

Trauma complejo: una mirada integrativa y basada en evidencia.

Russi, Mauro.

Cita:

Russi, Mauro (2025). *Trauma complejo: una mirada integrativa y basada en evidencia*. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/553>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/tAH>

TRAUMA COMPLEJO: UNA MIRADA INTEGRATIVA Y BASADA EN EVIDENCIA

Russi, Mauro

Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente trabajo se presentará un modelo de tratamiento para el trauma complejo en tres fases: 1) estabilización con el modelo de la terapia dialéctica conductual (DBT en sus siglas en inglés); 2) procesamiento del trauma con sistema de familia interno (IFS por sus siglas en inglés) y 3) construcción de una vida acorde a valores desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT con sus siglas en inglés). Para esto se desarrollará el concepto de trauma complejo y su presentación clínica con sus desafíos, diferenciándolo del estrés postraumático “simple”. Esta mirada que se podría considerar ecléctica está basada en la evidencia de cada modelo por separado partiendo de la postura ética de que la complejidad subjetiva de cada padecimiento no es homogénea, con lo cual tratamientos rígidos y estandarizados, si bien permiten su validación empírica, en su praxis clínica presentan marcadas limitaciones.

Palabras clave

Trauma - Integrativo - Clínica

ABSTRACT

COMPLEX TRAUMA: AN INTEGRATIVE AND EVIDENCE-BASED PERSPECTIVE

This paper presents a three-phase treatment model for complex trauma: 1) stabilization with the dialectical behavior therapy (DBT) model; 2) trauma processing with the internal family system (IFS); and 3) building a values-aligned life through acceptance and commitment therapy (ACT). To this end, the concept of complex trauma and its clinical presentation and challenges will be developed, differentiating it from “simple” post-traumatic stress. This perspective, which could be considered eclectic, is based on the evidence from each model separately, starting from the ethical position that the subjective complexity of each condition is not homogeneous. Therefore, rigid and standardized treatments, while allowing for empirical validation, present marked limitations in clinical practice.

Keywords

Trauma - Clinic - Integrative

En el presente trabajo se presentará un modelo de tratamiento para el trauma complejo en tres fases: 1) estabilización con el modelo de la terapia dialéctica conductual (DBT en sus siglas en inglés); 2) procesamiento del trauma con sistema de familia interno (IFS por sus siglas en inglés) y 3) construcción de una vida acorde a valores desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT con sus siglas en inglés). Para esto se desarrollará el concepto de trauma complejo y su presentación clínica con sus desafíos, diferenciándolo del estrés postraumático “simple”. Esta mirada que se podría considerar ecléctica está basada en la evidencia de cada modelo por separado partiendo de la postura ética de que la complejidad subjetiva de cada padecimiento no es homogénea, con lo cual tratamientos rígidos y estandarizados, si bien permiten su validación empírica, en su praxis clínica presentan marcadas limitaciones.

Para ordenar la presentación académica se dividirá en 2 partes centrales: conceptualización del trauma complejo y el desarrollo de su historia y la presentación resumida de cada modelo psicoterapéutico propuesto para cada fase y la propuesta de integración.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEPTC O TRAUMA COMPLEJO: EVIDENCIA ACTUAL E HISTORIA

Para comenzar es importante tener presente como el CIE-11 presenta al trastorno por estrés postraumático complejo (de ahora en más TEPTC o TEPT COMPLEJO):

“El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de:

1. los problemas en la regulación del afecto;
2. las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático;
3. las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.”

Los autores Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C.R., Cloitre, M., Downes, A.J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J.I. & Roberts, N.P. (2017) a raíz de una investigación en donde aplicaron el Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) para evaluar la validez factorial del TEPT y el TEPT-C según la CIE-11; proporcionar la primera prueba de la validez discriminante de estos constructos; y brindar la primera comparación de las tasas de diagnóstico de TEPT de la CIE-11 y del Manual Diagnóstico y Estadístico, quinta edición (DSM-5), utilizando medidas específicas para cada trastorno. A partir de los resultados concluyeron que existe validez factorial y discriminante del TEPT y el TEPT complejo según la CIE-11, y el CIE-11 produciendo menos diagnósticos que el DSM-V.

Retornando a la génesis de la diferenciación de este cuadro clínico es destacable las contribuciones de la psiquiatra Leonore Terr (1991) quien propuso distinguir entre dos subtipos de presentaciones clínicas según las características del evento que desencadenó el trauma. Por un lado, el subtipo 1, donde el evento es repentino y único, y el subtipo 2, donde los eventos son múltiples y perduran en el tiempo, llevando a síntomas como la disociación y la desregulación emocional.

