

Júlia Marzal Rodríguez

La influència d'experiències traumàtiques durant la infància en el desenvolupament d'un trastorn per ús de substàncies: casos clínics

TREBALL DE FINAL DE MÀSTER

Dirigit per Elisabet Sánchez Rodríguez

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2022

El present Treball de Final de Màster (TFM) conté informació personal sobre pacients clínics, i per tant, dades confidencials, i no pot ser compartit en la seva totalitat.

ÍNDEX

1. **Fonamentació teòricaiError! Marcador no definido.**
2. **Cas 1: pacient NiError! Marcador no definido.**
 - 2.1. Presentació-descripció del casiError! Marcador no definido.
 - 2.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades ...iError!
Marcador no definido.
 - 2.3. Hipòtesis diagnòstiques, d'origen i de manteniment del problema
iError! Marcador no definido.
 - 2.4. Definició dels objectius d'actuacióiError! Marcador no definido.
 - 2.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractamentiError!
Marcador no definido.
 - 2.5.1. *Model Minnesota: trastorns per ús de substàncies*iError! **Marcador no definido.**
 - 2.5.2. *Teràpia Familiar narrativa i EMDR: adopció*iError! **Marcador no definido.**
 - 2.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits ...iError!
Marcador no definido.
 - 2.7. Discussió dels resultats obtingutsiError! Marcador no definido.
 - 2.8. Seguiment: resultatsiError! Marcador no definido.
3. **Cas 2: pacient YiError! Marcador no definido.**
 - 3.1. Presentació-descripció del casiError! Marcador no definido.
 - 3.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades ...iError!
Marcador no definido.

3.3. Hipòtesis diagnòstiques, d'origen i de manteniment del problema
iError! Marcador no definido.

3.4. Definició dels objectius d'actuació**iError! Marcador no definido.**

3.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament**iError!
Marcador no definido.**

*3.5.1. Model Minnesota: trastorns per ús de substàncies***iError! Marcador
no definido.**

3.5.2. Teràpia d'Acceptació i Compromís, i Mindfulness: abusos sexuals
iError! Marcador no definido.

*3.5.3. Teràpia Dialèctico-Conductual: autolesions***iError! Marcador no
definito.**

3.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits ...**iError!
Marcador no definido.**

3.7. Discussió dels resultats obtinguts**iError! Marcador no definido.**

3.8. Seguiment: resultats**iError! Marcador no definido.**

4. Cas 3: pacient ZiError! Marcador no definido.

4.1. Presentació-descripció del cas**iError! Marcador no definido.**

4.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades ...**iError!
Marcador no definido.**

4.3. Hipòtesis diagnòstiques, d'origen i de manteniment del problema
iError! Marcador no definido.

4.4. Definició dels objectius d'actuació**iError! Marcador no definido.**

4.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament**iError!
Marcador no definido.**

4.5.1. *Model Minnesota: trastorns per ús de substàncies* **iError! Marcador no definido.**

4.5.2. *ACT: maltractament físic* **iError! Marcador no definido.**

4.5.3. *Teràpia cognitiu-conductual: control d'impulsos* **iError! Marcador no definido.**

4.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits ... **iError! Marcador no definido.**

4.7. Discussió dels resultats obtinguts **iError! Marcador no definido.**

4.8. Seguiment: resultats **iError! Marcador no definido.**

5. Anàlisi de les limitacions del treball **iError! Marcador no definido.**

6. Conclusions crítiques i possibles canvis a fer en el futur **iError! Marcador no definido.**

7. Bibliografia **iError! Marcador no definido.**

Annexos **iError! Marcador no definido.**

Fonamentació teòrica

En el següent Treball Final de Màster s'exposen 3 casos clínics associats al centre on es van realitzar les pràctiques del Màster en Psicologia General Sanitària, per la Universitat Rovira i Virgili durant el curs 2021-22. Aquests casos estan formats per una breu descripció dels pacients, de les tècniques d'avaluació que es van utilitzar, el tractament que s'ha seguit, i algunes propostes relacionades.

