

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, 2025.

Trauma complejo: tratamiento y obstáculos.

Fernandez, Leandro.

Cita:

Fernandez, Leandro (2025). *Trauma complejo: tratamiento y obstáculos. 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/000-004/834>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/yW1>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TRAUMA COMPLEJO: TRATAMIENTO Y OBSTÁCULOS

Fernandez, Leandro

GCBA. Hospital General de Agudos "Dr. C. Durand". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El concepto trastorno por estrés postraumático (TEPT) hace referencia a las consecuencias que manifiestan las personas que estuvieron expuestas ya sea directa o indirectamente a eventos que implican exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. Los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación fisiológica, junto con alteraciones cognitivas y del estado del ánimo son las principales reacciones descritas en el cuadro. Por otra parte, el trastorno por estrés postraumático complejo se describe como los cambios en la mente, emociones y cuerpo luego de la exposición sistemática a situaciones traumáticas. Estos cambios (además de la triada sintomatológica característica del TEPT) incluyen síntomas disociativos, somatización, desregulación emocional, conductas autolesivas y alteraciones en las relaciones e identidad. En cuanto al tratamiento, las técnicas de exposición son las que han demostrado mayor eficacia en el procesamiento y resolución de las experiencias de trauma. Teniendo en cuenta esto, en el presente escrito me propuse como objetivo realizar una introducción a las nociones de trauma y trauma complejo, su tratamiento y principales obstáculos; y presentar una articulación clínica con el caso de una paciente que atendí en el marco de un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave

Trastorno por estrés post - Trauma complejo - Exposición prolongada

ABSTRACT

COMPLEX TRAUMA: TREATMENT AND OBSTACLES

The concept of posttraumatic stress disorder (PTSD) refers to the consequences experienced by people who have been directly or indirectly exposed to events involving death, serious injury, or sexual violence. The symptoms of re-experiencing, avoidance, and increased physiological arousal, along with cognitive and mood disturbances, are the main reactions described in the table. Complex post-traumatic stress disorder is described as changes in the mind, emotions, and body following systematic exposure to traumatic situations. These changes (in addition to the symptomatic triad characteristic of PTSD) include dissociative symptoms, somatization, emotional dysregulation, self-injurious behaviors, and alterations in relationships and identity. Regarding treatment, exposure techniques have proven most effective in processing and resolving traumatic experiences. With this in mind, the objective of this article is to introduce the concepts

of trauma and complex trauma, their treatment, and the main obstacles. and present a clinical articulation with the case of a patient I treated in a single-purpose hospital in Buenos Aires City.

Keywords

Posttraumatic stress disorder - Complex trauma - Prolonged exposure

INTRODUCCIÓN

El concepto trastorno por estrés postraumático (TEPT) surge como consecuencia de la necesidad de describir el cuadro clínico que presentaban los veteranos de guerra. Hace referencia a las consecuencias que manifiestan las personas que estuvieron expuestas ya sea directa o indirectamente a eventos que implican exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual. Los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación fisiológica, junto con alteraciones cognitivas y del estado del ánimo son las principales reacciones descritas en el cuadro (García, 2021).

Muchos autores consideran que esta categoría diagnóstica no es suficiente para entender las reacciones experimentadas por víctimas de traumas ocurridos de forma reiterada, prolongada en el tiempo, intensa y muchas veces perpetrado por personas con las cuales la víctima mantenía vínculo afectivo. A este fenómeno en el que un individuo está expuesto a eventos traumáticos de manera repetida se lo denomina Trauma complejo (Lopez Soler, 2008).

Retomando los desarrollos de Martinez y Casares (2016), el trastorno por estrés postraumático complejo (TEPTC) se describe como los cambios en la mente, emociones y cuerpo luego de la exposición sistemática a situaciones traumáticas. Estos cambios (además de la triada sintomatológica característica del TEPT) incluyen síntomas disociativos, somatización, desregulación emocional, conductas autolesivas y alteraciones en las relaciones e identidad. Estos pacientes presentan un cuadro clínico más crónico, heterogéneo y difuso que los pacientes con trauma simple. También presentan cambios en la personalidad, principalmente en la identidad (generalmente desarrollan una visión negativa sobre sí mismos) y en la relaciones interpersonales, en las que estas varían entre una excesiva confianza y desconfianza generando que predominen las relaciones disfuncionales. Asimismo, los sobrevivientes a traumas prolongados presentan mayor vulnerabilidad a la repetición del daño ya sea por parte de otros o auto infligido (Chiappe y Teti, 2016).

