

El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica

Psychological Trauma and Affective Wounds: A Review on the Definitions and Approximations for Clinical Psychology

Humberto Del Castillo Drago

Centro Areté, Medellín, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-9135-8862>

Correspondencia: psicologohumberto@centroarete.org

Alis Dahiana Bedoya Olaya


Centro Areté, Medellín, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-4756-5987>

Correo electrónico: alisbedoya@centroarete.org

Mónica Alejandra Caballero Andrade

Centro Areté, Ibagué, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-2732-2566>

Correo electrónico: mcaballero@centroarete.org

Resumen

El presente artículo es una revisión teórica sobre dos categorías de análisis: el trauma psicológico y las heridas afectivas, con el objetivo de identificar si existen relaciones y diferencias significativas entre ambas categorías de análisis para la intervención clínica. Se encontraron importantes relaciones entre ambos conceptos: por ejemplo, el rol activo que ocupa el acontecimiento en la experiencia de aflicción o choque emocional del consultante; la existencia de modelos clínicos de intervención, como la Terapia Cognitivo Conductual y la Psicoterapia de la Reconciliación, y algunas diferencias asociadas a las consecuencias que las heridas afectivas y los traumas psicólogos pueden ocasionar a nivel psíquico en la persona, además el uso reciente de la noción de herida afectiva como un concepto a desarrollar para la clínica psicológica.

Palabras Clave: Afectividad, estrés mental, psicología clínica, salud mental.

Abstract

This article is a theoretical review of two categories of analysis: psychological trauma and affective wounds, with the aim of identifying whether there are significant relationships and differences between both categories of analysis for clinical intervention. Important relationships were found between both concepts: for example, the active role that the event occupies in the client's experience of grief or emotional shock, and the existence of clinical models of intervention, such as Cognitive Behavioral Therapy and Reconciliation Psychotherapy. In addition, there are differences associated with the consequences that affective wounds and psychological traumas can cause to the mental functioning of the person. The recent use of the notion of affective injury as a concept to be developed for clinical psychology is also discussed.

Keywords: Affectivity, mental stress, clinical psychology, mental health.

Introducción

Desde la clínica psicológica, es posible encontrar algunas aproximaciones teóricas que intentan explicar las aflicciones humanas, sus causas, síntomas y tratamiento. Algunas presentan convergencias y divergencias que las hacen ser signo de análisis, comprensión y mayor reflexión para distinguir sus implicaciones en el trabajo interventivo; de manera que pueda darse una mayor respuesta a las necesidades singulares de la persona que acude a consulta. Dentro de estas aproximaciones se identifican los conceptos de *trauma psicológico* y *herida afectiva*, como experiencias psicológicas que afectan a la persona y pueden generar un impacto en su historia personal (Del Castillo, 2016). En el Centro de Psicología Areté, se ha observado que hay personas que ingresan a consulta presentando síntomas de un trastorno mental específico o manifiestan un malestar psicológico agudo, pero que en el trasfondo dichos síntomas son causados o están asociados, con una herida afectiva de base que no se ha reconciliado,

no obstante, no llega a identificarse como un trauma psicológico; es por esto que es fundamental ahondar también en el concepto de “herida afectiva”.

Es por ello que, el presente artículo se interesó en describir las nociones de trauma psicológico y las heridas afectivas, puesto que en algunos ámbitos se pueden tornar estos términos como sinónimos, y en otros se puede observar un uso diferenciado. Por ejemplo, Romero (2019) equipara el trauma con las heridas del alma, mencionando que estas pueden ocasionarse en los niños(as) como consecuencia de la violencia, las pérdidas, los accidentes, la falta de comprensión, por privaciones físicas; y aunque puedan estar presentes a lo largo de su vida, esto no los determina, puesto que también tienen la capacidad de adaptación a través de sus estrategias de afrontamiento.

Así mismo, se ha incrementado el uso del término “trauma psicológico” en asociación a aquellos acontecimientos extraordinarios, especialmente de la etapa infantil,

que quedan grabados en el inconsciente de la persona y que más adelante pueden influir en su manera de pensar, sentir y actuar (Cabello, 2017).

Es por ello, que se aborda el significado del trauma psicológico y las heridas afectivas respectivamente, las características de las experiencias traumáticas como base del devenir de ambos conceptos, sus consecuencias; entre ellas las trayectorias de evolución y el abordaje terapéutico para ambos casos.

A partir de lo anterior, el presente artículo plantea como pregunta problematizadora: ¿existen relaciones y diferencias significativas entre el concepto de trauma psicológico y heridas afectivas para la intervención clínica? En el siguiente apartado desarrollaremos respectivamente las categorías de análisis del presente artículo: trauma psicológico y heridas afectivas.

Para la realización del estudio se hizo una búsqueda de antecedentes en bases de datos como: Scopus, Dialnet, Ebsco, Scielo y Redalyc, de estudios asociados a las categorías de análisis publicados en los últimos 10 años. Finalmente, por el carácter del artículo, se incorporó información bibliográfica de libros que soportan las bases teóricas de las categorías de análisis desde disciplinas como la filosofía, teología y psicología.

El trauma psicológico

En primer lugar, según el Diccionario de la Real Academia Española (2018), la palabra “trauma” viene del griego (traûma)

“herida”, además de incluir este concepto, Martínez, Ucros y Vanegas (2016), afirman que alude a las secuelas generadas en la persona, es un acontecimiento específico en la biografía del paciente que no suele integrarse de manera consciente en el momento de lo vivido. Así mismo, Guillén-Burgos y Gutiérrez-Ruiz (2018), conciben al evento traumático como «el suceso que tenga la capacidad de generar miedo, impotencia o terror ante la inminencia de la lesión o muerte» (p. 109). Por su parte, McCann y Pearlman (1990) exponen desde una perspectiva psicológica, que un evento es traumático cuando amenaza la vida de la persona o es un ataque que se da repentinamente, es sorpresivo, o anormal; además, la persona percibe que no cuenta con las capacidades suficientes para afrontarlo, y genera distorsiones en los esquemas básicos de la persona que le ayudan a entender el mundo y adaptarse a él (como se citó en García, 2016).

Es decir que el trauma psicológico se da en un contexto determinado de la persona que lo vive; cuando se produce una situación amenazante para una persona o sus seres queridos, de la cual no puede escapar y no cuenta con los recursos suficientes para enfrentarlos, de allí a que pueda generarse un choque o golpe en la afectividad de la persona.

Así mismo, Abbenne (2009) expresa que el trauma psicológico es entendido como un choque emocional ocasionado por una situación inesperada, repentina e incontrolable, que amenaza la integridad de la persona o de personas cercanas, el

cual genera un perjuicio fuerte y duradero en el inconsciente de la misma (Ruiz & Guerrero, 2017).