Els 3 casos seleccionats per a realitzar aquest treball giren entorn a una problemàtica en comú: l'addicció a substàncies tòxiques. La definició de la conducta addictiva com a trastorn mental no ha tingut un reconeixement científic fins fa poc temps. Segons les actuals classificacions internacionals de la Organització Mundial de la Salut (OMS, 2019) i l'Associació Americana de Psiquiatria, (APA, 2013) les addiccions constitueixen un trastorn mental, i no un problema de voluntat o de vici, com algunes persones pensen. A grans trets, l'addicció és defineix com un trastorn crònic i recurrent caracteritzat per la cerca i el consum compulsiu de la substància, tot i les conseqüències negatives que hi ha associades. Es considera un trastorn mental i cerebral, ja que genera canvis funcionals en els circuits del cervell que participen en la recompensa, l'estrès i l'autocontrol; podent arribar a perdurar anys, un cop havent deixat de consumir (Ruiz, 2019). Cal recordar que igual que succeeix amb altres trastorns i malalties, la probabilitat de desenvolupar una addicció varia en funció de la persona, ja que no hi ha un únic factor que ho determini. Tal i com explica l'Institut Nacional sobre l'Abús de Drogues (NIDA, 2020), quants més factors de risc presenti la persona, més possibilitat tindrà de que el consum abusiu la porti a generar una addicció. Contràriament, els factors

de protecció, en redueixen aquest risc mort. Per exemple, uns possibles factors de risc podrien ser el comportament agressiu durant la infància, la falta de supervisió parental, les poques habilitats a l'hora d'afrontar la pressió dels pares, experimentació amb les drogues, disponibilitat de drogues a l'escola i viure en una comunitat empobrida. Per contra, els factors de protecció podrien ser l'autoeficàcia, el recolzament i la vigilància parental, relacions positives, bon rendiment escolar, polítiques antidrogues a l'escola i bons recursos comunitaris (NIDA, 2020).

De manera més específica, les addicions es troben detallades dins de la 5a edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5, per les seves sigles en anglès Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 2013), en el capítol dels trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius. Els trastorns relacionats amb substàncies abasten 10 tipus de drogues diferents: alcohol, cafeïna, cànnabis, al·lucinògens, inhalants, opiacis, sedants, hipnòtics i ansiolítics, estimulants (amfetamina, cocaïna...), tabac i altres. Aquestes substàncies no són radicalment diferents entre elles, qualsevol droga consumida en excés provoca una activació directa en el sistema de recompensa del cervell que participa en el reforç dels comportaments i la producció dels records. En general, provoquen una activació tan intensa al sistema de recompensa, que s'acaben ignorant les activitats normals (APA, 2013). A més a més, també el DSM-5 també inclou el joc patològic, demostrant que les conductes del joc activen sistemes de recompensa similars als de les drogues (APA, 2013).

A continuació, es detallen els criteris diagnòstic segons el DSM-5 (APA, 2013) per als trastorn per ús d'alcohol, cànnabis i cocaïna; sent les substàncies que tenen en comú els 3 casos clínics.

Abans de res, aclarir que els principals criteris són comuns en totes les substàncies, i únicament varia el quadre d'abstinència. Per tant doncs, per diagnosticar un trastorn per ús d'alcohol, cànnabis o cocaïna, es demana que aquest consum provoqui un deteriorament o malestar significatiu i que es mantingui almenys 2 dels 11 factors, durant un mínim de 12 mesos: que es consumeixi amb freqüència grans quantitats o durant més temps del previst, que hi hagi un desig persistent o esforços fracassats d'abandonar o controlar el consum, que s'inverteixi molt de temps en aconseguir la substància, en consumir-la o en recuperar-se dels seus efectes, també que hi hagi un gran desig de consumir el tòxic, i que aquest consum porti a la persona a incomplir les seves obligacions, que aquest consum continuï tot i els problemes negatius associats, que provoqui l'abandonament o reducció de les activitats socials, que la persona es posi en situacions de risc, que continuï consumit tot i saber que té un problema, i que generi tolerància cap a la substància. En quant al últim factor, el del quadre d'abstinència, varia entre els criteris diagnòstic entre les diferents substàncies.