CASO CAMILA

Camila es una paciente de 24 años que vive con su mamá, y dos hermanos en un barrio de Capital Federal. Se encuentra cursando una internación por salud mental desde 04/2024 cuando acude a la guardia acompañada por su madre por presentar ideación suicida con plan (tirarse abajo de un vehículo) que coincide con una reciente separación de su pareja, y sintomatología compatible con cuadro depresivo (estado de ánimo triste, desesperanza, clinofilia, insomnio mixto y orexia disminuida). Al indagar acerca del comienzo de la sintomatología, camila refiere que empezó a sentirse así desde que terminó la relación con su novio. Manifiesta que a partir de ese momento empezó a tener con más frecuencia e intensidad recuerdos y pesadillas sobre situaciones traumáticas que sufrió durante su infancia y adolescencia. Al respecto dice “No tenía ganas de comer y estaba en la cama todo el día”.

Camila sufrió abuso sexual por parte de su padrastro desde sus 9 a 20 años cuando le pudo contar a su madre quien la acompañó a denunciar. Anteriormente a pesar de que su madre se separó por sufrir violencia física y psicológica, Camila mantenía contacto con su abusador ya que por las condiciones precarias en las que vivían, ella y sus hermanos iban a bañarse a la casa de él. Desde el momento de la denuncia, el abusador tiene una orden de restricción y la paciente no volvió a tener contacto.

Además de los recuerdos intrusivos y las pesadillas, Camila presenta alucinaciones auditivas de injuria (“Sos un estorbo”, “Sos fea”, “Sos una caprichosa”) que la hacen sentir como se sentía cuando era violentada. Algunas de esas frases son las mismas que su abusador le decía a ella. Ante esto y la dificultad de lidiar con la angustia, el enojo y la activación fisiológica, Camila con frecuencia presenta conductas de desregulación emocional que incluyen conductas autolesivas (quemarse las extremidades con un cigarrillo, realizarse cortes en los brazos y en algunas ocasiones sobreingesta medicamentosa y de detergente) con la finalidad de callar los recuerdos y de regular sus emociones. Muchas de estas situaciones lleva a que la paciente sea contenida físicamente y, en las ocasiones de sobreingesta, derivada momentáneamente a un hospital general para atención clínica.

A lo largo de la internación Camila alternó periodos de estabilidad y momentos con predominio de conductas autolesivas. Las sesiones no suelen superar los veinte minutos de duración. Las mismas en general carecen de contenido. Cabe mencionar que no se observa en ella una actitud reticente o poco colaboradora. Por esto, por el predominio de pensamiento concreto y dificultad en la comprensión de algunas consignas o tareas que se le proponía, gran parte del equipo de profesionales sospechan la presencia de algún grado de discapacidad intelectual.

La paciente cuenta con escasa red socio familiar compuesta principalmente por su mamá quien no se muestra del todo pre-dispuesta a acompañarla en el tratamiento.

Tiene tres internaciones previas por sintomatología similar. La primera a los 20 años cuando luego de denunciar el abuso, comenzó a presentar los síntomas de reexperimentación y conductas autolesivas.

En el espacio de psiquiatría, Camila pasó por varios planes farmacológicos (a fines del 2024 por ejemplo estuvo con Clozapina 500 mg/día) hasta llegar al actual: Levomepromazina 50mg/día, Lamotrigina 300 mg/día, Paroxetina 60 mg/día, Quetiapina 400 mg/día, Clonazepam 4 mg/día.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRAUMA EN CAMILA

Camila presenta varios síntomas de reexperimentación: recuerdos intrusivos de las situaciones de abuso, alucinaciones auditivas, pesadillas en las que aparece su padrastro y de las que suele despertarse angustiada y enojada. También situaciones frecuentes como discusiones con alguna compañera de la sala o con su mamá disparan sensaciones, emociones o pensamientos asociados al trauma (sentirse sola y rechazada, o pensar que es un estorbo y una fracasada). Asimismo la paciente suele presentar con más frecuencia recuerdos intrusivos luego de dichos conflictos interpersonales, por lo que se podría hipotetizar que constituyen también un factor de vulnerabilidad. La evitación forma parte del repertorio que la persona pone en marcha con la finalidad de evitar la reexperimentación. Previo a la hospitalización, Camila pasaba mucho tiempo en su cama intentando dormir para no pensar. Pareciera que dicha conducta cumplía una función evitativa.