Ya en 1992 la psiquiatra Judith Herman introdujo formalmente los conceptos de 'trauma complejo' y 'trastorno de estrés post-traumático complejo' en dos publicaciones: su libro *Trauma And Recovery* y su artículo *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma* (Brenninkmeyer, 2017; Herman, 1992; Herman, 2004), diferenciando al TEPTC o TEPT complejo de otras categorías diagnósticas por la presencia de eventos estresantes que dañan la autoeficacia por su persistencia en el tiempo y por la invalidación traumática vivida al contar y no ser escuchadas y/o por las amenazas recurrentes con conductas contradictorias de quienes perpetran las violencias.

Herman (2004) sostiene la idea de que detrás de múltiples diagnósticos hay hechos de violencias múltiples y sostenidas en el tiempo ocultando el origen de sus padecimientos.

En base a la propuesta de Herman los criterios diagnósticos del TEPT complejo deberían ser:

Una exposición a un 'control totalitario' que puede durar desde meses a años, y que generalmente incluye abuso físico y/o sexual, donde se ve afectada dimensiones metacognitivas, relaciones interpersonales, desregulación emocional, episodios disociativos, reexperimentación emocional de recuerdos traumáticos y una postura ambivalente frente quien/es perpetraron las violencias y una distorsión de los significados en torno a la autoeficacia y la peligrosidad del mundo (Brenninkmeyer, 2017; Herman, 2004).

Cabe destacar que los perpetradores suelen ser personas significativas en los cuidados, o vínculos primarios, que se hacen provecho de la cercanía y la confianza del niño, niña o adolescente para llevar a cabo las violencias reiteradas en el tiempo, presentando ya desde muy pequeños síntomas que Van Der Kolk (2005) denominó "Trastorno traumático del desarrollo".

MODELOS PROPUESTOS: HACIA UNA MIRADA TÉCNICA DE LA INTEGRACIÓN EN LA CLÍNICA

Se parte de la idea de que éticamente no es posible integrar cualquier modelo, de cualquier corriente, ya que podría generar iatrogenia en quienes se ven expuesto a este eclecticismo teórico y pragmático. La elección de los modelos propuestos para cada fase se elige en base a dos dimensiones: que estén basados en evidencia empírica y que quede clara su implementación en cada momento de la psicoterapia sin incurrir en intrusismos técnicos al estilo "vale todo".

FASE 1: TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL DBT. SURFEAR LA OLA EMOCIONAL

Para comenzar, vamos a partir de la presentación del modelo dialéctico conductual, o DBT por sus siglas en inglés, que presenta marcada evidencia empírica para acompañar a consultantes con desregulación emocional.

La propuesta terapéutica del modelo se basa en cuatro módulos habilidades: mindfulness, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y regulación emocional.

En base a un estudio de Stewart, K., Smith, A. & Valentine, S. (2020) quienes realizaron una revisión sistemática en donde se identifica 31 estudios que avalan empíricamente los efectos positivos de trabajar habilidades en formato independiente sin necesidad del tratamiento estándar pudiendo brindar resultados efectivos en el abordaje de la desregulación emocional como enfoque transdiagnóstico.

FASE 2: SISTEMA DE FAMILIA INTERNO IFS. ILUMINANDO LA OSCURIDAD CON COMPASIÓN Y AMOR

El psiquiatra Frank Anderson y entrenador certificado en el modelo IFS plantea lo siguiente sobre el TEPTC "es una vulneración relacional que altera nuestra percepción de la confianza y la seguridad en el mundo y limita el acceso a nuestra energía del self" (2021: 27).

El modelo de IFS se basa en los sistemas de pensamientos sistémicos y en la multiplicidad de la mente, partiendo de la premisa que todas las personas tenemos un núcleo auténtico y singular que denomina self, que es innato. Asimismo, se plantea que estamos compuestos por partes o aspectos de nuestra personalidad con las que nacemos o que se fueron construyendo a lo largo de nuestras vidas por las diferentes experiencias vividas. En relación con las personas con TEPTC estas partes cumplen funciones protectoras, por un lado, y otras cargan con las experiencias dolorosas, es decir el aspecto emocional de lo vivido, por otro lado.

Esta propuesta psicoterapéutica enfoca su trabajo tanto en la dimensión cognitiva como en la somática/cuerpo para facilitar la descarga de emociones dolorosas al sanar las heridas de las partes.