En primer lloc, pel que fa a l'alcohol, es caracteritza per un increment de tremolor a les mans, insomni, nàusees o vòmits, al·lucinacions o il·lusions, agitació psicomotora, ansietat i/o convulsions. En segon lloc, el quadre d'abstinència del cànnabis pot estar associat a un augment de la irritabilitat, ràbia o agressivitat, al nerviosisme o l'ansietat, a tenir dificultat a l'hora de dormir, pèrdua d'apetit o de pes, intranquil·litat, un estat d'ànim deprimat i/o

síntomes físics com dolor abdominal, tremolors, febre, etc. Per últim, el relacionat amb la cocaïna, pot produir fatiga, somnis vívids i desagradables, insomni o hipersòmnia, augment de l'apetit i/o retràs psicomotor o agitació.

Pel que fa a la prevalença del consum d'aquestes substàncies tòxiques a nivell espanyol, durant el 2019, gairebé el 83% dels homes i el 72% de les dones van consumir alcohol en algun moment (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021). Quasi un 15% dels homes van consumir cànnabis, versus un 6% de les dones. I en quant a la cocaïna, la van consumir un 4% dels homes i un 1% de les dones (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021). En tots els tipus de tòxics, la prevalença de consum és superior en homes, exceptuant els analgèsics opioides sense recepta, que és superior el percentatge en població femenina (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021). És molt complicat fer una bona aproximació sobre el percentatge de persones de tot Espanya que pateixen un trastorn per ús de substàncies (TUS), ja que la gran majoria no demanen ajuda. No obstant, al 2019 es van fer estimacions sobre les taxes de consum problemàtic. El 4,2% de la població espanyola entre 15 i 64 anys, hauria estat realitzant un consum de risc d'alcohol i el 1,9% de cànnabis; amb xifres en ambdós casos majors entre els homes i els menors de 35 anys (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021). Aquell mateix any es van registrar 50.035 admissions per tractament per abús o dependència de substàncies tòxiques, més de la meitat (54,9%) era el seu primer cop (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021). La cocaïna es va mantenir com la droga que major nombre d'ingressos va causar (44,7%), seguida del cànnabis (28,4%) i dels opioides (22,3%) (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021).

Altrament, és clau conèixer com afecten les substàncies tòxiques en el nostre cervell, per entendre els comportaments que se'n deriven. Les drogues interfereixen en la manera en la que les neurones envien, reben i processen les senyals que transmeten els neurotransmissors (NIDA, 2020). Hi ha tòxics, com el cànnabis i la heroïna, que tenen la capacitat d'activar neurones degut a la seva estructura química tant similar a la d'un neurotransmissor natural. Poden alterar zones important del cervell, les quals són necessàries a l'hora de dur a terme funcions vitals i que poden impulsar al consum compulsiu propi d'una addicció (NIDA, 2020). Per exemple, els ganglis basals, tenen una funció important en les formes positives de motivació (com menjar, mantenir relacions sexuals o interactuar socialment) i en la formació d'hàbits i rutines. Aquests constitueixen un node clau en el circuit de recompensa, on les substàncies generen una forta hiperactivitat al sentir la eufòria de consumir-les. Però quan la presència del tòxic es repeteix, el circuit s'adapta i disminueix la seva sensibilitat, fent que a la persona li resulti difícil sentir plaer amb alguna cosa que no sigui la substància (NIDA, 2020). També afecten a l'amígdala, la qual està relacionada amb característiques típics dels quadres d'abstinència a substàncies, com l'ansietat, la irritabilitat i la inquietud. A mesura que augmenta el consum de la droga, aquest circuit es torna cada cop més sensible, i amb el temps, la persona consumeix per deixar de sentir aquestes sensacions estressants i angoixants (NIDA, 2020). Per últim, el còrtex prefrontal també es veu afectat, repercutint doncs en la capacitat de pensar, planificar, resoldre problemes, prendre decisions i controlar els propis impulsos. A més a més, algunes drogues, com els opioides, també alteren altres parts del cervell, com el tron encefàlic, el qual controla funcions vitals: freqüència cardíaca, la respiració i el son. Explicant

així, com una sobredosi pot debilitar la respiració i arribar a causar la mort. A més a més, una de les zones de cervell que continua desenvolupant-se durant l'adolescència es el còrtex prefrontal. El fet que aquesta part segueixi en formació durant aquesta etapa, fa que els joves que consumeixen substàncies en excés, tinguin més risc a que els canvis que es generin a nivell cerebral siguin profunds i duradors (NIDA, 2020).