Es decir que, el trauma psicológico es un impacto generado en las experiencias subjetivas de la persona, que una vez se ocasionado, puede acompañar a la persona a lo largo de la vida, es un hecho involuntario e inesperado, y por ello requiere de un trabajo psíquico de quien lo padece, para restablecerse física, mental y socialmente, luego de lo ocurrido.

Es así como, postraumático será aquello que ocurra después y a consecuencia del evento traumático. Algunas reacciones o síntomas que surgen como consecuencias de las experiencias traumáticas son (*American Psychological Association*, 2017; Guerra, et al., 2013; Mandal, 2010; Reis, et al., 2016; Richmond, et al., 2010; Sören y Kröge, 2013, como se citó en Ruiz y Guerrero, 2017):

A nivel cognitivo. Pensamientos negativos, ansiosos, obsesivos e intrusivos, hipervigilancia, confusión, dificultades en la concentración, atención y memoria, sueños y pesadillas, trastornos del sueño, ideas fijas y sobrevaloradas del peligro y la soledad.

A nivel afectivo. Angustia o ansiedad, intranquilidad, crisis de pánico, irascibilidad, tristeza, melancolía, estados depresivos, sentimientos de culpa, vergüenza y minusvalía, soledad e inestabilidad afectiva, amargura, rencor, resentimiento e incluso odio, sentido alterado de la realidad y despersonalización.

A nivel conductual. Aislamiento, retraimiento, apatía en las actividades diarias, aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, apego o desapego familiar notable, incapacidad para descansar e incluso negarse a hacerlo, lenguaje acelerado y necesidad de hablar una y otra vez sobre lo ocurrido o negarse a hacerlo.

A nivel físico. Fatiga, falta de apetito, llanto, dolores de cabeza, migraña, taquicardia, tensión muscular, náusea, escalofrío, mareo, gastritis y otros trastornos digestivos.

Igualmente, puede generar un impacto fisiológico en el cerebro, ya que este suceso puede superar las capacidades de procesamiento, generando un mayor esfuerzo para recuperarse, lo cual tiene una implicación en la dimensión biológica, afectando específicamente el sistema nervioso, además de aumentar los niveles de cortisol y de otras hormonas del estrés. Así mismo, afecta al resto de funciones cerebrales, como la activación fisiológica, alterando los ritmos de sueño o alimentación, y la regulación emocional, incluyendo sentimientos de desesperanza, tristeza, apatía; o en su extremo opuesto, con un exceso de actividad para no pensar e incluso con agresividad; afectando también las capacidades cognitivas (Aldeas Infantiles S.O.S., 2019).

De ahí que, es importante también aproximarse al término de experiencias traumáticas tempranas, el cual hace referencia a sucesos incontrolables que se presentan durante la infancia y la adolescencia, los cuales provocan reacciones a nivel

cognitivo, conductual, afectivo y físico, afectando de manera negativa el desarrollo de la persona (Ruiz & Guerrero, 2017).

Como expresa Salvador (2010), lo traumático durante la infancia ocurre a través de un periodo de tiempo vital prolongado, a través de un contexto con poca calidad afectiva, o en la que se evidencia maltrato físico y/o psicológico, abandono emocional, etc. Igualmente, expresa que el trauma psicológico podría presentarse en la vida de todo ser humano, debido a que incluye aquellos sucesos los cuales han dispuesto ciertos modelos de conductas que en el momento presente resultan disfuncionales.

De esta manera, cuando el trauma ha ocurrido en la infancia o la adolescencia, el impacto es mayor, afectando el desarrollo adecuado de la persona, como en el lenguaje, en las capacidades cognitivas o las relaciones sociales saludables. Es así como Peral (2017), señala que en la vida adulta la frecuencia del trauma deteriora la estructura de la personalidad ya formada, pero en la infancia la forma y la deforma, sobre todo cuando estos abusos y malos tratos son ejercidos por los cuidadores principales, ya que con ellos los niños establecen vínculos patológicos que procurarán mantener.

Sin embargo, el efecto de estas consecuencias puede verse transformado por los factores relacionados con el ambiente familiar; por consiguiente, poca calidad en los vínculos afectivos, «nivel pobre de comunicación o la ausencia de relaciones de apoyo son prevalentes en el caso

de familias con padres depresivos, y se encuentran asociadas a un mayor riesgo de desarrollo de problemas emocionales y conductuales en los hijos» (Pilowksy et al., 2006, como se citó en Cantón et al., 2010, p. 364).

No obstante, no solo estos actos tan graves pueden ocasionar el trauma, sino también, los actos menos intensos “microtraumas”, los cuales son menos percibidos, pero con su continuidad pueden producir una alteración en la personalidad, perjudicando la autoestima y menoscabando las relaciones con los demás.

Por su parte, Bonanno (2004, como se citó en Figueroa et al., 2016, p. 644) describe cuatro trayectorias de evolución después del trauma: a) la trayectoria resiliente es aquella en que las personas continúan con sus rutinas cotidianas con poco nivel de alteración psicológica; b) la de recuperación se observa cuando las personas presentan primero una etapa de perturbación pero se recuperan luego del transcurso de unos meses; c) la trayectoria retardada se da cuando inicialmente en la persona se evidencia un funcionamiento relativamente normal, sin embargo, posteriormente se perturba; d) la crónica es aquella en la que prontamente se suscita un deterioro del funcionamiento y la persona no se recupera.

Es normal que varias de las reacciones nombradas anteriormente ocurran durante o después del evento traumático, y se consideran parte del proceso de elaboración del trauma, duran unos días o pocas semanas, por ello es importante

la intervención de un profesional que acompañe el proceso y verifique si se trata de un episodio o si se estuviese tratando de un estado crónico.

Por otro parte, en cuanto a prevalencia de este tipo de vivencias, Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen (2016) afirman que la frecuencia de las experiencias traumáticas en la población general es alta. Por ejemplo, en México el 80% de la población ha experimentado un trauma alguna vez en su vida, en Estados Unidos el 50%, en Chile aproximadamente el 40 %, y en Alemania el 20%.

Sumado a ello, Moreau y Zisook (2002, como se citó en Figueroa et al., 2016) exponen que las experiencias traumáticas implican un quebrantamiento en la salud psíquica de la persona, y en ocasiones pueden producir varios trastornos mentales tales como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), depresión, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastornos disociativos, duelo complicado, trastornos somatomorfos, entre otros. Así, por ejemplo, Kessler (2000, como se citó Figueroa et al., 2016) afirma que del total de personas que vive un trauma aproximadamente 14% desarrollará un TEPT.