Por otro lado, como marca la literatura de los paciente con trauma complejo, Camila presenta una clínica más heterogénea y compleja que va más allá de los síntomas característicos del trauma simple: Se observa en ella dificultades en la regulación emocional que incluye conducta autolesivas y en ocasiones ideación suicida; alteraciones en la consciencia como episodios disociativos de despersonalización y desrealización; síntomas somáticos tales como entumecimiento corporal, la percepción de que su cuerpo es insensible al dolor y dificultad para tragar; alteraciones en la autopercepción (Camila se siente culpable por estar internada y no poder trabajar para ayudar económicamente a su madre). También la paciente presentó esporádicamente conductas restrictivas de alimentación y conductas compensatorias principalmente mediante el vómito autoinducido.

A su vez, Camila durante la internación realizó un intento de suicidio arrojándose de altura de tres metros.

TRATAMIENTO

En cuanto al abordaje del TEPT, se ha encontrado que las técnicas de exposición son las que han demostrado mayor eficacia en el procesamiento y resolución de las experiencias de trauma, siendo la exposición prolongada un tratamiento de primera línea. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con el TEPT,

el tratamiento del trauma complejo se lleva adelante en fases. Debido a la gran variedad de síntomas y, sobre todo, a la frecuente presencia de conductas de riesgo, previo a la fase focalizada en los síntomas de trauma propiamente dicho, es necesario una fase de estabilización cuyo objetivo es que el paciente adquiera herramientas de regulación emocional adaptativas (Chiappe y Teti, 2016).

TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL

La teoría del procesamiento emocional es el marco teórico sobre el que se desarrolló el modelo de exposición prolongada. Nació como una teoría explicativa de los trastornos ansiosos. La misma sostiene que el miedo está representado en la memoria como una estructura cognitiva que contiene información sobre las situaciones y las respuestas. Una estructura de miedo puede volverse patológica a partir de una asociación disfuncional entre estímulos (en la que un estímulo no peligroso se asocia a respuestas de evitación y escape) que hace que el mundo no esté representado adecuadamente. Los sesgos cognitivos (interpretaciones sobre los síntomas por ejemplo recuerdos intrusivos interpretados como señal de peligro) y las estrategias conductuales de evitación hacen que estas asociaciones disfuncionales persistan en el tiempo. En consecuencia, un tratamiento para el TEPT debe focalizarse en los dos factores que mantienen los síntomas: la evitación cognitiva, emocional y conductual, y los esquemas negativos sobre sí mismo y el mundo. Para lograr modificar las asociaciones disfuncionales de la estructura del miedo es necesario que dicha estructura sea activada y que se incorpore a ella información incompatible con los elementos que contiene (Foa, Hembree, Rothbaum, 2008).

La exposición a situaciones temidas pero que no son peligrosas permite cumplir con estas dos condiciones al activar la estructura del miedo y favorecer la incorporación de información que contradice las expectativas catastróficas de la persona.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN PROLONGADA

La terapia de exposición prolongada tiene una duración aproximada de 8 a 15 sesiones de 90 a 120 minutos e incluye los siguientes procedimientos:

- Psicoeducación sobre las reacciones comunes frente al trauma
- Entrenamiento respiratorio
- Exposición en vivo (a situaciones u objetos que el paciente evita)
- Exposición imaginaria

1) Psicoeducación: Empieza en las primeras sesiones. En esta etapa se provee información al paciente sobre el tratamiento, y sobre la función que las conductas evitativas cumplen manteniendo el resto de la sintomatología. En las siguientes sesiones la psicoeducación continúa debatiendo sobre las reacciones comunes frente al trauma, repasando los síntomas y reacciones

que el paciente tiene con el objetivo de normalizarlas (en el sentido de entenderlas como algo esperable).

2) Entrenamiento respiratorio: Se trata de realizar un entrenamiento en respiración diafragmática con el objetivo de que el paciente la pueda utilizar para bajar la tensión y ansiedad que interfieren con su vida cotidiana. Se explica al paciente que esta habilidad no se usa durante los ejercicios de exposición ya que puede funcionar como una conducta evitativa. Esta no es fundamental en el proceso y resultado del tratamiento.

