generaciones anteriores afecta a la función onírica atendiendo a ciertas características de contenido de los sueños de pacientes clínicos, por lo tanto planteamos la siguiente hipótesis:

Hipótesis 8: esperamos que los pacientes que hayan sufrido traumas transgeneracionales (de vínculo, existencial o pérdida) tendrán sueños asociados a emociones negativas, con falta de color y luz, y presencia de elementos traumatizantes.

**Objetivo 9. Explorar los patrones relacionales identificados en el contenido de los SUEÑOS atendiendo a la comorbilidad de trauma del paciente (diagnóstico psicológico, médico y síntomas clínicos), a fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento del trauma.**

La experiencia clínica nos muestra que la mayoría de los sueños de los pacientes que demandan asistencia psicológica son sumamente disfóricos y cumplen las características de las pesadillas: son sueños prolongados, que se recuerdan bien, se pueden describir con detalle, el contenido suele implicar esfuerzos para evitar o afrontar algún peligro inminente, amenaza para la supervivencia o la seguridad, la estimación de uno mismo u otros temas que evoquen emociones negativas.

Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o miedo. Según el DSM-V (2014), los sujetos que presentan pesadillas refieren una mayor frecuencia de acontecimientos adversos en el pasado y muestran a menudo alteraciones de la personalidad o diagnósticos psiquiátricos (Dassel et al, 2017; Soffer-Dudek y Sadeh, 2013; Yu, 2013). Por lo tanto, las pesadillas son con frecuencia comórbidas con otros trastornos mentales: el trastorno de insomnio, la esquizofrenia, la psicosis, los trastornos de ánimo, de ansiedad, de adaptación y de personalidad y el sentimiento de duelo. Además pueden ser comórbidas con varias afecciones médicas como la enfermedad coronaria, el cáncer, el párkinson y el dolor (APA, 2014).

Dada la importancia clínica de los sueños en salud mental y su relación con el TEPT, nuestro interés en este punto reside en abordar el estudio de ciertos contenidos de los sueños con el diagnóstico psicológico, médico y los síntomas clínicos que padecen los pacientes, con objeto de mejorar el tratamiento psicológico del trauma.

Por tanto nuestra siguiente hipótesis será:

**Hipótesis 9:** se espera que los pacientes que sufran ciertos diagnósticos psicológicos, médicos o síntomas clínicos tengan sueños con emociones negativas, falta de color y luz y presencia de elementos traumatizantes.

## 2. Capítulo II. Método

### 2.1 Descripción de la muestra

La muestra de este estudio estuvo constituida por un total de 51 pacientes en tratamiento psicológico durante los años 2016 y 2017. Del conjunto de la muestra, el criterio de selección utilizado fue el de considerar sólo aquellos pacientes en tratamiento psicológico que se mostraron dispuestos a participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado permitiendo el registro de los factores de riesgo de trauma, la comorbilidad del trauma a través de sus datos clínicos (su diagnóstico psicológico, médico y síntomas clínicos) y el contenido experiencial de sus sueños (emoción, color y elemento traumatizante) para su posterior análisis. El criterio de exclusión fue aquellos pacientes clínicos que no recordaban ningún sueño.

#### 2.1.1 Datos Sociodemográficos.

La descripción de la muestra según los datos sociodemográficos fue la siguiente:

Del total de los 51 participantes en este estudio, el 25.5% fueron hombres y un 74.5% son mujeres, tal y como puede observarse en el siguiente gráfico:

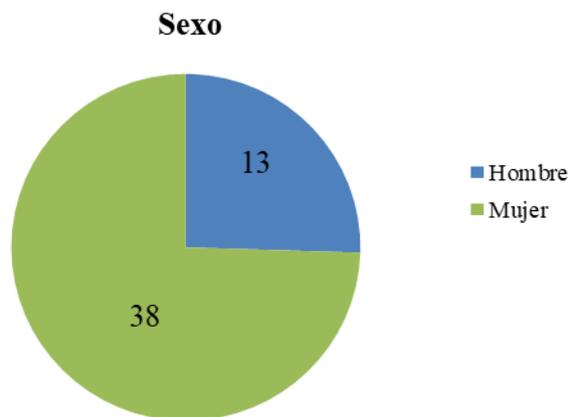


Figura 3 Distribución de la muestra en función del sexo

Respecto a la edad, el 7.8% son menores de 26 años, el 17.6% tienen entre 26 y 35 años, un 37.3% entre 36 y 45 años, el 23.5% son mayores de 46 y menores de 56 años y el restante 13.7% tienen edades comprendidas entre los 56 y los 65 años.

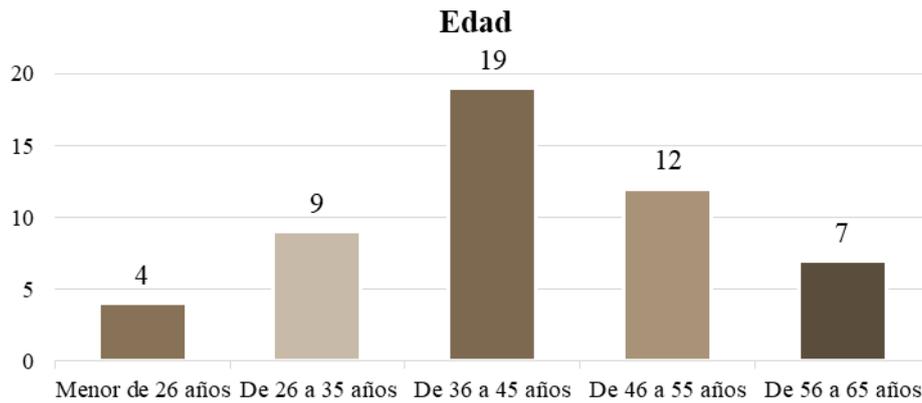


Figura 4 Distribución de la muestra en función de la edad

Respecto al estado civil de los participantes, el 23.5% son solteros, el 49.0% están casados o viven en pareja, el 21.6% están divorciados o separados y el 3.9%, viudos.

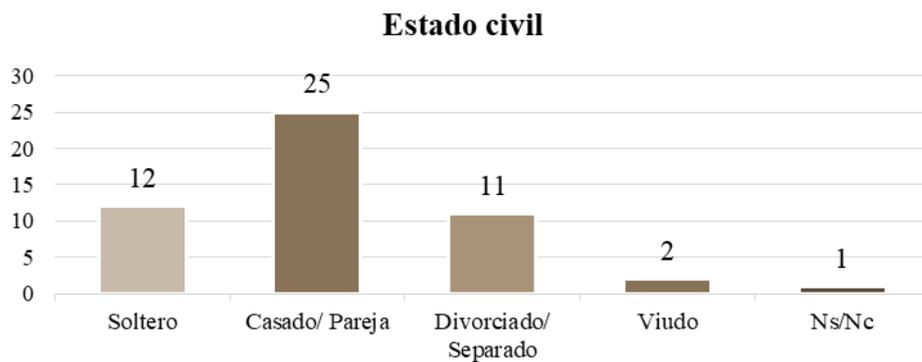


Figura 5 Distribución de la muestra en función del estado civil

También se tuvo en consideración el número de pacientes clínicos que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico, representando el conjunto de los que sí lo reciben el 25.5% de la muestra:

### Tratamiento psiquiátrico

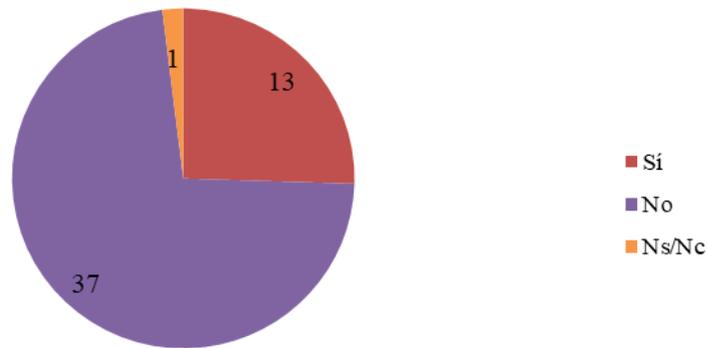


Figura 6 Distribución de la muestra en función del tratamiento psiquiátrico

#### 2.1.2 Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Muestra.

Los factores de riesgo de trauma se registraron en función de dos categorías básicas: los personales, es decir, aquéllos que afectaban directamente al paciente clínico, y los transgeneracionales, que indicaban factores de riesgo de trauma que habían incidido en familiares ascendientes del paciente. Dentro de cada una de estas dos categorías se consideraron tres tipos: los de vínculo, los existenciales y los de pérdida.

##### *Distribución de los factores de riesgo de trauma personal.*

A continuación, se presenta la distribución de frecuencias de la muestra para la categoría de trauma personal de vínculo considerando que en la columna “número de pacientes” se indica el número de los participantes que sí presentan el correspondiente factor de riesgo.

Tabla 20 Distribución de los factores de riesgo de trauma personal de vínculo

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Acoso escolar (Bullying)	32	62.7%
Madre emocionalmente inaccesible	27	52.9%
Discusiones y peleas de los padres	27	52.9%
Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	24	47.1%
Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	24	47.1%
Malos tratos Infancia	23	45.1%
Enfermedad padre/madre	22	43.1%
Parto difícil	21	41.2%
Ausencia física padre/madre	21	41.2%
Rechazo del embarazo por parte de la madre	18	35.3%
Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	18	35.3%
Enfermedad de algún miembro de la familia nuclear	16	31.4%
Adicción de algún miembro de la familia	16	31.4%
Pérdida de un embarazo anterior	11	21.6%
Abuso sexual	10	19.6%
Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	6	11.8%
Abuso sexual, Incesto	1	2.0%

Dentro de estos factores de riesgo, se observó que los más frecuentes entre los pacientes objeto de análisis se encontraba el acoso escolar, presente en el 62.7% de los entrevistados; tener una madre emocionalmente inaccesible junto a discusiones y peleas de los padres, estos dos últimos con 27 casos en ambos tipos de trauma. Todos estos acontecimientos denotan la presencia de violencia interpersonal, bien por acción, privación o deficiencia dentro del trauma personal de vínculo.

Tabla 21 Distribución de los factores de riesgo de trauma personal existencial

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA EXISTENCIAL</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Accidentes	41	80.4%
Intervención quirúrgica / hospitalización	39	76.5%
Diagnóstico de una enfermedad grave	32	62.7%
Testigo de experiencias violentas	30	58.8%
Maltrato de la pareja	26	51.0%
Infidelidad	24	47.1%
Catástrofes naturales (seísmos, incendios, inundaciones, tormentas)	20	39.2%
Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	9	17.6%
Ataques terroristas	7	13.7%
Violaciones, agresión sexual	6	11.8%
ETS (enfermedad de transmisión sexual)	5	9.8%
Guerra	3	5.9%
Persecución por ideas políticas	3	5.9%

En los factores de riesgo de trauma personal existencial, destacaban los accidentes, en un 80.4% de afectados, las intervenciones quirúrgicas y/u hospitalizaciones, un 76.5% y el diagnóstico de una enfermedad grave, un 62.7% de afectados. A continuación, le siguen con un porcentaje en torno al 50% la presencia de acontecimientos violentos e intencionales: ser testigo de experiencias violentas, maltrato de pareja e infidelidad.

Tabla 22 Distribución de los factores de riesgo de trauma personal pérdida

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Muerte de un ser querido (incluir mascota)	48	94.1%
Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	37	72.5%
Pérdida de la salud	35	68.6%
Enfermedad de un ser querido	35	68.6%
Pérdida del hogar, ciudad, país	33	64.7%
Separación, divorcio, viudedad	31	60.8%
Acoso laboral, pérdida del trabajo	30	58.8%
Pérdida económica	28	54.9%
Pérdida de la casa	17	33.3%
Pérdida por ausencia prolongada de la madre	14	27.5%
Muerte del padre	13	25.5%
Muerte de un ser querido por suicidio	10	19.6%
Pérdida de los padres por adopción o por quedar al cuidado de otros	8	15.7%
Muerte de la madre	7	13.7%
Separación o divorcio de los padres	7	13.7%
Muerte de un hermano	5	9.8%
Aborto Natural	5	9.8%
Muerte de una pareja amada	4	7.8%
Aborto Provocado	3	5.9%
Asesinato de un ser querido	3	5.9%
Pérdida de un hijo	0	0%
Muerte de la madre en el parto	0	0%

Los factores de riesgo de trauma personal de pérdida presentes en un mayor número de pacientes clínicos fueron, por este orden, la muerte de un ser querido - incluyendo la mascota- en el 94.1% de los participantes, y seguidamente, la enfermedad de un ser querido y la pérdida de la salud, ambas en un 68.6% de los entrevistados. Destacamos también la pérdida de trabajo o sufrir acoso laboral, por ser un acontecimiento de violencia interpersonal en la comunidad, en el 58.8% de pacientes afectados.

***Distribución de los Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional.***

Tabla 23 Distribución de los factores de riesgo de trauma transgeneracional de vínculo

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Enfermedad de algún miembro de la familia	40	78.4%
Enfermedad padre/madre	36	70.6%
Ausencia Física padre/madre	31	60.8%
Madre emocionalmente inaccesible	29	56.9%
Adicción de algún miembro de la familia	26	51.0%
Malos tratos infancia	26	51.0%
Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	23	45.1%
Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	20	39.2%
Discusiones y peleas de los padres	15	29.4%
Parto difícil	14	27.5%
Abuso sexual	8	15.7%
Abuso sexual, Incesto	6	11.8%
Acoso escolar (Bullying)	4	7.8%
Prematuro	2	3.9%
Incubadora	1	2.0%

Atendiendo a los factores de riesgo de trauma transgeneracional de vínculo, la enfermedad de algún miembro de la familia se reconocía como el más común en este tipo de factor de riesgo, estando presente en el 78.4% de los casos. La enfermedad de la madre y/o del padre, en un 70.6% y la ausencia física del padre o de la madre, en un 60.8%, fueron los factores de riesgo de trauma transgeneracional de vínculo por orden de prevalencia.

Tabla 24 Distribución de los factores de riesgo de trauma transgeneracional existencial

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA TRANSGENERACIONAL EXISTENCIAL</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Guerra	47	92.2%
Testigo de experiencias violentas	45	88.2%
Intervención quirúrgica / hospitalización	44	86.3%
Diagnóstico de una enfermedad grave	43	84.3%
Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	34	66.7%
Persecución por ideas políticas	31	60.8%
Accidentes	28	56.0%
Catástrofes naturales (seísmos, incendios, inundaciones, tormentas)	20	39.2%
Infidelidad	18	35.3%
Maltrato de la pareja	17	33.3%
Violaciones, agresión sexual	6	11.8%
Ataques terroristas	5	9.8%
ETS (enfermedad de transmisión sexual)	1	2.0%

Respecto a los factores de riesgo de trauma transgeneracional existencial, la guerra fue el factor de riesgo con más presencia entre los pacientes clínicos, con un 92.2% de afectados, seguido de ser testigo de experiencias violentas -88.2%- y de las intervenciones quirúrgicas y/u hospitalizaciones -86.3%-.

Tabla 25 Distribución de los factores de riesgo de trauma transgeneracional de pérdida

<b>FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE PÉRDIDA</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Muerte de un hermano	48	94.1%
Pérdida de un hijo	46	90.2%
Muerte de un ser querido (incluir mascota)	45	88.2%
Separación, divorcio, viudedad	44	86.3%
Pérdida de la salud	43	84.3%
Enfermedad de un ser querido	37	72.5%
Muerte de una pareja amada	36	70.6%
Pérdida económica	35	68.6%
Pérdida del hogar, ciudad, país	33	64.7%
Aborto Natural	30	58.8%
Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	28	54.9%
Acoso laboral, pérdida del trabajo	25	49.0%
Muerte de la madre	21	41.2%
Asesinato de un ser querido	17	33.3%
Pérdida por ausencia prolongada de la madre	17	33.3%
Muerte de un ser querido por suicidio	13	25.5%
Separación o divorcio de los padres	13	25.5%
Pérdida de los padres por adopción o por quedar al cuidado de otros	13	25.5%
Pérdida de la casa	11	21.6%
Aborto Provocado	5	9.8%
Muerte de la madre en el parto	5	9.8%
Muerte del padre	3	72.5%

En lo referente a los factores de riesgo de trauma transgeneracional de pérdida, la muerte de un hermano estuvo presente en el 94.1% de los casos, la pérdida de un hijo en el 90.2% y la muerte de un ser querido en el 88.2%.

En resumen, los factores de riesgo de trauma transgeneracional de vínculo, existenciales y de pérdida mostraron frecuencias altas en acontecimientos devastadores, que ocurrieron de forma más frecuente en esa época, que correspondía a la Guerra del 36 y la postguerra.

#### ***Distribución de los Datos Clínicos de la Muestra.***

Los datos clínicos de cada paciente se registraron dentro de dos bloques diferentes: diagnóstico psicológico y médico, por un lado y síntomas clínicos, por otro.

La distribución de la muestra respecto a la primera categoría: diagnóstico psicológico y médico, fue la que se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 26 Distribución de la muestra en función del diagnóstico psicológico y médico

<b>DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO</b>		<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo	46	90.2%
Trastornos de Ansiedad y relacionados	Trastorno de Ansiedad	40	78.4%
	Fobias	33	64.7%
	Trastorno de pánico	12	23.5%
TEP Trastorno de Estrés Postraumático	Trastorno de Estrés Postraumático	51	100%
Problemas de Relaciones	Problemas Paterno-filiares	35	68.6%
	Problemas Conyugales	31	60.8%
	Problemas de relación entre hermanos	28	54.9%
Trastorno del Sueño-vigilia	Trastorno del Sueño-vigilia	34	66.7%
TOC y relacionados	TOC y relacionados	22	45.1%
Trastorno relacionado con sustancias	Trastorno relacionado con sustancias	16	31.4%
Trastorno Adictivo	Trastorno Adictivo	9	17.6%
Trastornos de la Alimentación	Anorexia nerviosa	4	7.8%
	Bulimia nerviosa	2	3.9%
	Trastorno de atracones	6	11.8%
	Otro trastorno alimentario	9	17.6%
Trastorno Bipolar y relacionados	Trastorno Bipolar y relacionados	6	11.8%
Trastornos de la Personalidad (T.P.)	T.P. Grupo A (Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica)	4	7.8%
	T.P. Grupo B (Antisocial, Límite, Histriónica, Narcisista)	1	2.0%
	T.P. Grupo C (Evasiva, Dependiente, Obsesivo-compulsiva)	4	7.8%
<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO</b>		<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
Dolores psicósomáticos(musculares, estómago, cabeza, articulaciones)		42	82.4%
Enfermedad Crónica		29	56.9%
Tensión baja		23	45.1%
Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)		20	39.2%
Tensión alta, colesterol, corazón		15	29.4%

Como puede observarse, el TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) se presentó en el total de entrevistados, después el trastorno depresivo fue el diagnóstico clínico más común entre los pacientes, con 46 afectados dentro del total de la muestra, lo que representó el 90.2% y el trastorno de ansiedad el 78.4%, con 40 afectados.

Respecto al diagnóstico médico, el más frecuente fue sufrir dolores psicosomáticos varios, presente en el 82.4% de los pacientes.

Respecto la segunda categoría, la sintomatología clínica de los participantes del estudio, se subdividía en tres categorías: emociones endógenas, sentimientos endógenos negativos y otros síntomas severos.

La distribución de la muestra fue:

Tabla 27 Distribución de la muestra en función de los síntomas clínicos

<b>SÍNTOMAS CLÍNICOS</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE DE PACIENTES</b>
<b>EMOCIONES ENDÓGENAS</b>		
Tristeza, Melancolía, Pena	50	98.0%
Ansiedad, nervios, angustia, intranquilidad	49	96.1%
Miedo, temor	44	86.3%
Vergüenza	40	78.4%
Enfado, rabia	38	74.5%
Culpa	34	66.7%
Asco	19	37.3%
<b>SENTIMIENTOS ENDÓGENOS NEGATIVOS</b>		
Sentimiento de Querer morir/Desaparecer	39	76.5%
Sentimiento de Soledad/abandono	38	74.5%
Sentimiento de Vacío	36	70.6%
Sentimiento de Desamparo	30	58.8%
<b>OTROS SÍNTOMAS</b>		
Hipersensibilidad	40	78.4%
Disociación	28	54.9%
Olvidos Frecuentes	26	51.0%
Parálisis, Bloqueo	26	51.0%
Impulsividad	26	52.9%
Amnesia de Etapas de la Vida	25	49.0%
Mareos, Desorientación	25	49.0%
Temblores, sudores	24	47.1%
Congelación sentimientos	18	35.3%
Despersonalización, Desrealización	16	31.4%
Ideación Suicida	15	29.4%
Pérdida de Conciencia	9	17.6%
Autolesiones	7	13.7%
Intento de Suicidio	6	11.8%
Crisis Conversivas	2	3.9%

Las emociones endógenas más frecuentes fueron la tristeza, la melancolía y la pena, presentes en el 98 % de los pacientes; la ansiedad, nervios, angustia o intranquilidad afectaban al 96.1% de los entrevistados y el miedo y/o el temor al 86.3%.

También, se registraron los sentimientos negativos que experimentaban los pacientes de manera persistente, el sentimiento más extendido fue el de querer morir o desaparecer que afectaba al 76.5% de los encuestados.

Asimismo, se recogieron otros síntomas que podían incidir en la clínica de los participantes. La hipersensibilidad fue el síntoma más frecuente, registrándose en 40 pacientes, el 78.4% del total. La disociación y la impulsividad afectaron a 28 y 26 entrevistados respectivamente, lo que representaba unos porcentajes del 54.9% y 52.9%, todos ellos síntomas muy característicos del TEPT, tal y como se vio en el marco teórico.

***Distribución del Contenido Experiencial de los Sueños en la Muestra Clínica.***

Para la elaboración de esta investigación se registraron un total de 255 sueños, pertenecientes a los 51 sujetos de la muestra clínica, escogiendo los 5 primeros sueños de cada participante. Las categorías registradas consideraron la presencia o no de: Emoción del sueño, Color del sueño y Elemento traumatizante.

Tabla 28 Distribución en función del contenido experiencial del sueño en la muestra clínica

<b>EMOCIÓN DEL SUEÑO</b>	<b>NÚMERO DE SUEÑOS</b>	<b>PORCENTAJE DE SUEÑOS</b>
Miedo, susto, peligro	67	26.3%
Nervios, intranquilidad	51	20.0%
Sorpresa	49	19.2%
Alegría	48	18.8%
Tranquilidad	45	17.6%
Ansiedad, angustia	44	17.3%
Tristeza, pena	30	11.8%
Rabia, enfado	30	11.8%
Impotencia, Frustración	22	8.6%
Indiferencia	10	3.9%
Vergüenza	9	3.5%
Asco	9	3.5%
Satisfacción	8	3.1%
Placer	8	3.1%
Culpa	6	2.4%
Sentimiento de exclusión	5	2.0%
<b>COLOR DEL SUEÑO</b>		
Color Destacado	99	38.8%
Claridad	87	34.1%
Blanco y Negro	70	27.5%
Oscuridad	60	23.5%
Poca luz	36	14.1%
Grises	34	13.3%
Sin Color	28	11.0%
Sepia	17	6.7%
Sin Matices	13	5.1%
Colores Suaves	6	2.4%
<b>ELEMENTOS DEL SUEÑO</b>		
Elemento Traumático	89	34.9%

Las diferentes emociones presentes en los sueños estudiados se reflejan en la tabla 28 como puede observarse, el miedo, el susto y/o el peligro estuvo presente en el 26.3% de los sueños analizados, los nervios y la intranquilidad en el 20% y la sorpresa en el 19.2%.

Asimismo, se analizó la presencia o no de color en los diferentes sueños analizados, en 99 de los 255 sueños estudiados (38.8% del total) los pacientes indicaban la existencia de un color destacado en el sueño y en 87 sueños (el 34.1%) predomina la claridad. Sin embargo, si se sumaban todas las categorías que indican falta de color en los sueños se observaba que la mayoría de los pacientes clínicos soñaban con esta característica.

Respecto a la presencia o no de elementos traumáticos en el sueño, éste se encontró en 89 de los 255 sueños estudiados, lo que representaba el 34.9% del total.

## **2.2 Instrumentos de Medida**

En este estudio, la recogida de datos se ha llevado a cabo a través de diferentes hojas de registro, en total 3, elaboradas ex profeso para esta investigación.

En primer lugar, la Hoja de Registro de factores de riesgo de trauma (Anexo 1) que nos proporciona un listado de diferentes tipos de acontecimientos vitales susceptibles de causar trauma, que han señalado los principales expertos sobre el tema, tal y como se ha descrito en el marco teórico. Dicho listado se ha completado con acontecimientos abrumadores que se repetían en las sesiones clínicas, como por ejemplo la infidelidad, las enfermedades de transmisión sexual y la pérdida del trabajo o acoso laboral.

La hoja de Registro de factores de riesgo de trauma se dividió en dos grandes bloques: un primer bloque formado por los factores de riesgo de Trauma Personal de vínculo, existencial y de pérdida sufridos por el paciente, teniendo en cuenta la etapa de la vida en que acontecieron, en base a la teoría del desarrollo psicosocial (etapa intrauterina, niñez de 0 a 11 años, adolescencia de 12 a 17 años, juventud de 18 a 22 años y madurez de 26 en adelante).

Y otro bloque formado por los factores de riesgo de Trauma Transgeneracional, que contiene los acontecimientos traumáticos sucedidos en el sistema familiar del paciente a lo largo de tres generaciones: la de los/as padres/madres, abuelos/as y bisabuelos/as. También aquí se considera la distinta tipología del trauma, de vínculo, existencial y de pérdida. Con respecto al trauma transgeneracional de vínculo, se han excluido los factores de riesgo de la etapa intrauterina, por la dificultad de los pacientes para obtener estos datos. La parte del trauma existencial y de pérdida consta de las

mismas variables que la hoja de registro de traumas personales además respecto al trauma transgeneracional existencial, todos los familiares de los pacientes sufrieron la Guerra Civil de 1936 y la postguerra, por tanto para el registro del factor de riesgo “guerra”, se tuvo en cuenta las generaciones que la sufrieron y cuando hubo participación activa en el frente de batalla se utilizaron los ítems “asaltos violentos, tortura, encarcelamiento”, testigo de experiencias violentas” y “persecución por ideas políticas”. Consúltese Anexo 1.

La segunda hoja de registro incluye los Datos Clínicos del paciente (Anexo 1) que abarca los datos sociodemográficos del paciente junto a su diagnóstico psicológico, médico y síntomas clínicos. Con respecto al diagnóstico psicológico, nos hemos basado en la clasificación del DSM-5 (APA, 2014) y se seleccionaron los trastornos más frecuentes que padecían los pacientes. En un principio se incluyeron los trastornos de la personalidad, pero posteriormente fueron descartados por ser muy baja la frecuencia de pacientes en consulta que lo sufrían. Con respecto al diagnóstico médico, nos hemos basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992) y se ha añadido un ítem para la presencia o ausencia de enfermedad crónica como diabetes, tiroides, hepatitis, infección por VIH, párkinson, cáncer, etc. (OMS, 1992).

Respecto a los Trastornos Relacionados con Sustancias, las sustancias que se incluyeron fueron: alcohol, cánnabis, drogas de diseño, cocaína y opiáceos. Se han excluido el tabaco, la cafeína y el abuso de pastillas. Se tuvo en cuenta tanto la dependencia como el abuso. En los Trastornos Adictivos, se incluyeron los Trastornos no relacionados con sustancias y adicciones a conductas, como el juego, las compras, el sexo o internet.

Con respecto a los Síntomas Clínicos se han registrado las emociones endógenas, los sentimientos endógenos negativos, y otros síntomas relacionados con el TEPT.

Las primeras, las emociones endógenas, hacen referencia a emociones que no aparecen como respuesta a un estímulo ambiental sino que se caracterizan por su cronicidad, su duración en el tiempo y su aparición a una edad temprana. Hemos seleccionado las emociones primarias de rabia, enfado; miedo, temor; tristeza, melancolía pena; vergüenza; culpa; asco (Bradshaw, 2000 y 1996; Cofruto y Ureña, 2018; Morgado 2007). También hemos incluido ansiedad, nervios, angustia,

intranquilidad, por ser frecuentemente expresados por los pacientes en las sesiones clínicas.

Por su parte, los sentimientos endógenos negativos se refieren al sentido de uno mismo, la autoconciencia, lo que la persona piensa de sí misma. La persona puede pensar en su propio sufrimiento. Lo hemos llamado sentimientos endógenos porque al igual que las emociones, se caracterizan por su cronicidad, su duración en el tiempo y su aparición a una edad temprana. Se han seleccionado los que más han expresado los pacientes en las sesiones clínicas y son los siguientes: sentimiento de desamparo; sentimiento de vacío; sentimiento de soledad, abandono; sentimiento de querer morir desaparecer.

Por último, también se han recopilado algunos de los síntomas severos que los principales autores expertos sobre el trauma relacionan con este trastorno, tal y como hemos visto en el marco teórico, y son los siguientes: ideación suicida; intento de suicidio; amnesia de etapas de la vida; olvidos frecuentes; mareos, desorientación; disociación; hipersensibilidad; congelación de sentimientos; temblores sudores; autolesiones; crisis conversivas; pérdida de conciencia; impulsividad.

La tercera hoja de registro que elaboramos incluye el Contenido Experiencial del Sueño. Aquí hemos seleccionado las características cuantificables de los sueños, basándonos en la experiencia clínica del manejo psicológico de los sueños y el *Estudio Exploratorio de los Sueños de una Muestra de Pacientes en Tratamiento Psicológico*, premio Cátedra de Investigación y Desarrollo Aplicado del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana (CIDAP) 2010 (Roig, 2015). Para más información, consúltese el Anexo I.

### 2.3 Procedimiento

La información sobre la investigación y la firma del **Consentimiento informado** se realizó una vez el/la paciente aceptó ser incluido en la investigación. El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de la Universitat de Valencia y cumple los criterios de la Declaración de Helsinki.

La recogida de información sobre la presencia o ausencia de factores de riesgo de trauma personal y transgeneracional y los datos clínicos del paciente, se realizó a través de las sesiones clínicas. Dado que los datos a registrar eran, en muchas ocasiones,

de contenido íntimo e impactante para el paciente, con el fin de que fuera saludable recordarlo, se hizo despacio y con el respaldo de la relación terapéutica. Además ciertos acontecimientos vitales, como haber sufrido abuso sexual o maltrato, no era conveniente tratarlo en las primeras sesiones, donde aún no se había establecido una buena transferencia, psicóloga-paciente, ni existía aún confianza para hablar de temas personales que generan vergüenza. Todos estos aspectos han hecho que el pase de las 3 hojas de registro, haya requerido muchas sesiones y haya sido parte del proceso terapéutico de los pacientes.

Durante la recogida de información sobre los factores de riesgo de **trauma personal**, se utilizaron recursos terapéuticos necesarios con el fin de no retraumatizar al paciente y se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la terapéutica para el tratamiento de los síntomas postraumáticos de Pérez-Sales y Vázquez (2003). Estos criterios centrales a la hora de tratar las respuestas del trauma se resumen en:

- Se trabaja con lo que el paciente trae a terapia y con la construcción de una verdad que le es soportable y le permite vivir.
- La narración de los hechos per se no es terapéutica, abrir temas dolorosos hay que hacerlo con condiciones de intimidad, confianza y respeto.
- En la relación con el/la terapeuta, el paciente tiene que sentir que se le dan opciones, con el fin de que pueda tener un sentido de control de lo que ocurre.
- En las sesiones es necesario mantener una actitud corporal que facilite la comunicación, pudiéndose dar el contacto físico con las manos, pero con prudencia para que no sea vivido como una invasión del espacio personal.
- El uso del silencio es esencialmente relevante. Una de las habilidades básicas en esta situación es aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma.
- Facilitar la comunicación mediante la actitud corporal.
- Escuchar y acompañar sin ser necesario entender. El terapeuta debe de evitar decir que entiende por lo que ha pasado la persona.
- Está indicado iniciar el trabajo a partir de la identificación y designación de emociones, para desde aquí acceder de manera natural a las creencias y pensamientos que subyacen.
- El objetivo no es olvidar lo ocurrido, es integrar el hecho traumático.

- Es importante la reconceptualización de los síntomas como signos de recuperación. La resignificación de los síntomas postraumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales, como intentos del organismo por recuperarse, integrar lo ocurrido y salir adelante (Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

Por otra parte, para el paciente fue menos impactante recordar o hablar de los **traumas transgeneracionales** sufridos por familiares de generaciones anteriores. Esta información no es tan difícil de tratar con el sujeto, pues no la ha sufrido personalmente. El inconveniente de estos acontecimientos es que se desconocen en muchas ocasiones, principalmente lo ocurrido a las generaciones más lejanas en el tiempo, como a los/as bisabuelos/as. Por lo tanto, se invitó al paciente a consultar a los familiares supervivientes, con los que había posibilidad de relación, las preguntas sobre los acontecimientos del sistema familiar. Posteriormente se realizó el genograma utilizando este instrumento en las sesiones clínicas. Así que primero se registró de modo cualitativo los factores de riesgo de trauma personal y transgeneracional, de la muestra y posteriormente se realizó el cuantitativo en las hojas de registro.

Con respecto a la hoja de registro de **datos clínicos** del paciente, en cuanto al diagnóstico psicológico y médico, se han incluido todos los síntomas con los que el paciente se presentaba al inicio de la terapia y se ha seleccionado más de un diagnóstico, si era el caso. Tampoco se ha tenido en cuenta la mejora y el alivio de los síntomas a lo largo de las sesiones, pues siempre se dio.

Para realizar el registro cualitativo de **los sueños**, se propuso a los pacientes una evaluación prospectiva a través de autorregistros, inmediatamente después de despertarse, para evitar el olvido tan frecuente del contenido onírico. Además se tenía que anotar el color, la luz y la emoción que les generaba. En las sesiones clínicas, el paciente contaba sus sueños y se registraba la aparición de elementos traumáticos, por ejemplo, la escuela sería un elemento traumático si en ella se había sufrido Bullying. Los sueños se utilizaban para el tratamiento terapéutico a través de su interpretación.

Después del registro cualitativo de unos 50 sueños como pase piloto, la versión definitiva de la hoja de registro sobre el contenido de los sueños incorporó en este estudio: Emoción (16 variables); Color del sueño (20 variables); Elementos traumatizantes (persona, lugar, cosa, animal, situación). Se registraron de modo

cualitativo y cuantitativo estos parámetros en un total de 761 sueños, pero sólo se utilizaron en este estudio 255 sueños correspondientes a los 5 primeros de los sujetos de la muestra, para evitar sesgos y que todos los pacientes tuviesen el mismo número de sueños.

#### **2.4 Diseño y Análisis de Datos Planteado en la Investigación**

Estudio exploratorio y correlacional, sin asignación aleatoria, de una muestra compuesta por 51 sujetos en tratamiento psicológico, conjunto al registro de 5 sueños de cada uno de estos sujetos, con un total de 255 sueños. Se trata de un diseño correlacional, de corte transversal, que recoge información sobre distintas etapas de la vida del paciente y varias generaciones de su sistema familiar.

El uso de la metodología correlacional responde a la necesidad de nuestro estudio por analizar las relaciones implicadas entre las variables estudiadas y se ha aplicado de forma retrospectiva; es decir, se han analizado estas correlaciones de forma posterior a que éstas hayan ocurrido. Por otro lado, hemos utilizado la metodología descriptiva puesto que se ha observado la manifestación de un fenómeno que ocurre de manera natural en la población. El uso de esta metodología descriptiva se relaciona con el empleo de cuestionarios o encuestas, como forma de recogida de datos.

Este diseño contempla analizar la relación de factores de riesgo de trauma personal y transgeneracional con la comorbilidad del trauma a través de los datos clínicos del paciente (diagnóstico psicológico, médico y síntomas clínicos) y el contenido experiencial de sus sueños (emoción, color y elemento traumatizante) a través de un análisis cuantitativo de datos a partir de las tablas de contingencia resultantes de analizar la relación entre las distintas variables dos a dos, llevado a cabo con la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado  $\chi^2$  de Pearson.