Dicho lo anterior, es importante precisar qué es un trastorno mental o psicológico y aclarar que no todos los trastornos son generados por un trauma. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2013) define al trastorno mental de la siguiente manera:

Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (p. 5)

Ahora, definiendo el concepto de TEPT, según el CIE-10 «el trauma ocurre cuando: la persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar un profundo discomfort en casi todo el mundo» (como se citó en García, 2016, párr. 2).

Por el contrario, según el DSM-5 (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, 2013) para determinar el TEPT es necesario cumplir con los siguientes criterios:

Criterio A: es preciso que haya un suceso que implique exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o en forma de amenaza, propias o de alguien muy cercano. Cuyas consecuencias incluyan criterios B, G, C, D, E.

Criterio B: secuelas en forma de sueños, recuerdos recurrentes u otras formas de revivir lo ocurrido.

Criterio G: que provocan un gran malestar que afecta a la vida laboral o personal.

Criterio C: cuando la persona inicia una estrategia de evitación contra las secuelas intentando eliminarlas.

Criterio D: se producen otra serie de problemas emocionales.

Criterio E: se produce también una alteración del estado de alerta.

En contraste con el DSM-5, Rosen y Lilienfeld (2008, como se citó en Bados, 2017) han señalado que los anteriores criterios diagnósticos carecen de apoyo empírico suficiente o consistente. En primer lugar, estipulan que existen eventos como el divorcio, el despido laboral, que pueden dar lugar al patrón de síntomas del TEPT y no necesariamente hacen parte del criterio A. Más aún, aquellos sucesos que sí cumplen con el criterio A, no son los que más contribuyen al surgimiento del TEPT, sino que está determinado por la influencia combinada con otras variables como la historia familiar de trastornos psicológicos; de igual manera, sostienen que la mayoría de las personas expuestas a un evento traumático no desarrollan TEPT.

Por ello, Shapiro distinguió dos tipos de trauma, trauma con “T” mayúscula y trauma con “t” minúscula, los primeros satisfacen los criterios del DSM 5 y se definen como peligrosos y mortales, sucesos como incendios, accidentes de tráfico, ataques terroristas; desastres naturales, la muerte de un ser querido. Mientras que los traumas con “t” son más sutiles e impactan sobre las creencias que uno tiene de sí mismo, de los demás y del mundo

(Hensley, 2010) a los cuales podríamos llamar “heridas afectivas”.

Independientemente del tipo de trauma, estos sucesos pueden quedar arraigados en la red de memoria original generando síntomas traumáticos o TEPT, impactando de manera negativa en la confianza que desarrolla la persona sobre sí misma y su autoeficacia. Así mismo, los estímulos disparadores asociados con el suceso activan imágenes, sensaciones físicas, sabores, olores, sonidos y creencias que pueden reproducir la experiencia original como si se produjera en el presente o generar otras distorsiones al percibir los acontecimientos del momento, de esta manera, los recuerdos del suceso pueden provocar una respuesta emocional o física (Hensley, 2010).

De igual manera, dentro de la clasificación de tipos de trastornos asociados al trauma, encontramos también el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), en el que a diferencia del TEPT, se origina cuando se presentan muchos sucesos traumáticos, se produce disociación continua como una modo de sobrevivir al trauma, por lo que el evento es olvidado la mayoría de las veces. Otro tipo es el Trastorno por Trauma del Desarrollo (TTD) cuando el trauma complejo se da específicamente en la infancia o adolescencia, afectando en un alto nivel el desarrollo adecuado de su personalidad, ya que están todavía en desarrollo. Así mismo, el Trauma Relacional, implica además, que la persona que ocasiona daño e inseguridad son personas significativas para el niño, quienes se suponen deben proporcionarle

los cuidados necesarios (Aldeas Infantiles S.O.S., 2019).

Por su parte, la ocurrencia de eventos traumáticos también se correlaciona con la presencia de otros trastornos como depresión mayor, TAG, pánico/agorafobia, abuso de sustancias, cuya correlación puede deberse a la presencia de recuerdos perturbadores acerca del suceso (Bados, 2017). Debe tenerse en cuenta que, el desencadenamiento de una sintomatología de estrés postraumático dependerá también del grado de vulnerabilidad de la persona, la cual a su vez estará influenciada por una serie de factores de riesgo cognitivos y ambientales (Cantón et al., 2010).

Se ha demostrado que ciertas intervenciones son más efectivas para el tratamiento del TEPT, entre ellas se encuentra la Terapia cognitivo Conductual (TCC), específicamente la TCC de exposición, la cual consiste en que el consultante verbalice acerca del suceso mientras es expuesto a los recuerdos traumáticos; sustentando que de esta manera las imágenes desordenadas y caóticas que se encuentran en la memoria emocional puedan ser ubicadas en un espacio-tiempo, así como ser integradas a la memoria verbal y en la biografía de la persona, desactivando el miedo que producen dichos recuerdos permitiéndole tener control sobre ellos (López, 2015).

Otro tipo de intervención es la terapia EMDR (cuyas siglas en español significan: Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares) donde se

les solicita a los pacientes centrar intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática, a la vez que siguen los dedos de la mano del terapeuta, quien realiza estimulación bilateral para inducir la aparición de movimientos sacádicos oculares lentos, con el fin de transformar las memorias disfuncionales en funcionales (Iurramendi, 2016).

Uno de los más aceptados, es el Modelo Trifásico de Judith Herman (1997, como se citó en Cazabat, 2001) el cual comprende tres fases: 1. “Restablecimiento de la seguridad” en la cual el paciente debe volver a tener control interno y externo; 2. “Rememoración y duelo” se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática; y 3. “Reconexión” fase que apunta a reconectar al paciente con la vida, con el presente y el futuro, redefiniéndose a sí mismo en el contexto de relaciones y actividades significativas.

Por otra parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se centra en que la persona acepte la ansiedad y el malestar tal y como son, estableciendo un compromiso con los valores personales para actuar en la dirección elegida, por medio del cambio de los contextos verbales que se relacionan con el evento traumático, utilizando metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Feligreras, 2014).

En cuanto a la Terapia de Esquemas Young, Klosko y Weishaar (2013) proponen que luego de haber identificado junto con el paciente, los esquemas

centrales y los estilos de afrontamiento, se dará a lugar una segunda fase denominada “proceso de cambio”, cuyo objetivo principal es sustituir los estilos de afrontamiento disfuncionales por otros más saludables que permitan a los consultantes satisfacer sus necesidades emocionales nucleares; esto implica utilizar diferentes estrategias según los diferentes componentes de los esquemas, entre ellas estrategias cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales. Finalmente, cuando los pacientes repiten los patrones disfuncionales basados en sus esquemas, el terapeuta los confronta empáticamente con las razones que justifican su cambio.