Con respecto a su evidencia empírica, Guterrez, M. (2023) realizó un análisis sistemático de 11 estudios sobre dicho abordaje clínico donde se da cuenta de la efectividad del tratamiento en una amplia gama de trastornos, en diversas poblaciones y en integración con otros modelos como la terapia cognitivo conductual (TCC).

Con mayor exactitud para el abordaje del trauma Andersen, F., Hodgdon, H., Hrubec, W., Schwartz, R. & Southwell, E. (2020) realizaron una investigación con una muestra de diecisiete adultos con TEPT y antecedentes de múltiples traumas infantiles quienes participaron en un ensayo no controlado de IFS, recibiendo 16 sesiones de IFS de 90 minutos y completando cuatro evaluaciones (antes, durante y después del tratamiento, y un seguimiento de 1 mes) en donde evaluaron la efectividad del mismo en la reducción sintomática concluyendo con los resultados que hay un apoyo preliminar para la IFS como tratamiento en adultos con antecedentes de trauma infantil.

FASE 3: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)... ¿Y AHORA QUÉ?

Es pertinente destacar que las personas que han vivido toda su vida bajo la sombra de los eventos dolorosos del pasado poseen una calidad de vida deteriorada con respecto a sus proyectos personales. Asimismo, abordar las emociones y síntomas del trauma complejo es, paradójicamente, generar un alivio y un manto de incertidumbre con respecto al futuro. Si ya no se padece de lo vivido en el pasado, procesado esto, solo resta focalizarse en el presente para construir el porvenir.

Con respecto a la base filosófica del modelo:

“Se basa en una filosofía pragmática de la ciencia denominada contextualismo funcional (Biglan y Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes, Hayes y Reese, 1988). Contextualismo es el término de Stephen Pepper (1942) para pragmatismo en la tradición de William James. La unidad analítica nuclear del contextualismo es el acto-en-contexto en curso; es decir, la acción del organismo establecida sensatamente (Pepper, 1942).” (Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. 2015: 37)

En esa línea la terapia de aceptación y compromiso brinda un abordaje esclarecedor para el trabajo en la construcción de valores y la promoción de conductas guiadas por dichos valores, o acción comprometida, en conjunto con otros 5 procesos psicológicos (defusión, aceptación, yo como contexto, atención flexible al momento presente) permitiendo el desarrollo de mayor flexibilidad psicológica.

Al hacer referencia a los procesos psicológicos valores y acción comprometida los autores antes mencionados expresaran que los valores son elegidos, formulados y clarificados por sus funciones de aumentar la aparición en determinados contextos de ciertas conductas que le permitan al consultante acercarse a el modo en que le gustaría estar en el aquí y ahora, por ejemplo ser una pareja cariñosa, un padre presente o un amigo compasivo,

o incluso, ser más auto compasivo consigo mismo frente a los desafíos diarios. Esta idea de pensar el habitar esta vida acorde a nuestros valores es lo opuesto a pensar en conductas que tienden hacia la huida o evitación experiencial (desconfiar de los demás y alejarse, celar a una pareja en forma compulsiva, y posteriormente abandonar, por miedo al sufrimiento de la ruptura).

CONCLUSIÓN

Resulta evidente la importancia de pensar abordajes y acompañamientos psicoterapéuticos del trauma complejo que permitan una mirada integral de los desafíos de los y las consultantes, buscando que el mismo sea basado en la evidencia empírica del aporte que cada modelo desde su cosmovisión puede ofrecer.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, F. G. (2021) Trascender el trauma. Tratamiento del TEPT complejo mediante la terapia de sistemas de familia interna. Barcelona: Eleftheria.
- Brenninkmeyer, F. (2017). Complex trauma in children: An overview of theoretical developments. En A. Hendry y J. Haster (Eds.), *Creative therapies for complex trauma*. Jessica Kingsley.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
- Gutiérrez, M.N. (2023) Revisión bibliográfica sobre los sistemas de la familia interna. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/3113>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 3, 377-391. Recuperado de: psycnet.apa.org
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Espasa Calpe.
- Hodgdon, H.B., Anderson, F.G., Southwell, E., Hrubec, W. y Schwartz, R. (2021). Terapia de Sistemas Familiares Internos (SFI) para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en Supervivientes de Múltiples Traumas Infantiles: Un Estudio Piloto de Efectividad. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31 (1), 22-43. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.2013375>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 10-20.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 5, 401-408. *Complex trauma histories. Psychiatric Annals*, 35, 5, 401-408.