Para realizar este análisis se han incluido únicamente aquellas variables con frecuencias mayores de 5, quedando excluidas las que no presentaban un mínimo suficiente para aportar resultados significativos. Se han tenido en consideración dos niveles diferentes de significatividad bilateral,  $\alpha_1 = .05$  y  $\alpha_2 = .01$ .

Adicionalmente, se ha realizado un estudio del tamaño del efecto para cada una de las relaciones que han obtenido resultados estadísticamente significativos. Este análisis se ha efectuado a través del coeficiente V de Cramer.

Todos los análisis estadísticos se han realizado con el programa estadístico SPSS de IBM en su versión. 20.00.



### 3. Capítulo III. Resultados

Los resultados obtenidos se exponen siguiendo el mismo esquema aportado en objetivos e hipótesis, esto es, atendiendo a sus dos bloques principales de análisis: 1) el trauma, sus factores de riesgo y comorbilidad, y 2) el contenido experiencial de los sueños.

#### 3.1 Bloque I. El Trauma, sus Factores de Riesgo y Comorbilidad

En este primer bloque ofrecemos los análisis de datos e interpretación de los primeros cinco objetivos e hipótesis de esta investigación analizando los factores de riesgo de trauma personal vs. Transgeneracional en su triple tipología: vínculo, existencial y de pérdida.

##### 3.1.1 Analizando los Factores de Riesgo de Trauma Personal.

El primer objetivo de esta investigación planteaba la hipótesis 1, dónde se esperaba que los traumas personales de vínculo correlacionasen positiva y significativamente con los traumas personales de tipo existencial y de pérdida.

Para una mejor comprensión, se elaboraron tablas por separado según la tipología del trauma, el trauma personal de vínculo y existencial, por un lado, y el de vínculo y de pérdida, por otro. También, en las tablas expuestas se eliminaron las variables que no tenían una frecuencia suficiente de 5 casos, para que fuera posible el contraste empírico de la hipótesis planteada mediante el cálculo del estadístico Chi-cuadrado.

##### *Trauma Personal de Vínculo vs. Trauma Personal Existencial.*

Los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre los malos tratos en la infancia ( $\chi^2= 10.053$ ,  $p<.05$ ,  $V=.448$ ) y el acoso escolar (Bullying) ( $\chi^2= 7.302$ ,  $p<.05$ ,  $V=.386$ ) con el trauma existencial de maltrato de pareja. Ambos con un tamaño del efecto moderado. Este primer resultado nos mostró la importancia de sufrir acontecimientos vitales de violencia en la infancia, ya que este hecho te hace más vulnerable ante episodios traumáticos posteriores como ser víctima de violencia en otras etapas de la vida. Escenario que nuevamente se constató al encontrar una relación significativa entre acoso escolar (Bullying) y maltrato de pareja, lo que nos muestra cómo la presencia de violencia en la infancia tanto dentro como fuera del hogar es

portadora de una mayor vulnerabilidad como víctima de violencia en sus relaciones de pareja.

Tabla 29 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo y existencial

		TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO												
		Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	Rechazo del embarazo por parte de la madre	Enfermedad de la madre por parto o parto difícil	Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	Adicción de algún miembro de la familia	Malos tratos Infancia	Acoso escolar (Bullying)	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
TRAUMA PERSONAL EXISTENCIAL	Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	0.012	0.009	0.009	1.054	1.920	0.658	1.888	0.029	1.303	0.009	0.114	1.096	1.058
	Maltrato de la pareja	0.333	1.159	0.163	0.762	1.239	1.342	0.002	0.038	10.053* (0.448)	7.302* (0.386)	3.888	0.017	1.923
	Diagnóstico de una enfermedad grave	1.009	0.102	0.260	1.081	1.269	0.377	0.013	0.360	0.834	0.870	0.001	0.411	1.152
	Intervención quirúrgica / hospitalización	2.674	-	-	-	0.183	0.054	0.615	-	0.075	-	0.054	2.313	0.002
	Testigo de experiencias violentas	1.090	0.739	0.112	0.063	0.004	0.253	1.399	0.948	1.996	0.739	3.158	0.019	2.342
	Infidelidad	0.083	0.492	0.071	0.298	1.342	0.742	1.423	0.038	0.297	0.000	2.981	2.457	0.120

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

**Trauma Personal de Vínculo vs. Trauma Personal de Pérdida.**

Los análisis encontrados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre el trauma personal vinculado a un parto difícil con la pérdida de salud ( $\chi^2= 6.766$ ,  $p<.05$ ,  $V=.372$ ) y el acoso laboral y/o pérdida de trabajo ( $\chi^2= 6.533$ ,  $p<.05$ ,  $V=.365$ ), respectivamente. Como se comentó en el marco teórico, el nacimiento en sí mismo es un acontecimiento traumático, si además hay riesgo de morir al nacer. En los pacientes clínicos encuestados que sufrieron dificultades al nacer este hecho podría afectarles a su salud vital y que fueran más vulnerables en otras áreas como sufrir maltrato en su entorno laboral y/o pérdida de trabajo en la edad adulta.

El acoso laboral y/o pérdida de trabajo también mostró correlaciones significativas con los factores de vínculo malos tratos en la infancia ( $\chi^2= 9.785$ ,  $p<.05$ ,  $V=.438$ ), “padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo/a” ( $\chi^2= 7.746$ ,  $p<.05$ ,  $V=.390$ ) y la ausencia física del padre y la madre ( $\chi^2= 4.445$ ,  $p<.05$ ,  $V=.295$ ). En los tres análisis los tamaños del efecto fueron moderados. De nuevo aparecen las variables

malos tratos en la infancia, la ausencia física del padre/madre y el hecho de vivir un parto difícil como factores de riesgo vinculados a un escenario común: el acoso laboral y/o pérdida de trabajo. Por tanto, cuando en la infancia se sufren acontecimientos vitales de violencia interpersonal en el hogar la persona es más vulnerable a ser víctima de violencia comunitaria en otras etapas de la vida.

		TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO												
		Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	Rechazo del embarazo por parte de la madre	Dueño de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	Adicción de algún miembro de la familia	Malos tratos Infancia	Acoso escolar (Bullying)	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA	Muerte del padre	1.219	-	-	-	0.518	1.858	0.065	-	0.310	-	3.443	0.691	0.178
	Enfermedad de un ser querido	0.260	-	5.640* (0.336)	1.307	2.231	2.231	3.563	0.440	0.017	0.230	0.081	2.613	0.749
	Separación, divorcio, viudedad	0.014	1.172	3.679	2.035	2.212	0.833	0.047	0.201	1.303	0.014	0.114	0.216	2.596
	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	1.380	0.466	0.001	0.000	0.997	4.600	1.543	-	5.403* (0.325)	0.001	0.997	1.248	7.291* (0.378)
	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	1.838	0.466	0.466	3.675	2.299	0.997	3.519	-	7.399* (0.381)	3.773	2.299	0.010	0.238
	Pérdida del hogar, ciudad, país	1.159	0.870	0.300	1.054	0.097	0.076	0.019	2.794	1.555	0.102	0.806	0.298	2.062
	Acoso laboral, pérdida del trabajo.	1.642	0.069	0.112	6.766* (0.372)	1.457	7.746* (0.390)	1.244	0.948	9.785* (0.438)	0.739	0.406	0.019	4.445* (0.295)
	Pérdida de la salud	1.838	0.066	1.236	6.533* (.365)	2.339	0.081	0.448	0.440	1.806	0.023	2.231	0.139	0.948
	Pérdida económica	1.742	0.002	0.573	0.000	1.506	0.216	8.327* (0.404)	0.544	1.800	0.181	1.057	1.469	0.707
	Pérdida de la casa	0.046	4.188	0.485	0.801	0.354	1.417	0.160	2.231	0.040	0.006	1.417	0.403	3.279

Tabla 30 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo y de pérdida

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

Por otro lado, los malos tratos en la infancia también obtuvieron correlaciones significativas con los traumas de pérdida por ausencia prolongada de la madre ( $\chi^2=5.403$ ,  $p<.05$ ,  $V=.325$ ) y pérdida de amigos o seres queridos ( $\chi^2=7.399$ ,  $p<.05$ ,  $V=.381$ ). El descuido y los actos de omisión, aunque menos evidentes son considerados también actos de violencia por la OMS desde 2003, por tanto la pérdida por ausencia prolongada

de la madre en la infancia es un acontecimiento vital que podría dar lugar a un trastorno de la vinculación.

En resumen, destaca la importancia que tiene para el trauma personal sufrir de forma temprana acontecimientos vitales abrumadores, tanto por violencia física, psicológica como por descuido y omisión. Queda patente que la violencia en la infancia hace más vulnerables a las personas a sufrir violencia comunitaria en otros momentos y etapas de la vida.

### **3.1.2 Analizando los Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional.**

Recordemos que el segundo objetivo establecía la **hipótesis 2** de nuestro estudio, dónde se esperaba que los traumas transgeneracionales de vínculo correlacionarán positiva y significativamente con los traumas transgeneracionales de tipo existencial y de pérdida.

#### ***Trauma Transgeneracional de Vínculo vs. Trauma Transgeneracional Existencial.***

Observamos que a nivel transgeneracional, al igual que en el trauma personal, el trauma de vínculo asociado al maltrato en la infancia de nuevo correlacionó significativamente con el trauma existencial de maltrato de pareja ( $\chi^2= 6.000$ ,  $p<.05$ ,  $V=.352$ ), lo que aportó nueva evidencia empírica a favor de este resultado. También, los malos tratos correlacionaron con el trauma existencial de asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento ( $\chi^2= 10.422$ ,  $p<.05$ ,  $V=.457$ ) y persecución por ideas políticas ( $\chi^2= 6.464$ ,  $p<.05$ ,  $V=.360$ ), lo que denota a nivel transgeneracional la influencia de los acontecimientos abrumadores de la Guerra Civil con la violencia vivida en el hogar.

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO								
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Adicción de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Malos tratos Infancia	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
TRAUMA TRANSGENERACIONAL EXISTENCIAL	Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	2.141	0.670	1.087	0.213	0.008	4.327* (0.294)	1.930	0.308	1.172
	Accidentes	1.217	0.000	0.062	2.922	4.565* (0.302)	2.457	2.314	0.139	1.096
	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	0.002	1.961	2.061	4.747* (0.305)	1.028	10.422* (0.457)	-	0.425	4.113
	Persecución por ideas políticas	1.616	0.123	1.624	5.796* (0.337)	1.172	6.464* (0.360)	3.878	0.005	1.605
	Maltrato de la pareja	-	1.524	3.429	0.163	2.942	6.000* (0.352)	27.927* *	0.018	1.402
	Infidelidad	-	0.351	0.365	2.489	0.120	0.545	2.316	1.452	0.417

Tabla 31 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo y existencial

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa (\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

De nuevo, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre variables de contenido violento, haber sufrido las discusiones y peleas de los padres, por un lado y el maltrato de la pareja, por otro ( $\chi^2 = 27.927$ ,  $p < .001$ ,  $V = .763$ ), destacando el elevado tamaño del efecto, siendo mayor de 0,75. Este hallazgo transgeneracional que vincula de nuevo el trauma de vínculo con la violencia interpersonal en la familia nos ofrece un maltrato infantil que vuelve a mostrar mayor vulnerabilidad a sufrir maltrato de pareja en otras etapas de la vida.

Adicionalmente, se observaron relaciones significativas entre la adicción de algún miembro de la familia con los traumas existenciales de asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento ( $\chi^2 = 4.747$ ,  $p < .05$ ,  $V = .305$ ) y la persecución por ideas políticas ( $\chi^2 = 5.796$ ,  $p < .05$ ,  $V = .337$ ), lo que de nuevo puso en evidencia el peso de las consecuencias de la guerra civil, circunstancia analizada en nuestro marco teórico al mostrar la existente comorbilidad entre la adicción y el TEPT.

**Trauma Transgeneracional de Vínculo vs. Trauma Transgeneracional de Pérdida.**

En estos análisis destacaron dos escenarios la ausencia física de la madre o padre y la pertenencia a un grupo social marginal o ser inmigrante con el de la pérdida por ausencia prolongada de la madre. Veamos más en detalle.

Tabla 32 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo y de pérdida

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO								
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Adición de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Malos tratos Infancia	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE PÉRDIDA	Muerte de la madre	1.870	1.646	0.485	0.027	1.612	0.001	0.314	0.128	-
	Muerte de una pareja amada	0.564	0.192	0.311	5.027* (0.314)	0.308	0.244	-	-	0.005
	Aborto Natural	0.079	3.750	0.178	1.607	0.048	1.607	-	-	2.316
	Enfermedad de un ser querido	-	0.079	0.573	0.104	-	1.117	-	-	3.396
	Muerte de un ser querido por suicidio	-	0.415	0.967	2.325	3.647	3.346	-	-	1.906
	Asesinato de un ser querido	-	0.007	0.012	0.628	0.041	1.666	-	0.425	0.165
	Separación o divorcio de los padres	-	2.582	1.708	0.057	3.647	0.024	-	-	7.274* (0.378)
	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	-	3.607	1.705	0.039	0.165	6.179* (0.352)	6.110* (0.353)	0.000	4.977* (0.312)
	Pérdida de los padres por adopción o por quedar al cuidado de otros	-	2.582	3.817	0.163	0.352	4.372	-	-	7.274* (0.378)
	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	0.230	0.813	0.142	0.000	5.498* (0.338)	2.433	0.152	1.222	0.421
	Pérdida del hogar, ciudad, país	0.097	0.112	0.573	1.627	9.218* (0.425)	3.926	2.605	1.203	3.116
	Acoso laboral, perdida del trabajo	0.564	2.053	0.725	1.596	5.796* (0.337)	2.885	2.706	0.047	0.013
	Pérdida económica	0.655	4.258	3.685	3.632	0.621	0.549	-	-	0.621
	Pérdida de la casa	2.083	-	0.415	0.071	1.383	0.037	-	-	-

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

Respecto al factor de vínculo ser perteneciente a un grupo social marginal o inmigrante, se constató que existían relaciones significativas entre éste y la pérdida de amigos o seres queridos ( $\chi^2 = 5.498, p < .05, V = .338$ ), la pérdida del hogar, ciudad, país ( $\chi^2 = 9.218, p < .05, V = .425$ ) y la pérdida del trabajo y/o acoso laboral ( $\chi^2 = 5.796, p < .05, V = .337$ ). Estos acontecimientos transgeneracionales posiblemente por la época en que

ocurrieron estarían relacionados con la postguerra y el exilio, los efectos posteriores a la guerra.

Al igual que en el trauma personal, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre variables de violencia por actos de privación y deficiencia, p.e. la ausencia física de padre o madre con la separación o divorcio de padres ( $\chi^2= 7.274$ ,  $p<.05$ ,  $V=.378$ ), con la pérdida por ausencia prolongada de la madre ( $\chi^2= 4.977$ ,  $p<.05$ ,  $V=.312$ ) y con la pérdida de padres por adopción o quedar al cuidado de otros ( $\chi^2= 7.274$ ,  $p<.05$ ,  $V=.378$ ). De nuevo, los malos tratos en la infancia y las discusiones y peleas de los padres como factores de riesgo de trauma transgeneracional mostraron correlaciones significativas con la pérdida por ausencia prolongada de la madre, respectivamente ( $\chi^2= 6.179$ ,  $p<.05$ ,  $V=.352$  y  $\chi^2= 6.110$ ,  $p<.05$ ,  $V=.353$ ).

Por tanto, los factores de riesgo del trauma transgeneracional se vinculan principalmente con la ausencia física de los padres y/o la pérdida por ausencia prolongada de la madre y los acontecimientos relacionados con la Guerra Civil del 36, la persecución que padecieron los antecedentes familiares de los pacientes clínicos encuestados y su relación con la violencia interpersonal en el hogar que también sufrieron sus generaciones anteriores.

### **3.1.3 Analizando los Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional vs.**

#### **Personal.**

En este apartado, las hipótesis planteadas son dos si atienden a la misma o distinta tipología al correlacionar el trauma personal y transgeneracional.

#### ***Atendiendo a la misma tipología.***

En esta primera hipótesis se esperaba que el trauma transgeneracional de vínculo, existencial y de pérdida correlacionasen significativamente con el trauma personal de su mismo tipo.

Para una mejor comprensión de los resultados se ofrecen por separado las relaciones según la tipología de vínculo, existencial y de pérdida.

#### ***Trauma Transgeneracional de Vínculo vs. Trauma Personal de Vínculo.***

Los resultados hallaron una relación estadísticamente significativa en el mismo factor de riesgo madre emocionalmente inaccesible ( $\chi^2= 7.962$ ,  $p<.05$ ,  $V=.399$ ), lo que

indica una tendencia a la repetición del mismo tipo de trauma a través de las generaciones (ver Tabla 33). Además este factor de riesgo transgeneracional también correlacionó con el trauma personal de tener un padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo/a ( $\chi^2= 4.428$ ,  $p<.05$ ,  $V=.298$ ) y de recibir malos tratos en la infancia ( $\chi^2= 5.990$ ,  $p<.05$ ,  $V=.346$ ). Estos resultados de nuevo señalan la vulnerabilidad de los pacientes a sufrir malos tratos, cuando en su sistema familiar se había sufrido violencia por descuido u omisión de la madre.

Tabla 33 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal y transgeneracional de vínculo

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO								
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Adicción de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Malos tratos Infancia	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO	Pérdida de un embarazo anterior	-	-	0.415	5.024* (0.317)	-	1.381	-	-	-
	Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	0.940	0.027	0.495	0.186	0.587	0.525	0.014	2.118	0.214
	Rechazo del embarazo por parte de la madre	0.002	2.335	2.585	0.643	0.496	4.608* (0.304)	0.615	0.066	0.521
	Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	1.026	1.054	0.299	0.000	0.231	4.194	6.050* (0.355)	0.149	2.972
	Parto difícil	0.305	1.361	3.960	0.551	1.612	0.437	0.623	4.612	0.113
	Madre emocionalmente inaccesible	2.258	7.962* (0.399)	0.349	0.981	0.114	0.074	0.046	1.428	0.833
	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	0.175	4.428* (0.298)	1.898	0.017	0.833	1.342	2.904	1.607	0.658
	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	0.097	3.408	0.144	3.308	0.132	0.278	0.801	4.638	6.412* (0.355)
	Adicción de algún miembro de la familia	-	1.116	0.048	8.548* (0.409)	0.201	1.039	-	-	1.977
	Malos tratos Infancia	0.097	5.990* (0.346)	0.253	1.639	2.951	4.121	0.128	1.188	3.029
	Acoso escolar (Bullying)	0.020	3.871	0.002	0.347	1.751	0.012	0.672	0.066	1.172
	Discusiones y peleas de los padres	0.905	0.002	0.001	0.481	0.417	0.087	2.118	0.336	0.833
	Enfermedad padre/madre	0.468	0.110	0.420	0.000	0.045	0.017	0.314	0.010	1.096
	Ausencia Física padre/madre	0.023	0.011	1.810	1.705	2.596	1.423	0.072	0.012	1.697

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral  $<.05$  (\*\*) Significatividad bilateral  $<.01$

También, se encontró una repetición transgeneracional en temas de adicción, concretamente en la adicción de algún miembro de la familia ( $\chi^2= 8.548$ ,  $p<.05$ ,  $V=.409$ ), lo que indica que cuando un padre o madre tenían problemas de adicción, sus hijos o nietos serán más vulnerables a padecer este tipo de trastorno. Por último, el

factor transgeneracional de malos tratos en la infancia mostró una relación significativa con la vivencia de sufrir rechazo del embarazo por parte de la madre ( $\chi^2= 4.608, p<.05, V=.304$ ), hallazgo muy interesante que indica la importancia para la aceptación saludable de la maternidad de una madre traumatizada por la violencia temprana.

Sin embargo, no podemos decir lo mismo con los factores de riesgo existenciales, ya que en este caso no aparecieron relaciones significativas entre el trauma personal y transgeneracional.

Tabla 34 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal y transgeneracional de pérdida

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE PÉRDIDA												
		Muerte de la madre	Muerte de una pareja amada	Aborto Natural	Enfermedad de un ser querido	Muerte de un ser querido por suicidio	Asesinato de un ser querido	Separación o divorcio de los padres	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de los padres por adopción o cuidado de otros	Pérdida de amigos o seres queridos (No mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Acoso laboral , pérdida del trabajo,	Pérdida económica
TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA	Muerte del padre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.457	-	0.778	-
	Enfermedad de un ser querido	4.612	-	-	-	-	0.182	-	0.046	-	0.623	1.082	0.488	0.000
	Separación, divorcio, viudedad	0.029	0.005	0.729	-	0.352	0.165	0.004	4.977* (0.161)	1.906	0.002	0.001	0.471	0.029
	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	0.079	-	-	-	-	-	-	-	-	8.467* (0.420)	-	3.878	-
	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	1.633	-	-	-	-	-	-	-	-	0.148	-	5.878* (0.340)	-
	Pérdida del hogar, ciudad, país	0.030	1.203	-	-	-	0.000	-	3.477	-	0.091	8.119* (0.281)	2.739	0.050
	Acoso laboral pérdida del trabajo,	0.340	1.297	4.500	1.012	0.178	0.364	0.053	3.279	2.360	0.980	0.123	1.705	0.749
	Pérdida de la salud	0.008	-	-	-	-	0.729	-	0.046	-	0.025	0.050	2.946	0.000
	Pérdida económica	1.154	0.021	5.511* (0.350)	0.435	0.008	0.040	3.417	7.761* (0.390)	6.221* (0.349)	2.772	1.229	1.639	2.851
	Pérdida de la casa	1.307	1.700	-	-	-	2.162	-	0.706	-	3.331	0.386	4.747* (.0305)	7.696* (0.388)

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

*Trauma Transgeneracional de Pérdida vs. Trauma Personal de Pérdida.*

Con respecto a estos resultados tal y como se muestra en la Tabla 34, se evidenció que el trauma transgeneracional de pérdida del hogar, ciudad, país, correlacionó significativamente con su homónimo personal ( $\chi^2= 8.119$ ,  $p<.05$ ,  $V=.281$ ), lo que volvía a incidir en la tendencia a la repetición del mismo trauma a través de las generaciones de un mismo sistema familiar.

**3.1.3.2 Atendiendo a distinta tipología.**

Para la comparativa del trauma transgeneracional y personal de distinta tipología señalada en la hipótesis 3.2 realizamos los siguientes análisis: Trauma transgeneracional de vínculo con personal existencial y de pérdida (ver tabla 35) y Trauma transgeneracional existencial con personal de vínculo y pérdida (ver tabla 36).

*Trauma Transgeneracional de Vínculo vs. Trauma Personal Existencial.*

Los análisis mostraron relaciones estadísticamente significativas entre la adicción de algún miembro de la familia ( $\chi^2= 6.559$ ,  $p<.05$ ,  $V=.362$ ) y la enfermedad del padre/madre ( $\chi^2= 5.500$ ,  $p<.05$ ,  $V=.332$ ) con el trauma personal de infidelidad (ver tabla 35), lo que indicó que si los familiares directos del paciente de generaciones anteriores habían sufrido estos tipo de traumas de vínculo, el paciente clínico era más vulnerable a ser víctima de infidelidad, un tipo de maltrato psicológico definido como violencia interpersonal de pareja por la OMS (2003).

Tabla 35 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con el trauma personal existencial y de pérdida

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO								
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Adición de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Malos tratos Infancia	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
TRAUMA PERSONAL EXISTENCIAL	Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	-	0.363	0.023	0.013	1.605	1.202	0.014	0.308	1.605
	Maltrato de la pareja	0.486	0.170	0.525	2.885	2.257	0.177	0.097	1.236	3.860
	Diagnóstico de una enfermedad grave	-	0.739	0.573	0.158	2.114	0.045	0.615	2.707	0.072
	Intervención quirúrgica / hospitalización	-	0.487	0.967	0.006	-	1.361	-	-	-
	Testigo de experiencias violentas	0.468	0.011	0.144	0.028	0.518	0.384	0.072	0.264	0.199
	Infidelidad	0.846	0.214	0.495	6.559* (0.362)	0.427	0.177	0.257	5.500* (0.332)	3.311
TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA	Muerte del padre	-	1.729	0.119	0.057	1.567	2.204	-	-	0.352
	Enfermedad de un ser querido	-	1.961	2.579	0.259	2.838	1.039	-	-	1.138
	Separación, divorcio, viudedad	0.152	0.123	0.215	2.588	1.605	0.855	0.270	0.308	0.462
	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	-	0.315	0.125	0.293	2.602	0.206	-	-	2.561
	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	-	3.964	0.828	1.800	0.917	4.276	-	-	8.400* (0.406)
	Pérdida del hogar, ciudad, país	0.002	0.069	1.817	1.627	0.404	0.643	0.108	5.680* (0.334)	1.357
	Acoso laboral, pérdida del trabajo	5.386* (0.387)	1.602	0.038	0.028	0.518	0.278	2.314	0.012	2.596
	Pérdida de la salud	0.564	0.192	1.384	0.488	6.981* (0.370)	0.244	-	-	0.029
	Pérdida económica	0.905	1.032	0.410	0.943	1.355	1.936	2.904	0.223	5.264* (0.321)
	Pérdida de la casa	-	0.030	0.995	0.157	2.015	0.038	-	0.425	0.165

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

### *Trauma Transgeneracional de Vínculo con Trauma Personal de Pérdida.*

De estos resultados destacamos que el factor transgeneracional parto difícil correlacionó con el personal acoso laboral pérdida de trabajo ( $\chi^2 = 5.386$ ,  $p < .05$ ,  $V = .387$ ), pues esta correlación también se dio entre el trauma personal de vínculo y pérdida, lo que parece indicar que si el paciente tuvo un nacimiento difícil afectará a su trabajo, pero también lo hará el hecho de que sus padres o abuelos hayan tenido dificultades al nacer.

Por otro lado observamos que en las correlaciones significativas que mostraron los análisis siempre alguna de las variables correspondía a acontecimientos no intencionales y en todos los casos el tamaño del efecto fue moderado: el factor Padres

pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes con la pérdida de la salud ( $\chi^2=6.981$ ,  $p<.05$ ,  $V=.370$ ) y el factor transgeneracional enfermedad padre/madre con la pérdida del hogar, ciudad, país ( $\chi^2=5.680$ ,  $p<.05$ ,  $V=.334$ ) y la ausencia física padre/madre con los traumas personales pérdida de amigos o seres queridos ( $\chi^2=8.400$ ,  $p<.05$ ,  $V=.406$ ) y con pérdida económica ( $\chi^2=5.264$ ,  $p<.05$ ,  $V=.321$ ).

*Trauma Transgeneracional Existencial vs. Trauma Personal de Vínculo.*

En cambio en estos análisis (ver tabla 36) encontramos de nuevo el impacto que tienen los escenarios violentos en el origen del trauma como factor de riesgo, concretamente los escenarios transgeneracionales vinculados a la violencia de la guerra y los personales de malos tratos en la infancia. Nuestros resultados mostraron una relación estadísticamente significativa con tamaños del efecto moderados entre el hecho transgeneracional de vivir asaltos violentos, tortura, secuestros o encarcelamiento y la persecución por ideas políticas con sufrir malos tratos en la infancia, respectivamente ( $\chi^2=4.791$ ,  $p<.05$ ,  $V=.307$ ;  $\chi^2=8.371$ ,  $p<.01$ ,  $V=.405$ ), y entre el primero transgeneracional y el trauma personal de rechazo del embarazo por parte de la madre ( $\chi^2=5.640$ ,  $p<.05$ ,  $V=.336$ ). Estos resultados indican que si los antepasados de los pacientes habían sufrido la violencia, la persecución y los efectos devastadores de la guerra, lo hacen más vulnerable a padecer violencia interpersonal en la familia, tanto física como por privación o deficiencia.

Por otra parte, el trauma transgeneracional vinculado a la infidelidad mostró una relación significativa con el hecho de convivir con discusiones y peleas de los padres ( $\chi^2=6.543$ ,  $p<.05$ ,  $V=.377$ ). En este caso, la repercusión transgeneracional de la infidelidad, considerada maltrato psicológico denota una influencia en las relaciones conyugales posteriores.

Tabla 36 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con el trauma personal vínculo y de pérdida

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL EXISTENCIAL					
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Accidentes	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	Persecución por ideas políticas	Maltrato de la pareja	Infidelidad
TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO	Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	0.032	2.006	1.253	2.496	0.091	0.237
	Rechazo del embarazo por parte de la madre	1.172	0.030	5.640* (0.336)	1.751	0.182	2.057
	Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	0.231	0.299	1.739	1.751	3.600	2.672
	Parto difícil	0.458	4.741* (0.314)	0.008	2.865	1.268	0.061
	Madre emocionalmente inaccesible	0.658	0.102	0.354	0.114	1.417	0.056
	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	1.920	0.410	0.354	1.920	0.049	0.136
	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	0.047	0.034	2.558	0.888	0.030	0.071
	Adicción de algún miembro de la familia	0.621	0.001	0.729	0.029	2.457	0.007
	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	-	-	-	-	-	0.097
	Malos tratos Infancia	0.345	0.152	4.791* (0.307)	8.371** (0.405)	1.081	1.169
	Acoso escolar (Bullying)	0.260	0.002	3.209	0.231	3.600	0.450
	Discusiones y peleas de los padres	0.056	0.791	0.354	0.833	1.417	6.543* (0.377)
	Enfermedad padre/madre	0.637	0.062	0.098	1.096	0.000	0.060
	Ausencia Física padre/madre	1.058	0.019	1.457	3.555	0.001	0.545
	TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA	Muerte del padre	0.004	4.539* (0.301)	-	0.522	-
Enfermedad de un ser querido		0.201	0.139	1.138	0.029	-	2.057
Separación, divorcio, viudedad		0.245	0.637	1.028	1.172	0.133	0.922
Pérdida por ausencia prolongada de la madre		0.942	1.248	-	0.099	-	0.998
Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)		2.561	0.284	-	5.088* (0.316)	-	1.961
Pérdida del hogar, ciudad, país		0.404	0.298	0.000	0.001	0.023	2.057
Acoso laboral, pérdida del trabajo.		0.199	0.192	0.364	2.596	3.971* (0.285)	0.775
Pérdida de la salud		1.138	0.344	0.182	1.138	0.124	-
Pérdida económica		0.000	0.005	1.940	0.000	1.417	1.238
Pérdida de la casa	4.113* (0.284)	0.001	0.044	0.658	0.018	0.099	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral <.05 (\*\*) Significatividad bilateral <.01

*Trauma Transgeneracional Existencial vs. Trauma Personal de Pérdida.*

Respecto a esta relación se evidenció la existencia de relaciones significativas con un tamaño del efecto moderado entre la persecución por ideas políticas con la pérdida de amigos o seres queridos por causas no mortales, esto es, debido posiblemente a rupturas tanto por conflictos como por cambio del lugar de residencia ( $\chi^2=5.088$ ,  $p<.05$ ,  $V=.316$ ). De nuevo, observamos la repercusión de la guerra y postguerra en las generaciones posteriores: los pacientes cuyos familiares fueron perseguidos son más vulnerables a padecer conflictos y pérdidas en su entorno cercano.

Otro resultado muy interesante fue la relación entre el trauma transgeneracional de maltrato de la pareja con el hecho personal de padecer acoso laboral, pérdida del trabajo ( $\chi^2=3.971$ ,  $p<.05$ ,  $V=.285$ ). Por tanto, si los antecesores habían sufrido violencia por parte de la pareja en la familia, el paciente era vulnerable a sufrir violencia interpersonal fuera del hogar, tanto en la escuela y como en el trabajo.

En resumen, los resultados muestran una tendencia a repetir el mismo tipo de trauma a través de las generaciones, una madre que había sido maltratada, desatendida o despreciada repetiría la violencia con sus hijos y estos tendrán mayor tendencia o vulnerabilidad a sufrir también maltrato, a través de la infidelidad en las relaciones de pareja y acoso en las relaciones laborales. Esta es una vía de dos direcciones ya que la repercusión transgeneracional de la infidelidad, considerada maltrato psicológico, también se relacionó con un componente violento en las relaciones conyugales posteriores a través de discusiones y peleas de los progenitores.

Así mismo nos resulta muy interesante el resultado que muestra que los problemas laborales del paciente tienen relación con el sufrimiento de un parto difícil, ya sea propio (como demostró el análisis de trauma personal) o de los antecesores (como lo ha demostrado el análisis transgeneracional vs. personal).

Por otra parte destaca la importancia de la guerra y el hecho de que los antecesores del paciente clínico hubiesen sido perseguidos en la guerra o en la postguerra, que lo hacen más vulnerable a padecer malos tratos en la infancia, maltrato de pareja y acoso laboral en las diferentes etapas de su vida. Es interesante también la repercusión de la pérdida de amigos por conflictos o cambio del lugar de residencia principalmente.

### 3.1.4 Analizando la Tipología del Trauma Personal con la Comorbilidad-Datos

#### Clínicos.

Este objetivo cuatro incluía la hipótesis cuatro que afirmaba que se esperaba que un historial personal de traumas de vínculo, existencial y de pérdida correlacionase positiva y significativamente con ciertos diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos del paciente.

Para una mejor comprensión de los resultados encontrados, se ofrecen por separado las relaciones entre los datos clínicos y la distinta tipología de los factores de riesgo de trauma personal: de vínculo en la tabla 37 (diagnóstico psicológico y médico) y 38 (síntomas clínicos), existencial en las tablas 39 y 40, y el de pérdida en las tablas 41 y 42 respectivamente.

#### *Trauma Personal de Vínculo vs. Comorbilidad-Datos Clínicos.*

En relación al diagnóstico, a primera vista los resultados obtenidos muestran que la comorbilidad del trauma del paciente está en estrecha relación con sus problemas paternofiliales como **diagnóstico psicológico**. Los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre los problemas paternofiliales con el hecho de tener una madre emocionalmente inaccesible ( $\chi^2 = 7.306$ ,  $p < .05$ ,  $V = .378$ ), un padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo/a ( $\chi^2 = 15.585$ ,  $p < .01$ ,  $V = .553$ ), malos tratos en la infancia ( $\chi^2 = 10.006$ ,  $p < .05$ ,  $V = .443$ ) y la ausencia física de padre/madre ( $\chi^2 = 4.841$ ,  $p < .05$ ,  $V = .308$ ).

Resaltan principalmente las correlaciones estadísticamente significativas de dos factores de riesgo: tener un padre/madre que descuida, rechaza, odia a su hijo/a y el hecho de vivir malos tratos en la infancia (ver tabla 37). Del primer factor de riesgo destacamos su relación el trastorno relacionado con sustancias ( $\chi^2 = 15.305$ ,  $p < .01$ ,  $V = .548$ ) a un nivel de significación del 1% y los problemas de relación entre hermanos ( $\chi^2 = 4.647$ ,  $p < .05$ ,  $V = .302$ ). Respecto a los malos tratos en la infancia su correlación con los diagnósticos de fobias ( $\chi^2 = 5.879$ ,  $p < .05$ ,  $V = .340$ ), y trastorno de pánico ( $\chi^2 = 9.266$ ,  $p < .05$ ,  $V = .426$ ).