En el caso de los tratamientos farmacológicos, pueden ser eficaces para reducir los síntomas básicos del TEPT, así como la depresión asociada, principalmente los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) como agentes de primera línea, así como su valor en el tratamiento a largo plazo (Lucena, 2008).

Vemos cómo el trauma psicológico es un tema relevante para la clínica, en tanto, permite responder a experiencias subjetivas derivadas de eventos o situaciones amenazantes para la persona, que han impactado su psique y por tanto generado secuelas clínicamente significativas, al igual que la implementación de modelos para su intervención. Del mismo modo, las heridas afectivas pueden surgir a raíz de situaciones que generan un impacto psicológico en la persona y merece ser signo de reflexión en asociación al trauma

psicológico, concepto que será desarrollado a continuación.

Las heridas afectivas

Para comprender mejor el concepto “herida afectiva”, es necesario definir primero los términos “herida” y “afectividad”. El término “herida” viene del griego “*traumatismos*”: traumatizar” que alude a generar una herida física o psicológica (Del Castillo, 2016). La Real Academia Española afirma que una herida, refiere a «aquello que aflige y atormenta el ánimo» (2018, párr 1). Dentro del ámbito de la psicología, Freud inició utilizando este término de forma sistemática, incluyéndolo dentro del concepto de trauma, como «la impotencia del psiquismo para hacer frente a un cierto acontecimiento» ocasionando síntomas histéricos (Álvarez, 2016).

Por otro lado, en cuanto al concepto de afectividad, Sarráis (2017) la define como aquella facultad psicológica que permite que aquellas experiencias conscientes originadas en un acto de la percepción, imaginación, memoria, pensamiento, deseo y comportamiento, de las que el sujeto atiende y toma conciencia, generen un efecto sobre él.

Así mismo, Del Castillo (2017), considera la afectividad como la capacidad que tiene el ser humano de resonar y vibrar interiormente, es decir, se conforma por las diferentes vivencias que experimenta la persona dentro de sí; es aquella posibilidad que tiene todo ser humano de amar y ser amado, es el impulso que lleva a

la persona a vivir el amor, la caridad, el cariño, la ternura y la amistad.

Por su parte, García-Morato (2017) explica que dichas experiencias no solo incluyen desde las más simples sensaciones corporales hasta los sentimientos psíquicos con un componente sensible como la fatiga; sino también otros afectos de nivel superior (sentimientos espirituales) como la contricción, la compasión, entre otros, que despiertan su corazón y que le pueden encender en amor o romper por la pena.

Lo dicho hasta aquí supone que la afectividad es la facultad que tienen las personas para que las experiencias conscientes generen un efecto interior, además es aquello que motiva expresar y vivenciar el amor, incluyendo también elementos como las emociones, los sentimientos, las pasiones, los estados de ánimo, el humor, las motivaciones, la ilusión, entre otros.

Cabe resaltar, que a lo largo de la vida de cada persona se va cumpliendo un proceso de modelación de la disposición afectiva, siendo los primeros días y meses de la existencia de gran importancia para la formación de esta; por ello, este modo de ser afectivo es tan personal como la fisonomía, el porte, los gestos, entre otros (Quelal, 2016). En este proceso de modelación la familia es la primera escuela de afectividad, son los padres los primeros en aportar en la afectividad de sus hijos, a través del vínculo natural, espontáneo y necesario que se establece entre ellos, sin el cual el niño no puede crecer. Cuando los padres consuelan, corrigen, animan, acarician a sus hijos, es allí donde germinan

los primeros sentimientos del niño, de los que tanto dependerá en el futuro su estilo afectivo (Quelal, 2016).

Cada ser humano posee afectividad, la cual se va desplegando en la vida cotidiana desde que es bebé o recién nacido hasta ser un adulto mayor; como consecuencia de la interacción entre el componente hereditario y genético, y las diferentes circunstancias de la historia personal. Aquí, se destaca la importancia de la educación afectiva desde temprana edad para saber expresar y encauzar los afectos y los comportamientos. De esta manera, al tener una recta valoración propia, practicará el respeto y la protección consigo mismo, y con los demás, especialmente cuando se llegó a ejercer el rol de padres, siendo una forma de prevenir la suscitación de heridas afectivas de padres a hijos, previniendo a su vez, problemas psicológicos posteriores (Arderius, 2020).

Por otro lado, al acercarse al concepto de “herida afectiva”, De acuerdo con la revisión literaria, se encuentra que no hay una concordancia entre los autores que han abordado este tema, pues las denominan “heridas emocionales”, “heridas psicológicas”, o “heridas espirituales”. De esta manera, se ha desarrollado más el concepto de “heridas” desde el ámbito espiritual, brindando herramientas para la sanación.

Por ejemplo, Berg (2016) define las heridas espirituales como aquellas que surgen como consecuencia de hechos de maltrato eventuales o sistemáticos cometidos por una autoridad

eclesiástica o de una cultura interna, hacia una persona que tiene necesidad de ayuda, de apoyo o de mayor fortaleza espiritual, lo que resulta en el debilitamiento, el menoscabo o el decaimiento del potencial espiritual de esa persona, manifestando además, distorsión de la imagen de Dios y de la propia identidad cristiana, preocupación excesiva por los logros espirituales externos, dificultades en la relación con las autoridades espirituales, dificultades para establecer límites frente a la relación con los demás, dificultades para reconocer el abuso espiritual, desconfianza, entre otros.