Per tant doncs, els canvis que es generen en aquestes estructures cerebrals, fan que una persona que pateix un trastorn per ús de substàncies, busqui la droga de manera compulsiva i tingui menys control dels seus impulsos; generant així tota mena de conductes desadaptatives i disfuncionals (NIDA, 2020).

Tal i com s'ha mencionat amb anterioritat, els 3 casos escollits per la realització d'aquest treball giren entorn a la conducta addictiva. No obstant, tenen un altre factor en comú: haver patit situacions traumàtiques durant la infantesa. I és que en nombrosos estudis s'ha confirmat el vincle entre la vivència d'experiències traumàtiques en la infància i les conductes addictives durant l'edat adulta. Un dels estudis més coneguts és el de Felitti et al. (1998), els quals van concloure que a mesura que augmentava el número d'experiències adverses en la infància (EAI), també augmentava el risc de consum d'alcohol i altres substàncies tòxiques. Els autors van incloure com a EAI: l'abús físic, emocional i sexual, la negligència, la pèrdua d'un familiar proper, presenciar violència i conviure amb un membre de la família que tingués un trastorn mental. Aquesta correlació ha sigut estudiada i senyalada al llarg del anys (De Venter et al., 2013; Dube et al., 2003), un dels estudis més recents és el de Zarse et al. (2019), on els resultats segueixen

demostrant que la relació entre les EAI amb un alt risc de patir una alta gama de trastorns mentals, addiccions i malalties orgàniques.

Les experiències traumàtiques durant al infància poden tenir una gran varietat d'efectes perjudicials en l'individu, en funció del trauma, la duració, en quin període de desenvolupament va ocórrer, la genètica, el gènere de l'individu i la presència o absència d'un cuidador comprensiu (De Bellis i Zisk, 2014). Tot i que l'impacte del trauma infantil es complex, el resultat comú és una desregulació del sistema de l'estrès (Moustafa et al., 2021), regit per l'eix hipotalàmic-pituïtari-adrenal (HPA), el qual ens prepara per respondre de manera eficaç davant una situació de perill. Quan identifiquem un factor estressant, l'eix HPA ens prepara per lluitar provocant una secreció d'hormones com l'adrenalina i els glucocorticoides. D'aquesta manera experimentem hiperactivitat, augment de la pressió arterial, freqüència cardíaca ràpida, respiració accelerada i una sensació d'alarma. No obstant, quan els esdeveniments traumàtics son persistent i l'amenaça mai s'acaba, la persona es troba en una situació d'estrès crònic, a causa d'un trauma infantil perllongat en el temps; generant una desregulació en el sistema de l'estrès. L'eix HPA s'activa de manera permanent en aquests infants, els quals segurament experimenten excitació, ansietat, hipervigilància i un estat d'alerta continuat (Moustafa et al., 2021; van der Kolk, 2014). Aquesta desregulació durant els primers anys del desenvolupament, pot provocar efectes perjudicials sobre el sistema immunològic, la regulació emocional, el desenvolupament cognitiu, el funcionament executiu i pot augmentar el risc a patir malalties neurodegeneratives (Dunlavey et al., 2018).

Per a les persones amb sistemes de l'estrès desregulats a conseqüències d'un trauma, les substàncies tòxiques els poden oferir una reducció de la hiperactivitat crònica i l'ansietat (van der Kolk, 2014). Per exemple, l'alcohol i el cànnabis tenen efectes calmants en un estat d'intoxicació, arribant inclús a alentir el sistema nerviós central. D'aquesta manera poden reduir els pensaments intrusius i suprimir l'excitació causada per les hormones de l'estrès. Tot i això, hi ha persones que utilitzen estratègies de dissociació o despersonalització durant la vivències de les EAI, i poden arribar a sentir-se crònicament desconnectades i sense emocions (van der Kolk, 2014). Per exemple, la cocaïna i les amfetamines tenen efectes estimulants que produeixen energia i estat d'alerta. A més a més, activitats com les autolesions no suïcides, el sexe i el joc poden ajudar a aquest tipus de persones a sortir d'aquest estat de desconexió i experimentar alguna sensació (van der Kolk, 2014).