Tabla 37 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo con el diagnóstico psicológico y médico del paciente

		TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO													
		Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	Rechazo del embarazo por parte de la madre	Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	Adición de algún miembro de la familia	Malos tratos Infancia	Acoso escolar (Bullying)	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre	
DIAGNÓSTICO	PSICOLÓGICO	Trastorno de Ansiedad	0.071	-	-	-	1.547	0.644	-	-	-	-	0.014	-	-
		Fobias	0.503	0.300	0.825	0.278	0.097	4.151	0.019	2.794	5.879* (0.340)	0.087	2.205	0.002	4.126
		Trastorno de Pánico	0.556	-	-	0.009	3.065	2.422	2.105	-	9.266* (0.426)	-	1.187	0.231	0.504
		TOC y relacionados	1.041	0.298	0.002	0.062	2.534	0.010	0.274	0.226	0.847	1.299	1.057	0.574	1.996
		Trastorno del Sueño-vigilia	0.010	0.230	1.739	1.740	0.000	1.417	0.040	1.138	0.990	0.006	1.417	0.792	0.364
		Trastorno Relacionado con Sustancias	0.164	0.066	0.810	0.128	2.339	15.305* * (0.548)	0.448	0.440	2.851	3.039	0.855	0.758	0.064
		Problemas paternofiliales	0.046	0.230	0.023	0.128	7.306* (0.378)	15.585* * (0.553)	0.302	0.000	10.006* (0.443)	0.023	2.231	0.344	4.841* (0.308)
		Problemas Conyugales	1.090	0.014	2.836	0.852	2.212	1.920	1.888	0.201	1.303	0.009	4.251* (0.289)	1.096	0.199
	Problemas de relación entre hermanos	0.551	0.411	0.181	0.340	0.440	4.647* (0.302)	0.375	0.544	3.638	0.181	1.506	0.253	3.938	
	MÉDICO	Tensión alta, colesterol, corazón	1.051	5.357* (0.327)	0.149	0.072	0.425	1.428	4.796* (0.307)	-	1.906	0.149	0.336	0.062	0.012
		Tensión baja	0.017	0.573	0.027	0.832	1.057	0.010	0.002	0.544	0.044	0.411	1.506	0.005	0.072
		Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	1.642	2.836	5.433* (0.330)	0.113	0.114	4.251* (0.289)	0.132	0.029	0.319	3.704	0.833	0.141	1.058
		Enfermedad Crónica	0.214	0.112	2.122	0.063	3.607	0.587	0.085	0.448	0.002	0.411	0.587	1.672	0.001

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Estos resultados indican que si en la infancia se había sufrido violencia interpersonal en el hogar por privación o deficiencia, los pacientes en la edad adulta son más propensos a padecer relaciones conflictivas con sus padres y/o hermanos. Además vuelve a tener relevancia el trastorno por adicción cuando hay un trauma precoz. Así mismo la violencia interpersonal por acción, relacionada con los daños físicos, correlacionaba con el desarrollo de problemas de relación con los padres hasta la edad

adulta. También, los pacientes que padecieron esta violencia en su infancia sufrieron trastornos que estaban relacionados con el miedo como son las fobias y el trastorno de pánico.

Por otra parte, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el factor de riesgo discusiones y peleas de los padres y el diagnóstico psicológico vinculado a problemas conyugales ( $\chi^2= 4.251$ ,  $p<.05$ ,  $V=.289$ ) lo que indica que los pacientes que en la infancia habían sufrido las discusiones de sus padres, en consulta psicológica afirmaban padecer problemas conyugales.

El descuido, privación o deficiencia de la madre en edades tempranas podría favorecer la aparición de enfermedades en la edad adulta de los pacientes, como lo indican las siguientes correlaciones respecto al **diagnóstico médico** donde destacan los problemas respiratorios (asma, bronquitis, alergias) y la enfermedad de corazón, tensión alta o colesterol. El primer diagnóstico médico mostró correlaciones significativas con el hecho de tener un padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo/a ( $\chi^2= 4.251$ ,  $p<.05$ ,  $V=.289$ ), y con el duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo ( $\chi^2= 5.433$ ,  $p<.05$ ,  $V=.330$ ), y el segundo con el rechazo del embarazo por parte de la madre ( $\chi^2= 5.357$ ,  $p<.05$ ,  $V=.327$ ) y la enfermedad de algún miembro de la familia nuclear ( $\chi^2= 4.796$ ,  $p<.05$ ,  $V=.307$ ).

Tabla 38 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo con los síntomas clínicos del paciente

		TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO													
		Perdida de un embarazo anterior	Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	Rechazo del embarazo por parte de la madre	Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	Adición de algún miembro de la familia	Malos tratos Infancia	Acoso escolar (Bullying)	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Enfado, rabia	-	1.117	-	-	0.079	3.443	1.858	0.065	-	1.447	-	0.006	0.219	0.178
	Vergüenza	-	-	-	-	-	1.547	2.204	-	-	-	1.547	-	-	
	Culpa	-	0.038	1.739	0.485	1.081	8.854* (0.417)	3.188	0.639	1.138	4.791* (0.307)	3.209	1.417	0.098	0.364
	Asco	-	0.166	0.496	0.870	0.258	1.269	1.427	0.489	3.599	2.003	0.260	1.427	0.927	0.235
	Sentimiento de Desamparo	-	0.214	6.380* (0.357)	0.112	0.704	1.457	4.898* (0.310)	1.244	2.187	6.535* (0.358)	1.172	2.700	0.019	2.342
	Sentimiento de Vacío	-	0.698	4.778	4.778	0.801	1.428	0.336	0.901	-	2.916	1.058	0.336	0.542	0.264
	Sentimiento de Soledad/abandono	-	0.783	-	-	0.079	1.468	4.028	0.065	-	6.221* (0.349)	-	1.858	2.193	2.360
	Sentimiento de Querer morir/Desaparecer	-	0.007	-	-	0.331	12.534* * (0.496)	1.187	3.542	-	0.877	-	0.183	0.729	-
	Ideación Suicida	-	0.523	0.066	0.810	0.408	1.607	1.428	2.350	-	0.582	0.066	0.425	1.878	3.109
	Amnesia de Etapas de la Vida	9.441* (0.435)	1.647	0.347	0.142	0.170	0.184	0.481	1.018	0.009	0.024	0.935	1.574	0.000	0.161
	Olvidos Frecuentes	0.117	0.186	3.125	0.000	3.600	8.632* (0.411)	0.981	3.308	1.238	1.639	5.556* (0.333)	0.017	0.102	2.372
	Mareos, Desorientación	0.242	0.177	0.045	0.045	1.536	0.184	0.017	1.018	0.259	2.354	1.389	0.981	1.299	3.515
	Parálisis, Bloqueo	1.049	3.441	1.389	0.000	0.027	3.296	0.981	3.308	1.238	3.398	3.926	0.981	0.791	0.161
	Despersonalización, Desrealización	-	0.260	0.613	0.149	3.093	7.499* (0.383)	7.306* (0.378)	5.653* (0.333)	0.407	5.268* (0.321)	1.236	0.081	0.758	0.064
	Disociación	-	1.041	0.298	0.573	0.110	1.506	0.010	5.370* (0.324)	0.544	0.126	0.181	1.506	0.930	2.092
	Hipersensibilidad	-	0.071	-	-	-	6.802* (0.365)	2.204	0.031	-	-	-	0.014	0.012	1.119
	Congelación sentimientos	-	0.012	0.870	0.485	0.183	4.151	0.806	2.675	0.167	2.881	0.087	0.097	0.411	0.706
	Temblores, sudores	0.037	0.023	0.643	1.034	0.007	8.854* (0.417)	0.027	3.607	0.102	0.440	2.424	0.919	0.253	0.253
Impulsividad	1.381	0.023	0.142	0.573	0.007	0.529	3.428	0.134	0.855	2.534	0.181	0.027	0.791	0.253	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Respecto a los resultados del trauma personal de vínculo con **los síntomas clínicos** del paciente (ver tabla 38) destacan el elevado número de correlaciones significativas de dos factores de trauma de vínculo: tener una madre emocionalmente inestable y malos tratos en la infancia, y respecto a los síntomas clínicos: el sentimiento de desamparo y la despersonalización/desrealización. Más concretamente, los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre tener una madre emocionalmente inaccesible con los síntomas clínicos de culpa ( $\chi^2 = 8.854$ ,  $p < .05$ ,

V=.417), olvidos frecuentes ( $\chi^2= 8.632$ ,  $p<.05$ , V=.411), despersonalización/desrealización ( $\chi^2= 7.499$ ,  $p<.05$ , V=.383), hipersensibilidad ( $\chi^2= 9.441$ ,  $p<.05$ , V=.435) y temblores, sudores ( $\chi^2= 6.802$ ,  $p<.05$ , V=.365) con una significatividad del 5% y con el sentimiento de querer morir/desaparecer ( $\chi^2= 12.534$ ,  $p<.01$ , V=.496) al 1% y con tamaño del efecto superior a los anteriores.

El factor de riesgo de trauma malos tratos en la infancia mostró relación con los síntomas clínicos de culpa ( $\chi^2= 4.791$ ,  $p<.05$ , V=.307), sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 6.535$ ,  $p<.05$ , V=.358), sentimiento de soledad y abandono ( $\chi^2= 6.221$ ,  $p<.05$ , V=.349) y despersonalización, desrealización ( $\chi^2= 5.268$ ,  $p<.05$ , V=.321). El factor de riesgo acoso escolar (Bullying) se relacionó con el síntoma olvidos frecuentes ( $\chi^2= 5.556$ ,  $p<.05$ , V=.333). Estos dos factores de riesgo indicaban violencia física o psicológica en la familia y en la comunidad, escuela.

Por su parte, los síntomas clínicos de sentimiento de desamparo correlacionaron con el rechazo del embarazo por parte de la madre ( $\chi^2= 6.380$ ,  $p<.05$ , V=.357), el tener padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo/a ( $\chi^2= 4.898$ ,  $p<.05$ , V=.310) y vivir malos tratos en la infancia, tal como se ha mostrado anteriormente. Por su parte, el sentimiento de despersonalización/desrealización correlacionó al igual que el síntoma anterior con tener un padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo ( $\chi^2= 7.306$ ,  $p<.05$ , V=.378), la enfermedad de algún miembro de la familia nuclear ( $\chi^2= 5.653$ ,  $p<.05$ , V=.333), tener una madre emocionalmente inaccesible y vivir malos tratos en la infancia, tal como indicó.

Resumiendo hay 17 correlaciones estadísticamente significativas, de las que destacamos de nuevo la violencia interpersonal por omisión y por daños físicos: 6 que relacionaban síntomas clínicos severos con madre emocionalmente inaccesible; 2 con padre/madre que descuida, rechaza al hijo/a; 4 con malos tratos en la infancia y 1 con acoso escolar.

Por lo tanto estos resultados nos indicaban que el TEPT relacionado con la violencia física y psíquica por descuido u omisión, en edades tempranas de la vida puede dar lugar a padecer una sintomatología grave en la edad adulta, más allá de los diagnósticos psicológicos considerados en el DSM-5.

**Trauma Personal Existencial vs. Comorbilidad-Datos Clínicos.**

Respecto al trauma personal existencial con el diagnóstico psicológico del paciente se mostraron relaciones estadísticamente significativas entre el trauma de ser testigo de experiencias violentas con el diagnóstico psicológico problemas entre hermanos ( $\chi^2 = 6.708, p < .05, V = .363$ ). Vuelven a aparecer los problemas de relación, el diagnóstico que padece el paciente, en este caso no por haber sufrido la violencia, sino por haberla presenciado. Recordemos que en el marco teórico ser testigo de violencia era un criterio de padecer TEPT según el DSM-5 y el CIE-10.

Los resultados de correlacionar el trauma personal existencial con el diagnóstico médico del paciente mostraron relaciones estadísticamente significativas entre el factor de riesgo diagnóstico de una enfermedad grave con tener una enfermedad crónica ( $\chi^2 = 7.892, p < .01, V = .393$ ) con una significatividad del 1%, estos resultados mostraban una correlación muy alta, algo que nos parecía coherente: haber sufrido una enfermedad grave y padecer una enfermedad crónica.

Tabla 39 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal existencial con el diagnóstico psicológico y médico del paciente

		TRAUMA PERSONAL EXISTENCIAL						
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Maltrato de la pareja	Diagnóstico de una enfermedad grave	Intervención quirúrgica / hospitalización	Testigo de experiencias violentas	Infidelidad	
DIAGNÓSTICO	PSICOLÓGICO	Fobias	-	0.935	0.615	-	0.060	0.142
		Trastorno de Pánico	-	3.346	-	-	-	0.025
		Trastorno del Sueño-vigilia	-	0.671	-	-	0.364	1.666
		Trastorno Relacionado con Sustancias	-	0.549	0.421	-	0.948	0.170
		Problemas paternofiliales	-	0.170	0.435	-	0.064	0.642
		Problemas Conyugales	-	2.821	0.741	-	0.518	0.120
		Problemas de relación entre hermanos	-	0.001	0.110	0.877	6.708* (0.363)	0.063
	MÉDICO	Tensión alta, colesterol, corazón	0.495	0.549	0.140	-	0.012	2.066
		Tensión baja	0.319	1.936	0.694	2.948	0.092	0.297
		Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	0.245	0.053	0.072	-	1.697	0.120
		Enfermedad Crónica	1.888	0.674	7.892** (0.393)	0.014	3.088	0.063

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa (\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Los análisis al relacionar el trauma personal existencial con los **síntomas clínicos** del paciente demostraron evidencia empírica del maltrato de la pareja con tres síntomas clínicos: enfado, rabia ( $\chi^2= 5.888$ ,  $p<.05$ ,  $V=.343$ ) e impulsividad ( $\chi^2= 6.443$ ,  $p<.05$ ,  $V=.359$ ), con una significatividad del 5% y los olvidos frecuentes ( $\chi^2= 9.641$ ,  $p<.01$ ,  $V=.439$ ) con una significatividad del 1% y un tamaño del efecto mayor. Por su parte, la infidelidad correlacionó con el síntoma de disociación ( $\chi^2= 6.762$ ,  $p<.01$ ,  $V=.368$ ) con una significatividad del 1%.

Destacábamos que ambos tipos de trauma existencial tienen relación con la violencia interpersonal con la pareja por daños físicos o psicológicos acontecimientos que provocan un importante número de síntomas clínicos en el paciente.

Tabla 40 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal existencial con los síntomas clínicos del paciente

		TRAUMA PERSONAL EXISTENCIAL					
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Maltrato de la pareja	Diagnóstico de una enfermedad grave	Intervención quirúrgica / hospitalización	Testigo de experiencias violentas	Infidelidad
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Enfado, rabia	0.004	5.888* (0.343)	-	-	0.780	0.640
	Vergüenza	-	0.037	-	-	-	0.242
	Culpa	1.028	2.880	0.671	-	1.457	2.645
	Asco	0.844	0.263	0.305	-	0.011	0.005
	Sentimiento de Desamparo	2.596	0.278	0.011	-	0.907	0.120
	Sentimiento de Vacío	1.404	2.066	0.805	-	0.540	2.941
	Sentimiento de Soledad/abandono	0.522	1.290	-	-	0.178	0.675
	Sentimiento de Querer morir/Desaparecer	-	0.037	-	-	-	0.025
	Ideación Suicida	0.495	0.549	0.140	-	3.109	0.206
	Intento de Suicidio	-	-	-	-	-	-
	Amnesia de Etapas de la Vida	0.471	0.087	0.158	1.545	0.161	0.321
	Olvidos Frecuentes	0.213	9.641** (0.439)	0.033	0.006	0.543	0.087
	Mareos, Desorientación	0.471	1.282	0.033	1.956	0.161	0.000
	Parálisis, Bloqueo	0.213	1.974	0.033	0.545	0.943	2.039
	Despersonalización, Desrealización	0.201	0.549	1.498	-	0.749	1.039
	Disociación	0.319	1.239	0.110	1.110	0.092	6.762** (.368)
	Hipersensibilidad	-	0.242	-	-	-	1.113
	Congelación sentimientos	0.001	0.480	5.044	-	2.375	0.045
Temblores, sudores	0.056	0.087	0.298	0.054	1.457	0.074	
Impulsividad	0.833	6.443* (.359)	0.001	0.183	3.158	0.001	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

**Trauma Personal de Pérdida vs. Comorbilidad-Datos Clínicos**

Los resultados del trauma personal de pérdida con **el diagnóstico psicológico** del paciente mostraron relaciones estadísticamente significativas entre el factor de riesgo vinculado con la pérdida de amigos o seres queridos con el diagnósticos Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ( $\chi^2= 4.366$ ,  $p<.05$ ,  $V=.293$ ) y con los problemas de relación entre hermanos ( $\chi^2= 5.403$ ,  $p<.05$ ,  $V=.325$ ). Este tipo de pérdida era violencia si estaba relacionada con la exclusión en la escuela o la comunidad y volvían a resaltar los problemas de relación.

Tabla 41 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de pérdida con el diagnóstico psicológico y médico del paciente

		TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA										
		Muerte del padre	Enfermedad de un ser querido	Separación, divorcio, viudedad	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Acoso laboral, pérdida del trabajo	Pérdida de la salud	Pérdida económica	Pérdida de la casa	
DIAGNÓSTICO	PSICOLÓGICO	Fobias	-	1.082	-	-	-	1.020	0.894	2.208	1.229	3.477
		TOC y relacionados	1.447	0.226	0.345	0.187	4.366* (0.293)	1.555	0.707	1.171	0.847	1.940
		Trastorno del Sueño-vigilia	-	0.182	0.041	-	-	0.000	0.000	0.182	0.634	0.176
		Trastorno Relacionado con Sustancias	-	3.757	0.201	-	-	0.167	2.519	3.645	0.017	0.729
		Problemas paternofiliales	-	1.725	0.029	-	-	2.208	2.187	0.440	0.226	2.914
		Problemas Conyugales	0.004	0.621	3.439	0.107	0.917	0.001	0.518	0.621	0.000	0.658
	Problemas de relación entre hermanos	1.905	0.544	0.345	2.129	5.403* (0.325)	2.881	2.092	0.017	0.847	0.040	
	MÉDICO	Tensión alta, colesterol, corazón	-	-	0.308	-	-	2.177	0.264	-	0.021	6.800** (0.365)
		Tensión baja	0.008	1.806	0.345	0.039	0.039	0.005	0.765	1.171	2.208	0.990
		Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	0.522	0.201	0.462	-	2.602	0.001	0.199	0.201	0.345	0.041
Enfermedad Crónica		0.816	1.343	0.132	0.371	0.371	0.019	0.370	6.235* (0.350)	0.002	0.160	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Los resultados de correlacionar los traumas de pérdida con el **diagnóstico médico** del paciente mostraron que la pérdida de la casa correlacionó significativamente con la enfermedad de tensión alta, colesterol o corazón ( $\chi^2= 6.800$ ,  $p<.01$ ,  $V=.365$ ) con

una significatividad  $p < .01$ , y la pérdida de la salud con el diagnóstico de enfermedad crónica ( $\chi^2 = 6.235$ ,  $p < .05$ ,  $V = .350$ ), lo que muestra coherencia en el resultado. Todos estos factores de pérdida tampoco estaban relacionados con la violencia intencional.

Por su parte, los resultados con los **síntomas clínicos** del paciente indicaron, que como en los anteriores análisis los síntomas clínicos era el dato clínico que mostraba correlaciones significativas más numerosas: la pérdida de amigos o seres queridos” con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2 = 7.291$ ,  $p < .01$ ,  $V = .378$ ) y olvidos frecuentes ( $\chi^2 = 3.878$ ,  $p < .05$ ,  $V = .276$ ) y la pérdida del hogar, ciudad, país con la ideación suicida” ( $\chi^2 = 4.488$ ,  $p < .05$ ,  $V = .297$ ).

Tabla 42 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de pérdida con los síntomas clínicos del paciente

		TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA									
		Muerte del padre	Enfermedad de un ser querido	Separación, divorcio, viudedad	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Acoso laboral , pérdida del trabajo	Pérdida de la salud	Pérdida económica	Pérdida de la casa
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Enfado, rabia	-	-	0.004	-	-	-	0.053	-	0.310	-
	Culpa	-	1.138	0.041	-	-	0.386	5.829* (0.338)	1.138	6.692* (0.362)	2.824
	Asco	-	0.360	2.286	0.259	0.622	0.183	2.761	0.001	2.235	0.042
	Sentimiento de Desamparo	0.178	0.064	1.697	0.238	7.291** (0.378)	0.894	3.757	2.187	9.996** (0.443)	1.457
	Sentimiento de Vacío	-	-	3.292	-	-	0.036	0.540	-	0.223	0.425
	Ideación Suicida	-	-	1.404	-	-	4.488* (0.297)	0.540	-	1.188	1.700
	Amnesia de Etapas de la Vida	0.778	0.488	0.471	0.504	0.293	0.476	1.705	0.259	1.639	0.157
	Olvidos Frecuentes	0.057	1.695	3.362	1.800	3.878* (0.276)	2.739	4.449* (0.295)	1.695	2.354	0.981
	Mareos, Desorientación	0.057	0.259	0.213	1.367	3.229	1.627	0.543	0.488	0.024	0.628
	Parálisis, Bloqueo	0.778	1.695	1.587	3.878* (0.276)	1.800	0.233	0.943	0.259	2.354	0.157
	Despersonalización, Desrealización	-	1.725	0.029	-	-	2.208	4.841* (0.308)	0.000	3.804	2.231
	Disociación	1.905	1.171	0.319	1.131	1.131	0.005	0.765	0.226	0.847	0.158
	Congelación sentimientos	-	0.167	1.357	-	-	1.020	0.706	2.794	1.555	0.386
	Temblores, sudores	0.323	2.339	0.056	0.997	0.137	2.205	2.700	0.081	7.396** (0.381)	0.000
	Impulsividad	0.323	0.855	0.833	2.647	2.299	0.806	5.509* (0.329)	0.081	0.440	0.354

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Es destacable que la pérdida económica y la pérdida del trabajo acoso laboral, son los factores que correlacionaron con mayor número de síntomas clínicos y es

coherente que estos dos traumas se den simultáneamente, pues si el paciente ha sufrido pérdida del trabajo una consecuencia es la pérdida económica, por lo tanto estos factores están considerados como actos violentos en la comunidad. Más detalladamente las correlaciones significativas fueron las siguientes: con respecto a la pérdida económica con el sentimiento de culpa ( $\chi^2= 6.692$ ,  $p<.05$ ,  $V=.362$ ), con una significatividad  $p<.05$ , con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 9.996$ ,  $p<.01$ ,  $V=.443$ ) y con síntoma de temblores, sudores ( $\chi^2= 7.396$ ,  $p<.01$ ,  $V=.381$ ) con significatividad  $p<.01$  y con respecto a la pérdida del trabajo, acoso laboral también con el sentimiento de culpa ( $\chi^2= 5.829$ ,  $p<.05$ ,  $V=.338$ ), con los olvidos frecuentes ( $\chi^2= 4.449$ ,  $p<.05$ ,  $V=.295$ ) y con la despersonalización, desrealización y la impulsividad ( $\chi^2= 4.841$ ,  $p<.05$ ,  $V=.308$ ).

Otro factor relacionado con la violencia, esta vez en la familia, que mostró relación estadísticamente significativa, fue la pérdida por ausencia prolongada de la madre con el síntoma parálisis, bloqueo ( $\chi^2= 3.878$ ,  $p<.05$ ,  $V=.276$ ).

Concluyendo los resultados de este objetivo en primer lugar destacábamos la importancia del diagnóstico psicológico problemas de relación (paterno-filiares, conyugales o entre hermanos) que es el que obtuvo más correlaciones estadísticamente significativas y correlacionaban con factores de riesgo de violencia interpersonal en la infancia. También tenía relevancia el trastorno por adicción y la tendencia a padecer enfermedades cuando hay un trauma precoz. Además, los pacientes que padecieron esta violencia en su infancia sufrieron trastornos que estaban relacionados con el miedo como son las fobias y el trastorno de pánico.

Destaca también la tendencia a la repetición del trauma tanto en diferentes etapas de la vida como a través de las generaciones, haber sufrido las discusiones de los padres en la infancia generaba problemas de relación con la pareja posteriormente.

Los síntomas clínicos severos mostraron las correlaciones significativas más numerosas, con los factores de riesgo que implicaban violencia en distintas etapas de la vida en la infancia y posteriormente con la pareja o en el trabajo.

Los factores de riesgo por pérdida mostraban correlaciones significativas principalmente con los síntomas clínicos y destacamos los relacionados con la violencia intencional en la comunidad: pérdida económica y pérdida de trabajo acoso laboral y la violencia por privación o deficiencia en la familia: pérdida por ausencia prolongada de la madre.

### 3.1.5 Analizando la Tipología del Trauma Transgeneracional con la Comorbilidad-Datos Clínicos.

El objetivo cinco planteaba la hipótesis cinco donde se esperaba que la distinta tipología de trauma transgeneracional de vínculo, existencial y de pérdida, correlacionase positiva y significativamente con ciertos diagnósticos psicológicos, diagnósticos médicos y síntomas clínicos del paciente.

Para una mejor comprensión de los resultados encontrados se ofrecen por separado, las relaciones entre datos clínicos y la distinta tipología de los factores de riesgo de trauma transgeneracional: de vínculo en las tablas 43 (diagnóstico psicológico y médico) y 44 (síntomas clínicos), existencial en las tablas 45 y 46, y el de pérdida en las tablas 47 y 48, respectivamente.

#### *Trauma Transgeneracional de Vínculo vs. Comorbilidad-Datos Clínicos.*

Los resultados del trauma transgeneracional de vínculo con el **diagnóstico psicológico** del paciente mostraron una relación estadísticamente significativa entre la variable discusiones y peleas de los padres y el diagnóstico TOC ( $\chi^2 = 8.199$ ,  $p < .05$ ,  $V = .409$ ). Por lo que pensábamos, que si las generaciones anteriores habían padecido violencia interpersonal en la familia a una edad temprana, los pacientes de la muestra eran más vulnerables a padecer trastornos psicológicos, en concreto el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Respecto al **diagnóstico médico** se demostró que existía una relación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo padres pertenecientes a un grupo social marginal y tener la tensión baja ( $\chi^2 = 5.368$ ,  $p < .05$ ,  $V = .324$ ). Teniendo en cuenta las raíces de la violencia, este factor de riesgo de trauma estaría incluido en los factores sociales que determinan las tasas de violencia, porque es consecuencia de mantener las brechas entre distintos segmentos de la sociedad y generar tensiones entre diferentes grupos o países (OMS, 2003).

Tabla 43 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con el diagnóstico psicológico y médico del paciente

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO									
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Adicción de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Malos tratos Infancia	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre	
DIAGNÓSTICO	PSICOLÓGICO	Trastorno de Ansiedad	-	-	0.527	0.171	-	0.242	-	-	-
		Fobias	-	1.266	0.241	1.627	3.370	2.880	0.615	0.206	1.357
		Trastorno de Pánico	-	4.160	0.119	0.339	-	0.254	-	-	-
		TOC y relacionados	2.141	0.512	0.005	0.943	1.303	0.791	8.199* (0.409)	0.021	0.000
		Trastorno del Sueño-vigilia	-	4.059	2.061	0.157	0.041	0.642	-	0.000	0.658
		Trastorno Relacionado con Sustancias	-	0.192	0.004	0.259	0.029	0.015	-	-	0.201
		Problemas paterno-filiares	-	4.059	2.061	0.259	1.977	1.982	-	-	2.838
		Problemas Conyugales	1.026	0.670	1.624	0.471	0.245	0.120	0.006	0.495	0.462
	Problemas de relación entre hermanos	1.217	0.192	1.469	0.167	0.345	1.936	0.210	0.021	0.319	
	MÉDICO	Tensión alta, colesterol, corazón	-	0.035	1.691	2.648	0.495	0.549	-	-	0.005
		Tensión baja	0.023	2.339	2.158	0.943	5.368* (0.324)	0.297	0.418	2.916	0.319
		Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	1.190	3.955	1.087	0.013	0.008	0.120	1.335	0.495	0.462
		Enfermedad Crónica	1.616	0.227	0.911	0.473	0.888	0.278	0.969	0.085	0.047

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

De los resultados del trauma transgeneracional de vínculo con los **síntomas clínicos** del paciente destacan las correlaciones significativas del factor de riesgo tener una madre emocionalmente inaccesible y la adicción de algún miembro de la familia. El primero, la inestabilidad de la madre, correlacionó con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 4.433$ ,  $p<.05$ ,  $V=.298$ ), el síntoma de despersonalización, desrealización ( $\chi^2= 5.221$ ,  $p<.05$ ,  $V=.323$ ) y la congelación de sentimientos ( $\chi^2= 4.516$ ,  $p<.05$ ,  $V=.409$ ). Y el segundo, la adicción, con el sentimiento de vacío ( $\chi^2= 5.027$ ,  $p<.05$ ,  $V=.314$ ) y la amnesia de etapas de la vida ( $\chi^2= 5.684$ ,  $p<.05$ ,  $V=.334$ ). Además, se encontraron correlaciones significativas entre tener un padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo/a nuevamente con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 5.918$ ,  $p<.05$ ,  $V=.344$ ).

Tabla 44 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con los síntomas clínicos del paciente

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO								
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Adición de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Malos tratos Infancia	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Enfado, rabia	-	0.124	0.000	1.094	1.906	0.241	-	-	0.352
	Vergüenza	-	-	0.002	0.171	-	3.455	-	-	-
	Culpa	-	1.266	0.012	0.628	1.028	0.009	0.615	3.825	0.658
	Asco	0.564	0.335	1.035	0.033	0.106	1.202	0.918	0.140	0.106
	Sentimiento de Desamparo	0.655	4.433* (.0298)	5.918* (.344)	0.943	0.019	3.860	0.006	1.297	2.596
	Sentimiento de Vacío	-	-	1.384	5.027* (0.314)	0.308	2.991	-	-	1.777
	Sentimiento de Soledad/abandono	-	2.753	1.641	1.094	0.522	1.290	-	-	0.352
	Sentimiento de Querer morir/Desaparecer	-	1.729	1.020	0.339	-	2.204	-	-	-
	Ideación Suicida	-	0.035	0.464	0.692	0.495	0.549	-	-	0.308
	Amnesia de Etapas de la Vida	0.707	0.082	2.013	5.684* (0.334)	0.213	0.321	1.051	2.092	0.213
	Olvidos Frecuentes	0.175	2.053	0.081	0.174	0.013	1.282	0.698	0.047	1.587
	Mareos, Desorientación	0.468	0.384	0.349	0.174	1.071	0.087	0.355	0.158	1.071
	Parálisis, Bloqueo	0.707	2.053	0.081	0.174	0.013	0.321	0.698	0.047	1.587
	Despersonalización, Desrealización	0.002	5.221* (0.323)	0.152	0.009	0.029	2.645	-	-	1.977
	Disociación	0.286	0.192	0.410	0.943	1.303	0.791	1.169	0.582	0.319
	Hipersensibilidad	-	-	1.991	1.199	-	3.455	-	-	-
	Congelación sentimientos	1.190	4.516* (0.301)	1.034	1.142	0.404	0.643	2.060	0.206	0.001
	Temblores, sudores	0.286	1.423	1.342	1.574	0.056	0.074	1.051	1.428	0.114
	Impulsividad	0.071	0.384	0.349	0.481	3.843	1.974	2.118	0.001	2.212

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

De nuevo, el mayor número de correlaciones significativas de los datos clínicos aparecen con los síntomas clínicos severos. Volvían además a ser los factores relacionados con la violencia interpersonal por privación o deficiencia los protagonistas: la experiencia de ser rechazados, descuidados o ignorados por los padres colocaba a los hijos en riesgo de desplegar una conducta agresiva y antisocial, incluido el comportamiento abusivo como adultos. La exposición a la violencia en el hogar se asocia con ser víctima o perpetrador de actos violentos en la adolescencia y la edad adulta (OMS, 2003). Por lo que concluimos que hay una mayor vulnerabilidad, si los antecedentes familiares han padecido trauma de vínculo, a que las generaciones posteriores presenten una sintomatología severa que les hace vulnerables.

**Trauma Transgeneracional Existencial vs. Comorbilidad-Datos Clínicos.**

Los resultados de correlacionar el trauma transgeneracional existencial con el **diagnóstico psicológico** del paciente mostraron solo una relación estadísticamente significativa entre el maltrato de la pareja con el diagnóstico psicológico TOC ( $\chi^2=10.489$ ,  $p<.01$ ,  $V=.463$ ), con una significatividad del 1%. Esta elevada correlación indicó, que sufrir maltrato de pareja en generaciones anteriores al paciente lo hacía vulnerable a padecer un Trastorno Obsesivo Compulsivo. De nuevo destacan los actos de violencia interpersonal, esta vez por acción, daños físicos y la importancia de la transgeneracionalidad en este diagnóstico psicológico.

No se encontraron resultados significativos entre los factores de riesgo de trauma transgeneracional existencial y el **diagnóstico médico**.

Tabla 45 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con el diagnóstico psicológico y clínico del paciente

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL EXISTENCIAL						
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Accidentes	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	Persecución por ideas políticas	Maltrato de la pareja	Infidelidad	
DIAGNÓSTICO	PSICOLÓGICO	Fobias	1.357	0.298	3.477	1.357	0.023	0.314
		TOC y relacionados	1.303	0.930	0.990	0.345	10.489** (0.463)	4.207
		Trastorno del Sueño-vigilia	0.041	0.083	0.706	2.015	0.483	0.099
		Trastorno Relacionado con Sustancias	0.029	2.613	0.182	1.977	-	1.885
		Problemas paternofiliales	0.201	0.403	1.138	1.138	2.666	1.961
		Problemas Conyugales	0.462	2.652	0.041	0.245	0.961	0.001
	MÉDICO	Problemas de relación entre hermanos	0.345	0.253	0.634	0.319	1.417	4.441
		Tensión alta, colesterol, corazón	0.005	1.363	0.425	0.005	-	0.099
		Tensión baja	0.000	0.005	0.634	0.000	0.347	0.056
		Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	0.462	0.637	1.028	0.462	1.953	0.775
		Enfermedad Crónica	1.888	0.034	0.639	1.888	0.681	0.120

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Respecto a los **síntomas clínicos** del paciente vuelven a destacar el elevado número de correlaciones significativas y en este caso los análisis estadísticos resaltan los efectos sintomatológicos del trauma existencial vinculado a la Guerra Civil del 36, incluidos en la noción de violencia colectiva, política: asaltos violentos, tortura, secuestros o encarcelamiento, demostraron relaciones estadísticamente significativas con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 5.829$ ,  $p<.05$ ,  $V=.338$ ), el sentimiento de vacío ( $\chi^2= 6.800$ ,  $p<.05$ ,  $V=.365$ ), el sentimiento de soledad, abandono ( $\chi^2= 6.246$ ,  $p<.05$ ,  $V=.350$ ), los olvidos frecuentes ( $\chi^2= 4.747$ ,  $p<.05$ ,  $V=.305$ ) y la parálisis, bloqueo ( $\chi^2= 4.747$ ,  $p<.05$ ,  $V=.305$ ). Además, la persecución por ideas políticas correlacionó significativamente con los síntomas clínicos de enfado, rabia ( $\chi^2= 10.407$ ,  $p<.05$ ,  $V=.452$ ) e impulsividad ( $\chi^2= 4.251$ ,  $p<.05$ ,  $V=.289$ ).

También la violencia interpersonal en la familia de los antepasados influía en los síntomas del paciente, como lo demuestra la relación entre el maltrato de la pareja con el síntoma impulsividad ( $\chi^2= 6.747$ ,  $p<.05$ ,  $V=.371$ ).

Tabla 46 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con síntomas clínicos

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL EXISTENCIAL					
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Accidentes	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	Persecución por ideas políticas	Maltrato de la pareja	Infidelidad
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Enfado, rabia	0.004	0.219	0.639	10.407* (0.452)	-	-
	Culpa	0.165	0.083	0.706	0.041	0.321	0.007
	Asco	0.741	1.299	4.194	0.072	2.942	0.047
	Sentimiento de Desamparo	0.518	0.192	5.829* (0.338)	1.058	0.188	0.001
	Sentimiento de Vacío	0.308	0.139	6.800* (0.365)	3.851	-	1.961
	Sentimiento de Soledad/abandono	0.522	0.033	6.246* (0.350)	3.647	-	0.003
	Ideación Suicida	0.005	2.226	1.700	0.005	0.269	0.099
	Amnesia de Etapas de la Vida	0.471	0.791	3.923	1.071	1.476	1.460
	Olvidos Frecuentes	1.587	0.102	4.747* (0.305)	3.362	1.417	0.136
	Mareos, Desorientación	0.213	3.848	0.628	0.013	0.038	0.056
	Parálisis, Bloqueo	3.362	0.102	4.747* (0.305)	1.587	0.038	1.460
	Despersonalización, Desrealización	1.977	0.403	2.231	1.977	0.083	0.314
	Disociación	0.319	0.410	0.040	3.029	0.049	0.225
	Congelación sentimientos	1.527	0.098	0.386	1.527	1.432	1.069
	Temblores, sudores	0.658	1.936	1.417	0.056	0.038	2.489
Impulsividad	0.114	0.674	0.354	4.251* (0.289)	6.747* (0.371)	1.809	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa (\*) Significatividad bilateral  $<.05$  (\*\*) Significatividad bilateral  $<.01$

**Trauma Transgeneracional de Pérdida vs. Comorbilidad-Datos Clínicos.**

Se encontraron los siguientes resultados estadísticamente significativos al relacionar el trauma transgeneracional de pérdida y el **diagnóstico psicológico** del paciente: la muerte de la madre ( $\chi^2= 4.947, p<.05, V=.318$ ) y acoso laboral y/o pérdida del trabajo ( $\chi^2= 5.023, p<.05, V=.314$ ), que está relacionada con la violencia interpersonal en la comunidad, con el diagnóstico psicológico de fobias, que tiene que mucho ver con un trastorno por miedo. Es interesante tener en cuenta la influencia de estos factores transgeneracionales en la salud psíquica del paciente.