Otros autores también se han acercado al concepto de heridas afectivas y además de este, han empleado el uso del término “heridas interiores”, “heridas emocionales”. Uno de ellos es Domínguez (2019), quien afirma que estas no son tan conscientes en la persona y se expresan a través de emociones como la culpa, ira, tristeza, vergüenza, entre otros; además ocasionan comportamientos y reacciones desproporcionadas que requieren de un proceso de sanación. El mismo autor plantea cinco tipos de heridas que pueden haberse originado en los primeros años de vida, estas son: a) el abandono, b) la humillación, el insulto y desprecio, c) la comparación con otros, d) la sobreprotección, e) el abuso físico o moral. Además de ello, plantea las siguientes estrategias para la sanación de heridas: 1. Conocer las heridas, 2. Tomar consciencia de cómo afrontar las heridas, 3. Tomar distancia de la fuente de la herida, 4. Aceptación de la situación, 5. Tomar consciencia de los propios efectos,

6. Responsabilizarse de la propia herida,
7. Atender a las propias necesidades.

Así mismo, Escobar-Torres (2019) alude al concepto de “heridas emocionales”, que pueden padecerse desde la concepción, desarrollando principalmente tres tipos de heridas que son: a) el abandono: este puede ser físico o psicológico, cuando hay ausencia paternal o de los cuidadores, quienes se muestran fríos o distantes a nivel vincular con sus hijos; b) la agresión: incluye la agresión física o psicológica que puede recibirse desde el proceso de gestación y en el transcurso de la infancia generando dolor y fuertes preocupaciones en el menor; c) el abuso sexual: se da después del parto y puede ser abuso agresivo o seductor. El autor afirma que a raíz de estas tres heridas se originan innumerables problemas psicológicos en la vida posterior de la persona y plantea cuatro pasos para su elaboración e intervención: 1. Reconocer el problema, 2. Aceptarse, aceptar, perdonar y pedir perdón, 3. Identificar posibles soluciones, y 4. Reparar.

Con relación a ello, partiendo de la necesidad de ahondar teóricamente en la noción de heridas que generan una huella psíquica en la persona e impactan su bienestar mental, desde el Centro Areté se ha preferido hablar del término “heridas afectivas” porque se generan en la afectividad de la persona, y de esta manera pueden impactar en las diferentes dimensiones de la persona, la corporal, psicológica y espiritual. Esta definición la desarrolla Del Castillo (2016) afirmando que una herida afectiva puede entenderse como

una situación o acontecimiento fuerte o doloroso que altera todo el componente afectivo de la persona, la cual no es capaz de interpretar adecuadamente y de integrar sanamente en su proceso de desarrollo psíquico, produciendo un daño duradero en todas sus dimensiones (alma-cuerpo-espíritu) y que sigue afectando a la persona en el momento presente. Además las heridas pueden manifestarse en conductas que limitan a la persona y cohiben su capacidad de amar, enfrentar y disfrutar de la vida en síntomas emocionales como la sensación de vacío, tristeza, miedos, falta de motivación, amargura, desconfianza, negativismo, entre otros (Grove, 2020).

Retomando a Del Castillo (2016), quien ha clasificado las heridas afectivas según el contexto en el que se generan, expone que el primer tipo son las heridas familiares, es decir, aquellas que se generan dentro del núcleo familiar, cuando se es hijo o hermano, pero que no solo pueden afectar las relaciones con los miembros de la familia, sino que podrían impedir el desarrollo adecuado del autoconcepto, la seguridad y la recta valoración de sí mismo. El segundo tipo, son las heridas de otros ámbitos, entre las cuales se encuentra la muerte de un ser querido, el abuso sexual o violación, las experiencias sexuales tempranas; el rechazo al propio cuerpo, las experiencias dolorosas en el matrimonio, fracasos en el ámbito académico o laboral, entre otras.

Por su parte, Orihuela (2016) clasifica las heridas en cinco tipos: rechazo, abandono, humillación, traición e injusticia; y explica

que éstas influyen en el desarrollo de la personalidad, en cuyo caso se evidencia que la persona interpreta la vida desde el miedo, la falta de confianza, y deseo por tener el control de las situaciones. Además, reproduce en el presente, las mismas sensaciones y pensamientos que experimentó en el pasado, con aquellas personas que son significativas para ella o en situaciones donde se siente vulnerable, porque está inmersa en el dolor, evidenciándose reacciones de defensa por miedo a ser lastimada nuevamente.

Entonces, las heridas más antiguas se remontan a menudo a la niñez y por lo general provienen primeramente del círculo familiar y luego de las relaciones interpersonales que la persona va construyendo, por lo que el cuidado y el amor parental son un factor imprescindible. De acuerdo con el abordaje terapéutico EMDR, estas experiencias más tempranas aunque no son necesariamente traumas con “T” grande, pueden considerarse traumas con “t” pequeña, como la humillación o el abandono por parte de los cuidadores, burlas, insultos, comentarios despectivos; los cuales influyen negativamente en la valoración personal, siendo el motivo de consulta más frecuente, además de que pueden ocasionar diferentes trastornos psicológicos, pues contribuyen a su problema actual (Díaz et al., 2020).

De esta manera, si estos eventos son persistentes en la infancia pueden afectar el desarrollo general de la persona, en cuyo caso se denominan experiencias adversas en la infancia (EAI), las cuales se presentan en los primeros seis años

de vida y generan altos niveles de estrés porque no se cuenta con los recursos para afrontarlos de manera satisfactoria. Las más frecuentes son el maltrato en sus diferentes tipos y la disfunción familiar; provocando conductas de riesgo, enfermedades crónicas, e incluso influyendo en la disminución de la calidad de vida (Castillo et al., 2017). Igualmente, Vega-Arce y Nunez-Ulloa (2017) agregan otras repercusiones en la edad adulta como obesidad, cáncer, diabetes tipo 2, infecciones de transmisión sexual, depresión, intentos de suicidio, estrés postraumático, consumo de SPA (sustancias psicoactivas), entre otros.

Por su parte, Arderius (2020) afirma que las heridas pueden darse por la satisfacción exagerada de una necesidad o por la no satisfacción de ésta, puede ser por un golpe fuerte, o por la repetición constante de un hecho de la misma naturaleza como la sensación de no ser querido durante la infancia. De allí, que puede inferirse que una inadecuada satisfacción de la necesidad afectiva produce heridas que, si no se cuenta con los recursos psíquicos necesarios o con una capacidad de resiliencia o de restablecimiento adecuadas para afrontarlas, pueden traer problemas y graves afectaciones a la persona.

Los profesionales del Centro Areté, en su intervención a través de la psicoterapia de la reconciliación, han observado que las heridas afectivas son acontecimientos en la vida de un ser humano que producen emociones intensas, normalmente tristeza, miedo, culpa, vergüenza, ira, rencor, resentimiento, aislamiento y distintos

malestares psicológicos, que hacen necesaria la intervención psicoterapéutica en la vida del consultante.

Por lo tanto, como explican Solvey y Ferrazzano (2014), los acontecimientos perturbadores que se dan incluso en la vida diaria pueden causar tanto o más síntomas de TEPT que los traumas mayores; por lo que, los pensamientos, emociones y demás síntomas físicos y psicológicos que puede presentar la persona en el momento que acude a consulta, pueden ser la consecuencia de no procesar de manera adaptativa los recuerdos de eventos adversos. Es así que las heridas afectivas son un problema psicológico muy frecuente en la intervención clínica.