Per tant, les persones que han patit algun tipus de situació traumàtica durant els primers anys de desenvolupament, solen ser més vulnerables a patir algun tipus d'addicció, degut a les propietats de les drogues, les quals poden modificar l'estat d'ànim. Segurament, les conductes addictives solen ser el millor intent de la persona per fer front als efectes biològics i neurobiològics del trauma infantil: hiperactivació o despersonalització.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5th ed). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amparo, C. (2011). Intervenciones en el Consumo de Alcohol: De los Grupos de Autoayuda a la Regulación de la Propia Conducta. ¿Métodos Complementarios o Antagónicos? *Clínica Contemporánea*, 2(3), 249-269. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n3a2>
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In Monahan J., i Steadman H. J. (Eds.), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (61-79). The University Chicago Press.
- Beck, A., Kovacs, M. i Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.47.2.34>
- Bernstein, E. M. i Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Caballo, V., Guillén, J., Salazar, I. i Irurtia, M. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "cuestionario exploratorio de personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 277-302.

Corral, P. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández, i I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. (137–149). Pirámide.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad.

De Bellis, M. i Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, 23(2), 185-222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>

De Venter, M., Demyttenaere, K. i Bruffaerts, R. (2013). The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschr Psychiatrie*, 55(4), 259-68.

Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W. i Anda, R. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>

Dunlavey C. J. (2018). Introduction to the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Healthy and Dysregulated Stress Responses, Developmental Stress and Neurodegeneration. *Journal of undergraduate neuroscience education*, 16(2), 59–60.

- Echeburúa, E. i Salaberria, K. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 21(76), 151-179.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. i Marks, J. S. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- García Galarza, B. (2011). *El Modelo Minnesota. Un método de tratamiento para las adicciones*. [Tesis de Maestría, Universidad de Deusto].
<https://docplayer.es/893571-El-modelo-minnesota-un-metodo-de-tratamiento-para-las-adicciones.html>
- Gómez Llano, M. i López-Rodríguez, J. (2017). La dependencia emocional: la adicción comportamental en los márgenes de la patología dual. *Revista De Patología Dual*, 4(2), 1-4.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. i Rodríguez, F. (2002), *Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R*. TEA Ediciones.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- Linehan, M. M. (1993). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. The Guilford Press.

Molero-Zafra, M. i Perez-Marin, M. (2011). [Adoption: A protocol based on EMDR, family therapy, narrative and attachment theory]. In Application of EMDR in the treatment of various disorders (Francisca Garca Guerrero, Chair). Symposium conducted at the 9th National Clinical Psychology Conference, San Sebastian, Spain.

Morgan, A. (2006). *Once upon a Time...Narrative Therapy with Children and their families*. Dulwich Centre Publications.

Muraca, F. (2019). Aportes desde la Psicoeducación al Tratamiento de la Enfermedad Mental. *UNR Journal*, 2(22), 1-6.

Moustafa, A., Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E.; ... Misiak, B. (2021). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. *Current Psychology*, 40(2), 579-584.
<https://doi.org/10.1007/s12144-018-9973-9>

Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V. i Mann, J. J. (2001). Spanish adaption of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147-155.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Paidós

- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.
- Rodríguez-Pulido, F. i González de Rivera, J.L. (2003). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios y P. Fernández de Larriona Palacios (eds.), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 225-239), Masson.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Ruiz, J. (2019). Adicciones como trastorno mental y su estigma. *Revista Española De Drogodependencias*.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. i Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. TEA Ediciones.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual técnico y de interpretación*. NCS Pearson, Inc.
- Zarse, E., Neff, M., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J. i Chambers, R. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1), 2-13. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1581447>