Tabla 47 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de pérdida con el diagnóstico psicológico y médico del paciente

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE PÉRDIDA										
		Muerte del padre	Muerte de la madre	Enfermedad de un ser querido	Muerte de un ser querido por suicidio	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de los padres por adopción o cuidado de otros	Pérdida de amigos o seres queridos (No mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Acoso laboral, pérdida del trabajo.	Pérdida económica	
DIAGNÓSTICO	PSICOLÓGICO	Fobias	-	4.947* (0.318)	-	-	0.386	-	0.686	2.634	5.023* (0.314)	0.050
		TOC y relacionados	2.193	1.361	0.033	0.008	0.634	0.310	0.544	0.005	2.354	0.017
		Trastorno del Sueño-vigilia	-	1.922	-	-	0.176	-	1.626	0.386	0.039	0.046
		Trastorno Relacionado con Sustancias	-	0.000	-	-	0.729	-	2.020	0.167	0.009	0.440
		Problemas paternofiliales	-	1.307	-	-	4.554	-	3.017	4.483	0.009	0.440
		Problemas Conyugales	0.277	2.035	0.017	0.522	0.165	1.906	0.421	1.357	0.471	0.029
	Problemas de relación entre hermanos	1.708	0.246	0.402	0.310	0.990	0.310	1.160	2.881	1.639	0.226	
	MÉDICO	Tensión alta, colesterol, corazón	-	0.408	-	-	1.700	-	1.829	4.488	1.025	-
		Tensión baja	0.402	0.007	0.000	3.417	0.990	1.447	1.763	1.229	3.398	1.171
		Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	-	1.054	-	0.004	0.041	1.567	0.823	0.404	0.013	1.138
		Enfermedad Crónica	0.124	0.340	3.121	1.088	0.639	0.065	0.627	0.534	1.570	1.343

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Los resultados de relacionar el trauma transgeneracional de pérdida con el **diagnóstico médico** del paciente no mostraron ninguna correlación estadísticamente significativa.

Por su parte, el trauma transgeneracional de pérdida con los **síntomas clínicos** mostró correlaciones significativas con síntomas asociados a la culpa, sentimiento de desamparo y asco. Respecto a los factores transgeneracionales de pérdida, destacan las relaciones estadísticamente significativas entre la muerte de la madre con el síntoma de asco ( $\chi^2= 5.074$ ,  $p<.05$ ,  $V=.322$ ) y mareos, desorientación ( $\chi^2= 5.743$ ,  $p<.05$ ,  $V=.342$ ), la pérdida por ausencia prolongada de la madre con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 5.829$ ,  $p<.05$ ,  $V=.338$ ) y la ideación suicida ( $\chi^2= 6.800$ ,  $p<.05$ ,  $V=.365$ ), todas ellas con una significatividad del 5%. También la muerte de una pareja amada con el asco ( $\chi^2= 5.202$ ,  $p<.05$ ,  $V=.331$ ), la pérdida de los padres por adopción o cuidado de otros con el sentimiento de desamparo ( $\chi^2= 4.792$ ,  $p<.05$ ,  $V=.307$ ) y, por último, la pérdida de amigos o seres queridos ( $\chi^2= 5.749$ ,  $p<.05$ ,  $V=.346$ ) y la pérdida económica ( $\chi^2= 5.510$ ,  $p<.05$ ,  $V=.329$ ) con el síntoma de culpa. Esta última correlación también se dio en el análisis del trauma personal, lo que aporta evidencia empírica adicional al resultado.

Destacamos que muchas de estas pérdidas, por la época en la que vivieron las generaciones anteriores de los pacientes, estaban relacionadas con la guerra, el hambre y penuria de la postguerra, por lo que todos estos factores están también incluidos en el tipo de violencia colectiva y política.

Tabla 48 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de pérdida síntomas clínicos

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE PÉRDIDA												
		Muerte de la madre	Muerte de una pareja amada	Aborto Natural	Enfermedad de un ser querido	Muerte de un ser querido por suicidio	Separación o divorcio de los padres	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de los padres por adopción o cuidado de otros	Pérdida de amigos o seres queridos (No mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Pérdida del trabajo, acoso laboral	Pérdida económica	Pérdida de la casa
SÍNTOMAS CLÍNICOS	Enfado, rabia	0.873	-	-	-	1.088	-	-	-	0.457	-	0.163	-	-
	Culpa	0.030	0.000	4.050	-	-	-	0.044	-	5.749* (0.346)	3.477	3.923	5.510* (0.329)	-
	Asco	5.074* (0.322)	5.202* (.331)	3.025	-	-	-	0.042	-	0.315	0.615	0.033	1.498	-
	Sentimiento de Desamparo	1.361	0.012	1.212	0.124	0.780	2.360	5.829* (0.338)	4.792* (0.307)	1.556	0.123	1.705	0.749	-
	Ideación Suicida	0.128	-	-	-	-	-	6.800* (0.365)	-	0.623	2.177	0.047	-	-
	Amnesia de Etapas de la Vida	0.007	2.092	1.607	0.024	1.094	0.163	0.981	1.094	0.343	1.627	0.174	1.238	3.154
	Olvidos Frecuentes	0.551	1.025	1.607	1.290	0.163	0.057	0.039	0.057	1.160	0.233	0.956	0.259	0.899
	Mareos, Desorientación	5.743* (0.342)	0.047	0.178	2.090	1.094	0.778	0.981	2.325	0.689	1.627	0.494	0.009	0.071
	Parálisis, Bloqueo	1.742	1.025	1.607	0.241	0.057	0.057	1.922	0.163	0.060	0.011	0.020	0.488	0.171
	Despersonalización, Desrealización	0.969	-	1.800	-	-	-	0.182	-	2.020	0.050	0.259	0.000	-
	Disociación	0.246	0.582	0.417	0.435	0.310	3.417	0.040	0.008	0.060	0.005	0.024	2.851	-
	Congelación sentimientos	0.495	0.693	0.417	-	-	-	0.386	-	0.171	2.634	2.739	0.167	-
	Temblores, sudores	1.536	1.428	2.179	2.090	1.858	0.323	0.354	0.006	0.861	0.097	0.481	2.339	0.014
	Impulsividad	1.536	1.428	0.711	0.024	0.518	0.006	0.354	0.323	2.772	0.806	0.184	0.791	0.014

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Concluyendo los resultados del trauma transgeneracional en primer lugar destacábamos que si las generaciones anteriores, habían padecido maltrato infantil y/o de pareja, actos de violencia interpersonal, por acción y daños físicos, los pacientes clínicos de nuestra muestra son más vulnerables a padecer algún trastorno psicológico, destaca aquí el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Así mismo la pérdida de la madre y del trabajo, acoso laboral en los familiares de generaciones anteriores del paciente se relacionaba con el diagnóstico psicológico de fobias. Por lo tanto es importante tener en cuenta, en la clínica, la transgeneracionalidad de estos diagnósticos psicológicos.

También destacábamos la importancia de los factores transgeneracionales que corresponden a acontecimientos relacionados con la Guerra Civil del 36 y la postguerra y del maltrato de pareja en la clínica del paciente.

Por último los resultados volvían a mostrar un mayor número de correlaciones significativas entre los síntomas clínicos del paciente y los factores de riesgo que habían sufrido sus familiares de generaciones anteriores, tanto de vínculo, como existenciales o de pérdida.



## **3.2 Bloque II. Sueños**

### **3.2.1 Analizando el Contenido Experiencial de los Sueños (Emoción, Color y Elemento Traumatizante).**

Recordemos que el objetivo 6 quedaba definido al explorar e identificar patrones relacionales en el contenido de los sueños (emoción, color y elemento traumatizante) aportados por los pacientes clínicos de la muestra. Nuestras hipótesis de trabajo establecían lo siguiente:

Hipótesis 6.1: se espera que las emociones positivas (como la alegría y la tranquilidad) correlacionen positiva y significativamente con la presencia de luz y color en los sueños y las emociones negativas (como miedo, tristeza, rabia...) con la falta de color y luz en los sueños.

Hipótesis 6.2: se espera que la presencia de elementos traumatizantes en el sueño correlacione positiva y significativamente con emociones negativas y la falta de color en los sueños.

Los análisis realizados mostraron la alegría y la tranquilidad como las emociones que mayor número de correlaciones estadísticamente significativas aportaron los sueños de los pacientes clínicos. Por su parte, la claridad y el color destacado fueron las características del sueño que resultaron mayormente significativas. En concreto, se encontraron relaciones entre la claridad del sueño con la emoción de alegría ( $\chi^2=6.636$ ,  $p<.05$ ,  $V=.161$ ) y tranquilidad en el sueño ( $\chi^2=5.304$ ,  $p<.05$ ,  $V=.144$ ), así como entre el color destacado y las citadas emociones positivas: alegría ( $\chi^2=13.956$ ,  $p<.01$ ,  $V=.234$ ) y tranquilidad en el sueño ( $\chi^2=4.844$ ,  $p<.05$ ,  $V=.138$ ). Esta coherencia entre la luz y el color del sueño y la emoción positiva asociada, podría explicar los resultados encontrados en los objetivos 7, 8 y 9 con respecto a las correlaciones significativas entre trauma y datos clínicos, y la alegría, tranquilidad, la claridad y el color destacado en el sueño. Recordemos que el sueño en algunas ocasiones tiene una función compensatoria que permite el descanso y la recuperación (p.e. los pacientes con depresión pueden soñar con acontecimientos alegres). Posiblemente si la emoción no puede cumplir la función compensatoria del sueño lo haga el color o la luz.

Más en detalle, los resultados también revelaron la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre los sueños en tonalidades grises con la emoción de

sorpresa ( $\chi^2=9.142$ ,  $p<.01$ ,  $V=.189$ ) y la oscuridad del sueño con la emoción de miedo, susto o peligro ( $\chi^2=4.374$ ,  $p<.05$ ,  $V=.131$ ), resultado que corroboró la evidencia empírica esperada entre la falta de luz en el sueño y la emoción negativa asociada.

Tabla 49 Chi-cuadrado y tamaño del efecto de la emoción, el color y el elemento traumatizante del contenido de los sueños

		COLOR DEL SUEÑO								ELEMENTO TRAUMATIZANTE
		Blanco y Negro	Sepia	Grisés	Sin Color	Oscuridad	Claridad	Poca luz	Color Destacado	Elemento traumatizante
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.004	-	2.567	0.140	1.044	6.636* (0.161)	1.632	13.956** (0.234)	0.064
	Tranquilidad	0.057	-	0.234	-	0.052	5.304* (0.144)	0.028	4.844* (0.138)	1.289
	Miedo, susto, peligro	1.961	-	0.655	1.150	4.374* (0.131)	0.066	1.009	3.081	0.034
	Ansiedad, angustia	0.001	-	0.179	-	0.064	0.000	0.010	0.097	0.326
	Nervios, intranquilidad	0.492	-	1.027	0.491	2.179	2.307	2.070	0.499	0.004
	Tristeza, pena	0.289	-	-	-	1.964	0.009	-	1.115	5.084* (0.141)
	Rabia, enfado	0.111	-	-	-	0.001	2.382	-	0.020	3.411
	Sorpresa	0.304	-	9.142** (0.189)	0.037	1.749	1.211	3.472	2.634	0.491
	Impotencia, Frustración	0.960	-	-	-	0.919	0.054	-	2.506	1.180
ELEMENTO TRAUMATIZANTE	Elemento traumatizante	0.178	0.316	0.520	1.839	0.085	18.772** (0.271)	0.293	0.015	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

En cuanto al elemento traumatizante, éste mostró una relación con la emoción de tristeza o pena ( $\chi^2=18.772$ ,  $p<.01$ ,  $V=.271$ ) significativa al 1%, por un lado, y con la claridad del sueño, dato que no muestra la coherencia esperada. Destacar que a diferencia del resto de análisis realizados, aquí el tamaño del efecto fue pequeño.

Concluyendo los resultados de este objetivo observábamos la coherencia esperada en las correlaciones significativas de las características cuantificables de los

sueños: la oscuridad del sueño con las emociones negativas, y la claridad y color con las emociones positivas.

### **3.2.2 Analizando el Contenido de los Sueños vs. Trauma Personal.**

El séptimo objetivo establecía explorar los patrones de relación en el contenido de los sueños dentro del trauma personal de vínculo, existencial y de pérdida. En nuestro estudio esperábamos que los pacientes que hayan sufrido traumas (de vínculo, existencial o pérdida) tengan sueños con emociones negativas, falta de color y luz y presencia de elementos traumatizantes.

Para una mejor comprensión de los resultados se ofrecen por separado, las relaciones entre el contenido de los sueños y la triple tipología del trauma personal: de vínculo en la tabla 50, existencial en la tabla 51 y el de pérdida en la tabla 52.

#### ***Contenido Experiencial del Sueño vs. Trauma Personal de Vínculo.***

Al igual que en el apartado anterior, la claridad y la tranquilidad fueron las características de color y emoción de los sueños que mayor número de correlaciones significativas obtuvieron. También la emoción de tristeza resultó ser mayormente significativa, lo que era de esperar para el trauma personal de vínculo. Los tres escenarios que mostraron mayor número de relaciones significativas con los sueños de los pacientes clínicos fueron: la ausencia física del padre/madre, una madre emocionalmente inaccesible y los malos tratos en la infancia. Nada sorprendente.

Con respecto a la **emoción del sueño** los resultados mostraron relaciones significativas entre la pérdida de un embarazo anterior con la emoción de tranquilidad, vivir un parto difícil y la emoción de alegría, y el factor de riesgo convivir con una madre emocionalmente inaccesible con la emoción de tranquilidad. En este caso, no se cumplió la hipótesis esperada.

Sin embargo, éstas si se cumplieron con las emociones negativas al encontrar evidencias de relación significativa entre los padres pertenecientes a un grupo social marginal con la emoción nervios, intranquilidad y sorpresa. Las emociones de miedo, susto o peligro con los padres pertenecientes a un grupo social marginal y los malos tratos en la infancia. También la relación entre tristeza o pena con abuso sexual, malos tratos y la ausencia física del padre/madre. Consultar la tabla 50.

Tabla 50 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de vínculo con el contenido experiencial de los sueños

		TRAUMA PERSONAL DE VÍNCULO															
		Perdida de un embarazo anterior	Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	Rechazo del embarazo por parte de la madre	Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	Adición de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Abuso sexual	Malos tratos Infancia	Acoso escolar (Bullying)	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.079	2.107	0.002	0.510	4.580* (0.134)	0.690	3.017	1.135	0.154	-	0.413	1.135	1.067	1.326	0.190	7.186** (0.168)
	Tranquilidad	4.252* (0.129)	2.763	1.208	0.793	3.055	4.132* (0.127)	0.150	0.038	3.562	-	0.164	0.640	0.176	4.132* (0.127)	0.054	0.031
	Miedo, susto, peligro	0.124	1.196	0.759	0.045	0.004	0.018	0.018	0.001	0.284	9.470** (0.193)	0.193	8.416** (0.182)	0.333	2.432	0.845	0.973
	Ansiedad, angustia	2.071	0.225	0.018	0.351	0.516	2.033	0.321	0.116	0.499	-	0.589	0.439	2.495	0.580	0.377	0.509
	Nervios, intranquilidad	1.161	0.098	2.621	0.103	0.000	0.000	0.098	0.100	0.118	4.435* (0.132)	0.000	2.498	0.944	0.394	0.099	0.101
	Tristeza, pena	0.540	2.076	0.537	0.009	1.901	0.680	2.286	0.653	0.006	-	5.757* (0.150)	7.674** (0.173)	2.819	0.537	0.357	9.121** (0.189)
	Rabia, enfado	2.646	2.076	2.363	2.843	3.130	0.002	0.118	0.580	0.605	-	1.368	0.173	0.005	3.971* (0.125)	0.034	0.285
	Sorpresa	0.825	0.396	0.007	1.096	0.083	0.877	0.430	3.540	0.307	-	2.312	3.879* (0.123)	1.516	0.877	0.979	1.052
	Impotencia, Frustración	1.781	0.294	0.304	0.393	0.234	2.656	2.245	2.498	0.067	-	-	2.470	0.138	2.245	0.234	0.230
	COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	10.696** (0.205)	0.224	0.072	1.040	1.562	0.740	1.228	0.052	0.033	-	-	1.413	-	0.335	0.470
Sepia		-	0.028	1.917	2.938	3.422	4.048* (0.126)	2.277	0.714	1.214	-	-	3.454	-	0.253	1.386	2.342
Grises		1.985	0.739	1.032	0.063	1.843	0.136	3.405	0.015	0.654	-	-	8.132** (0.179)	-	0.545	1.523	0.000
Sin Matices		-	0.045	-	0.410	0.006	5.516* (0.147)	2.703	0.640	-	-	-	0.640	-	0.253	1.136	0.140
Sin Color		0.157	0.084	0.422	0.686	1.119	0.223	1.284	0.001	0.113	-	-	0.604	-	0.763	0.912	0.358
Oscuridad		0.604	1.697	0.653	1.139	1.450	0.272	0.051	0.069	1.989	-	-	1.507	-	2.398	0.761	0.474
Claridad		3.504	0.929	10.023** (0.198)	0.608	4.779** (0.137)	0.606	2.571	6.379* (0.158)	1.082	-	-	2.129	-	0.297	7.382** (0.170)	7.459** (0.171)
Poca luz		1.358	3.709	0.023	4.695* (0.136)	2.966	2.139	3.170	0.029	1.813	-	-	0.308	-	1.215	0.076	2.329
Color Destacado		0.019	1.198	0.047	1.264	1.395	0.771	0.034	0.099	0.093	-	-	3.997* (0.125)	-	0.023	1.440	1.223
ELEMENTO TRAUMÁTICO	4.063* (0.126)	2.187	14.150** (0.236)	0.087	4.063* (0.101)	7.092** (0.167)	0.054	1.494	4.282* (0.130)	1.010	0.059	0.479	-	0.245	0.686	7.638** (0.173)	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Por otro lado, se han revelado relaciones entre los factores de riesgo discusiones y peleas de los padres con las emociones de tranquilidad y rabia o enfado y entre la ausencia física de padre/madre y las emociones de alegría y tristeza o pena. Como puede observarse en la tabla 50, los tamaños del efecto son pequeños, en todos los casos. Estos resultados no mostraron la coherencia esperada ya que el trauma de vínculo se relacionaba tanto con emociones positivas como negativas. Pensamos que es debido al escaso tamaño del efecto y por añadidura al número de sueños examinados (5 sueños por paciente clínico). No obstante, algunos de los factores relacionados con la violencia interpersonal, por acción o privación, sí que correlacionaron con las emociones negativas del sueño tal como se esperaba: padres pertenecientes a un grupo marginal, abuso sexual o los malos tratos en la infancia.

Con respecto al **color del sueño**. Aquí se encontraron correlaciones significativas entre la pérdida de un embarazo anterior, con el sueño en blanco y negro ( $\chi^2= 10.696$ ,  $p<.01$ ,  $V=.205$ ) y entre el duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente, con la poca luz en el sueño ( $\chi^2= 4.695$ ,  $p<.05$ ,  $V=.136$ ). También el factor de riesgo convivir con una madre emocionalmente inaccesible relacionó con los colores del sueño sepia ( $\chi^2= 4.048$ ,  $p<.05$ ,  $V=.126$ ) y sin matices ( $\chi^2= 5.516$ ,  $p<.05$ ,  $V=.147$ ). Como esperábamos los factores relacionados con los traumas sufridos en la infancia correlacionaron con la falta de color y luz en los sueños de los pacientes pero algunos de ellos también lo hacían con la claridad y un color destacado en el sueño, al encontrar relación significativa de los factores de riesgo: rechazo del embarazo por parte de la madre, parto difícil, enfermedad de algún miembro de la familia nuclear, enfermedad de padre/madre y la ausencia física de padre/madre con la claridad del sueño; y los malos tratos en la infancia con los sueños en tonalidades grises y un color destacado en el sueño.

Con respecto al **elemento traumatizante** en el sueño los análisis realizados mostraron que existían relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de elementos traumatizantes y la pérdida de un embarazo anterior, parto difícil y la adicción de algún miembro de la familia, todas significativas al 5%, y los factores de riesgo: rechazo del embarazo por parte de la madre, madre emocionalmente inaccesible y ausencia física de padre o madre al 1%. Estos resultados sí que mostraron correlaciones estadísticamente significativas con los factores de riesgo relacionados con

la violencia por privación o desatención que es más sutil que la física, pero no por ello menos severa.

### ***Contenido Experiencial del Sueño vs. Trauma Personal Existencial.***

Con respecto a la **emoción del sueño** los resultados mostraron la evidencia empírica esperada para el trauma personal existencial asociado a emociones negativas, excepto los ataques terroristas con la tranquilidad del sueño. Como se observa las catástrofes naturales correlacionaron con las emociones de miedo, susto o peligro ( $\chi^2= 4.291$ ,  $p<.05$ ,  $V=.130$ ), rabia o enfado ( $\chi^2= 4.331$ ,  $p<.05$ ,  $V=.130$ ) e impotencia o frustración ( $\chi^2= 5.746$ ,  $p<.05$ ,  $V=.150$ ). Aquí observamos coherencia entre la emoción del sueño y el factor de riesgo, aunque las catástrofes naturales no son actos de violencia intencionados.

También entre los ataques terroristas y las emociones de tranquilidad y miedo, susto o peligro, este factor correlaciona igual con una emoción positiva como negativa. Se han mostrado correlaciones estadísticamente significativas entre ansiedad y angustia con violaciones, agresión sexual y con el maltrato de la pareja y rabia o enfado también con violaciones, agresión sexual, de nuevo, las correlaciones de estos factores de violencia interpersonal mostraron la coherencia esperada, es decir se relacionaron con emociones negativas.

Con respecto al **color del sueño**, ser testigo de experiencias violentas fue el factor de riesgo que obtuvo más correlaciones estadísticamente significativas: demostró relacionarse con el sueño en blanco y negro, sin color, pero también obtuvo correlaciones con la claridad y con el color destacado.

Se dio la coherencia esperada entre infidelidad y la oscuridad en el sueño. Pero esta coherencia no la encontramos entre los accidentes y la claridad del sueño aunque también correlacionan con sueños sin color. Tampoco entre los asaltos violentos, tortura, secuestros o encarcelamiento con la claridad en el sueño y entre el maltrato de la pareja y la claridad y el color destacado del sueño. Nos llama la atención que de nuevo la falta de coherencia en los resultados se da con las características de claridad y color destacado en el sueño, pudiendo como las emociones positivas cumplir una función compensatoria en el sueño.

Con respecto al **elemento traumatizante en el sueño**. En los resultados se verificó la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre el maltrato de pareja y la infidelidad y la presencia de elemento traumatizante en el sueño, ambas con una significatividad del 1%. Destacaba de nuevo la presencia del elemento traumatizante en los sueños de pacientes que han sufrido violencia interpersonal de pareja, física y psicológica.

Tabla 51 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal existencial con el contenido experiencial de los sueños

		TRAUMA PERSONAL EXISTENCIAL									
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Accidentes	Ataques terroristas	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	Violaciones, agresión sexual	Maltrato de la pareja	Diagnóstico de una enfermedad grave	Intervención quirúrgica / hospitalización	Testigo de experiencias violentas	Infidelidad
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	1.067	0.840	1.261	0.382	0.104	0.627	0.912	0.007	2.317	0.222
	Tranquilidad	3.164	0.079	5.302* (0.144)	0.001	1.368	0.121	0.006	0.040	0.038	0.934
	Miedo, susto, peligro	4.291* (0.130)	0.024	4.616* (0.135)	1.406	2.940	0.655	0.333	0.124	0.100	0.655
	Ansiedad, angustia	0.228	0.370	3.784	2.679	7.090** (0.167)	6.070* (0.154)	0.018	0.214	1.774	2.294
	Nervios, intranquilidad	0.000	0.000	0.828	0.169	3.778	0.098	1.678	1.161	2.498	0.883
	Tristeza, pena	0.110	2.690	-	0.399	2.221	0.013	2.819	0.540	0.173	0.253
	Rabia, enfado	4.331* (0.130)	0.483	1.431	0.022	4.383* (0.131)	0.440	1.631	0.540	1.441	0.253
	Sorpresa	0.329	1.758	0.016	2.312	0.758	0.396	0.329	1.620	1.537	0.000
	Impotencia, Frustración	5.746* (0.150)	-	-	-	-	0.122	0.304	1.781	0.053	0.009
COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	0.072	2.797	1.131	2.567	2.688	0.569	3.112	0.074	6.222* (0.156)	0.569
	Sepia	3.625	-	-	-	-	0.028	2.996	-	0.114	1.373
	Grisés	2.726	0.357	-	0.934	-	1.509	0.016	0.079	0.753	0.966
	Sin Matices	-	-	-	-	-	1.826	-	-	0.122	0.045
	Sin Color	0.032	6.022* (0.154)	-	-	-	1.193	1.132	2.079	4.218* (0.129)	0.261
	Oscuridad	0.516	0.144	0.920	0.299	0.791	1.697	1.048	0.010	0.111	6.433* (0.159)
	Claridad	0.961	9.834** (0.196)	1.379	5.304* (0.144)	0.523	5.220* (0.143)	0.188	0.062	6.459* (0.159)	0.009
	Poca luz	2.913	0.292	-	1.559	-	0.237	1.782	0.807	1.643	0.717
	Color Destacado	1.684	3.113	0.048	0.246	0.431	5.956* (0.152)	0.055	1.974	4.631* (0.135)	0.823
	ELEMENTO TRAUMÁTICO	0.343	1.796	0.090	2.190	0.389	11.013** (0.208)	0.343	0.258	1.494	8.933** (0.187)

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

**Contenido Experiencial del Sueño vs. Trauma Personal de Pérdida.**

Con respecto a la **emoción del sueño**. Los resultados mostraron correlaciones significativas del trauma personal de pérdida con las emociones negativas, exceptuando

la emoción de sorpresa definida como emoción neutra, que correlacionó con los factores de riesgo: muerte de un ser querido por suicidio ( $\chi^2= 5.040$ ,  $p<.05$ ,  $V=.141$ ) y ante el hecho de una separación, divorcio o viudedad ( $\chi^2= 3.979$ ,  $p<.05$ ,  $V=.125$ ).

Con respecto a las emociones negativas, se mostró relación entre miedo, susto o peligro con la pérdida por ausencia prolongada de la madre y la pérdida del trabajo, acoso laboral. La emoción rabia o enfado se relacionó con la pérdida de amigos o seres queridos y con la pérdida de la salud (que también correlacionó con la emoción sorpresa ( $\chi^2= 3.813$ ,  $p<.05$ ,  $V=.121$ )). Por último la tristeza o pena en el sueño con pérdida por ausencia prolongada de la madre ( $\chi^2= 11.432$ ,  $p<.01$ ,  $V=.212$ ). Estos resultados si mostraron emociones negativas tal como esperábamos y de nuevo destacábamos las relacionadas con la definición de violencia de la OMS (2003), esto es, la pérdida por ausencia prolongada de la madre y la pérdida de trabajo y/o acoso laboral.

Con respecto al **color del sueño**, los resultados mostraron 11 correlaciones significativas con la falta de color o luz en el sueño. De nuevo, las dos correlaciones que no mostraban la coherencia esperada fueron la claridad y el color destacado en el sueño que correlacionaron con la pérdida de la casa y muerte de la madre respectivamente. La pérdida de la salud fue el acontecimiento que mayor número de correlaciones obtuvo con los sueños grises, con la oscuridad y con el color sepia. La enfermedad de un ser querido tuvo dos correlaciones: con el color sepia y con poca luz en el sueño.

Los resultados verificaron también la existencia de dos relaciones significativas entre la muerte del padre con la oscuridad y con poca luz en el sueño. El sueño en blanco y negro con la muerte de un ser querido por suicidio y con la pérdida de amigos o seres queridos. De la misma manera, el sueño sin matices se relacionó de forma significativa con la separación, divorcio o viudedad. También se ha encontrado relación entre el sueño sin color y la pérdida del trabajo, acoso laboral.

Con respecto al elemento **traumatizante en el sueño**. Se encontraron relaciones estadísticamente significativa en la muerte de un ser querido, la pérdida por ausencia prolongada de la madre, y la pérdida de la salud, con la presencia de elemento traumático en el sueño, todas ellas con una significatividad del 5%.

Tabla 52 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma personal de pérdida con el contenido experiencial de los sueños

		TRAUMA PERSONAL DE PÉRDIDA														
		Muerte del padre	Muerte de la madre	Muerte de un ser querido (incluir mascota)	Enfermedad de un ser querido	Muerte de un ser querido por suicidio	Separación, divorcio, viudedad	Separación o divorcio de los padres	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de padres por adopción cuidado de otros	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Acoso laboral, pérdida del trabajo	Pérdida de la salud	Pérdida económica	Pérdida de la casa
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	1.414	0.075	-	0.438	0.324	1.901	0.075	1.027	-	0.154	0.002	0.810	0.134	1.165	1.848
	Tranquilidad	0.332	0.007	-	0.198	0.237	0.713	1.817	0.057	-	2.331	0.882	0.025	0.157	0.054	0.486
	Miedo, susto, peligro	0.091	0.245	-	0.008	0.446	0.211	0.825	5.884* (0.152)	-	3.175	0.080	4.813* (0.137)	0.000	2.224	0.648
	Ansiedad, angustia	0.089	0.250	-	0.000	0.981	1.709	0.214	1.307	-	1.238	3.695	0.402	0.082	0.377	0.055
	Nervios, intranquilidad	1.161	0.828	-	0.472	0.000	2.530	0.000	0.000	-	0.472	2.621	0.405	1.025	2.475	0.993
	Tristeza, pena	0.540	-	-	0.862	0.849	3.368	-	11.432** (0.212)	-	2.660	0.224	0.285	1.021	0.357	0.170
	Rabia, enfado	2.646	-	-	0.123	1.075	0.065	-	0.011	-	6.171* (0.156)	0.110	2.955	12.413** (0.221)	3.130	0.170
	Sorpresa	2.705	1.104	-	0.815	5.040* (0.141)	3.979* (0.125)	0.016	2.513	-	0.815	1.957	2.427	3.816* (0.121)	0.083	1.528
	Impotencia, Frustración	3.409	-	-	0.518	-	0.182	-	0.270	-	1.533	0.008	3.190	3.518	0.171	0.398
COLOR EN EL SUEÑO	Blanco y Negro	1.033	0.952	-	2.962	4.095* (0.127)	1.418	0.430	1.022	2.359	3.899* (0.124)	0.072	0.820	0.802	1.562	0.010
	Sepia	-	-	-	4.857* (0.138)	-	2.342	-	-	-	0.000	0.120	0.260	5.497* (0.147)	0.113	2.017
	Grisés	1.985	-	-	0.163	1.531	0.560	-	0.303	0.456	0.654	0.065	1.261	4.484* (0.133)	0.381	0.068
	Sin Matices	-	-	-	-	-	6.341* (0.158)	-	-	-	-	-	0.613	-	1.136	-
	Sin Color	0.965	-	-	2.739	3.135	0.358	-	3.749	-	0.966	0.422	5.064* (0.141)	1.445	1.119	0.080
	Oscuridad	6.105* (0.155)	0.108	-	0.044	0.211	1.993	0.920	0.700	0.416	0.285	0.516	2.930	7.881** (0.176)	0.000	0.098
	Claridad	0.305	0.131	0.375	1.636	0.469	0.049	0.165	3.279	0.241	2.624	3.068	1.676	0.040	0.108	7.851** (0.175)
	Poca luz	5.775* (0.150)	-	-	4.865* (0.138)	3.380	0.633	-	0.575	3.253	0.906	1.611	1.347	0.252	0.199	0.146
	Color Destacado	0.434	8.029** (0.177)	0.202	0.357	1.219	3.569	0.024	0.056	0.799	2.752	1.684	1.605	1.872	0.008	0.297
ELEMENTO TRAUMÁTICO	0.009	3.336	4.419* (0.132)	1.934	0.263	0.009	0.716	4.965* (0.140)	0.543	3.172	0.251	0.193	3.841* (0.123)	0.242	0.423	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Concluyendo los resultados de este objetivo muestran que la mayoría de los factores de riesgo ofrecieron resultados coherentes y esperables con la emoción negativa del sueño, principalmente los relacionados con un escenario de violencia interpersonal por acción o privación: padres pertenecientes a un grupo marginal, abuso sexual, malos

tratos en la infancia, violaciones, agresión sexual, maltrato de la pareja, pérdida por ausencia prolongada de la madre y pérdida de trabajo y/o acoso laboral.

Con respecto al color también las relaciones estadísticamente significativas mostraron la coherencia esperada de falta de color y luz en los sueños, pero nos sorprendieron las correlaciones discordantes con respecto a la claridad y el color destacado en el sueño y los traumas vividos personalmente ¿Podrían significar estos resultados que el color y la luz también cumplieren una función compensatoria en los sueños? Con un objetivo claro: para permitir el dormir y la recuperación de las funciones psíquicas, pero es posible que debido a la intensidad o al tipo de trauma esto no siempre pueda darse.

Para finalizar los resultados si mostraron, como esperábamos, correlaciones estadísticamente positivas con los factores de riesgo relacionados con la violencia por privación o desatención y la presencia de elemento traumático en el sueño y también este elemento apareció en los sueños de los pacientes que habían sufrido violencia interpersonal de pareja, física y psicológica, infidelidad.

### **3.2.3 Analizando el Trauma Transgeneracional y el Contenido los Sueños.**

Empezaremos recordando el objetivo ocho que establecía la relación entre el trauma transgeneracional y el contenido experiencial de los sueños, nuestra hipótesis de partida señalaba que los pacientes que hayan sufrido traumas transgeneracionales (de vínculo, existencial o pérdida) tendrán sueños asociados a emociones negativas, con falta de color y luz, y presencia de elementos traumatizantes.

Para una mejor comprensión de los resultados encontrados se ofrecen por separado, las relaciones entre las características de los sueños y la distinta tipología de los factores de riesgo de trauma transgeneracional: de vínculo en la tabla 53, existencial en la tabla 54 y el de pérdida en la tabla 55.

#### ***Contenido Experiencial del Sueño vs. Trauma Transgeneracional de Vínculo.***

Con respecto **a la emoción** el análisis demostró relaciones significativas entre un parto difícil y la adicción de algún miembro de la familia a nivel transgeneracional con la tranquilidad en el sueño del paciente.

Sin embargo si se encontró la coherencia en la relación entre el padre/madre que descuida, rechaza u odia al hijo/a con la emoción impotencia o frustración ( $\chi^2 = 6.368$ ,

$p < .05$ ,  $V = .158$ ) y el hecho de convivir con madre emocionalmente inaccesible con rabia o enfado ( $\chi^2 = 7.252$ ,  $p < .01$ ,  $V = .169$ ), como esperábamos entre factores transgeneracionales asociados a una violencia por privación o deficiencia y la aparición de emociones negativas en el sueño de los descendientes. También correlacionó significativamente el factor transgeneracional padres pertenecientes a un grupo social marginal con la emoción de sorpresa ( $\chi^2 = 4.228$ ,  $p < .05$ ,  $V = .129$ ).

Además observamos correlaciones entre los mismos factores que en los análisis del trauma personal de vínculo: discusiones y peleas de los padres y malos tratos en la infancia con la emoción de rabia o enfado en el sueño, y padres pertenecientes a un grupo social marginal con la emoción de miedo, susto o peligro. Estas repeticiones en los resultados aportan evidencia empírica e indican que si el paciente ha sufrido esos traumas tendrá sueños con esas emociones, pero también los tendrá si esos acontecimientos los hubiesen vivido sus ancestros.