Arderius (2020) explica que las personas que no se han desarrollado con una base afectiva sólida y no han sido amadas incondicionalmente en su infancia, como consecuencia de esa búsqueda de amor, presentan síntomas de angustia, alteraciones del sueño, compulsiones, reacciones desproporcionadas, inadecuada estima o valoración personal, sentimiento malsano de culpa, actitudes perfeccionistas e hiperexigentes, necesitando de la aprobación constante de los demás, dificultades para relacionarse de manera adecuada, generando problemas de pareja, crisis existencial, entre otros.

Es decir que, las heridas afectivas originan sentimientos desagradables y emociones intensas; generando incapacidad de recibir y dar amor adecuadamente, así

como conductas desadaptativas que si no se abordan pueden impactar negativamente en todo el ser de la persona. Otra característica es que no es tan evidente para la persona categorizar la presencia de heridas afectivas, como la base de su malestar, debido a que «nuestras heridas suelen estar ocultas o vagamente presentes en nuestra conciencia. Las conocemos por sus efectos en nosotros, en nuestro comportamiento. Pero precisamente por ser tan difícilmente “digeribles” para nosotros, han quedado “enterradas”, aparentemente borradas de nuestra conciencia» (Domínguez, 2019, p. 102). Por ello, en consulta, más allá de los síntomas se identifica la necesidad de ahondar en la raíz de su origen, que en algunos casos es una herida afectiva.

Jarero y Artigas (2020) explican que la falta de integración de los recuerdos de las experiencias adversas prolongadas en la red de memoria relacionada con el evento, se debe a que éstas generan una exposición continua de cortisol sobre el hipocampo, ocasionando a su vez, un deterioro en la capacidad de consolidación de dicha red, almacenándose de manera disfuncional, manteniéndose en un estado excitatorio como si fuera una memoria a corto plazo, la cual se va ampliando y extendiendo hasta el presente con cada nueva experiencia negativa relacionada, produciendo pensamientos distorsionados sobre el futuro y respuestas no adaptativas. Lo que genera vulnerabilidad en la persona ante otras situaciones estresantes, convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos

depresivos o de ansiedad (Rendón & Rodríguez-Gómez, 2016).

Así mismo, las heridas pueden generar esquemas subyacentes o creencias controladoras, profundamente enraizadas, aprendidas en los primeros años de vida, y por lo cual son difíciles de cambiar porque se apoyan en elementos cognitivos, conductuales y emocionales, por ello, determinan la forma de pensar, sentir, actuar y de relacionarse con los demás (Young & Klosko, 2012).

Young, et al. (2013), en su libro *Terapia de Esquemas*, señalan cuatro experiencias vitales tempranas que constituyen la principal causa de los esquemas desadaptativos:

- La frustración tóxica de necesidades: se produce cuando el niño experimenta demasiado poco de algo bueno, adquiriendo esquemas como la privación emocional o el abandono.
- La victimización: es cuando al niño se le hiere o se le victimiza, desarrollando esquemas como la desconfianza/abuso, imperfección/vergüenza o vulnerabilidad al peligro.
- El niño experimenta algo bueno en exceso: los padres aportan al niño demasiado de algo que, con moderación, sería saludable para él.
- Internalización significativa: es cuando el niño se identifica selectivamente con sus padres e internaliza sus pensamientos, experiencias, sentimientos y conductas.

De ahí que, los esquemas proporcionan un sentido de predicción y de seguridad, puesto que son cómodos y familiares, además, son trascendentales en el concepto que la persona construye de sí misma y del mundo; de modo que, aunque un esquema sea contraproducente, no se renuncia a creer en él, pues sería como abandonar la seguridad de saber quién se es y cómo es el mundo.

De esta manera, cuando un niño, no siente un amor y un afecto incondicional, como consecuencia de buscar el afecto de sus padres, se producen miedos con creencias o pensamientos distorsionados tales como no sentirse apoyados, miedo a cometer errores, a ser reprobados o no sentirse dignos para sus padres, miedo a fracasar, a ser comparado, a quedarse vacío, a sufrir, a mostrarse débil, al conflicto, inadecuada estima o valoración personal, sentimiento malsano de culpa, etc. Así mismo, puede asociarse con casos de TDAH, tartamudez, dificultades de aprendizaje, trastornos del desarrollo, adicciones, fobias y miedos, trastornos alimenticios (Arderius, 2020).

Por otro lado, de acuerdo con Kleponis en su libro *Pornografía: Comprender y afrontar el problema* (2018) expone que, los hombres consumen pornografía como una forma no consciente de aliviar los sentimientos de soledad o el dolor que proviene de haber experimentado rechazo, abandono, abuso, negligencia por parte de sus familiares o compañeros en alguna etapa de su vida. De manera similar, en las mujeres la adicción al sexo o a la pornografía se da como consecuencia de una búsqueda de afecto y una forma

de aliviar el dolor producido por heridas afectivas como abuso (especialmente el abuso sexual), adicción, fallecimiento de un ser querido, divorcio de los padres, sentimientos de soledad, entre otros (Kleponis, 2018).

Al mismo tiempo, la persona herida tiende a generalizar la causa de su experiencia dolorosa (“todos los hombres son malos”, “todo el mundo está contra mí”, etc.), desconfiar de todo, convirtiéndose en un obstáculo para la construcción de una relación adecuada consigo mismo, con los demás y con Dios. Como resultado, se observa que, si una persona fue abandonada, criticada, sobreprotegida, maltratada o rechazada; en el futuro, ella repetirá esas mismas situaciones, lo cual provoca que fracase en el logro de sus objetivos más deseados (Young & Klosko, 2012).

Según lo anterior, las heridas afectivas pueden influir también en la manera de pensar, sentir y actuar de la persona al generar esquemas maladaptativos o creencias centrales, profundamente enraizadas, aprendidas en los primeros años de vida, y por lo cual son difíciles de cambiar porque se apoyan en elementos cognitivos, conductuales y emocionales. Por ejemplo, las personas que no han recibido el cuidado y atención necesarios por parte de sus padres pueden creer que no merecen ser amados; en cambio, los sobreprotegidos se creerán el centro de todo.

En conclusión, las heridas afectivas tienen consecuencias en la vida de la persona,

especialmente en su afectividad, generando sufrimiento y dolor psíquico particular; por ello, es importante contar con herramientas para abordarlas y prevenir algún trastorno psicológico. Es por ello, que el Centro de Psicología Areté, ha venido desarrollando un modelo de intervención llamado la Psicoterapia de la Reconciliación (PR), el cual se expone a continuación.