Con respecto al **color del sueño**, se evidenció la existencia de una relación significativa entre un parto difícil con la oscuridad del sueño y la adicción de algún miembro de la familia con el sueño sin color. Se encontró, también relación entre los padres pertenecientes a un grupo social marginal con los sueños en blanco y negro.

Parece que el trauma transgeneracional afecta también a la falta de color y luz en el sueño de los pacientes además del trauma vivido personalmente. Al igual que en el trauma personal nos vuelve a llamar la atención las correlaciones con la claridad y un color destacado en el sueño: la enfermedad de algún miembro de la familia nuclear se relacionaba con: tonalidades grises ( $\chi^2 = 4.043$ ,  $p < .05$ ,  $V = .126$ ), la poca luz del sueño ( $\chi^2 = 9.886$ ,  $p < .01$ ,  $V = .197$ ) y el color destacado y los malos tratos en la infancia con la claridad del sueño.

Con respecto al **elemento traumático en el sueño**, el estudio mostró correlaciones significativas entre la adicción de algún miembro de la familia, los malos tratos en la infancia, la enfermedad de padre/madre y la ausencia física de madre/padre con la presencia de algún elemento traumático en los sueños de pacientes, cuyos ancestros habían sufrido estos acontecimientos relacionados con la violencia por acción u omisión.

De nuevo los resultados transgeneracionales confirman lo obtenido en el trauma personal lo que vuelve a aportar evidencia empírica. Tanto si los pacientes han sufrido

la adicción de algún miembro de la familia o la ausencia física de madre/padre, o si lo habían sufrido sus ancestros, tienen sueños en los que aparece un elemento traumático.

Tabla 53 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de vínculo con el contenido experiencial de los sueños

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE VÍNCULO											
		Parto difícil	Madre emocionalmente inaccesible	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	Adicción de algún miembro de la familia	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	Abuso sexual	Malos tratos Infancia	Abuso sexual, Incesto	Discusiones y peleas de los padres	Enfermedad padre/madre	Ausencia Física padre/madre
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.009	0.003	2.005	0.324	0.240	0.085	0.449	0.657	0.412	1.031	1.115	1.086
	Tranquilidad	6.334* (0.158)	2.145	0.003	1.727	3.964* (0.125)	2.071	0.157	0.121	0.014	0.157	0.157	2.145
	Miedo, susto, peligro	0.001	1.552	2.484	0.002	1.196	8.729** (0.185)	3.363	0.655	3.685	0.000	1.490	1.552
	Ansiedad, angustia	0.000	0.064	0.321	1.203	3.408	0.799	0.615	0.225	1.023	0.082	0.615	0.064
	Nervios, intranquilidad	3.597	0.411	1.574	0.155	3.531	0.105	0.455	0.098	0.000	0.000	1.025	0.103
	Tristeza, pena	0.136	2.246	1.260	0.187	1.640	1.288	2.259	2.076	1.429	2.259	2.042	1.211
	Rabia, enfado	0.173	7.252** (0.169)	2.286	0.003	0.075	1.288	2.259	4.922* (0.139)	1.235	16.131** (0.252)	0.061	3.598
	Sorpresa	0.002	0.337	0.114	1.844	0.922	4.228* (0.129)	0.016	2.507	0.985	2.243	2.243	0.065
	Impotencia, Frustración	0.450	0.029	6.368* (0.158)	-	0.009	0.008	0.279	1.543	-	2.218	0.836	0.082
COLOR EN EL SUEÑO	Blanco y Negro	0.003	0.174	0.000	0.372	0.037	5.497* (0.147)	0.802	3.523	3.025	0.380	1.435	1.709
	Sepia	0.457	0.029	2.277	-	0.448	0.749	0.813	1.373	-	2.082	1.594	2.938
	Grises	0.753	0.395	0.545	4.043* (0.126)	0.060	1.032	2.119	2.550	2.229	1.121	0.280	0.395
	Sin Matices	0.640	0.410	0.005	-	0.128	-	-	0.128	-	-	-	0.410
	Sin Color	0.001	0.000	0.109	3.135	4.466* (0.132)	0.032	0.009	0.012	2.079	0.275	0.593	1.495
	Oscuridad	4.209* (0.128)	0.214	0.005	0.211	0.584	1.767	0.069	0.030	0.546	0.069	0.480	0.026
	Claridad	0.857	0.057	1.792	1.823	0.029	1.571	0.426	5.220* (0.143)	0.321	0.136	2.271	0.091
	Poca luz	0.844	1.127	2.139	9.886** (0.197)	1.455	0.349	1.630	0.016	0.112	0.075	0.791	0.106
Color Destacado	1.887	0.328	1.941	4.306* (0.130)	1.355	1.684	1.263	2.020	1.849	1.963	1.963	0.328	
ELEMENTO TRAUMÁTICO	0.136	1.216	0.087	1.304	4.842* (0.138)	3.458	0.068	5.141* (0.142)	1.042	0.760	5.031* (0.140)	7.100** (0.167)	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

### Contenido Experiencial del Sueño vs. Trauma Transgeneracional Existencial.

Con respecto a la **emoción del sueño** los resultados encontraron correlaciones significativas entre los accidentes, con las emociones tristeza o pena y sorpresa, y el diagnóstico de una enfermedad grave con la emoción sorpresa; estos acontecimientos no son intencionados pero muestran la coherencia esperada.

También se encontró relación entre los asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento, con las emociones ansiedad, angustia ( $\chi^2= 5.036$ ,  $p<.05$ ,  $V=.141$ ), nervios, intranquilidad ( $\chi^2= 6.869$ ,  $p<.01$ ,  $V=.164$ ) y tristeza, pena ( $\chi^2= 9.525$ ,  $p<.01$ ,  $V=.193$ ), este trauma existencial está relacionado con la violencia colectiva política, es decir la Guerra Civil, e indica que los pacientes podían tener sueños con emociones negativas, si tenían antecedentes familiares que habían sufrido las consecuencias de la guerra.

El maltrato de pareja correlacionó significativamente con las emociones tristeza, pena ( $\chi^2= 4.845$ ,  $p<.05$ ,  $V=.138$ ) y rabia, enfado ( $\chi^2= 6.801$ ,  $p<.01$ ,  $V=.163$ ) y además las violaciones, agresión sexual, con la emoción tristeza, pena ( $\chi^2= 5.757$ ,  $p<.05$ ,  $V=.150$ ). También aquí los resultados muestran la coherencia esperada: los pacientes, cuyos familiares habían sufrido violencia interpersonal tenían sueños con emociones negativas.

Con respecto al **color del sueño** el análisis demostró que existía relación estadísticamente significativa entre las catástrofes naturales, con la claridad y los sueños en blanco y negro, y entre el factor accidentes con los sueños grises y con poca luz, y la intervención quirúrgica/hospitalización la claridad, todos ellos acontecimientos no intencionados.

Se encontró relación, también, entre los asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento con los sueños en blanco y negro, en grises y color sepia así como entre el factor ser testigo de experiencias violentas, con el color blanco y negro ( $\chi^2= 4.306$ ,  $p<.05$ ,  $V=.130$ ). Estos acontecimientos relacionados con la participación en la guerra, muestran la coherencia esperada con la falta de color del sueño. En este apartado no se encontraron correlaciones significativas que coincidan con el factor de riesgo personal.

Con respecto al **elemento traumático en el sueño**, los resultados mostraron que las catástrofes naturales, los asaltos violentos, tortura, secuestros o encarcelamiento y la persecución por ideas políticas tuvieron relación estadísticamente significativa con la presencia de elementos traumáticos en el sueño, es decir, este elemento está presente en los sueños de pacientes cuyos familiares de generaciones anteriores habían sufrido las consecuencias de la Guerra Civil.

Tabla 54 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional existencial con el contenido experiencial de los sueños

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL EXISTENCIAL										
		Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	Accidentes	Guerra	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	Persecución por ideas políticas	Violaciones, agresión sexual	Maltrato de la pareja	Diagnóstico de una enfermedad grave	Intervención quirúrgica / hospitalización	Testigo de experiencias violentas	Infidelidad
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.510	1.437	-	0.126	2.505	2.200	1.051	0.420	1.242	1.369	0.304
	Tranquilidad	0.207	1.416	-	0.530	0.047	0.787	0.982	3.169	0.229	1.903	0.038
	Miedo, susto, peligro	1.179	1.386	-	0.037	0.006	2.430	1.680	0.037	0.340	0.691	0.100
	Ansiedad, angustia	1.221	0.457	-	5.036* (0.141)	1.616	0.010	0.769	0.250	0.002	0.366	0.000
	Nervios, intranquilidad	0.103	2.498	-	6.869** (0.164)	3.702	0.000	0.107	0.185	0.185	3.778	0.899
	Tristeza, pena	2.843	5.436* (0.146)	-	9.525** (0.193)	3.598	5.757* (0.150)	4.845* (0.138)	-	-	-	0.136
	Rabia, enfado	1.659	0.580	-	1.108	2.246	0.756	6.801** (0.163)	-	-	-	0.653
	Sorpresa	2.883	4.851* (0.138)	-	1.519	3.546	1.218	1.200	10.217** (0.200)	0.330	2.547	1.014
	Impotencia, Frustración	1.175	0.053	-	1.665	0.393	-	1.088	-	-	-	0.462
	COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	7.379** (0.170)	0.261	0.621	4.587* (0.134)	1.637	0.248	0.251	0.607	3.751	4.306* (0.130)
Sepia		0.734	2.855	-	6.899** (0.164)	3.555	-	1.104	0.212	-	-	0.029
Grises		0.016	3.935* (0.124)	-	5.350* (0.145)	3.100	0.934	0.000	1.825	1.825	-	1.860
Sin Color		0.686	1.550	-	0.788	0.660	-	0.219	-	-	-	0.604
Oscuridad		0.585	0.315	-	0.317	1.139	0.378	0.452	0.416	0.057	0.001	0.069
Claridad		8.668** (.184)	1.459	0.164	0.222	0.091	0.220	0.128	0.924	7.714** (0.174)	0.098	0.455
Poca luz		1.319	7.359** (0.170)	-	3.136	3.234	0.028	0.412	1.714	1.714	-	1.588
Color Destacado		0.552	0.113	8.881** (0.187)	0.306	5.833* (0.151)	2.271	5.780* (0.151)	5.227* (0.143)	0.028	1.115	1.491
ELEMENTO TRAUMÁTICO	7.384** (0.170)	0.136	0.974	9.842** (0.196)	5.738* (0.150)	0.199	0.151	2.047	2.047	2.071	1.357	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

**Contenido Experiencial del Sueño vs. Trauma Transgeneracional de Pérdida.**

Con respecto a la **emoción del sueño**. El estudio demostró que la rabia enfado correlacionó con el aborto natural, el asesinato de un ser querido y la impotencia frustración con la muerte de una pareja amada, la muerte de un ser querido por suicidio, la pérdida de padres por adopción o por quedar al cuidado de otros y la pérdida económica. La enfermedad de un ser querido correlacionó con la emoción sorpresa. Por la época en que se dieron, estos acontecimientos que vivieron las generaciones

anteriores, están probablemente relacionados con las consecuencias de la guerra y encontramos la coherencia esperada, que eran las emociones negativas en los sueños de los pacientes.

Con respecto al **color del sueño**, los resultados mostraron correlaciones significativas entre la pérdida de un hijo y el sueño en blanco y negro, y la muerte de una pareja amada y la pérdida económica con sueños sin color. Por último la separación o divorcio de los padres y la pérdida de la salud se relacionaron con poca luz en los sueños de los pacientes. Estos resultados muestran la coherencia esperada entre el factor de riesgo trauma transgeneracional y la falta de color y de luz que la acompaña en los sueños de los pacientes.

Con respecto al **elemento traumático en el sueño** los resultados mostraron un elevado número de correlaciones estadísticamente significativas, concretamente con la muerte de la madre, la muerte de una pareja amada, la enfermedad de un ser querido, la pérdida económica, todas ellas con significatividad del 5%, y con la muerte de un ser querido por suicidio, la separación, divorcio o viudedad, la pérdida de amigos o seres queridos (no por causas mortales), la pérdida del hogar, ciudad o país, la pérdida del trabajo, y/o acoso laboral y la pérdida de la salud al 1%. Consúltese la tabla 55.

Los resultados han mostrado el mayor número de correlaciones significativas con el elemento traumático, posiblemente porque en los factores de riesgo de trauma transgeneracional de pérdida hay una frecuencia más alta debido a las muertes, enfermedades, exilio, pérdida de trabajo y económica que causó la guerra, por lo que en este caso, estos acontecimientos sí que serían intencionados y provocados por la violencia colectiva y política y repercuten en los sueños de los pacientes de las generaciones posteriores.

Tabla 55 Chi-cuadrado y tamaño del efecto del trauma transgeneracional de pérdida con el contenido experiencial de los sueños

		TRAUMA TRANSGENERACIONAL DE PÉRDIDA																	
		Muerte de la madre	Muerte de una pareja amada	Pérdida de un hijo	Aborto Natural	Muerte de un ser querido (Incluir mascotas)	Enfermedad de un ser querido	Muerte de un ser querido por suicidio	Asesinato de un ser querido	Separación, divorcio, viudedad	Separación o divorcio de los padres	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	Pérdida de padres por adopción cuidado de otros	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	Pérdida del hogar, ciudad, país	Acoso laboral, pérdida del trabajo	Pérdida de la salud	Pérdida económica	Pérdida de la casa
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.017	0.106	-	0.438	-	0.012	0.206	0.106	0.054	1.414	0.134	0.007	1.109	0.085	1.199	0.049	0.115	0.947
	Tranquilidad	0.073	0.444	-	0.993	-	0.025	0.909	2.125	3.361	2.915	0.157	0.040	1.388	3.726	3.542	2.884	1.943	1.727
	Miedo, susto, peligro	0.018	0.384	-	2.159	-	0.006	1.639	0.384	0.340	0.091	0.090	0.091	2.610	0.080	0.979	2.430	0.162	2.198
	Ansiedad, angustia	0.055	0.183	-	0.561	-	0.064	0.214	0.183	0.751	0.007	1.003	0.710	1.709	2.495	0.321	0.288	0.014	0.462
	Nervios, intranquilidad	1.574	1.821	-	1.889	-	0.136	0.000	0.114	0.000	1.161	0.000	0.129	0.101	0.419	0.885	0.675	1.765	1.399
	Tristeza, pena	0.002	0.350	-	2.660	-	0.235	0.025	1.175	-	1.394	0.443	0.364	2.955	2.819	0.537	1.903	0.170	1.991
	Rabia, enfado	0.189	0.061	-	4.234* (0.129)	-	3.459	0.540	5.479* (0.147)	-	3.769	1.175	2.236	0.019	2.819	1.260	0.435	0.170	2.329
	Sorpresa	0.430	0.016	-	0.042	-	4.202* (0.128)	0.303	0.046	0.543	2.705	1.544	0.035	0.003	1.957	0.949	0.022	0.051	0.917
	Impotencia, Frustración	0.365	3.880* (0.123)	-	2.886	-	0.383	5.561* (0.148)	2.218	-	0.508	0.002	5.053* (0.141)	0.001	1.026	1.105	-	4.875* (0.138)	-
	COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	2.790	2.322	14.745* * (0.240)	-	0.071	0.668	-	1.435	0.000	1.791	1.435	-	2.178	1.295	3.808	0.248	0.246
Sepia		2.277	0.813	-	-	-	-	-	0.520	-	-	0.033	-	2.342	1.468	0.000	-	0.788	-
Grises		0.545	0.438	-	-	-	0.754	-	0.280	0.029	3.355	0.438	-	0.560	0.790	1.226	2.102	0.068	1.172
Sin Color		1.284	8.577** (0.183)	-	-	-	0.562	-	3.312	-	0.157	0.593	-	0.046	0.422	2.354	-	5.135* (0.142)	3.135
Oscuridad		0.669	1.021	0.308	-	-	1.826	-	2.713	1.104	0.192	1.766	-	0.008	2.013	0.669	0.299	0.098	0.691
Claridad		4.416* (0.132)	4.311* (0.130)	2.458	-	2.435	0.027	-	9.288** (0.191)	5.828* (0.151)	1.343	0.593	-	6.951* (0.165)	4.100* (0.127)	13.841** (0.233)	0.220	7.851** (0.175)	10.938** (0.207)
Poca luz		1.215	0.013	-	-	-	0.040	-	0.791	0.102	5.775* (0.150)	0.437	-	0.633	0.276	0.550	4.217* (0.129)	0.582	0.182
Color Destacado		2.070	7.579** (0.172)	7.397** (0.170)	-	4.098* (0.127)	0.672	-	0.068	0.270	6.678* (0.162)	2.815	-	1.548	0.250	0.132	0.025	0.669	0.702
ELEMENTO TRAUMÁTICO	4.304* (0.130)	5.031* (0.140)	0.581	2.228	0.230	6.049* (0.154)	9.667** (0.195)	1.333	12.948* * (0.225)	-	-	-	9.667** (0.195)	14.798** (0.241)	10.173** (0.200)	9.002** (0.188)	5.834* (0.151)	3.372	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Concluyendo en primer lugar destacamos la coherencia entre los factores de riesgo que implican violencia y la emoción negativa de los sueños. Estos resultados indican que los pacientes pueden tener sueños con emociones negativas, si tienen antecedentes familiares que habrían sufrido violencia interpersonal y/o habrían sufrido los efectos devastadores de la Guerra Civil. Parece ser que el trauma transgeneracional afectaba en mayor medida a las emociones negativas de los sueños de los pacientes, no aportando la cualidad compensatoria del sueño que si observábamos con el trauma personal.

Además observamos correlaciones entre los mismos factores de trauma personal y transgeneracional de vínculo junto con las mismas emociones. Estas repeticiones en los resultados aportan evidencia empírica e indican, que si el paciente ha sufrido esos traumas tendrá sueños con esas emociones, pero también los tendrá si esos acontecimientos los hubiesen vivido sus ancestros.

Así mismo, en las correlaciones significativas de los factores de pérdida con las emociones negativas encontramos también la coherencia esperada, además estos factores si se pueden considerarse intencionales, pues se daban en la época de la guerra y posguerra: la alta frecuencia de muertes, asesinatos, enfermedad y pérdida económica.

Con respecto al color, encontramos la coherencia esperada sólo en algunas correlaciones, como los factores relacionados con la violencia sufrida en la infancia y los de pérdida con la falta de color y luz en los sueños. Con respecto a los traumas existenciales destacamos la falta de color en los sueños de los pacientes cuyos antecesores sufrieron los acontecimientos devastadores de la guerra y la persecución por ideas políticas. Pero vuelve a sorprendernos las correlaciones entre traumas y claridad y color destacado del sueño.

También con respecto al color, no se encontraron correlaciones significativas que coincidiesen con el factor de riesgo personal. Sin embargo en lo referente a la presencia de elemento traumático en el sueño, sí se encuentran resultados coincidentes lo que sigue aportándonos evidencia empírica. En especial los factores relacionados con la guerra y la presencia de elemento traumático, que significan que este elemento está presente en los sueños de pacientes cuyos familiares de generaciones anteriores habían sufrido las consecuencias de la Guerra Civil.

#### **3.2.4 Analizando el Contenido Experiencial de los Sueños y los Datos Clínicos.**

El siguiente objetivo nos planteaba una nueva hipótesis de trabajo, dónde se esperaba que los pacientes que sufran ciertos diagnósticos psicológicos, médicos o síntomas clínicos tengan sueños con emociones negativas, falta de color y luz y presencia de elementos traumatizantes.

Para una mejor comprensión de los resultados encontrados se ofrecen por separado, las relaciones entre el contenido experiencial de los sueños y las distintas

clases de datos clínicos que se registraron: diagnóstico psicológico y diagnóstico médico en las tablas 56 y 57, y los síntomas clínicos en la tabla 58.

### ***Contenido Experiencial de los Sueños vs. Diagnóstico Psicológico.***

Con respecto a la **emoción del sueño**, el análisis demostró correlaciones estadísticamente significativa entre el trastorno de ansiedad y la emoción impotencia, frustración ( $\chi^2 = 4.042$ ,  $p < .05$ ,  $V = .126$ ), y entre la fobias y la tristeza, pena en los sueños ( $\chi^2 = 5.166$ ,  $p < .05$ ,  $V = .142$ ). Los problemas conyugales con la emoción miedo, susto, peligro ( $\chi^2 = 4.591$ ,  $p < .05$ ,  $V = .134$ ).

Hasta aquí los resultados muestran el afecto negativo esperado, pero a continuación veremos que las correlaciones no muestran coherencia, incluso un mismo diagnóstico psicológico correlaciona con emociones opuestas como alegría y tristeza o pena. Observamos que esta pauta muestra la incoherencia siempre con las mismas emociones: la alegría y la tranquilidad. Los problemas paternofiliales se relacionan significativamente con las emociones alegría y tristeza, pena.

Con una significatividad del 1%, se encontró relación entre los problemas de relación entre hermanos con la emoción alegría y con una significatividad del 5% este mismo diagnóstico psicológico con la emoción nervios, intranquilidad. En todos los casos, el tamaño del efecto es pequeño. La emoción sorpresa en el sueño correlacionó con el trastorno relacionado con sustancias, el trastorno depresivo y con el diagnóstico psicológico TOC, que también correlacionó con la alegría. El diagnóstico psicológico otro trastorno alimentario se relacionó con la tranquilidad en los sueños

Con respecto al **color del sueño** se encontró evidencia de correlación significativa entre la poca luz en el sueño con los trastornos adictivos y con el trastorno relacionado con sustancias y este último también con un color destacado. El blanco y negro correlacionó con el trastorno alimentario y los problemas de relación entre hermanos.

De nuevo volvíamos a encontrar correlaciones que nos sorprendían por su incongruencia, con respecto a la claridad y el color destacado en el sueño: entre el trastorno depresivo y el sueño en blanco y negro y claridad; entre el TOC y relacionados y los sueños grises y un color destacado en el sueño y el diagnóstico psicológico TEP y el sueño en blanco y negro y color destacado.

Con respecto al **elemento traumatizante en el sueño** encontramos relaciones estadísticamente significativas entre los diagnósticos psicológicos TOC y problemas de relación entre hermanos con la presencia de elementos traumatizantes en el sueño.

Tabla 56 Chi-cuadrado y tamaño del efecto en el diagnóstico psicológico con el contenido experiencial de los sueños

		DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO													
		Trastorno Bipolar y relacionados	Trastorno Depresivo	Trastorno de Ansiedad	Fobias	Trastorno de Pánico	TOC y relacionados	TEP (Trastorno Estrés Posttraumático)	Otro trastorno alimentario	Trastorno del Sueño-vigilia	Trastorno Relacionado con Sustancias	Trastornos Adictivos	Problemas paternofiliales	Problemas Conyugales	Problemas de relación entre hermanos
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	-	0.671	0.239	1.746	0.019	4.145* (0.127)	0.454	0.411	3.051	0.134	0.039	4.158* (0.128)	0.006	7.598** (0.173)
	Tranquilidad	-	0.435	1.931	0.419	1.731	0.277	1.765	3.983* (0.125)	1.889	2.125	0.001	0.121	0.680	0.150
	Miedo, susto, peligro	-	0.691	0.006	2.827	2.476	0.792	0.949	0.587	0.369	0.098	3.733	1.012	4.591* (0.134)	1.012
	Ansiedad, angustia	-	0.179	0.279	0.034	0.042	0.108	0.914	0.069	0.615	1.846	0.589	1.373	2.703	1.196
	Nervios, intranquilidad	-	0.000	0.136	0.107	0.000	1.599	1.668	1.399	0.114	0.114	0.169	0.000	0.101	4.821* (0.137)
	Tristeza, pena	-	-	0.186	5.166* (0.142)	1.429	0.653	-	1.075	0.061	1.175	0.756	4.250* (0.129)	1.093	0.189
	Rabia, enfado	-	-	0.791	0.057	2.782	0.136	-	0.299	0.350	0.030	1.368	0.000	0.863	1.260
	Sorpresa	-	4.365* (0.131)	0.039	0.810	0.985	3.879* (0.123)	0.019	0.025	0.660	4.765* (0.137)	1.218	0.051	0.144	0.090
	Impotencia, Frustración	-	-	4.042* (0.126)	1.088	-	2.470	-	-	0.002	0.188	-	1.592	3.383	2.656
COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	-	4.306* (0.130)	3.346	0.251	3.025	1.413	7.336** (0.170)	4.918* (0.139)	0.802	2.251	1.523	2.845	0.820	3.938* (0.124)
	Sepia	-	-	-	0.000	-	0.029	-	-	0.520	0.130	-	3.813	0.260	0.253
	Grises	-	-	0.189	0.149	0.357	6.149* (0.155)	0.029	1.172	2.960	1.121	0.000	3.326	0.140	2.179
	Sin Color	-	-	0.562	2.648	3.721	0.707	-	0.066	0.009	0.915	-	0.321	0.046	1.625
	Oscuridad	-	0.186	2.887	2.557	3.297	0.315	0.057	0.081	0.140	0.337	0.378	0.098	0.008	0.051
	Claridad	-	11.398** (0.211)	2.902	2.141	0.006	0.166	2.849	0.124	0.236	1.494	0.326	0.079	1.256	0.606
	Poca luz	-	-	2.239	3.136	0.595	2.705	0.102	0.001	0.791	4.210* (0.128)	6.377* (0.158)	1.310	0.444	0.550
	Color Destacado	-	0.431	0.267	1.765	0.540	7.715** (0.174)	6.967** (0.165)	0.018	1.191	4.981* (0.140)	1.368	0.074	0.521	0.385
ELEMENTO TRAUMÁTICO	0.317	0.360	0.085	0.151	2.355	4.956* (0.139)	1.144	0.022	0.093	2.811	0.625	1.458	0.030	7.092** (0.167)	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

**Contenido Experiencial de los Sueños vs. Diagnóstico Médico.**

Con respecto a **la emoción del sueño** los resultados mostraron correlaciones significativas entre los dolores psicossomáticos (musculares, estómago, cabeza, articulaciones) con la emoción ansiedad o angustia en el sueño ( $\chi^2=5.180$ ,  $p<.05$ ,  $V=.143$ ), nos llama la atención la coherencia en el afecto de este resultado y la tensión

alta, colesterol, corazón con la emoción de alegría, que puede deberse a la función compensatoria que a veces tienen los sueños, y con la emoción de sorpresa ( $\chi^2=7.007$ ,  $p<.01$ ,  $V=.166$ ), que no sabemos si esta es positiva o negativa porque no se registró y como vimos en el marco teórico es una emoción neutra que dura poco y luego se transforma en cualquier otra.

Con respecto al **color del sueño** el análisis demostró una relación significativa entre la tensión baja y el sueño en blanco y negro; entre los problemas respiratorios (asma, bronquitis, alergias) y los sueños en tonalidades grises y entre la enfermedad crónica y los sueños con poca luz, todas significativas al 5% y con un tamaño del efecto pequeño. Nos parecen muy interesantes estos resultados de la falta de luz y color en los sueños de los pacientes con estos problemas somáticos.

Con respecto al **elemento Traumatizante en el sueño**. Los resultados no mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre estos atributos.

Tabla 57 Chi-cuadrado y tamaño del efecto en el diagnóstico médico con el contenido de los sueños

		DIAGNÓSTICO MÉDICO				
		Dolores (musculares, estómago, cabeza, articulaciones)	Tensión alta, colesterol, corazón	Tensión baja	Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	Enfermedad Crónica
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.382	4.277* (0.130)	1.165	0.149	0.052
	Tranquilidad	0.164	0.007	0.574	0.627	0.038
	Miedo, susto, peligro	1.406	0.049	0.004	0.138	1.386
	Ansiedad, angustia	5.180* (0.143)	0.499	0.079	0.586	1.021
	Nervios, intranquilidad	0.169	0.118	0.099	1.645	0.000
	Tristeza, pena	0.022	0.006	0.330	0.242	0.001
	Rabia, enfado	0.435	0.862	0.043	0.093	0.580
	Sorpresa	0.318	7.007** (0.166)	0.001	0.337	0.002
	Impotencia, Frustración	-	0.518	1.715	2.374	0.049
	COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	1.523	0.552	4.392* (0.131)	0.017
Sepia		-	1.214	0.028	1.440	0.457
Grisés		0.934	0.654	0.015	4.050* (0.126)	0.753
Sin Matices		-	-	0.423	0.410	3.802
Sin Color		-	0.602	3.470	2.667	0.707
Oscuridad		1.746	3.008	1.450	0.198	0.738
Claridad		0.015	1.636	0.738	2.533	0.857
Poca luz		1.559	0.054	3.580	0.002	3.946* (0.124)
Color Destacado		0.246	0.282	0.369	3.567	2.667
ELEMENTO TRAUMÁTICO		0.625	0.276	2.626	0.695	2.875

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

### ***Contenido Experiencial de los Sueños vs. Síntomas Clínicos.***

Con respecto a la **emoción del sueño**. Mediante el análisis se comprobó que la emoción endógena miedo o temor se relacionaba significativamente con la emoción de alegría en el sueño ( $\chi^2=6.768$ ,  $p<.01$ ,  $V=.163$ ) miedo, susto o peligro ( $\chi^2=6.563$ ,  $p<.05$ ,  $V=.160$ ) y sorpresa ( $\chi^2=3.898$ ,  $p<.05$ ,  $V=.124$ ); la emoción vergüenza con la emoción del sueño miedo, susto, peligro ( $\chi^2=4.980$ ,  $p<.05$ ,  $V=.140$ ) y con sorpresa ( $\chi^2=10.616$ ,  $p<.01$ ,  $V=.204$ ).

En lo referente a los sentimientos, el de desamparo relacionó con las emociones del sueño tristeza, pena y rabia, enfado; el sentimiento de vacío con la emoción nervios, intranquilidad del sueño y el sentimiento de querer morir/desaparecer con la emoción del sueño impotencia, frustración. Además la parálisis, bloqueo se relacionó con la emoción del sueño impotencia, frustración; el síntoma disociación con el miedo, susto, peligro; la hipersensibilidad con las emociones tristeza, pena y rabia, enfado y la

impulsividad con la sorpresa, todas ellas con significatividad  $p < .05$ . En todos los casos el tamaño del efecto es pequeño. De nuevo volvía a destacar, por encima del resto de datos clínicos, la cantidad de síntomas clínicos severos que tenían correlaciones significativas y todos con emociones negativas en los sueños.

Con respecto al **color** del sueño, en los resultados se encontró relación estadísticamente significativa entre la emoción endógena enfado, rabia con la poca luz en el sueño; la emoción miedo, temor con el sueño en blanco y negro; la vergüenza con los sueños con oscuridad, todas ellas con la significatividad  $p < .05$ .

Atendiendo al sentimiento de desamparo se relacionó con los sueños grises y el sentimiento de vacío con los sueños de color sepia. Se encontraron relaciones significativas, también, entre el sueño sin color y el síntoma amnesia de etapas de la vida, la disociación y los temblores, sudores; el sueño color sepia con la despersonalización, desrealización. Estos análisis también muestran la coherencia esperada entre el síntoma y la falta de color o luz en el sueño.

Sin embargo, vuelve a aparecer la claridad del sueño, quizás cumpliendo una función compensatoria, con los síntomas clínicos del paciente en las siguientes correlaciones significativas: sentimiento de vergüenza, de soledad/abandono, de desorientación y de culpa. El sentimiento de vergüenza además se relacionó con la oscuridad del sueño.

Volvemos a observar el mismo patrón incongruente en las relaciones entre a congelación de sentimientos con los sueños sin color y poca luz, pero también con la claridad, el síntoma autolesiones con el color destacado, la pérdida de conciencia con la claridad del sueño y la impulsividad con los sueños grises y con el color destacado. El tamaño del efecto es pequeño en todos los casos.

Para finaliza el análisis, el **elemento traumático** mostró la existencia de relaciones estadísticamente significativas de tres emociones endógenas: las emociones de vergüenza, culpa y asco con la presencia de elementos traumáticos en el sueño, todas con la significatividad del 5% y tamaño del efecto pequeño.

Tabla 58 Chi-cuadrado y tamaño del efecto en los síntomas clínicos con el contenido de los sueños

		SÍNTOMAS CLÍNICOS																				
		EMOCIONES ENDÓGENAS					SENTIMIENTOS				OTROS SÍNTOMAS											
		Enfado, rabia	Miedo, temor	Vergüenza	Culpa	Asco	Sentimiento de Desamparo	Sentimiento de Vacío	Sentimiento de Soledad/abandono	Sentimiento de Querer morir/Desaparecer	Amnesia de Etapas de la Vida	Olvidos Frecuentes	Mareos, Desorientación	Parálisis, Bloqueo	Despersonalización, Desrealización	Disociación	Hipersensibilidad	Congelación sentimientos	Temblores, sudores	Autolesiones	Pérdida Conciencia	Impulsividad
EMOCIÓN DEL SUEÑO	Alegría	0.675	6.768* (0.163)	0.840	0.462	0.389	0.529	0.154	0.206	0.007	0.205	1.279	2.107	0.240	0.106	0.281	0.019	0.085	2.107	-	-	0.222
	Tranquilidad	2.915	0.758	0.079	1.093	0.359	0.241	0.993	2.915	2.840	1.093	1.677	0.458	0.458	0.157	0.009	0.840	0.577	0.096	-	-	3.811
	Miedo, susto, peligro	0.091	6.563* (0.160)	4.980* (0.140)	0.010	0.360	0.014	0.163	0.091	0.091	3.464	0.002	0.807	0.108	0.090	4.955* (0.139)	0.778	0.080	0.108	-	-	0.275
	Ansiedad, angustia	3.310	0.892	0.039	0.220	0.018	2.703	2.179	1.121	1.121	2.441	1.400	0.020	0.650	2.944	1.917	0.370	1.352	1.400	-	-	0.650
	Nervios, intranquilidad	2.065	0.828	0.580	0.993	2.621	1.619	14.285** (0.237)	3.226	2.065	0.394	0.098	0.392	0.392	1.025	0.396	2.318	0.944	0.098	-	-	0.098
	Tristeza, pena	1.394	-	0.049	1.530	0.537	4.469* (0.132)	1.451	1.394	0.540	0.537	0.013	2.076	2.076	1.175	3.049	4.463* (0.132)	0.224	0.013	-	-	0.075
	Rabia, enfado	0.540	-	0.063	2.720	0.005	6.295* (0.157)	0.006	0.083	1.394	0.002	0.013	0.253	2.076	1.175	0.357	4.463* (0.132)	0.110	0.253	-	-	1.107
	Sorpresa	0.838	3.898* (0.124)	10.616** (.204)	0.051	2.433	1.525	2.562	2.705	0.825	1.670	0.105	0.000	0.000	1.335	0.083	0.028	1.957	0.922	-	-	4.926* (0.139)
	Impotencia, Frustración	0.040	-	-	0.025	2.174	1.922	2.886	1.499	5.053* (0.141)	0.365	0.122	2.851	6.660* (0.162)	0.836	0.234	-	1.026	0.634	-	-	0.009
COLOR DEL SUEÑO	Blanco y Negro	0.074	5.229* (0.143)	0.001	0.158	-	2.178	0.239	0.074	2.757	2.901	0.037	0.865	-	0.084	1.013	-	1.295	0.569	0.111	2.359	0.224
	Sepia	-	-	-	3.813	-	1.041	7.589* (0.173)	-	-	0.000	3.391	2.802	-	6.375* (0.158)	0.028	-	1.917	0.701	-	-	0.028
	Grises	0.496	-	1.427	1.086	-	5.044* (0.141)	0.654	0.079	0.079	0.545	0.377	0.060	-	0.438	1.523	-	0.016	0.241	-	0.456	3.863* (0.139)
	Sin Matices	-	-	-	-	-	0.042	-	-	-	0.005	0.045	3.689	-	-	0.006	-	-	0.128	-	-	0.045
	Sin Color	0.004	-	0.986	0.020	-	0.387	0.602	0.965	0.157	7.498* (0.171)	0.478	0.012	-	0.009	9.427* (0.192)	-	5.322* (0.144)	7.262* (0.169)	-	-	0.478
	Oscuridad	0.334	1.927	4.548* (0.134)	1.569	-	0.008	3.348	0.840	0.334	0.272	0.030	0.030	-	0.003	2.253	-	2.013	0.507	0.001	0.416	0.030
	Claridad	3.504	0.131	4.010* (0.125)	5.025* (0.140)	-	1.053	3.455	9.513* (0.193)	0.435	0.655	0.009	13.002** (0.226)	-	1.494	3.225	-	4.100* (0.127)	0.929	0.098	4.207* (0.128)	2.226
	Poca luz	3.962* (.125)	-	2.001	0.146	-	1.065	2.006	0.005	0.115	0.550	0.054	0.016	-	2.770	1.367	-	5.688* (0.149)	0.351	-	0.030	3.709
	Color Destacado	0.051	0.048	0.684	0.297	-	0.714	0.282	2.889	0.133	0.444	0.015	3.746	-	1.191	0.028	-	1.065	0.796	4.558* (0.134)	0.799	8.693* (0.185)
ELEMENTO TRAUMÁTICO	0.043	1.507	6.214* (0.156)	4.565* (0.134)	4.913* (0.139)	0.948	0.394	0.258	1.691	0.673	2.805	0.477	1.479	1.942	0.052	0.146	2.799	0.909	0.047	0.000	0.909	

(-) No existen los suficientes casos para alcanzar evidencia significativa

(\*) Significatividad bilateral < .05 (\*\*) Significatividad bilateral < .01

Concluyendo acerca de los resultados de nuestro objetivo nueve destacamos que no se encuentra una coherencia en el afecto de los sueños, incluso un mismo diagnóstico psicológico correlaciona con emociones opuestas como alegría y tristeza o pena. Sería

interesante investigar por qué unos sueños parecen obedecer a la función compensatoria y otros no. Lo mismo ocurre con los resultados entre datos clínicos y color, que muestran la coherencia esperada de falta de color y luz, con la excepción del color destacado y la claridad del sueño, la otra pauta incongruente del sueño. Al igual que en los factores de riesgo de trauma, se han obtenido muchas correlaciones significativas, con respecto a los síntomas clínicos.