La PR está basada en la antropología cristiana, reconociendo que el ser humano es una unidad Bio-Psico-Espiritual, como respuesta ante diversos problemas psicológicos comunes, abordando especialmente las heridas afectivas; el cual utiliza herramientas y técnicas psicológicas concretas con las que pretende que el consultante tenga una apertura al conocimiento de sí mismo, a la aceptación personal, al perdón y la reconciliación, y así poder lograr una integración psíquica que facilite un cambio en sus cuatro relaciones fundamentales: consigo mismo, con los demás, con el mundo y con Dios (Del Castillo, 2019).

Ruiz (2017) explica los momentos de la PR que son:

1. Establecer el vínculo terapéutico, reducción de síntomas que generan malestar significativo, ejecución de la evaluación (en la cual también se exploran los recursos personales de quien consulta); planteamiento de la hipótesis diagnóstica, de los objetivos terapéuticos, y el plan de tratamiento global.

2. Se continúa trabajando los objetivos terapéuticos y en cada sesión se buscan objetivos a trabajar guiados por los objetivos globales del tratamiento, según la evolución de la persona; se identifica y modifica lo que ha generado la sintomatología del paciente.

3. Reconciliar heridas afectivas: se profundiza en ciertas etapas de la historia personal para reconocer las heridas afectivas; después, se inicia el proceso de aceptación, para buscar el perdón y finalmente alcanzar la reconciliación.

Discusión

Algunas semejanzas encontradas entre los conceptos de trauma psicológico y heridas afectivas son: etimológicamente pueden equipararse como sinónimos la palabra trauma y herida, son distorsiones de la afectividad, son manifestaciones de inmadurez afectiva o inestabilidad emocional, se originan a partir de un evento traumático o amenazante que genera un impacto psíquico en la persona (Abbenne, 2009, citado en Ruiz & Guerrero, 2017), pueden afectar todas las dimensiones de la misma persona y sus consecuencias se prolongan en el tiempo dependiendo de diferentes factores como la historia personal, edad y vulnerabilidad de la persona, los vínculos afectivos familiares, la frecuencia de dicha experiencia y su nivel de intensidad, entre otros.

Además, ambos presentan síntomas en común como: pensamientos

distorsionados, ansiedad, irritabilidad, tristeza, melancolía, inestabilidad afectiva, estados depresivos, sentimientos de culpa, vergüenza y minusvalía, soledad y amargura, rencor, resentimiento e incluso odio, aislamiento, retraimiento, apatía en las actividades diarias (*American Psychological Association*, 2017; Guerra, et al., 2013; Mandal, 2010; Reis, et al., 2016; Richmond, et al., 2010; Sören & Kröge, 2013; como se citó en Ruiz & Guerrero, 2017). De esta manera afectan la salud mental de las personas, impidiendo su despliegue armónico.

Sin embargo, se encuentran ciertas diferencias entre trauma psicológico y herida afectiva, principalmente, en cuanto a la graduación en las consecuencias que se producen en la persona. Por un lado, el trauma psicológico puede originar diferentes trastornos mentales como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), trastorno por trauma del desarrollo, trauma relacional, depresión, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastornos disociativos, duelo complicado, trastornos somatomorfos, entre otros. Se correlaciona con la presencia de otros trastornos como depresión mayor, TAG, pánico/agorafobia, abuso de sustancias.

Así mismo, ha sido respaldado por estudios empíricos, trabajos clínicos basados en la evidencia y enfoques de intervención la TCC de exposición (López, 2015), EMDR (Iurramendi, 2016), Modelo Trifásico de Judith Herman (Cazabat, 2001), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Feligreras, 2014), la Terapia Centrada en Esquemas (Young et al., 2013), entre otros.

Por su parte las heridas afectivas no necesariamente generan un trastorno, pero es un hecho en la vida de un ser humano que produce distintos malestares psicológicos, esquemas nucleares y sobretodo consecuencias en su afectividad, presentando emociones intensas como tristeza, miedo, culpa, rencor, vergüenza, miedos, desconfianza, actitudes perfeccionistas e hiperexigentes, necesidad constante de la aprobación de los demás, dificultades para relacionarse de manera adecuada, entre otros.

Igualmente, es un concepto poco desarrollado en el ámbito clínico, pero que desde la conceptualización de algunos autores (Del Castillo, 2016; Domínguez, 2019; Escobar-Torres, 2019) al originarse a partir de experiencias dolorosas o difíciles que no se integran adecuadamente e impactan negativamente en la afectividad de la persona. En la práctica clínica del Centro Areté se han identificado su importancia en el origen de alteraciones emocionales, esquemas, patrones de comportamiento y trastornos mentales; lo que ha originado la formulación de la Psicoterapia de la Reconciliación, como protocolo de intervención para el abordaje terapéutico de las heridas afectivas, siendo este un enfoque nuevo y planteado a partir de la experiencia clínica.

De esta manera, se evidencia la importancia del concepto de heridas afectivas para la intervención clínica, en tanto permite identificar la causa del malestar, consecuencias y secuelas mentales, generadas a partir de situaciones adversas en la persona. Además, se confirma el

valor del acompañamiento psicológico a las personas que experimentan una situación dolorosa o traumática, donde se evalúe la trayectoria y evolución de la misma: si se trata de un episodio o si se estuviese derivando un estado crónico, o incluso un trastorno, identificar si se trata de una herida afectiva o de un trauma psicológico.

Por ello, este trabajo abre el camino para el desarrollo de futuras investigaciones que aborden las heridas afectivas desde

un enfoque teórico y práctico con el fin de generar nuevo conocimiento para la clínica psicológica.

Financiamiento

La presente investigación fue autofinanciada.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Referencias

- Aldeas Infantiles S.O.S. (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y la adolescencia*. https://www.espiralesci.es/wp-content/uploads/Acomp_las_heridas_del_alma_FJ_Romeo.pdf
- Álvarez, M. (2016). *La repetición, una interpretación psicoanalítica: Freud y Lacan*. (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, España. <https://eprints.ucm.es/38287/1/T37457.pdf>
- Arderius, E. (2020). *Educación afectivo sexual y terapia psicológica: modelo integral de acompañamiento a la persona y a la familia*. https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/10915/1/Educacion_Elena_Arderius_21Cong_Cat%26VidaPubl_2019.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. DSM (5ta ed.). APA.
- Bados, A. (2017). *Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>
- Berg, T. (2016). *Hurting in the Church: A way forward for wounded Catholics*. Our Sunday Visitor.
- Cantón, D., Cortés, M. R., & Cantón, J. (2010). Experiencias traumáticas, ambiente familiar y ajuste psicológico. *INFAD*, 1(1), 363-369. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6507251>
- Castillo, A., Cleves, D., García, A., Laverde, L., Medina, V., Cortés, H., Ramírez, D., & Dávalos, D. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Med U.P.B.*, 36(1), 9-15. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1017/845>
- Cazabat, E. H. (2001). Nuevos abordajes psicoterapéuticos en el tratamiento del Trauma. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. <http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat/archivos/o6-Cazabat-Nuevos%20abordajes%20otrauma.pdf>
- Del Castillo, H. (2016). *Reconciliación de la Historia Personal* (2da ed.). Areté.
- Del Castillo, H. (2017). *Afectividad y sexualidad en la vida cotidiana*. Areté.