En lo referente al diagnóstico médico, nos llamaba la atención que los dolores psicossomáticos se relacionasen con sueños que generaban ansiedad y angustia. Con respecto a la relación tensión alta, colesterol o problemas de corazón, con la emoción de alegría en el sueño, de nuevo puede deberse a la función compensatoria que a veces tienen los sueños. También nos parecieron muy interesantes los resultados de la falta de luz y color en los sueños de los pacientes con enfermedades crónicas.

Con respecto a los síntomas, nos llama la atención que el elemento traumático correlacione con tres emociones endógenas: vergüenza, culpa y asco. De nuevo también los síntomas clínicos nos mostraron un gran número de correlaciones positivas, como en el análisis del trauma, siempre con emociones negativas o falta de color a excepción de la alegría, tranquilidad y claridad, color destacado, la misma pauta incongruente que se ha repetido en todos los análisis del bloque II.

## 4. Capítulo IV. Discusión y Conclusiones

### 4.1 Discusión

Existe una dificultad clínica en el diagnóstico del trauma en pacientes, por estar desconectados de la sintomatología, provocar un bloqueo emocional y generar disfunciones en los principales procesos psicológicos como la percepción, el pensamiento, los sentimientos, la imaginación, la memoria y la función onírica de los pacientes clínicos. Generalmente a la persona le afectan varios traumas de diferentes etapas de su vida, además de poder influirle acontecimientos sufridos por familiares de generaciones anteriores.

Dada la dificultad de detectar los traumas que afectan a los pacientes, para que el tratamiento psicológico tenga un buen pronóstico, pensamos en la necesidad de nuevas fuentes de información que puedan verter luz y paliar esta limitación. Estas nuevas aportaciones a la teoría del trauma, que mejoren su diagnóstico y las herramientas de intervención, las hemos buscado en: los factores de riesgo de trauma, la transgeneracionalidad del trauma, su comorbilidad y uno de sus síntomas más peculiares, las pesadillas recurrentes, es decir los sueños de los pacientes en tratamiento psicológico.

Recordemos que el eje central del **BLOQUE I**, fue el trauma, los factores de riesgo que lo producen y la comorbilidad y sintomatología que le acompaña.

Queremos destacar la importancia que han tenido los acontecimientos causados por otro ser humano, actos de violencia interpersonal por acción, negligencia y desatención. Este tipo de violencia ya la señaló Freud (1930), que concluye en su texto del *Malestar en la cultura*, que los mayores sufrimientos provienen de la relación con los semejantes, fuente principal de desdicha y malestar. Alerta sobre las tendencias agresivas que anidan en el ser humano, y afirma que el prójimo no representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también la tentación de satisfacer en él la agresividad, de aprovecharse sexualmente sin su consentimiento, de humillarlo, ocasionarle sufrimientos, de explotar su capacidad de trabajo sin retribuirle, apoderarse de sus bienes, martirizarlo y matarlo.

Recordemos que en el **primer objetivo** se buscaban patrones relacionales entre los distintos tipos de trauma personal. Las consecuencias de sufrir un trauma de vínculo

y su repercusión en otras etapas de la vida ha ocupado el interés científico de diversos autores (Kokoulina y Fernández, 2014; Nóbrega et al., 2016; Oliva et al., 2008; Pérez et al., 2009; Reyes-Alvarado et al., 2008; Rodríguez et al., 2006). Con respecto a la relación entre el trauma de vínculo y los otros traumas vividos a nivel personal, los resultados muestran el cumplimiento de la hipótesis uno, el hecho de haber sufrido trauma de vínculo, hace al paciente clínico vulnerable a sufrir en otras etapas de la vida traumas existenciales y de pérdida.

En el presente cuadro se representan todas las relaciones de la hipótesis 1 con la violencia interpersonal, según el esquema del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2003). Indicando las líneas lisas una significatividad del 5% y las discontinuas del 1 %:

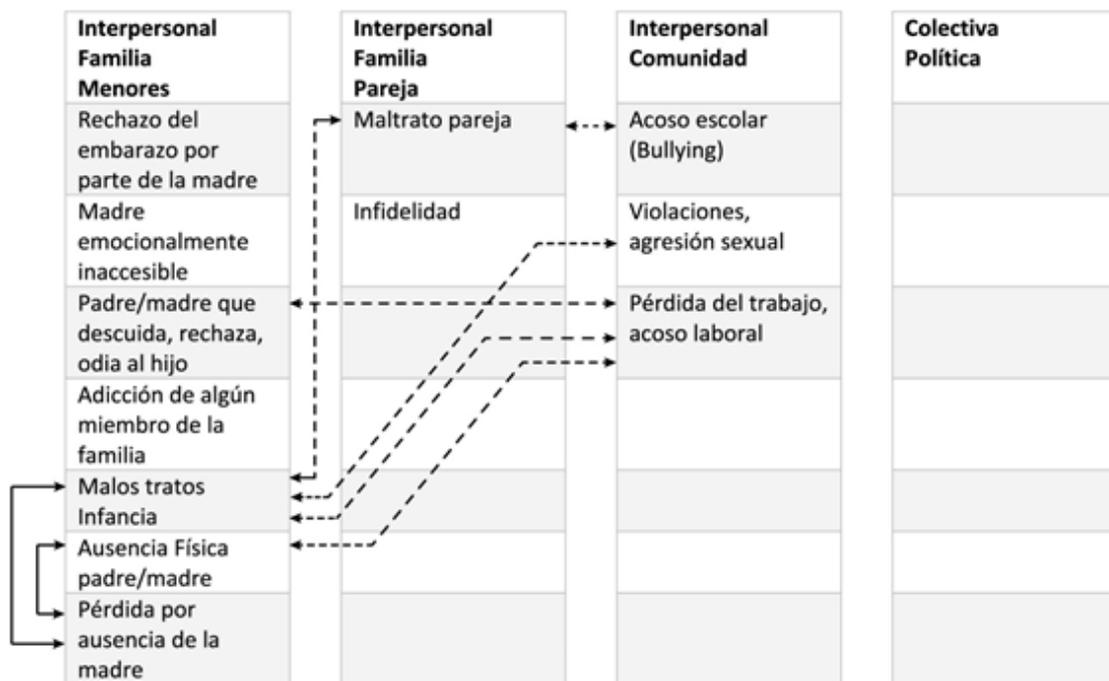


Figura 7 Objetivo 1 Hipótesis 1 Factores de Riesgo de Trauma Personal

Los resultados indican que la presencia de violencia en la infancia tanto por acción (malos tratos) como por privación o negligencia (padre o madre que descuida, rechaza, odia al hijo), es portadora de una mayor vulnerabilidad a ser víctima de acoso en la escuela y de maltrato en las relaciones de pareja y laborales en la edad adulta, coincidiendo con los resultados obtenidos por Patró y Limiñana (2005), Ureña (2007) y

Rodríguez et al. (2006) de los que se concluye la superposición de distintos tipos de violencia: la relación entre el maltrato infantil, el acoso escolar y el maltrato de pareja y el acoso laboral.

Los resultados destacan también la importancia de la presencia de los padres como barrera protectora a lo largo del curso de vida del niño/a y como su falta, ausencia o descuido es fundamental para sufrir posteriores agresiones en el ámbito de la comunidad, como concluyen los expertos sobre el apego y el vínculo (Ruppert, 2014; Salvador, 2010, 2016).

La superposición entre los distintos tipos de maltrato aporta una información valiosa para la práctica clínica, la demanda del paciente pueden ser los problemas laborales o de pareja, pero la sintomatología puede estar relacionada con antiguas heridas como haber sido víctima de acoso escolar, por ejemplo. Hacer consciente al paciente clínico de que el pánico actual es la consecuencia traumática de experiencias infantiles que no ha podido elaborar, puede tener una importante repercusión terapéutica ayudando a mejorar las relaciones interpersonales actuales, donde se repite la tendencia a la exclusión que se sufrió. También desde la distancia y la madurez del adulto es más fácil integrar las emociones que generan todos esos recuerdos. Además pensamos, que dada la complejidad de este trastorno, el abordaje del trauma debe de integrar a los clásicos, del psicoanálisis que valoran la importancia de los traumas infantiles, la relación terapeuta paciente, para no revivir el desamparo y el lenguaje como estructura del inconsciente. También debemos tener en cuenta las nuevas aportaciones de la neurociencia con la base biológica del trauma y la importancia del cuerpo para su detección e intervención terapéutica. Además de no olvidar el tratamiento de la respuesta condicionada ante determinadas emociones que ofrece la terapia conductual y la búsqueda de medios que permitan ayudar a los pacientes a adquirir control sobre las sensaciones, que se infiltran en la conducta y en las cogniciones.

Creemos que las terapias cognitivo conductuales de tercera generación, como la Terapia Dialéctica Comportamental y la Terapia de Aceptación y Compromiso están haciendo un esfuerzo para lograr esta integración, ya que tienen en cuenta la elaboración de aspectos pasados, la importancia de la estabilidad emocional y de reducir los problemas vitales, además de concebir los problemas psicológicos basándose en la

teoría del marco relacional y teoría del lenguaje. Para más información, consúltese el marco teórico del presente trabajo.

El **segundo objetivo** se centraba en el trauma transgeneracional y se ha cumplido al igual que las relaciones del trauma personal, esto es, los traumas transgeneracionales de vínculo hicieron vulnerables a los antecesores de los pacientes clínicos a sufrir traumas existenciales y de pérdida.

Exponemos de nuevo los resultados, mostrando las relaciones de los traumas transgeneracionales según el esquema de la violencia de la OMS (2003).

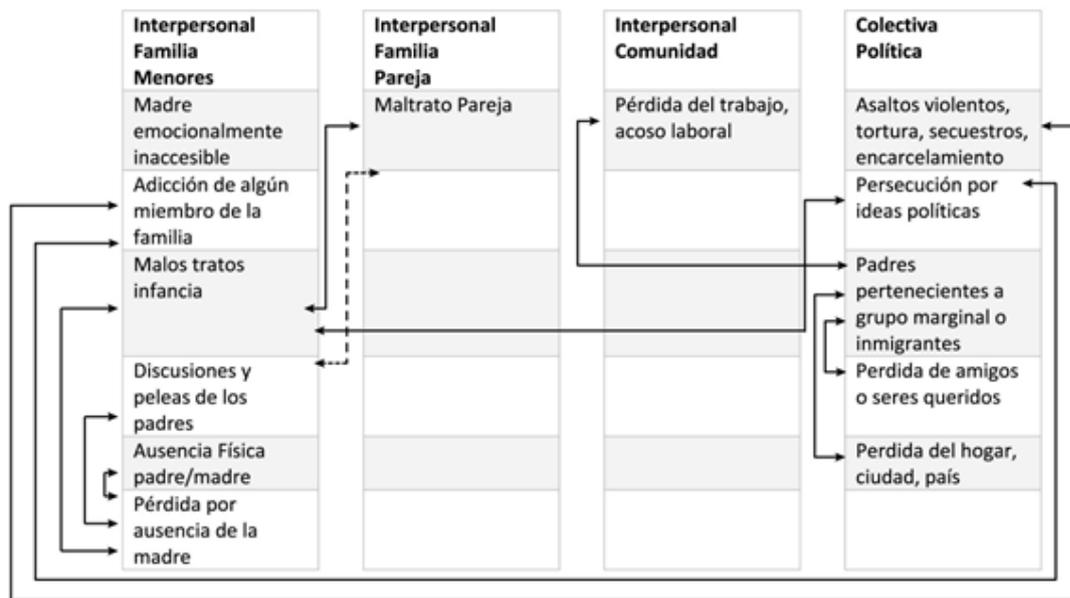


Figura 8 Objetivo 2 Hipótesis 2 Factores de Riesgo de Trauma Transgeneracional

Con respecto al trauma transgeneracional se muestra un panorama similar al encontrado en el trauma personal, en cuanto a la influencia de la violencia en la familia tanto por acción como por omisión y la ausencia física del padre o la madre. Destacamos la fuerza de la relación del maltrato en la infancia con el maltrato de pareja, que se repite tanto en los análisis del trauma personal como del transgeneracional, lo que aporta nueva evidencia empírica a favor de este resultado.

La trascendencia del trauma transgeneracional, dada la época en que vivieron los antecesores de los pacientes, se debe posiblemente a la influencia de la violencia política y colectiva que ocasionó la Guerra Civil de 1936. Hay que destacar la relación entre los traumas de vínculo (malos tratos y adición de algún miembro de la familia) y

los traumas existenciales de ser torturado, encarcelado o perseguido, acontecimientos que supusieron la exclusión de los familiares del paciente de generaciones anteriores.

Con respecto a este tema Morgado (2007) indica que existen algunas investigaciones que demuestran que el cerebro reacciona frente a la exclusión social produciendo sentimientos muy parecidos a los que acompañan al dolor físico, a los sentimientos que se tienen cuando se daña físicamente el cuerpo. La exclusión por tanto pone en alerta la supervivencia del individuo. En esta dirección las investigaciones de Miñarro y Morandi (2009) sobre las víctimas del franquismo, indican que tuvo más repercusión la exclusión que supuso el ser perseguido o torturado que la participación activa en el frente de batalla. Hablan del impacto y el daño colateral del desastre del 36, en los hombres que silenciaron y clausuraron su historia (encarcelados, torturados, excluidos, privados de una ocupación digna), que mostraron dificultades importantes en las relaciones familiares y con los afectos. Otros, a consecuencia de las múltiples torturas recibidas, se tornaron violentos o irritables, incluso en su núcleo familiar, sin que esta violencia pudiese relacionarse con lo vivido. La organización de la personalidad quedó debilitada por el sufrimiento interno también en las mujeres que sufrieron torturas, exilio y maltrato continuado, esperando años para ser madres, con miedos y desconfianza en su capacidad de proteger a los hijos/as.

Por otra parte en estos tiempos de guerra, postguerra y exilio, en que vivieron los familiares de los pacientes, los factores de riesgo de trauma por pérdida (la pérdida de amigos o seres queridos, la pérdida del hogar, ciudad, país y la pérdida del trabajo y/o acoso laboral) pueden considerarse actos intencionados y una consecuencia de la violencia colectiva y política, pues además, se han relacionado con el factor de vínculo de pertenecer a un grupo social marginal o inmigrante. Este tipo de pérdidas coinciden con la descripción de la violencia de la OMS (2003), que considera ser víctima de actos violentos el hecho de vivir en un contexto que exige la frecuente movilización de residencia, como también la heterogeneidad que supone la población diversa, con una escasa o nula cohesión social.

Es importante hacer consciente en la intervención psicológica esta tendencia a la repetición de traumas relacionados con la violencia en los familiares de los pacientes y como en ellos, las consecuencias fueron sufrir los peores efectos devastadores de la guerra. El estado en que se presentan los pacientes en consulta, en muchas ocasiones, es

como si esta situación bélica no hubiese concluido, sintiéndose víctimas y viendo en todas sus relaciones al enemigo: en los vecinos, en los compañeros, en el jefe o en la pareja. Hacer que el inconsciente distinga que estamos en tiempos de paz ayuda al paciente a disminuir su tendencia a la exclusión. Una aportación importante de la terapia sistémica es la utilización del genograma, árbol genealógico que incluye fechas y datos de acontecimientos importantes del sistema familiar del paciente y es muy útil tanto para el diagnóstico (la detección de acontecimientos abrumadores de generaciones anteriores) como para el tratamiento, donde observar de forma gráfica y clara la tendencia a la repetición de ciertos sucesos puede resultar beneficioso y terapéutico.

El **tercer objetivo** se centraba en la relación entre el trauma transgeneracional y el personal y de nuevo volvíamos a tener resultados a favor de nuestra hipótesis de partida: atendiendo a la misma tipología la verificación de la hipótesis destaca la tendencia a la repetición del mismo trauma a través de las generaciones y con respecto a la distinta tipología, aportaba evidencia empírica de la superposición de traumas violentos a través de las generaciones.

Se resumen las relaciones entre las variables vinculadas con la violencia según la OMS (2003) en la siguiente figura:

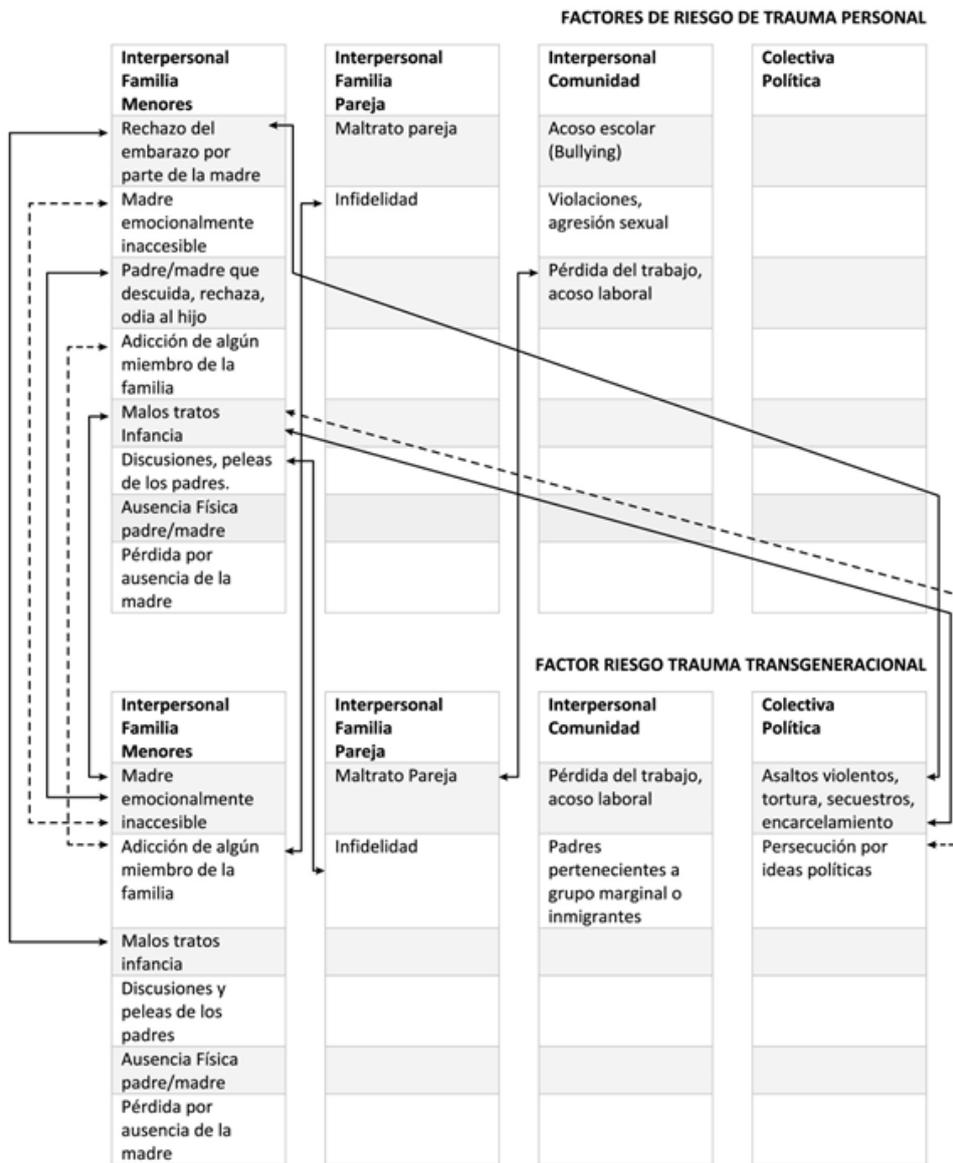


Figura 9 Objetivo 3 Hipótesis 3 Personal Vs. Transgeneracional

Con respecto a **la misma tipología del trauma**, destaca la tendencia a la repetición del mismo trauma a través de las generaciones como observamos en los factores de riesgo: madre emocionalmente inaccesible, adicción de algún miembro de la familia y pérdida del hogar, ciudad, país. Además los resultados también indican que una madre que había sido maltratada, desatendida o despreciada era más propensa a rechazar su embarazo y repetía la violencia recibida por su familia de origen con sus propios hijos. Este resultado es llamado el “trauma histórico” por Salvador (2016), quien afirma que todo trauma interpersonal conlleva a su vez un trauma transgeneracional, que el dolor de los progenitores afecta a la capacidad de cuidar a los vástagos, asimismo indica que la traumatización por negligencia, malos tratos o abandono a los hijos/as, se debe a que los padres arrastran a su vez un pasado traumático.

En cuanto a **la distinta tipología del trauma**, si los antecesores han sufrido trauma de vínculo, en concreto la adicción de algún miembro de la familia y la enfermedad del padre/madre, los pacientes clínicos serán más propensos a ser víctimas de infidelidad, un tipo de maltrato psicológico que según Jáuregui (2014) puede ocasionar TEPT. Él afirma que la traición es vivenciada como traumática y presenta los síntomas de dicho trastorno. Incluimos en la investigación, este acontecimiento de la pareja por la trascendencia clínica y el daño psicológico que genera y nos llamó la atención que no está incluido en ningún manual, DSM o CIE como factor de riesgo de trauma. Nuestra experiencia clínica muestra que la infidelidad es una de las principales razones de separación de las parejas y de los motivos principales de demanda de asistencia terapéutica. Genera daños psicológicos que perduran durante el tiempo y provoca trastornos psicológicos como ansiedad, trastornos psicosomáticos y enfermedades mentales como la depresión, además de los síntomas principales síntomas del TEPT, entre ellos las pesadillas recurrentes. También observamos que la repercusión transgeneracional de la infidelidad, denota una influencia en las relaciones conyugales posteriores, con discusiones y peleas.

Un resultado llamativo es la relación entre el parto difícil y el acoso laboral y/o pérdida del trabajo pues se dio la misma relación en los análisis de trauma personal, lo que parece indicar que si el paciente tuvo un nacimiento difícil afectará posteriormente

a su trabajo, pero también lo hará el hecho de que sus padres o abuelos hayan tenido dificultades al nacer, según Thorsheim (2014) tanto los traumas propios como los heredados de generaciones anteriores causarán los síntomas del trauma y harán a la persona vulnerable a sufrir más traumas.

Para Freud (1915) el primer trauma es el propio nacimiento y son muchos los autores que hablan de la importancia de las experiencias vitales tempranas y en concreto del parto que va a influir persistentemente en el sujeto y en el desarrollo de su personalidad (Bourquin, 2011; Bourquin y Cortés, 2014; Nelles, 2011; Ruppert, 2012; Salvador, 2016). Es posible que un parto difícil y el consecuente sufrimiento fetal y de la madre dificulten la posibilidad de un apego seguro. Para el niño/a su primera experiencia vital fue dolorosa y para la madre también el primer contacto directo con su hijo/a, creando la posibilidad de un problema precoz de vinculación que puede afectar a las relaciones interpersonales posteriores. Es curioso que el trabajo tiene mucho que ver con la capacidad de la persona de abastecerse para sobrevivir y en un parto difícil se ha lidiado entre la vida y la muerte.

También esta transmisión transgeneracional se observa en los resultados que indican la influencia de los acontecimientos abrumadores de la guerra sufridos por los familiares de los pacientes, en concreto si padecieron persecución, encarcelamiento o tortura, lo que ha hecho vulnerable al paciente a sufrir malos tratos por acción y por rechazo de los padres, así como la tendencia a sufrir trauma por pérdida en otras etapas de su vida. Estos resultados están en consonancia con lo expuesto en la literatura previa, en este sentido los estudios de Zerach et al. (2017) hablan del efecto a largo plazo del cautiverio de guerra y los síntomas de TEPT en la salud de la descendencia, concluyeron que el TEPT tanto de los padres como de las madres de ex prisioneros de guerra estaba implicados en el TEPT de sus hijos. En esta misma línea, Letzter-Pou et al. (2014), constataron que la transmisión del trauma puede perdurar de generación en generación, al estudiar la carga parental percibida entre los hijos y los nietos de los sobrevivientes del Holocausto. La transmisión estaba relacionada con la medida en que el Holocausto estaba presente en los pensamientos, sentimientos y comportamientos cotidianos y sus consecuencias afectan a la salud y a la seguridad en el trabajo de las generaciones posteriores.

Las investigaciones de Iosa et al. (2013) estudiaron las repercusiones del trauma psicosocial sufrido por comunidades Wichi del norte de Argentina e identificaron secuelas en las siguientes generaciones y como estas reproducían la situación traumática. Los mecanismos que constituían la permanencia del daño eran: la situación de persecución, matanza, marginalidad, pobreza e impunidad de las acciones que estado y sociedad sostienen y reproducen en relación a este grupo. También detectaron que silenciamiento y evasión eran una posición de encapsulamiento ante el evento traumático. Por otra parte Faúndez et al. (2014) estudiaron la transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de presos políticos de la dictadura militar chilena y afirmaron que el carácter traumático de la tortura, como forma extrema de exposición a la violencia, estaba causado por el impacto sorpresivo e inesperado de las múltiples amenazas vitales. También Miñarro y Morandi (2015) estudiaron las secuelas mentales y traumas psíquicos que ha legado la Guerra Civil y la postguerra en los represaliados del bando republicano. Los traumas vividos a raíz de la guerra y la postguerra: muerte de población civil durante los bombardeos, fusilamientos, torturas encarcelamientos, campos de concentración, degradación humana, exilio forzoso, la utilización sistemática del miedo como arma de control durante la guerra y la dictadura, el desamparo, la vergüenza, la culpa, la humillación y el silencio, no se agotaban en la generación que sufrió directamente la experiencia, sino que se habían transmitido a sus descendientes hasta afectar a segundas, terceras y cuartas generaciones.

Por último otro resultado muy interesante fue la relación entre el trauma transgeneracional maltrato de la pareja con el hecho personal de padecer acoso laboral, pérdida de trabajo. De este tipo de influencias Ruppert (2012) afirma que los problemas físicos, emocionales y psicológicos a menudo son consecuencias de trastornos de vínculo que remontan a tres o cuatro generaciones y que un niño/a que sostiene vínculos con padres que tienen un trauma no resuelto, repetirá el patrón de relaciones conflictivas.

Es posible en terapia identificar que los familiares sufrieron el mismo trauma que el paciente y que este integre desde la distancia p.e. lo que le ocurrió a la bisabuela, pues resultará más fácil enfrentarse a hechos pasados que a los traumas vividos personalmente y esta intervención puede ayudar a comprender los síntomas propios y mejorarlos. En este sentido la psicogenealogía puede completar la intervención de las

terapias cognitivo conductuales de tercera generación, con su aportación teórica y fenomenológica de la repetición transgeneracional de los secretos y acontecimientos dolorosos no integrados y silenciados, que impiden que la familia pueda resolver los temas del pasado, que mantienen la disfunción multigeneracional y refuerzan los procesos patológicos, al crear uniones y alianzas intergeneracionales y al estabilizar las relaciones triangulares.

El **cuarto objetivo** explora la relación del trauma personal con los datos clínicos. Los resultados aportan evidencia empírica a favor, en el sentido de que el hecho de haber sufrido traumas personales se relaciona con la comorbilidad de otros diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos.

En primer lugar vamos a comentar los resultados del trauma de vínculo con los datos clínicos. Pérez et al. (2009) en su estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, TEPT y trastornos psiquiátricos, concluyeron que los sujetos que sufrieron su primer trauma durante la infancia tuvieron más probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico en comparación con aquellos que sufrieron su primer trauma en la edad adulta y pueden estar relacionados con la ocurrencia de trastornos psiquiátricos específicos, resultados que coinciden con los de nuestra investigación.

Con respecto al trauma de vínculo y el diagnóstico psicológico, destacan los problemas de relación paterno-filiares, en especial con los malos tratos por acción o por negligencia o privación. Los problemas de relación entre hermanos con el descuido y rechazo de los padres. Este resultado va en la línea de lo encontrado por otros autores. Por ejemplo, Spinazzola et al. (2014) afirman que las consecuencias del maltrato infantil, tanto por acción como por omisión y desatención, impide un desarrollo normal de las capacidades esenciales de la persona. En cuanto a los problemas de relación, Tutté (2004) nos dice que las memorias implícitas o no declarativas, poseen esquemas afectivo-motrices, sobre las características que cada persona tiene como modalidades de ser con los otros y de relacionarse consigo misma, que comenzarían en la temprana infancia, ganando en madurez y complejidad a medida que el cerebro madura y el dominio de la intersubjetividad se expande. Este conocimiento relacional serían formas de inscripción de vínculos y empezarían con las reacciones afectivas automáticas que un bebé puede tener en el contacto con el otro, por lo tanto el patrón de vínculo y relación que se tiene en la primera infancia va a marcar las relaciones posteriores.

Los análisis también indican que el descuido y rechazo temprano por parte de los padres, puede provocar en los pacientes clínicos problemas de adicción en la edad adulta, trastorno que muchos autores relacionan con el trauma, como Pérez et al. (2009) que afirman su comorbilidad. También el DSM-5 indica en esta línea que los individuos que padecen TEPT, son en un 80% más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de al menos, otro trastorno mental, p.e. el consumo de sustancias.

De nuevo destaca la importancia de los malos tratos en la infancia al provocar en los pacientes fobias y trastorno de pánico, en la edad adulta. Estos resultados concuerdan con lo que señala el DSM IV-TR con respecto a la comorbilidad del TEPT, indicando que en este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, fobia específica y trastorno de ansiedad generalizada, entre otros (APA, 2003).

También se encontró una relación entre las discusiones y peleas de los padres y el diagnóstico psicológico vinculado a problemas conyugales, es decir el modelo que, desde la infancia, se ha visto en los padres se repite en la pareja, lo que confirma los principios de los teóricos sistémicos, que afirman que el proceso de transmisión de experiencias traumáticas se realiza mediante mecanismos que emergen de la interacción recíproca de los miembros del sistema familiar (Faúndez et al., 2014). Además con respecto a los síntomas y trastornos asociados, el DSM-IV-R señala que los patrones de evitación provocados por el trauma pueden interferir con las relaciones interpersonales y llevar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida de empleo (APA, 2003).

Por otra parte, de nuevo el descuido, privación o deficiencia de los padres en edades tempranas podría favorecer la aparición de enfermedades en la edad adulta de los pacientes, en este caso, problemas respiratorios (asma, bronquitis, alergias) y enfermedad de corazón, tensión alta o colesterol. Al respecto, La OMS (2003) señala que actualmente hay pruebas de que enfermedades importantes de la edad adulta están relacionadas con experiencias de maltrato durante la niñez.

De nuevo destacan los factores de vínculo relacionados con la violencia física y psíquica por descuido u omisión, en edades tempranas de la vida, seis síntomas clínicos severos se relacionan con una madre emocionalmente inaccesible; dos con un padre o madre que descuida, rechaza al hijo/a; cuatro con los malos tratos en la infancia y uno

con acoso escolar. Para Salvador (2016) cuando lo traumático ocurre a través de un periodo de tiempo vital prolongado en el que el niño/a vive en una atmósfera emocional que carece de calidad afectiva o en la que abundan los malos tratos físicos y/o psicológicos, la negligencia o el abandono emocional, se produce el TEPT Complejo. Para Jarero (2014), este trastorno fue propuesto, con la finalidad de proporcionar un diagnóstico psicológico para personas sobrevivientes a una exposición traumática y repetida y no se contó con suficiente investigación para ser considerado un diagnóstico distinto en el DSM-5 del año 2013. Viendo estos resultados, nuestra investigación aporta evidencia empírica a favor de la necesidad de un nuevo criterio diagnóstico llamado TEPT Complejo, que es sufrido por menores expuestos a condiciones estresantes graves en las relaciones familiares primarias y que va a generar una sintomatología grave hasta la edad adulta como señalan los autores expertos sobre el tema (Jarero, 2014; López- Soler, 2008; Ruppert, 2014; Salvador, 2010, 2016; Tutté, 2006 y Van der Kolk, 2007).

Con respecto al trauma existencial se encontró relación entre el trauma de ser testigo de experiencias violentas y el diagnóstico problemas de relación entre hermanos, vuelve la violencia, en este caso sin sufrirla directamente, pero con el mismo poder patógeno, como lo indica el DSM-5 (APA, 2014) y la CIE-10 (OMS, 1992) lo que provoca problemas de relación interpersonal, en este caso con los hermanos. También se encontró la coherencia esperadas en el resultado, haber sufrido el trauma existencial del diagnóstico de una enfermedad grave con el diagnóstico médico, padecer una enfermedad crónica.

Por otra parte son las relaciones violentas de pareja las que causan mayor número de síntomas en el paciente, tanto por acción, maltrato, como por traición, infidelidad. Con respecto al maltrato de pareja, las emociones fueron enfado, rabia, impulsividad y los olvidos frecuentes. Como indican muchos autores entre los que están Sarasua et al. (2007) la influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después de que ésta haya cesado y cuanto más grave es, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de una mujer. Por su parte, la infidelidad se relaciona con el síntoma de disociación, que como se ha visto en el marco teórico es un predictor del TEPT, por lo tanto de nuevo insistimos que, como afirma Jáuregui (2016), este factor de riesgo se debería de incluir en el DSM.

Con respecto al trauma de pérdida los resultados mostraron que la pérdida de amigos o seres queridos se relacionaba con el diagnóstico Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y con los problemas de relación entre hermanos. Este tipo de pérdida era violencia si estaba relacionada con la exclusión en la escuela o la comunidad y volvían de nuevo a resaltar los problemas de relación. Los resultados vuelven a mostrar coherencia en la relación entre la pérdida de la salud con el diagnóstico de enfermedad crónica.

Con respecto a los síntomas clínicos los factores que más correlaciones significativas obtuvieron fueron la pérdida económica y la pérdida del trabajo y/o acoso laboral. Hemos entendido el acoso laboral en el sentido que apunta Baixauli (2016) para quien el acoso tiene por finalidad la expulsión del trabajador. Según Rodríguez-Muñoz (2011) el rápido deterioro de la salud mental en víctimas puede ser consecuencia, entre otras, de la pérdida brusca de aportes psicosociales, como la disponibilidad económica que genera la imposibilidad de predecir y planificar el futuro.

Para finalizar, la falta de la madre para el paciente clínico vuelve a ser protagonista, como se ve al correlacionar la pérdida por ausencia prolongada de la madre con el síntoma de parálisis, bloqueo, síntoma este característico del TEPT, que tiene una función biológica de supervivencia en todos los mamíferos: evita que el depredador o el más fuerte siga atacando y es considerado uno de los más importantes predictores del desarrollo del trastorno, por autores como Salvador (2010, 2016) y Tutté (2006).

Es muy importante para un buen diagnóstico clínico tener información sobre la comorbilidad del TEPT y la sintomatología que puede generar incluso años después de haber sufrido el trauma. Identificar el problema permite abordarlo de forma adecuada, mejorando la intervención terapéutica y clínica.

Por su parte, el **objetivo cinco** explora la relación del trauma transgeneracional con los datos clínicos, demostrándose que el hecho de que los familiares antecesores del paciente hayan sufrido traumas se relaciona con la morbilidad de otros diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos. Faúndez et al. (2014) insisten en que la transmisión intergeneracional se produce entre las generaciones que son contiguas y que suelen presentar una relación directa, sin embargo la trasmisión transgeneracional se produce entre generaciones sucesivas, así el contenido emocional de los niños/as puede

verse afectado por el funcionamiento psíquico de los abuelos, aunque ellos no los hayan conocido y cuya vida psíquica está marcada por la de sus padres.

Con respecto al trauma transgeneracional de vínculo los resultados mostraron una relación entre discusiones y peleas de los padres y el diagnóstico TOC. Sobre la comorbilidad del TEPT en el epígrafe “síntomas y trastornos asociados” del DSM IV-TR (2003), se hace referencia a la presencia de uno o más trastornos además del trastorno primario, entre los que se incluye el TOC y también se indica que la interacción entre ambos puede empeorar la evolución. Por lo que se concluye que el hecho de que los familiares de generaciones anteriores al paciente hayan padecido violencia interpersonal en la familia a una edad temprana, hacen mórbidos a sus descendientes con el trastorno obsesivo compulsivo. Por lo tanto para la clínica resulta interesante tener en cuenta la transgeneracionalidad de este trastorno.

También existía una relación entre el factor de riesgo, padres pertenecientes a un grupo social marginal y tener la tensión baja. El DSM IV-TR (2003), el DSM-5 (2014), el CIE-10 (OMS, 1992) informan de la vulnerabilidad del TEPT a padecer molestias somáticas y otras enfermedades. Sin embargo, vuelve a resultarnos muy llamativo que las consecuencias del TEPT, en este caso por sufrir la violencia comunitaria, de ser marginado y excluido como ciudadano, puede crear problemas de salud en los descendientes.

Con respecto a los síntomas vuelve a ser el dato clínico con mayor número de relaciones y también se repiten los factores de riesgo relacionados con la ausencia y negligencia de los padres, destacando la transgeneracionalidad del trauma de vínculo como la señalan algunos autores entre los que se encuentra Salvador (2016) que afirma que la negligencia, malos tratos o abandono a los hijos/as, se debe a que los padres arrastran, a su vez, un pasado traumático y Ruppert (2012) que indica que trastornos de vinculación graves a su vez, aumentan la posibilidad de que un individuo sufra experiencias traumáticas y someta a otros al trauma.

Con respecto al trauma transgeneracional existencial los resultados mostraron solo una relación entre el maltrato de pareja con el diagnóstico psicológico TOC, de nuevo la importancia de la transgeneracionalidad del diagnóstico psicológico que también destacó en el trauma personal de pérdida.

También resaltan los efectos de la guerra, ya que otra vez fueron los familiares torturados y perseguidos los que dejaron un legado de síntomas mayor en nuestros pacientes clínicos. En este sentido, Faúndez et al. (2014) concuerdan que las experiencias traumáticas, provocadas por violencia política, se transmiten a través de las generaciones. Las dinámicas de silencio y evitación en torno a la experiencia traumática caracterizan las relaciones dentro de las familias de las víctimas determinando la relación de los nietos con las experiencias traumáticas. El trauma psicosocial debe de ser entendido como un proceso histórico que perturba las relaciones sociales y se manifiesta en procesos psicosociales que tienden a la instauración del silencio, la desconfianza y la violencia como formas de resolución de conflictos.

La violencia interpersonal en la familia y en concreto el maltrato de pareja vuelve a tener la trascendencia de atravesar las generaciones provocando síntomas en el paciente como la impulsividad, característico del TEPT. Lostaunau et al. (2012) indican que cuando la violencia ocurre en el hogar los niños/as tienden a asumirla como modelos de comportamiento que repetirán posteriormente en sus relaciones, ya sea como estilos de crianza, estilos de afrontamiento u otros. Concluyendo que las mujeres que han sido víctimas de maltrato en sus hogares de origen representan una elevada prevalencia de violencia familiar de tipo física.

En este sentido Ramo-Fernández, Schneider, Wilker y Kolassa (2015) estudiaron las alteraciones epigenéticas asociadas con el trauma de guerra y el maltrato infantil, afirmando que las experiencias traumáticas pueden afectar a los parámetros psicológicos y biológicos de la siguiente generación. Los procesos epigenéticos, que representan un mecanismo biológico imprescindible para la adaptación a los desafíos ambientales, podrían explicar los efectos transgeneracionales y duraderos del TEPT. Estos cambios epigenéticos podrían deberse a alteraciones duraderas de la respuesta de estrés.

Para finalizar el trauma transgeneracional de pérdida vemos que destacan las fobias como en el trauma personal, en este caso por la muerte temprana de la madre de los antecesores del paciente y/o por la pérdida del trabajo/ acoso laboral, factor relacionado con la violencia interpersonal. Según Fernández et al. (2015) la pérdida de un ser querido puede dar lugar a un duelo complicado y en su estudio concluyeron que la intensidad del duelo se relacionaba con todos los índices de psicopatología

evaluados, entre los que se encontraba la fobia, lo interesante aquí es la transgeneracionalidad del trastorno y se debe tener en cuenta en la intervención clínica.

En los síntomas clínicos, vuelven a destacar un número importante de relaciones. Señalar que la pérdida económica con el sentimiento de culpa se dio en el trauma personal, lo que aporta evidencia empírica adicional al resultado. También es importante tener en cuenta que por la época estos factores de pérdida están relacionados con los efectos de la guerra, la postguerra y el exilio: la muerte de la madre, la pérdida por ausencia prolongada de la madre, la muerte de una pareja amada, la pérdida de los padres por adopción o cuidado de otros y la pérdida de amigos o seres queridos Según la OMS (2003) en muchos países que han sufrido conflictos violentos las tasas de violencia interpersonal siguieron siendo altas aun después de la cesación de las hostilidades, entre otras razones, debido a la manera en que la violencia se convierte en algo socialmente aceptado y a la disponibilidad de las armas.

Es importante en la práctica clínica destacar la posible transgeneracionalidad de diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos, en ocasiones solo con hacer consciente al paciente que su sufrimiento tiene que ver con acontecimientos padecidos por sus abuelos/as o bisabuelos/as, se alivian los síntomas, por lo tanto diagnósticos como TOC o fobias, han de indicar al clínico, la importancia de investigar en el sistema familiar, igual que síntomas como el sentimiento de desamparo, la despersonalización, la desrealización, la congelación de sentimientos, el sentimiento de vacío y la amnesia de etapas de la vida, pueden tener que ver con la inestabilidad de la madre en las generaciones anteriores o también el sentimiento de desamparo, y además el de vacío, de soledad, abandono, los olvidos frecuentes, la parálisis, bloqueo, el enfado, rabia y la impulsividad, pueden estar relacionados con los efectos de la guerra y la postguerra en los familiares del paciente.

Pasamos a la discusión del **BLOQUE II**, cuyo eje central son los sueños, su contenido experiencial (emoción, color, elemento traumático), su relación con los factores de riesgo de trauma personal y transgeneracional, así como la comorbilidad y la sintomatología del paciente.

El trauma provoca una disfunción en los principales procesos psicológicos del paciente clínico: en la imaginación, en la percepción, en la atención, en la memoria y también en la función onírica. En cuanto a la función de soñar, Siruela (2010) sugiere

que la incógnita de por qué los seres humanos necesitan soñar sigue latente, no se sabe con exactitud, lo que sí es un hecho es que el sueño es el guardián del dormir, permite que continúe el reposo, imprescindible para el crecimiento y con el sueño se regulan las funciones psíquicas. Para Velázquez et al. (2008), el ciclo del sueño y la vigilia es un proceso que implica la participación del organismo como un todo y es vital para el desarrollo adecuado de las funciones corporales y psicológicas.

Hemos visto en el marco teórico, como las pesadillas son sueños displacientes que obedecen al empuje de la repetición y uno de los síntomas principales del trauma, que lo vuelven a hacer presente una y otra vez, siguiendo a De Dassel et al. (2017) estos sueños de angustia van a ser un predictor y un potente indicador del TEPT.

La información recogida de los sueños de los pacientes clínicos nos indica, que además de servir para el diagnóstico del TEPT, la recuperación de la función onírica dañada por el trauma, podría aliviar también los síntomas de éste p.e. el paciente puede soñar la libertad para aliviar la penuria de la cárcel. Esta función compensatoria del sueño ya ha sido señalada por distintos autores como Del Rio Portilla (2006), Freud (1899), Jung (1964), Kron et al. (2015), Roig (2015) y Velázquez (2008). Lo que vamos a plantear aquí es que además del contenido experiencial del sueño, sus características asociadas como la emoción, la presencia de luz y/o de color van a cumplir esa función compensatoria que puede ayudar a recuperar el malestar psicológico del paciente.

Recordemos que en el **sexto objetivo** se buscaban patrones relacionales entre el contenido experiencial de los sueños y los resultados así lo evidencian, en el sentido de que las emociones positivas se han relacionado con la claridad y el color en los sueños y las negativas con la falta de color, falta de luz y la presencia de elementos traumatizantes. En este sentido, König et al. (2017) indican la importancia de relacionar la valencia emocional con el color del sueño. Este patrón congruente esperado entre la emoción y el color del sueño de los pacientes, va a ayudarnos a comprender los resultados de los siguientes objetivos donde también hemos encontrado una pauta incongruente, no buscada, que se repite y se muestra, paralelamente a la esperada.

De hecho, esta pauta congruente e incongruente podemos observarla en el patrón relacional con el elemento traumático: la presencia de las emociones negativas tristeza y pena ante elementos traumáticos en el sueño, pero también presencia de claridad en el sueño. Creemos que esta pauta incongruente podría deberse a la función compensatoria

del sueño., ya que hay escasas investigaciones sobre el color de los sueños y ninguna que tenga en cuenta la luz o la oscuridad. Dada esta carencia, en nuestra investigación además de la emoción y el color hemos incluido la característica de la luz. Al intentar aportar evidencia empírica a esta laguna hemos encontrado que la claridad del sueño podría estar cumpliendo una función compensatoria, igual que en otras ocasiones lo hace la emoción positiva de los sueños. Velázquez et al. (2008) concluyen que existe una interrelación entre la respuesta de estrés vivida en la vigilia y el sueño, y demuestran que este fenómeno involucra una respuesta que tiende a recuperar el equilibrio homeostático, sin embargo la forma en que esto se logra está por explorar y la luz y el color aparecen en esta investigación como posibles elementos que nos van a aportar claves nuevas en la labor de la función onírica ante pacientes traumatizados.

Con respecto al **séptimo objetivo** hemos encontrado relaciones entre el contenido experiencial de los sueños (emoción, color y elemento traumatizante) con los distintos tipos de trauma personal. Aunque la hipótesis 7 esperaba relaciones significativas con emociones negativas, falta de color y de luz en el sueño, no siempre se ha dado, ya que en ocasiones los pacientes que han tenido traumas personales soñaban con emociones positivas, como tranquilidad y alegría o tenían sueños con claridad y color destacado, una pauta no esperada que se repite en todas las secuencias. Vemos conveniente dada la importancia de este patrón seguir explorándolo en investigaciones posteriores, atendiendo además a otras variables, como los elementos que aparecen en el sueño, o los temas y averiguar en qué caso el sueño utiliza la luz o el color como su función compensatoria del trauma del paciente clínico.

Con respecto al trauma personal de vínculo, las emociones de tristeza, miedo, susto, peligro, nervios, intranquilidad y sorpresa fueron las emociones oníricas que mostraron el patrón esperado al vincularse con cierta violencia en la infancia (por acción o negligencia) y la exclusión que supone pertenecer a un grupo social marginal. Cabe recordar tal y como indican Cotrufo y Ureña (2018) que la sorpresa es una emoción neutra, provocada por una situación novedosa e imprevista, que dura muy poco tiempo y que rápidamente es sustituida por cualquier otra emoción, no sabemos en este caso, si es positiva o negativa, porque no lo hemos registrado en nuestra investigación. Futuros estudios deberían abordarlo para conocer la valencia emocional de las emociones de sorpresa.

Sin embargo, el patrón incongruente se muestra con las emociones de tranquilidad y alegría que se relacionan con los factores más precoces del trauma de vínculo, como la pérdida de un embarazo anterior, tener parto difícil y/o una madre emocionalmente inaccesible. Queremos descartar aquí, dada la importancia de esta pauta y su posible utilización terapéutica para mejorar la función onírica en el restablecimiento psicológico del deterioro producido por el trauma, que este resultado sea debido a una escasa potencia de la prueba estadística por el tamaño del efecto encontrado en la mayoría de los estudios con los sueños que fue pequeño. También observamos que algunos factores de vínculo mostraban simultáneamente relaciones con una emoción positiva y otra negativa: discusiones y peleas de los padres con las emociones de tranquilidad y rabia y/o enfado, y la ausencia física de padre/madre con las emociones de alegría y tristeza, pena. También aquí el tamaño del efecto fue escaso como el resto de resultados de este bloque, lo que supone una seria limitación del estudio. Sugerimos en futuras investigaciones la necesidad de aumentar el número de sueños analizados para aumentar la validez del estudio.

La emoción puede cumplir una función compensatoria del sueño tal y como señala Jung (1964) y demostrado por Cotrufo y Ureña (2018) al encontrar que la alegría se vincula al concepto de felicidad, generando bienestar, optimismo, placer y contribuyendo a la mejoría de la salud de las personas. Lo que sería interesante plantear en investigaciones sucesivas es: ¿Por qué habiendo sufrido un mismo trauma, el sueño puede cumplir la función compensatoria unas veces y otras no? Nosotros avanzamos que puede deberse a la vulnerabilidad subjetiva de cada paciente por lo que se podría hacer un estudio longitudinal sobre la tipología del trauma, el porcentaje de emociones positivas y negativas en los sueños de los pacientes clínicos y su relación con el elemento traumático.

Con respecto al color ocurre como con la emoción. Volvemos a encontrar el patrón buscado en el contenido experiencial de los sueños, pues algunos factores relacionados con los traumas sufridos en la infancia tenían relación con la falta de color y de luz en los sueños de los pacientes, entre ellos volvía a estar la pérdida de un embarazo anterior, que destacamos por su precocidad. Pero paralelamente la pauta incongruente se repetía con la claridad y un color destacado en el sueño. El rechazo del embarazo por parte de la madre, parto difícil, enfermedad de algún miembro de la

familia nuclear, enfermedad de padre/madre y la ausencia física de padre/madre se relacionaba con la claridad del sueño; y los malos tratos en la infancia con los sueños en tonalidades grises y también color destacado en el sueño. Volvemos a tener un tamaño del efecto pequeño.

Por otra parte, el elemento traumatizante de nuevo tiene presencia en los sueños de pacientes que padecieron estrés intrauterino al sufrir su madre la pérdida de un embarazo anterior y el trauma precoz de un parto difícil. Así como en los sueños de pacientes que han sufrido la adicción de algún miembro de la familia, rechazo del embarazo por parte de la madre, madre emocionalmente inaccesible y ausencia física de padre o madre, lo que nos vuelve a indicar la importancia del trauma temprano de vínculo en la función onírica del paciente clínico. Como hemos visto en el tratamiento de las pesadillas la intervención directa sobre este síntoma puede disminuir su frecuencia y mejorar la clínica de TEPT (Casement y Germain, 2014; Miró y Martínez, 2004; Skancke et al., 2014) No sabemos cuál es la causa concreta de que algunos sueños de pacientes, que han sufrido la severidad del trauma tengan la emoción de alegría, tranquilidad, claridad y un color destacado en sus sueños, pero pensamos que una intervención terapéutica directa sobre el sueño y en concreto con estos elementos, podría mejorar la función onírica y con ello ayudar a recuperar las otras funciones psíquicas que deterioró el impacto del trauma. Como dato, entre 1898 y 1912, Van Eeden ya afirmó la reintegración de todas las funciones psíquicas en el acto onírico (citado por Siruela, 2010, p. 141).

Tanto la emoción, como el color y la presencia del elemento traumatizante en el sueño, muestran el patrón esperado en algunas relaciones con los traumas existenciales de violencia intencional y también con factores no intencionales. Pero como hemos visto con el trauma de vínculo volvían a romper la coherencia esperada, en este caso la tranquilidad, la claridad del sueño y el color destacado.

La tranquilidad en el sueño se relacionaba con los ataques terroristas, pero también lo hacía el miedo, susto o peligro. Lo que indicaba que en algunos pacientes que habían sufrido este trauma seguían sintiendo el miedo en sus sueños y otros habían evolucionado hacia la tranquilidad en el sueño recuperando la función onírica. Para Kron et al. (2015), una función del sueño es hacer frente a la situación traumática, investigaron la función protectora de los sueños en tiempos de estrés continuo y

concluyen que el soñar permite el procesamiento cognitivo y emocional de los eventos traumáticos. También podría ser que en un mismo paciente, probablemente por la intervención terapéutica, sus sueños cambiasen hacia una emoción positiva que facilitase su recuperación. Sería interesante en un futuro realizar estudios con un grupo control para valorar la intervención psicológica y la interpretación sobre el contenido de los sueños en los pacientes.

La violencia es la que se relacionaba con más características del sueño, le siguen las relaciones violentas de pareja, la infidelidad mostrando el patrón esperado al relacionarse con la oscuridad del sueño, y el maltrato que muestra la pauta no esperada de claridad y color destacado en el sueño. Es de destacar la importancia de este acontecimiento a lo largo de todos los resultados de esta investigación, como lo muestra la presencia de elemento traumatizante en los sueños de pacientes que han sufrido maltrato de pareja e infidelidad.

Observamos también la influencia de las pesadillas en la función onírica de los pacientes que han sufrido trauma por pérdida, sus sueños contienen la emoción displaciente, la presencia de elementos que recuerdan el trauma y este nuevo dato que aporta nuestra investigación que es la falta de color y de luz. Son sueños de angustia, que obedecen al empuje de la repetición, donde la función onírica ha sido conmocionada por el trauma como tantas otras funciones. Para De Dassel et al. (2017), uno de los síntomas más perturbadores y frecuentes del trastorno del TEPT son las pesadillas y su replicabilidad, variable que resultó un marcador clave de la salud mental de los pacientes y que demostró ser un predictor significativo del diagnóstico de este trastorno.

En la clínica no siempre es posible el trabajo de interpretación con los sueños traumáticos. Puede ser interesante como una alternativa la resignificación del contenido de las pesadillas, la utilización de técnicas de modificación del contenido del sueño como la Terapia de Ensayo en Imaginación (Imagery Rehearsal Therapy I.R.T.) (Miró y Martínez, 2004).

El **octavo objetivo** mostró las relaciones entre el contenido experiencial de los sueños con la presencia del trauma transgeneracional. A diferencia del trauma personal, la hipótesis 8 prácticamente siempre se ha dado con la presencia de emociones negativas, solo en dos escenarios los pacientes con traumas transgeneracionales soñaron

con emociones positivas, la tranquilidad y la claridad, la pauta incongruente no esperada, que se repite de nuevo. Parece que el trauma transgeneracional afecta en mayor medida a la función onírica del paciente que el personal y el sueño no cumple aquí su labor compensatoria.

Destaca sobre todo la repercusión que tiene en el contenido experiencial de los sueños a nivel personal y transgeneracional, el hecho de haber sufrido un nacimiento difícil. Este factor ha cumplido tanto la pauta congruente como incongruente, además de tener el peso de provocar un elemento traumático en el sueño. La influencia del trauma del nacimiento puede deberse a la precocidad del acontecimiento abrumador, tal como comentamos en el marco teórico cuando más temprano, más problemas genera en el desarrollo y por lo tanto en las funciones psíquicas (Bourquin, 2011; Bourquin y Cortés, 2014; Freud, 1915; Nelles, 2011; Ruppert, 2012; Salvador, 2016). También parece que afecta a la emoción del sueño de los pacientes, el hecho de que sus antecedentes familiares hayan sufrido violencia temprana en la familia. En esta línea, Roig (2015) concluyó en su estudio exploratorio de los sueños de pacientes, que los acontecimientos vitales de las generaciones anteriores influían en la emoción de los sueños de las siguientes generaciones.

Hemos de destacar la importancia de que se hayan dado repeticiones con los mismos resultados en el trauma personal y transgeneracional, lo que puede indicar que ciertos acontecimientos provocarán siempre el mismo tipo de emoción en el sueño, los haya sufrido el paciente o sus familiares de generaciones anteriores. Estas son: discusiones, peleas de los padres y malos tratos con rabia, enfado y padres pertenecientes a un grupo marginal, con miedo, susto, peligro.

Lo mismo ha ocurrido con, los malos tratos en la infancia y la ausencia de los padres, la repercusión tan grave de este tipo de violencia se repetía tanto a nivel personal como transgeneracional con la presencia del elemento traumático.

El hecho de que el sueño retorne a la persona a la situación traumática, contradice la función y la naturaleza del mismo, según la cual el sueño de los sujetos traumatizados debería ofrecerles imágenes de recuperación o de la época en que gozaban de bienestar, sin embargo, la fuerza de estos hechos es tan demoledora que afecta a la función onírica de varias generaciones. La trascendencia de los acontecimientos relacionados con la guerra civil, la tortura, el encarcelamiento, la

persecución, las experiencias violentas y todas las muertes y pérdidas colaterales provoca en los sueños de los descendientes emociones negativas como ansiedad, angustia, nervios e intranquilidad, tristeza y pena, y rabia o enfado además falta de color en los sueños que son en blanco y negro, grises y color sepia con la presencia del elemento traumatizante, y sin la función compensatoria que procura el descanso. Este resultado está en la línea de lo encontrado por Gómez (2004), para quien las pesadillas son experiencias donde cobra presencia, de manera cruda, el peso aplastante de la violencia del otro: injuria, persecución, agresión y muerte. En la guerra se impone la dimensión de la oscura voluntad y el dominio del otro. Los sueños de angustia despiertan, mientras que los deseos como indicaba Freud (1920) entretienen los sueños y permiten el dormir. Para Roig (2015), la violencia del trauma psicosocial puede manifestarse en los sueños de los descendientes, ella afirma que en el inconsciente permanecen imágenes y sensaciones no vividas personalmente, sino sufridas por los antepasados que aparecen literalmente en los sueños. En su estudio el “tema violencia” de los sueños se relacionaba con el acontecimiento familiar “experiencias bélicas”. Las manifestaciones somáticas y psíquicas representaban las situaciones conflictivas o traumáticas que no se expresan conscientemente y que pueden corresponder también a conflictos transgeneracionales.

Volvemos a destacar el peso de estos acontecimientos en el inconsciente de las generaciones posteriores, en donde no se da la función compensatoria del sueño. Parece que lo transgeneracional o en concreto la guerra y sus consecuencias, tiene más trascendencia para los sueños del paciente clínico que su propio trauma personal.

De nuevo se vuelve a mostrar la importante repercusión de la violencia en la pareja y la agresión sexual, que en este caso afecta a los sueños de los descendientes con emociones de tristeza, pena, rabia y enfado, todas negativas tal como esperábamos según la hipótesis planteada. En esta línea, Korovsky y Mazzucco (1995) muestran que los efectos de la violencia renegada y/o reprimida se manifiestan en la segunda, tercera, o aun en la cuarta generación. Esto también ocurrió con los accidentes sufridos por los familiares ascendentes, que provocaban sueños grises y con poca luz en los pacientes.

A nivel transgeneracional sólo se pudo dar la función compensatoria con los acontecimientos no intencionales, intervención quirúrgica/hospitalización y las

catástrofes naturales, aunque estas últimas provocaban en los pacientes sueños en blanco y negro, volviéndose a cumplir la pauta incongruente o no esperada.

Las heridas de la guerra quedan grabadas en el inconsciente y pasan de generación a generación manifestándose en los sueños. Los resultados del trauma transgeneracional indican estos efectos devastadores sobre la masculinidad y las relaciones de pareja. Es el hombre, principalmente el que va al campo de batalla y es testigo de experiencias violentas y el que se ve abocado a cometer atrocidades, que luego tienen que ser silenciadas y borradas. Pero el inconsciente no olvida y retiene la violencia vivida trasladándola a las generaciones siguientes y su vehículo son los sueños. Sería interesante investigar el contenido de los sueños del maltratador e intervenir sobre ellos con el objetivo de obtener más información para la prevención de la violencia de género. Por otra parte, la mujer también sigue herida por los acontecimientos pasados, detecta la violencia silenciada y desconfía, tiende a excluir al hombre, no sólo al que es perpetrador, sino al descendiente del que lo fue. Lo que provoca disfunciones en las relaciones de pareja, discusiones y separaciones, que perpetúan el trauma afectando a los hijos/as. Es importante que el inconsciente sienta que ya está a salvo, que la guerra ha terminado, para que la violencia interpersonal, lacra de esta sociedad se mitigue y se apacigüe, pues es la causa principal de graves trastornos psicológicos.

Por lo tanto, para la práctica clínica es muy importante esta dimensión transgeneracional del inconsciente, hacer consciente al paciente de la repercusión que puede tener en su vida y en sus sueños lo ocurrido a sus ancestros puede tener un efecto terapéutico que mejore su función onírica y por lo tanto sus síntomas. Señalar al paciente esta trascendencia de lo transgeneracional, porque de alguna forma lo está haciendo vulnerable a nuevos acontecimientos traumáticos a nivel personal, en las diferentes etapas de su vida.

Por último, el **objetivo nueve** pretendía encontrar relaciones entre el contenido experiencial de los sueños con los datos clínicos, diagnósticos y síntomas del paciente. Los resultados muestran que los pacientes que sufren ciertos diagnósticos psicológicos, médicos o síntomas clínicos tienen más sueños con emociones negativas, falta de color y falta de luz junto con presencia de elementos traumatizantes. En otros casos, se ha dado la función compensatoria del sueño, mostrando la misma pauta incongruente, este

descubrimiento puede ofrecer nuevos instrumentos para mejorar la función onírica y aliviar la sintomatología del paciente.

Algunos trastornos han coincidido con los del trauma, como el trastorno de ansiedad, fobias, problemas conyugales, paterno filiales y de relación entre hermanos, otros los añadimos por su relación con los sueños, como el trastorno relacionado con sustancias, el trastorno depresivo y el trastorno alimentario. De nuevo encontramos el patrón esperado con las emociones negativas y la falta de color y de luz, y el elemento traumatizante, como la pauta incongruente de alegría o tranquilidad del sueño y la claridad o el color destacado, tanto en el diagnóstico psicológico como el médico.

Es interesante la relevancia del TOC que destacó también en los factores de riesgo de trauma y con respecto a este objetivo afectaban tanto a la emoción, el color y el elemento traumático. Yu (2013) mostró que los sueños de los pacientes Obsesivo Compulsivos, contienen menos elementos positivos que el grupo control de pacientes sanos y que los individuos con alto nivel de angustia obsesivo-compulsiva tienden a soñar ciertos temas con más frecuencia, por ejemplo el tema típico de intentar una y otra vez hacer algo, sueños de castigo o de ambivalencia entre el amor y el odio. Sin embargo en nuestra investigación la pauta incongruente indica que los pacientes con TOC pueden tener emociones negativas, pero también positivas. Podríamos plantear investigar la intervención con estos pacientes utilizando la visualización del sueño modificando la luz y el color y/o combinarlo con la reexperimentación de recuerdos que les haya producido alegría o tranquilidad. También se podría utilizar este método con pacientes con TEPT, trastorno que se relacionó con el sueño en blanco y negro y el color destacado.

La hipótesis de la continuidad del sueño indica que si las actividades diarias de la vida despierta se incorporan en los sueños, es de esperar que los sueños contengan colores ya que el mundo cotidiano está coloreado. Herman, Bowe-Anders y Tuber (1978) apoyan la hipótesis de continuidad para sueños obtenidos en despertares de los primeros periodos REM. En su estudio los participantes usaron gafas con filtros rojos durante cinco días e informaron más sueños coloreados en rojo, naranja y amarillo (Roffwarg et al., 1978, citado por König et al., 2017, p. 3). Además las investigaciones con EEG, han mostrado un aumento de actividades en la corteza visual que está involucrada en la percepción del color durante el sueño REM (König et al., 2017).

Pensamos que la pauta incongruente y la función compensatoria del sueño no depende del tipo de síntoma sino del sujeto que lo padece y que probablemente está relacionado con su historia socio familiar y su genealogía. Creemos que esta pauta incongruente que no esperábamos, es una aportación muy importante de este estudio para mejorar la función onírica de los pacientes y con ello la recuperación de las otras funciones psíquicas dañadas por el trauma. Se podría utilizar la realidad virtual o las nuevas tecnologías para estimular el color en los pacientes en posteriores estudios, incluso tener en cuenta que colores necesitaría cada persona. Por lo tanto si intervenimos en el sueño modificando su contenido con emociones positivas o visualizando color y claridad, se podría aliviar los síntomas del paciente.

Respecto a la aparición del elemento traumatizante en los sueños de los pacientes que sufrían emociones endógenas, como la vergüenza, la culpa y el asco curiosamente, en este caso sí que pensamos en la fuerza tóxica de estas emociones que lejos de cumplir una función adaptativa generan malestar clínico. De hecho, Bradshaw (2004) señala que estar dominado por la vergüenza significa que siempre que se siente una emoción, una necesidad o un impulso, inmediatamente la persona se siente avergonzada. Opina que la vergüenza neurótica es la causa de todo tipo de comportamientos compulsivos-adictivos. Con respecto a la culpa, está relacionada con sentir que se infringen las normas del grupo y por lo tanto con el miedo a la exclusión.

Como ocurre en la mayoría de los estudios nuestra investigación presenta algunas **limitaciones**. Sería aconsejable ampliar el tamaño muestral para que el estudio tenga mayor validez externa, aunque lo hemos considerado calculando no solo la significatividad de las pruebas sino aportando el tamaño del efecto de las mismas. Destaca el escaso tamaño del efecto del contenido experiencial de los sueños, recordemos que hemos utilizado sólo 5 sueños de cada paciente clínico y es una seria limitación del estudio. Registrar un número mayor de sueños por participante además de otros contenidos oníricos experienciales, como temática y elementos clave que aparecen en el sueño enriquecería el estudio y aumentaría su validez. También debido al tamaño de la muestra no hemos analizado las diferencias sociodemográficas por sexo o edad y sería interesante proponerlo para posteriores investigaciones. Otra posibilidad a considerar en un futuro sería comparar distintas poblaciones clínicas, o bien

complementar el estudio añadiendo un grupo control de personas sin tratamiento psicológico para poder comparar entre sí.

En cuanto a futuras líneas de investigaciones nos cuestionamos:

**En primer lugar.** Si la violencia ha existido, existe y existirá ¿Se puede aportar un grano de arena aliviando el malestar de las víctimas y obtener una mayor información sobre el perpetrador para frenar sus actos?

Para prevenir la violencia y sus consecuencias psicológicas proponemos:

Comparar los efectos de la violencia que viene de personas con las que hay un vínculo afectivo, con la violencia que proviene de personas desconocidas.

Estudiar si la violencia interpersonal está asociada con una probabilidad más alta de desarrollar TEPT.

Comparar el efecto de los acontecimientos no intencionales, como las catástrofes naturales, con las heridas profundas y duraderas de la violencia humana.

Estudiar el contenido de los sueños de los victimarios de violencia de género que están en los establecimientos penitenciarios, y realizar proyectos de intervención onírica utilizando la función compensatoria del sueño.

**En segundo lugar** ¿Cómo influyen en la tercera generación los efectos devastadores de la guerra, dada la transmisión transgeneracional del trauma?

Sería pertinente realizar estudios a nivel nacional sobre la transgeneracionalidad y la repercusión de violencia política en las terceras generaciones, no solo entrevistando a los descendientes de las víctimas, sino también a los de los vencedores y compararlos.

También la OMS (2003), advierte que en muchos países que han sufrido conflictos bélicos, las tasas de violencia interpersonal siguieron siendo altas, aun después del final de las hostilidades. Por lo tanto recomienda planes y políticas nacionales de prevención de la violencia para conseguir bienestar y salud en la población.

**En tercer lugar** ¿Cambiando los sueños mejoraremos la emoción o mejorando la emoción lograremos la recuperación de la función onírica? Esta podría ser una nueva línea de investigación.

¿Por qué habiendo sufrido un mismo trauma, el sueño puede cumplir la función compensatoria unas veces y otras no?

Se requeriría un estudio longitudinal, caso por caso, de los sueños de cada paciente e incluir además otras variables como elementos y temas del sueño.

También podría aportar luz estudios con grupo control, para valorar la intervención psicológica y la interpretación sobre el contenido de los sueños en los pacientes.

Vemos conveniente dada la importancia de este patrón no esperado, que hemos descubierto en los sueños, seguir explorándolo en investigaciones posteriores, atendiendo además a otras variables, como la temática o los elementos que aparecen en el sueño y averiguar en qué casos el sueño utiliza la luz o el color en su función compensatoria para el trauma.

Se podría utilizar la realidad virtual o las nuevas tecnologías para estimular el color en los pacientes, incluso tener en cuenta que colores necesitaría cada persona, para utilizar la función compensatoria del sueño y mejorar el deterioro de los procesos psicológicos producido por el trauma.

En esta misma línea se podría utilizar la visualización del sueño modificando la luz y el color y/o combinarlo con la reexperimentación de recuerdos que les haya producido alegría o tranquilidad.

## **4.2 Conclusiones**

En este estudio se han analizado las relaciones entre los factores de riesgo de trauma, personales y transgeneracionales, su comorbilidad, sintomatología y el contenido experiencial de los sueños de pacientes en tratamiento psicológico. A continuación según los resultados obtenidos, ofrecemos unas directrices generales que resumen las principales conclusiones a las que hemos llegado:

1. Sufrir trauma de vínculo hace a la persona más vulnerable a padecer traumas existenciales y de pérdida en otras etapas de la vida.
2. La ausencia de la madre, física o psicológica, es el factor de vinculación con más repercusiones para un desarrollo multitraumático. Los traumas de vínculo que más diagnósticos psicológicos, médicos y síntomas clínicos

provocan en el paciente, tienen que ver con el maltrato y la ausencia o desatención de los padres, tanto a nivel personal como transgeneracional y además son los factores de riesgo que más afectan a los sueños de los pacientes.

3. El trauma personal de vínculo provoca una mayor comorbilidad en primer lugar en los trastornos de relación (paterno-filiares, entre hermanos y conyugales) y seguidamente en las adicciones, las fobias, los trastornos de pánico y el TOC. Además todos estos trastornos son también los protagonistas del trauma transgeneracional y de los sueños.
4. Existe un patrón esperado en los sueños, que llamamos “pauta congruente”, que implica que las emociones positivas se relacionan con la presencia de luz y color en los sueños y las emociones negativas con sueños oscuros y sin color.
5. Existe un patrón que hemos descubierto, no esperado y que llamamos “pauta incongruente”, relacionado con las emociones de alegría y tranquilidad, la claridad y el color destacado en los sueños de los pacientes clínicos (contenidos experienciales que se relacionan entre sí), que aportan una función compensatoria del sueño y que podría utilizarse en la clínica para la recuperación de las funciones psíquicas del paciente dañadas por el trauma.
6. Si se ha sufrido un trauma con violencia interpersonal existe mayor tendencia a la repetición del trauma con otros tipos de violencia: maltrato, acoso escolar, maltrato de pareja, acoso laboral. También haber sufrido episodios violentos afecta al contenido de los sueños en algunos casos con la pauta esperada y congruente en otros con la incongruente que ofrece la función compensatoria del sueño.
7. Los acontecimientos relacionados con la Guerra Civil del 36, principalmente la tortura y la persecución, hacen más vulnerables a las generaciones posteriores, p.e. a sufrir traumas como víctimas de violencia, además de quedar afectado el contenido de sus sueños, algunos casos con la pauta esperada y en otros con la incongruente.
8. Los traumas existenciales y de pérdida de los antecedentes familiares del paciente, relacionados con la violencia política de la Guerra Civil, van a influir en su salud mental, con trastornos psicológicos y sintomatología

clínica concreta y en el contenido experiencial de sus sueños con emociones negativas, falta de color y de luz y presencia de elementos traumatizantes.