- Del Castillo, H. (2019). *Creciendo en la valoración personal día a día*. Areté.
- Díaz, Y., Espinosa, Y., & Rivero, A. (2020). Desensibilización y Reprocesamiento con Movimientos Oculares (EMDR) en niños con traumas psicológicos. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 8(22). <https://acupsi.org/articulo/285/desensibilizacin-y-reprocesamiento-con-movimientos-oculares-emdr-en-nios-con-traumas-psicologicos.html#:~:text=La%20desensibilizaci%C3%B3n%20y%20reprocesamiento%20a,de%20mejor%C3%ADa%20de%20los%20os%C3%ADntomas>
- Domínguez, X. M. (2019). *Más allá de tus heridas: acompañamiento y sanación*. Ediciones Khaf.
- Escobar-Torres, O. (2019). *Abandono, agresión y abuso sexual: tres heridas emocionales de la infancia, cómo reconocerlas y sanarlas*. Edición del autor.
- Feligreras, E. (2014). *Técnicas de intervención en abuso sexual infantil: estrategias cognitivo-conductuales, aceptación y mindfulness* (Tesis de pregrado). Universidad de Jaén, España. http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/866/1/TFG_FeligrerasAlcal%c3%a1%2cElena.pdf
- Figueroa, R. A., Cortés, P.F., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 643-655. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n5/art13.pdf>
- García, J. A. (2016). Los traumas y sus efectos psicológicos. *Psicoterapeutas*. <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/Trauma.html>
- García-Morato, J. (2017). La razón y los afectos. En J. Cabanyes & M. Monge (Eds.), *La salud mental y sus cuidados* (4a. ed.).
- Grove, C. (2020). Restaurando las áreas de mi vida. Conferencia presentada en *Congreso Digital de Sanación: Restáurame*.
- Hensley, B. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Desclée de Brouwer.
- Guillén-Burgos, H. F. & Gutiérrez-Ruiz, K. (2018). Avances genéticos en el trastorno por estrés postraumático. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 108-118. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/806/80658480006/index.html>

- Iurramendi, Y. (2016). *El tratamiento de la psicoterapia en personas que han sufrido una experiencia traumática*. (Tesis de pregrado). Universidad de la República, Uruguay. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_yennifer_iurramendi.pdf
- Jarero, I., & Artigas, L. (2020). Conceptualización teórica sobre el trauma agudo y el estrés traumático continuado basada en el modelo del SPIA. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 10(1). https://d66bb195-c503-4bf2-807e-ccc6eff333fd.filesusr.com/ugd/c70085_ba4a194806564a6e8f5cedoea85566af.pdf
- Jáuregui, I. (2008). Trastorno por estrés postraumático a propósito de un caso de violación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 8, 833-850. https://www.tcasevilla.com/archivos/trastorno_de_estres_postraumatico._a_proposito_de_un_caso_de_violacion.pdf
- Kleponis, P. (2018). *Pornografía: comprender y afrontar el problema*. Voz de Papel.
- Lucena, J. J. (2008). Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno de estrés post-traumático. *Psicoevidencias*. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/15-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-el-estres-post-traumatico/file>
- López, C. (2015). *Psicoterapia del trauma: intervenciones con víctimas de situaciones extremas*. (Tesis de grado). Universidad de la República, Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7777/1/L%20c3%20b3pez%20c%20Carlos.pdf>
- Martínez, M.D., Ucros, M., & Vanegas, B.X. (2016). Impacto de experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo, emocional y familiar en niños y adolescentes víctimas de violencia. *Tesis Psicológica*, 11(1), 206-215.
- Ordóñez-Cambor, N., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., García-Álvarez, L., Pizarro-Ruiz, J. P., & Lemos-Giráldez, S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44. <http://www.papeles-delpsicologo.es/pdf/2660.pdf>
- Orihuela, A. (2016). *Transforma las heridas de tu infancia*. Aguilar.
- Peral, C. (2017). ¿Podemos prevenir el trauma? Reflexiones acerca del uso del arte-terapia como vía para la prevención del trauma y del desarrollo de la resiliencia.

Arteterapia: Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social, 12, 277-292. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6669344>

Quelal, N. (2016). *La afectividad y su incidencia en la formación de niños y niñas de 2 a 5 años de edad, de los centros infantiles La Primavera y Chispitas de vida, durante el año escolar 2012-2013. Propuesta alternativa*. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ecuador. <http://repositorio.utn.edu.ec/bits-tream/123456789/4689/1/05%20FECYT%202258%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Real Academia Española. (2018). Diccionario de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/trauma?m=form>

Rendón, E., & Rodríguez-Gómez, R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(2), 261-280. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n2/v14n2a11.pdf>

Rojas, M. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>

Romero, F. J. (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia*. http://www.espiralesci.es/wp-content/uploads/Acomp_las_heridas_del_alma_FJ_Romeo.pdf

Ruiz, A., & Guerrero, E. A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6234347>

Ruiz, M. (2017). Proyecto Psicoterapia de la Reconciliación. En C. Sanín. Conferencia presentada en *Congreso Colombiano de Psicología: Psicología y Construcción de paz* de COLPSIC, Medellín, Colombia.

Salvador, M. (2010). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16. <http://bonding.es/trauma-psicologico-proceso-neurofisiologico-consecuencias-psicologicas/>

Samper, E. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215. <http://scielo.isciii.es/pdf/sm/v72n3/informes1.pdf>

Sarráis, F. (2017). *Entender la Afectividad*. Ediciones Teconté.

Solvey, P., & Ferrazzano, R. (2014). EMDR: un nuevo abordaje terapéutico. *Alcmeon*, 19(1), 23-30. https://www.alcmeon.com.ar/19/04_Edmr_solvey.pdf

Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00124.pdf>

Young, J. E., & Klosko, J. S. (2012). *Reinventar tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Paidós.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de Esquemas* (2da ed.). Desclée de Brouwer.

Recibido: 15 de febrero de 2021

Revisado: 5 de mayo de 2021

Aceptado: 24 de junio de 2021