9. Las relaciones interpersonales violentas, tanto física como psicológica, dentro de la pareja y la infidelidad, tienen una gran morbilidad en los pacientes provocando un número muy elevado de síntomas severos, emociones y sentimientos endógenos, además de influir en el contenido experiencial de los sueños de los pacientes, tanto a nivel personal como transgeneracional. La infidelidad puede considerarse factor de riesgo de TEPT.
10. La violencia temprana (por acción o desatención) influye en los sueños de los pacientes, experimentando frecuentemente emociones negativas y falta de color, junto con alguna pauta incongruente de alegría, tranquilidad, claridad o color destacado. Habría que investigar más.
11. Los traumas precoces y muy tempranos como la pérdida de un embarazo anterior y/o parto difícil tienen mucha significatividad en el contenido experiencial de los sueños, tanto en la emoción, el color y el elemento traumático, lo que se ha evidenciado también a nivel personal y transgeneracional, por tanto hay que tener en cuenta en el tratamiento clínico la presencia de estos factores de riesgo.
12. Los factores de pérdida, con un número muy alto de relaciones significativas tanto en trauma como en datos clínicos, cumplen la pauta esperada del sueño, de relacionarse con emociones negativas y falta de luz y de color, sin mostrar la función onírica compensatoria.
13. Hay factores de riesgo de trauma a nivel personal y transgeneracional que provocan el mismo tipo de emoción negativa en el sueño, pauta que esperábamos, lo que aporta evidencia empírica. Es decir que si el paciente ha sufrido esos traumas tendrá sueños con esas emociones, y también los tendrá si esos acontecimientos los ha vivido un ancestro suyo. Este resultado permite hacer consciente al paciente, en el trabajo terapéutico, de la procedencia de sus emociones endógenas, posibilitando una mejora clínica.
14. También se observa la repetición del elemento traumático en el sueño, ante el mismo tipo de trauma personal y transgeneracional, lo que aporta

evidencia empírica y favorece el poder hacer consciente al paciente de la repercusión transgeneracional del trauma, para una mejora clínica.

15. La comorbilidad y sintomatología del paciente va a afectar a sus sueños, pero también en sentido inverso, las emociones, el color, la luz del sueño y la presencia de elementos traumáticos en el sueño, van a afectar a la salud psicológica del paciente.

Para finalizar concluiremos que dentro de la vulnerabilidad que produce el trauma, hemos detectado algo que ya se mostraba en la experiencia clínica y fenomenológica, aportando evidencia científica a dos hechos que tienen mucha repercusión en la salud psicológica. El primero es la precocidad: en una edad temprana el trauma provoca daños irreparables en el desarrollo y una vulnerabilidad a ser víctima de un mayor número de acontecimientos abrumadores, por lo que hay que prestar especial atención al trauma de vínculo. El segundo es la importancia de los acontecimientos causados por otro ser humano, sobre todo si es del entorno próximo, por lo que los actos de violencia intencionados, tanto interpersonales como comunitarios, serán los principales factores de riesgo de trauma.

Los mayores sufrimientos provienen de la relación con los semejantes. La violencia comunitaria de la guerra afecta a las siguientes generaciones, en forma de violencia interpersonal: maltrato infantil, acoso escolar, maltrato de pareja y acoso laboral.

Los resultados de esta investigación son muy útiles para la práctica clínica. La intervención terapéutica deberá tener en cuenta esta conexión de acontecimientos abrumadores y también las principales herramientas que pueden aportar luz a la dificultad del tratamiento del trauma: una su transgeneracionalidad y la otra el contenido onírico y la utilización de la función compensatoria de los sueños en el tratamiento psicológico.

## Referencias Bibliográficas

- Acosta, E. y García, F. (2009). Restauración cerebral: Una función del sueño. *Revista Mexicana De Neurociencia*, 10(4), 274-280.
- Alonso, E. y Labrador, F. (2008). Características sociodemográficas y de la violencia de pareja en mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: Un estudio comparativo de víctimas españolas, inmigrantes y mexicanas. *Revista Mexicana De Psicología*, 25(2), 271-282.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales DSM IV*. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición)*. Madrid: Panamericana.
- Araujo-Herrera, C. y Almeida-Rodríguez, M. (2015). La psicogenealogía, una herramienta en la medicina. *Revista CES Salud Pública*, 6(1), 94-99.
- Armero, P., Bernardino, B. y Bonet, C. (2011). Acoso escolar. *Pediatría Atención Primaria*, 13(52), 661-670.
- Bados, A. y Greco, A. (2012). Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles. *Anales De Psicología*, 28(2), 387-396.
- Baixauli, E. (2011). Abuso sexual infantil: Una revisión de los síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático. *Informació Psicològica*, 101, 40-48.
- Baixauli, E. (2016). *La mediación empresarial una herramienta para la prevención del mobbing*.

- Baldor, I., Jerez, M. C. y Rodríguez, R. (2005). Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 94, 43-63.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bourquin, P. (2007). *Constelaciones familiares. En resonancia con la vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bourquin, P. (2011). *El arte de la terapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bourquin, P. y Cortés, C. (2014). *El gemelo solitario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bozal, V. (2008). *Goya*. Madrid: Machado Libros.
- Bradshaw, J. (2000). *Secretos de familia*. Barcelona: Obelisco.
- Bradshaw, J. y Port, M. (2004). *Sanar la vergüenza que nos domina: Cómo superar el miedo a exteriorizar tu verdadero yo*. Barcelona: Obelisco.
- Breuer, J. y Freud, S. (1893). *Estudios sobre la histeria*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., De Diego, S., Golanó, M., Ballús, E. y Castillo, J. (2018). Apego y vínculo: Una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas De Psicoanálisis*, 11(15), 13-24.
- Bygren, L. O., Tinghög, P., Carstensen, J., Edvinsson, S., Kaati, G., Pembrey, M. E. y Sjöström, M. (2014). Change in paternal grandmothers early food supply influenced cardiovascular mortality of the female grandchildren. *BMC Genetics*, 15(12), 1-6.

- Casement, M. y Germain, A. (2014). Is group imagery rehearsal for posttrauma nightmares as good at reducing ptsd symptoms as group treatment for ptsd? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice y Policy*, 6(3), 259-260.
- Castillo-Pulido, L. E. (2011). El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Magis Revista Internacional de Investigación en Educación*, 4(8), 415-428.
- Chamberlain, D. (2002). La maravilla del vínculo afectivo. *Obstare*, 6, 45-48.
- Costa, D. L., Yetter, N. y DeSomer, H. (2018). Intergenerational transmission of paternal trauma among US civil war ex-POWs. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(44), 11215-11220.
- Cotrufo, T. y Ureña, J. M. (2018). *El cerebro y las emociones. Sentir, pensar, decidir*. España: Salvat.
- Cyrułnik, B. (2001). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: DEBOLSILLO.
- Danieli, Y., Norris, F. H. y Engdahl, B. (2016). Multigenerational legacies of trauma: Modeling the what and how of transmission. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 639-651.
- Darwin, C. (1988). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza.
- De Dassel, T., Wittmann, L., Protic, S., Höllmer, H. y Gorzka, R. J. (2017). Association of posttraumatic nightmares and psychopathology in a military sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(4), 475-481.
- De la Fuente, J. (2008). *El Guernica: Historia de un cuadro*. Madrid: Sílex Ediciones.
- Del Río Portilla, I. (2006). Estrés y sueño. *Revista Mexicana De Neurociencia*, 7(1), 15-20.

- Faúndez, X. y Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista De Psicología*, 19(2), 31-54.
- Faúndez, X., Cornejo, M. y Brackelaire, J. L. (2014). Transmisión y apropiación de la historia de prisión política: Transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de ex presos políticos de la dictadura militar chilena. *Terapia Psicológica*, 32(3), 201-216.
- Fernández, M., Pérez, M. N., Catena, A., Pérez, M. y Cruz, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana De Psicología y Salud*, 7(1), 15-24.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3, 1-17.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial.
- Freud, S. (1899). *La interpretación de los sueños*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freund, C. (2014). Las madres, entre la ambición profesional, las necesidades económicas y el tiempo para sus hijos. In F. Ruppert (Ed.), *Trauma precoz* (pp. 271-276). Barcelona: Herder.
- Fuster, D. (2013). *Estrés agudo en niños intervenidos quirúrgicamente y sintomatología en sus progenitores*.

García García, E. (2018). *Somos nuestra memoria. Recordar y olvidar*. España: EMSE EDAPP, SL.

García Palacios, A. (2018). La terapia dialéctica comportamental como evolución de la terapia de conducta. Presentado en *Jornada Terapias De Tercera Generación, Valencia*.

Garriga, J. (2006). *¿Dónde están las monedas?* Barcelona: Rigden-Institut Gestalt.

Gaviria, A. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 35(2), 210-224.

Gómez, G. E. (2004). Traumatismos de guerra: memoria y olvido. *Desde el Jardín de Freud*, 4, 84-100.

Grand, D. (2014). *Brainspotting: La técnica revolucionaria que logra un cambio rápido y efectivo*. Málaga: Sirio.

Hellinger, B. (2007). *Reconocer lo que es*. Barcelona: Herder.

Hellinger, B. (2009). *El amor del espíritu*. Barcelona: Rigden Edit.

Hellinger, B. (2012). *Las órdenes de la ayuda*. Buenos Aires: Alma Lepik.

Hoppe, G. (2014). Aborto y trauma. In F. Ruppert (Ed.), *Trauma precoz* (pp. 127-154).  
Barcelona: Herder.

Iosa, E., Iosa, T., Lucchese, M., Soledad, M., Alvarado, R., Valencia, E. y Fernández, R. (2013). Transmisión transgeneracional del trauma psicosocial en comunidades indígenas de argentina: Percepción del daño en el pasado y presente y acciones autoreparatorias. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 85-91.

Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el trastorno por estrés postraumático complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1). Recuperado de

[https://www.researchgate.net/profile/Ignacio\\_Nacho\\_Jarero/publication/281820765\\_Comentarios\\_Sobre\\_el\\_Trastorno\\_por\\_Estres\\_Postrumatico\\_Complejo\\_Perspectivas\\_del\\_DSM-5\\_y\\_del\\_CIE-11/links/55f97bc508aeafc8ac25beb4/Comentarios-Sobre-el-Trastorno-por-Estres-Postrumatico-Complejo-Perspectivas-del-DSM-5-y-del-CIE-11.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ignacio_Nacho_Jarero/publication/281820765_Comentarios_Sobre_el_Trastorno_por_Estres_Postrumatico_Complejo_Perspectivas_del_DSM-5_y_del_CIE-11/links/55f97bc508aeafc8ac25beb4/Comentarios-Sobre-el-Trastorno-por-Estres-Postrumatico-Complejo-Perspectivas-del-DSM-5-y-del-CIE-11.pdf)

Jáuregui, I. (2014). Fenomenología de la infidelidad: Anatomía de un engaño. *Epsys Revista De Psicología y Humanidades*. Recuperado de <http://www.eepsys.com/es/fenomenologia-de-la-infidelidad-anatomia-de-engano/>.

Jodorowsky, C. (2008). *El collar del tigre*. Madrid: Martínez Roca.

Jung, C. G. (1964). *Acercamiento al inconsciente. El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Biblioteca Universal.

Jung, C. G. (1981). *Formaciones de lo inconsciente*. Madrid: Grupo Planeta (GBS).

Kaspersen, M. y Matthiesen, S. B. (2003). Síntomas de estrés postraumático entre los soldados de naciones unidas y el personal perteneciente al voluntariado. *The European Journal of Psychiatry*, 17(2), 69-77.

Kokoulina, E. y Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional durante la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 19(2), 93-103.

König, N., Heizmann, L. M., Göritz, A. S. y Schredl, M. (2017). Colors in dreams and the introduction of color TV in germany: An online study. *International Journal of Dream Research*, 10(1), 59-64.

Korovsky, E. (1995). *Psicosomática psicoanalítica*. Montevideo: Roca Viva.

Kron, T., Hareven, O. y Goldzweig, G. (2015). Dream dome: Do dreams shield the psyche in times of continuous stress? *Dreaming*, 25(2), 160-172.

- Leiva-Bianchi, M. (2011). Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 551-559.
- Letzter-Pouw, S. E., Shrira, A., Ben-Ezra, M. y Palgi, Y. (2014). Trauma transmission through perceived parental burden among holocaust survivors' offspring and grandchildren. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(4), 420-429.
- Levine, P. (2005). *Sanar el trauma*. Madrid: Neo-Person.
- Levine, P. A. e Iribarren, M. (2013). *Sanar el trauma: un programa pionero para restaurar la sabiduría de tu cuerpo*. Madrid: Neo-Person.
- Levine, P. A. y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños: Despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Barcelona: Editorial Eleftheria.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Otero, S. (2012). Un estudio sobre violencia transgeneracional en madres peruanas: Perfil clínico-epidemiológico. *Revista Peruana De Epidemiología*, 16(2), 91-95.
- Maggiolini, A., Cagnin, C., Crippa, F., Persico, A. y Rizzi, P. (2010). Content analysis of dreams and waking narratives. *Dreaming*, 20(1), 60-76.
- Maggiolini, A., Morelli, M., Falotico, E. y Montali, L. (2016). Dream contents of early adolescents, adolescents, and young adults: A cluster analysis with T-LAB. *Dreaming*, 26(3), 221-237.
- Manzanero, A. L. y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: Exactitud, tipos y características. *Cuadernos De Medicina Forense*, 18(1), 19-25.

- Martí, M. (2015). *Funciones del sueño*.
- Masota, O. (1989). *Lecciones de introducción al psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Matrangolo, G. (2016). Maltrato infantil: Herramientas para su evaluación retrospectiva. Una revisión bibliográfica, *2*(2), 56-64.
- Miñarro, A. y Morandi, T. (2012). *Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la postguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos*. Barcelona: Fundació CCSM/Xoroi Edicions.
- Miró, E. y Martínez, P. (2004). Tratamientos psicológicos de las pesadillas: Una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(1), 11-36.
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena De Pediatría*, *85*(3), 265-268.
- Morgado, I. (2007). *Emociones e inteligencia social: Las claves para una alianza entre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Munévar, M. C., Pérez, A. M. y Guzmán, E. (1995). Los sueños: su estudio científico desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *27*(1), 41-58.
- Nelles, W. (2011). *La vida no tiene marcha atrás*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nieto, I. y López, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, *7*(2), 87-104.
- Nóblega, M., Bárrig, P., Conde, G., del Prado, J., Carbonell, A., González, L., . . . Bauer, M. (2016). Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida. *Universitas Psychologica*, *15*(1), 245-260.

- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A. y Sánchez, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE 10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS.
- Osherson, S. (1986). *Al encuentro del padre: Cómo la vida de un hombre es moldeada por la relación con su padre*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Pastoreau, M. (2017). *Los colores de nuestros recuerdos*. España: Editorial Periférica.
- Patró, R. y Limiñana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales De Psicología*, 21(1), 11-17.
- Pérez Álvarez, M. (2018). Terapia de aceptación y compromiso: Aportaciones y retos. Presentado en *Jornada De Terapias De Tercera Generación, Valencia*.
- Pérez Benítez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 32(2), 145-153.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 235-254.
- Piñuel, I. y Cortijo, O. (2016). *Cómo prevenir el acoso escolar. La implantación de protocolos antibullying en los centros escolares: Una visión práctica y aplicada*. Madrid: CEU Ediciones.

- Ramos, M. J. (2014). Sueño y vigilia. En Universidad Autónoma de Barcelona, *Máster en psicobiología y neurociencia cognitiva*. Barcelona: Editorial Viguera.
- Ramo- Fernández, L., Schneider, A., Wilker, S y Kolassa, I. (2015). Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(5), 701-721.
- Reyes-Alvarado, S., Romero, J., Rivas-Ruiz, F., Perea-Milla, E., Medina, R., León, A. M. y Álvarez, J. (2008). Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros. *Anales de Pediatría*, 69(2), 134-140.
- Rodríguez, R., Seoane, L. y Pedreira, J. L. (2006). Niños contra niños: El Bullying como trastorno emergente, 64(2), 162-166.
- Rodríguez-Muñoz, A. (2011). Acoso psicológico en el trabajo: Revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 20-34.
- Roig, M. (2015). *El origen de los sueños: Un análisis transgeneracional*. Valencia: Psylicom.
- Roldán, M. I. E., Limón, I. G., Aguirre, Á A. y Jiménez, C. A. (2017). Estudio comparativo del trastorno de estrés postraumático en familiares de fallecidos por muerte esperada vs muerte inesperada. . *Revista Mexicana De Medicina Forense Y Ciencias De La Salud*, 2(2), 23-35.
- Ruppert, F. (2012). *Trauma, vínculo y constelaciones familiares*. Madrid: Paidós.
- Ruppert, F. (2014). *Trauma precoz*. Barcelona: Herder.
- Salvador, M. (2010). El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista De Psicoterapia*, 18(80), 5-16.
- Salvador, M. (2016). *Más allá del yo. Encontrar nuestra esencia en la curación del trauma*. Barcelona: Editorial Eleftheria, SL.

- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Schulte, C. (2014). Aborto y muerte fetal como traumas. In F. Ruppert (Ed.), *Trauma precoz* (pp. 233-248). Barcelona: Herder.
- Schultze-Kraft, A. (2014). La ambivalencia materna en el embarazo. In F. Ruppert (Ed.), *Trauma precoz* (pp. 97-106). Barcelona: Herder.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR, principios básicos, protocolos y procedimiento*. México: Pax México.
- Siruela, J. (2010). *El mundo bajo los párpados*. Girona: Atalanta.
- Skandke, J., Holsen, I. y Schredl, M. (2014). Continuity between waking life and dreams of psychiatric patients: A review and discussion of the implications for dream research. *International Journal of Dream Research*, 7(1), 39-53.
- Soffer- Dudek, N. y Sadeh, A. (2013). Dream recall frequency and unusual dream experiences in early adolescence: Longitudinal links to behavior problems. *Journal of Research on Adolescence*, 23(4), 635-651.
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L., Ford, J., Layne, C., Pynoos, R., . . . Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 18-28.
- Stitou, C. y Ribas, M. (2011). *Cómo influye el estrés materno durante el embarazo en la psicopatología futura del feto (tesina)*.
- Terr, L. (2000). *El juego: Por qué los adultos necesitan jugar*. Madrid: Paidós.

- Thorsheim, M. (2014). La concepción como punto de partida del trauma precoz. In F. Ruppert (Ed.), *Trauma precoz* (pp. 81-95). Barcelona: Herder.
- Tutté, J. C. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 23(1). Recuperado de <http://www.aperturas.org/23tutte.html>.
- Ureña, J. (2017). *Violencia psicológica en parejas jóvenes. Relación con otros tipos de violencia y calidad de las relaciones*.
- Uriarte de Pantazoglu, C. (1991). Traumatismos precoces; cicatrices y lagunas dentro de lo psíquico. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 74, 147-160.
- Van der Kolk, B. (2007). Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. *Revista De Toxicomanías*, 51, 3-21.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Van Eersel, P. y Maillard, C. (2004). *Mis antepasados me duelen: la psicogenealogía y constelaciones familiares*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Velázquez, J., Rojas, J. A. y Esqueda, E. (2008). Influencia de la respuesta de estrés sobre el patrón de sueño. *Revista Médica De La Universidad Veracruzana*, 8, 19-23.
- Weber, G. (1998). *Felicidad dual*. Barcelona: Herder.
- Yin, F., Li, Q. y Shen, H. (2015). Death dreams from an implicit perspective: A cross-cultural comparison between tibetan and han chinese dreamers. *Dreaming*, 25(2), 103-117.
- Yu, C. (2013). Obsessive-compulsive distress and its dynamic associations with schizotypy, borderline personality, and dreaming. *Dreaming*, 23(1), 46-63.

Zerach, G., Levin, Y., Aloni, R. y Solomon, Z. (2017). Intergenerational transmission of captivity trauma and posttraumatic stress symptoms: A twenty three-year longitudinal triadic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(S1), 114-121.



## **Anexos**

## Anexo 1 Cuestionarios

### HOJA DE REGISTRO TRAUMAS DE PACIENTE

1. **Nº de Historia:**

2. **Sexo:**

3. **Edad:**

**Nota de Registro:** En Estado indicar si el ítem está ausente con un (0) o presente con un (1).

**Etapas:** Infancia (0 a 11) - Adolescencia (12 a 17) - Juventud (18 a 22) - Adulto (26 en adelante)

#### 4. FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA PERSONAL

4.1	Factor de riesgo de Trauma de Vínculo (Intrauterino)	Estado:		
4.1.1	Pérdida de un embarazo anterior	(0)	(1)	
4.1.2	Situación de amenaza para la vida de la madre o del niño	(0)	(1)	
4.1.3	Rechazo del embarazo por parte de la madre	(0)	(1)	
4.1.4	Duelo de la madre por muerte o enfermedad de una persona o pariente próximo	(0)	(1)	
4.1.5	Parto difícil	(0)	(1)	
				<b>Etapa:</b> Marcar etapa de
				ocurrencia del trauma
				Edad
				Inicio:
4.2	Factor de riesgo de Trauma de Vínculo (Infancia)	Estado:		
4.2.1	Madre emocionalmente inaccesible	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.2	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.3	Enfermedad de algún miembro de la familia Nuclear	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.4	Adicción de algún miembro de la familia	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.5	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.6	Abuso sexual	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.7	Malos tratos Infancia	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.8	Acoso escolar (Bullying)	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.9	Abuso sexual, Incesto	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.10	Discusiones y peleas de los padres	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.11	Enfermedad padre/madre	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
4.2.12	Ausencia Física padre/madre	(0)	(1)	Infancia - Adolescente
				<b>Etapa:</b> Marcar etapa de ocurrencia del
				trauma
4.3	Factor de riesgo de Trauma Existencial	Estado:		
4.3.1	Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.2	Accidentes	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.3	Ataques terroristas	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.4	Guerra	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.5	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.6	Persecución por ideas políticas	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.7	Violaciones, agresión sexual	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto

4.3.8	Maltrato de la pareja	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.9	Diagnóstico de una enfermedad grave	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.10	Intervención quirúrgica / hospitalización	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.11	Testigo de experiencias violentas	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.12	Infidelidad	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.3.13	ETS (enfermedad de transmisión sexual)	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto

**Etapa:** Marcar etapa de ocurrencia del

<b>4.4</b>	<b>Factor de riesgo de Trauma de Pérdida</b>	<b>Estado:</b>		<b>trauma</b>
4.4.1	Muerte del padre	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.2	Muerte de la madre	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.3	Muerte de un hermano	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.4	Muerte de una pareja amada	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.5	Pérdida de un hijo	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.6	Aborto Natural	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.7	Aborto Provocado	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.8	Muerte de la madre en el parto	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.9	Muerte de un ser querido (incluir mascota)	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.10	Enfermedad de un ser querido	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.11	Muerte de un ser querido por suicidio	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.12	Asesinato de un ser querido	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.13	Separación, divorcio, viudedad	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.14	Separación o divorcio de los padres	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.15	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.16	Pérdida de los padres por adopción o por quedar al cuidado de otros	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.17	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.18	Pérdida del hogar, ciudad, país	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.19	Pérdida del trabajo, acoso laboral	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.20	Pérdida de la salud	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.21	Pérdida económica	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto
4.4.22	Pérdida de la casa	(0)	(1)	Infancia - Adolescente - Joven - Adulto

## 5. FACTORES DE RIESGO DE TRAUMA TRANSGENERACIONAL

**Generación:** Marcar generación donde

<b>5.1</b>	<b>Factor de riesgo de Trauma Vínculo</b>	<b>Estado:</b>		<b>ocurrió el trauma</b>
5.1.1	Parto difícil	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.2	Incubadora	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.3	Prematuro	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.4	Madre emocionalmente inaccesible	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.5	Padre/madre que descuida, rechaza, odia al hijo	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.6	Enfermedad de algún miembro de la familia	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.7	Adicción de algún miembro de la familia	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.8	Padres pertenecientes a un grupo social marginal o inmigrantes	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.9	Abuso sexual	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.10	Malos tratos infancia	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres

5.1.11	Acoso escolar (Bullying)	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.12	Abuso sexual, Incesto	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.13	Discusiones y peleas de los padres	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.14	Enfermedad padre/madre	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.1.15	Ausencia Física padre/madre	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
<b>5.2</b>	<b>Factor de riesgo de Trauma Existencial</b>	<b>Estado: Generación:</b>		
5.2.1	Catástrofes naturales (sismos, incendios, inundaciones, tormentas)	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.2	Accidentes	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.3	Ataques terroristas	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.4	Guerra	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.5	Asaltos violentos, tortura, secuestros, encarcelamiento	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.6	Persecución por ideas políticas	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.7	Violaciones, agresión sexual	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.8	Maltrato de la pareja	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.9	Diagnóstico de una enfermedad grave	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.10	Intervención quirúrgica / hospitalización	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.11	Testigo de experiencias violentas	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.12	Infidelidad	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.2.13	ETS (enfermedad de transmisión sexual)	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
<b>5.3</b>	<b>Factor de riesgo de Trauma de Pérdida</b>	<b>Estado: Generación:</b>		
5.3.1	Muerte del padre	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.2	Muerte de la madre	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.3	Muerte de un hermano	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.4	Muerte de una pareja amada	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.5	Pérdida de un hijo	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.6	Aborto Natural	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.7	Aborto Provocado	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.8	Muerte de la madre en el parto	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.9	Muerte de un ser querido (incluir mascota)	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.10	Enfermedad de un ser querido	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.11	Muerte de un ser querido por suicidio	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.12	Asesinato de un ser querido	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.13	Separación, divorcio, viudedad	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.14	Separación o divorcio de los padres	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.15	Pérdida por ausencia prolongada de la madre	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.16	Pérdida de los padres por adopción o por quedar al cuidado de otros	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.17	Pérdida de amigos o seres queridos (No por causas mortales)	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.18	Pérdida del hogar, ciudad, país	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.19	Pérdida del trabajo, acoso laboral	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.20	Pérdida de la salud	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.21	Pérdida económica	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres
5.3.22	Pérdida de la casa	(0)	(1)	Bisabuelos - Abuelos - Padres

### HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE PACIENTE

**Nº de Historia:**

**Número de Sesiones:**

**Sexo:**

**Frecuencia Sesión/Mes:**

**Edad:**

**Tratamiento**

**Psiquiátrico:**

**Estado Civil:**

**Nº Sueños (cantidad total):**

**Estado Actual:**

**Hijos:**

**Nota Registro:** En Estado indicar si el ítem está ausente con un (0) o presente con un (1).

Indicar la edad de Inicio del Trastorno.

<i>1. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO (Sintomatología Clínica)</i>	<b>Estado:</b>	<b>Edad Inicio</b>
1.1 Trastorno Bipolar y relacionados	(0) (1)	
1.2 Trastorno Depresivo	(0) (1)	
1.3 Trastornos de Ansiedad		
1.3.1 Trastorno de Ansiedad	(0) (1)	
1.3.2 Fobias	(0) (1)	
1.3.3 Trastorno de Pánico	(0) (1)	
1.4 TOC y relacionados	(0) (1)	
1.5 TEP (Trastorno Estrés Postraumático)	(0) (1)	
1.6 Trastornos de la Alimentación		
1.6.1 Anorexia nerviosa	(0) (1)	
1.6.2 Bulimia nerviosa	(0) (1)	
1.6.3 Trastorno de atracones	(0) (1)	
1.6.4 Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos	(0) (1)	
1.7 Trastorno del Sueño-vigilia	(0) (1)	
1.8 Trastorno Relacionado con Sustancias	(0) (1)	
1.9 Trastornos Adictivos	(0) (1)	
1.10 Problemas de Relaciones		
1.10.1 Problemas Paterno filiales	(0) (1)	
1.10.2 Problemas Conyugales	(0) (1)	
1.10.3 Problemas de relación entre hermanos	(0) (1)	

**2. DIAGNÓSTICOS**

**MÉDICOS**

**Edad**

**Estado: Inicio**

2.1	Dolores (musculares, estómago, cabeza, articulaciones)	(0)	(1)
2.2	Tensión alta, colesterol, corazón	(0)	(1)
2.3	Tensión baja	(0)	(1)
2.4	Problemas Respiratorios (asma, bronquitis, alergias)	(0)	(1)
2.5	Enfermedad Crónica	(0)	(1)

### 3.SÍNTOMAS CLÍNICOS

		Estado:	Edad Inicio
<b>3.1</b>	<b>Emociones Endógenas</b>		
3.1.1	Enfado, rabia	(0)	(1)
3.1.2	Miedo, temor	(0)	(1)
3.1.3	Tristeza, Melancolía, Pena	(0)	(1)
3.1.4	Ansiedad, nervios, angustia, intranquilidad	(0)	(1)
3.1.5	Vergüenza	(0)	(1)
3.1.6	Culpa	(0)	(1)
3.1.7	Asco	(0)	(1)
<b>3.2</b>	<b>Sentimientos Endógenos</b>		
3.2.1	Sentimiento de Desamparo	(0)	(1)
3.2.2	Sentimiento de Vacío	(0)	(1)
3.2.3	Sentimiento de Soledad/abandono	(0)	(1)
3.2.4	Sentimiento de Querer morir/Desaparecer	(0)	(1)
<b>3.3</b>	<b>Otros Síntomas Clínicos</b>		
3.3.1	Ideación Suicida	(0)	(1)
3.3.2	Intento de Suicidio	(0)	(1)
3.3.3	Amnesia de Etapas de la Vida	(0)	(1)
3.3.4	Olvidos Frecuentes	(0)	(1)
3.3.5	Mareos, Desorientación	(0)	(1)
3.3.6	Parálisis, Bloqueo	(0)	(1)
3.3.7	Despersonalización, Desrealización	(0)	(1)
3.3.8	Disociación	(0)	(1)
3.3.9	Hipersensibilidad	(0)	(1)
3.3.10	Congelación sentimientos	(0)	(1)
3.3.11	Temblores, sudores	(0)	(1)
3.3.12	Autolesiones	(0)	(1)
3.3.13	Crisis Conversivas	(0)	(1)
3.3.14	Pérdida Conciencia	(0)	(1)
3.3.15	Impulsividad	(0)	(1)

## HOJA DE REGISTRO CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO

1. **Nº de Historia:**

2. **Sueño nº:**

**Nº Sesión:**

3. **Frecuencia del Sueño:**

**Nota Registro:** En Estado indicar si el ítem está ausente con un (0) o presente con un (1).

<b>4. Tema</b>	<b>Estado:</b>
4.1 Muerte	(0) (1)
4.2 Abandono, rechazo, desamparo	(0) (1)
4.3 Infidelidad, celos	(0) (1)
4.4 Fiestas, celebraciones	(0) (1)
4.5 Gente, Reuniones	(0) (1)
4.6 Viaje, excursión	(0) (1)
4.7 Estudios, trabajo	(0) (1)
4.8 Violencia, agresiones, ira	(0) (1)
4.9 Conflicto, discusiones	(0) (1)
4.10 Pérdidas, robos, cosas rotas	(0) (1)
4.11 Ganancias, regalos	(0) (1)
4.12 Necesidades básicas: comer	(0) (1)
4.13 Necesidades básicas: beber	(0) (1)
4.14 Necesidades básicas: orinar	(0) (1)
4.15 Necesidades básicas: defecar	(0) (1)
4.16 Necesidades básicas: dormir	(0) (1)
4.17 Necesidades básicas: sexo	(0) (1)
4.18 Persecución	(0) (1)
4.19 Accidente, situación peligrosa	(0) (1)
4.20 Secretos, Ocultación	(0) (1)
4.21 Desorden, suciedad	(0) (1)
4.22 Orden, limpieza	(0) (1)
4.23 Deporte, Actividad Física	(0) (1)
4.24 Enfermedad, procedimientos médicos	(0) (1)
4.25 Situación mágica	(0) (1)
4.26 Situación Bélica	(0) (1)
4.27 Volar	(0) (1)
4.28 Injurias, Calumnias	(0) (1)
4.29 Embarazo, Nacimiento	(0) (1)

<b>5. Elementos</b>		<b>Estado:</b>	
5.1	Padres (madre, padre)	(0)	(1)
5.2	Hijos	(0)	(1)
5.3	Hermanos	(0)	(1)
5.4	Pareja, amante, expareja	(0)	(1)
5.5	Otros familiares	(0)	(1)
5.6	Niños, Bebes	(0)	(1)
5.7	Amigos, Conocidos	(0)	(1)
5.8	Enemigos	(0)	(1)
5.9	Gente	(0)	(1)
5.10	Muertos	(0)	(1)
5.11	Persona ya fallecida	(0)	(1)
5.12	Desconocidos	(0)	(1)
5.13	Terapeuta	(0)	(1)
5.14	Animales	(0)	(1)
5.15	Insectos, Bichos	(0)	(1)
5.16	Casas	(0)	(1)
5.17	Naturaleza, montaña, playa	(0)	(1)
5.18	Algo antiguo	(0)	(1)
5.19	Coche, moto, tren, avión, autobús	(0)	(1)
5.20	Personaje famoso	(0)	(1)
5.21	Compañeros (estudio, trabajo)	(0)	(1)
5.22	Excrementos, basura, desperdicios	(0)	(1)
5.23	Contexto urbano/rural	(0)	(1)
5.24	Símbolo Religioso	(0)	(1)
5.25	Objetos y muebles	(0)	(1)
5.26	Alimento	(0)	(1)
5.27	Contexto lúgubre, siniestro	(0)	(1)
5.28	Alcohol, droga, fármacos	(0)	(1)

<b>6. Emoción:</b> Indicar si está Ausente o Presente en			
6.1	Alegría	(0)	(1)
6.2	Tranquilidad	(0)	(1)
6.3	Miedo, susto, peligro	(0)	(1)
6.4	Ansiedad, angustia	(0)	(1)
6.5	Nervios, intranquilidad	(0)	(1)
6.6	Tristeza, pena	(0)	(1)
6.7	Rabia, enfado	(0)	(1)
6.8	Sorpresa	(0)	(1)
6.9	Indiferencia	(0)	(1)

6.10	Vergüenza	(0)	(1)
6.11	Satisfacción	(0)	(1)
6.12	Placer	(0)	(1)
6.13	Asco	(0)	(1)
6.14	Culpa	(0)	(1)
6.15	Sentimiento de exclusión	(0)	(1)
6.16	Impotencia, Frustración	(0)	(1)

<b>7. Color</b>		<b>Estado:</b>	
7.1	Blanco y Negro	(0)	(1)
7.2	Sepia	(0)	(1)
7.3	Grisés	(0)	(1)
7.4	Sin Matices	(0)	(1)
7.5	Colores Suaves	(0)	(1)
7.6	Color	(0)	(1)
7.7	Sin Color	(0)	(1)
7.8	Oscuridad	(0)	(1)
7.9	Claridad	(0)	(1)
7.10	Poca luz	(0)	(1)
7.11	Color Destacado	(0)	(1)
7.12	Rojo	(0)	(1)
7.13	Verde	(0)	(1)
7.14	Azul	(0)	(1)
7.15	Amarillo	(0)	(1)
7.16	Marrón	(0)	(1)
7.17	Naranja	(0)	(1)
7.18	Rosado	(0)	(1)
7.19	Violeta	(0)	(1)
7.20	Sin Imágenes	(0)	(1)

<b>8 Elementos Traumáticos</b>		<b>Estado:</b>	
8.1	Persona	(0)	(1)
8.2	Lugar	(0)	(1)
8.3	Cosa	(0)	(1)
8.4	Animal	(0)	(1)
8.5	Situación	(0)	(1)

**9 Contenido Manifiesto (nº de palabras que se recuerdan):**