3) Exposición en vivo: A partir de la sesión 2 se introduce la exposición a situaciones, actividades, lugares u objetos que el paciente evita. Se crea una lista de jerarquía de los principales estímulos que son temidos y evitados, y en las siguientes consultas se eligen ejercicios para que el paciente realice entre sesión, para que entre en contacto con aquello que evita de manera gradual.

4) Exposición imaginaria: Consiste en evocar el recuerdo del trauma de manera imaginaria. Se le pide al paciente que visualice y se conecte emocionalmente con el evento traumático, mientras lo relata en voz alta en momento presente como si estuviera sucediendo aquí y ahora. Durante las primeras exposiciones se permite que el paciente determine el nivel de detalle, después se busca que pueda incluir cada vez más detalles sobre las señales externas y las señales internas como pensamientos, respuestas fisiológicas y consecuencias temidas. La narración es grabada y se trabaja con el paciente para que la escuche entre sesiones. La exposición imaginaria es el procedimiento principal de la terapia por varias razones. En principio promueve la habituación. A su vez, al experimentar que la ansiedad tiene una intensidad y duración limitada y que recordar no representa un peligro, permite incorporar nueva información incompatible con sus expectativas catastróficas. En segundo lugar, la exposición bloquea el reforzamiento negativo que ocurre como consecuencia de evitar pensamientos y emociones asociados al trauma. En tercer lugar los pacientes aprenden a distinguir entre recordar el trauma y estar en el momento del trauma, como consecuencia de eso, el malestar disminuye. Por último, experimentar una reducción en el malestar mientras se realiza la exposición permite aumentar la percepción de control (Kichic y D'Alessio, 2016).

TRATAMIENTO DE CAMILA Y DIFICULTADES

Considerando la complejidad del caso y la diversidad de problemáticas presentes, se pensó el tratamiento en dos etapas siguiendo la jerarquía de conductas problemáticas. Se planificó entonces un primer momento de abordaje de las conductas que atentan contra la vida de la paciente, incluyendo conductas autolesivas mayormente sin intencionalidad suicida, y un segundo momento focalizado en la sintomatología del trauma.

En principio, con el objetivo de disminuir las conductas de desregulación emocional se confeccionó junto con Camila un plan de seguridad en el que se incluyeron algunas habilidades de tolerancia al malestar para sobrevivir a las crisis sin hacer que las cosas empeoren. Teniendo en cuenta que en pacientes con mayor desborde emocional las estrategias de modificación de la activación tienen más posibilidad de éxito, se incluyeron entre ellas, habilidades TIP como la utilización de hielos o mojarse con agua fría la cara.

La primera dificultad que se presentó fue la adherencia errática al plan de seguridad. En sesiones costaba mucho indagar acerca de dicho obstáculo, ya que la paciente no podía expresar si la no utilización del plan era por olvido, por no poder postergar la acción de desregulación, por la creencia de que no funcionará, u alguna otra variable. Esta misma dificultad se trasladó a los intentos de análisis en cadena, en el registro de las diferentes variables, principalmente en las internas.

Dado lo mencionado, se empezó a practicar las estrategias de tolerancia al malestar en sesión sin que Camila esté en crisis o en situaciones sin tanta activación emocional con el objetivo de modelar la conducta y que esté disponible dentro de su repertorio conductual para que luego pueda hacerlo fuera de sesión en situaciones de mayor activación. Sin embargo continuaba la dificultad en la generalización de las habilidades.

Conociendo que a Camila le gusta mucho bailar, se agregó a las habilidades un ejercicio intenso de baile que pudo realizar en más oportunidades que los hielos y el agua. No obstante, en el transcurso de la internación Camila intercalaba periodos donde hacía con cierta frecuencia conductas de desregulación emocional, llamados al equipo de guardia y periodos de estabilidad que no solían superar el mes.

Asimismo con el objetivo de generar compromiso y adherencia, se trabajó con Camila en la búsqueda de metas que haga que valga la pena que deje de lastimarse. Al respecto la paciente llegó a manifestar que trabajar y ayudar económicamente a su familia, la hace sentir útil y que las marcas de las autolesiones podrían alejarla de esa posibilidad. En relación a esto, Camila estuvo participando en talleres de rehabilitación laboral con retribución económica, a los que no pudo seguir asistiendo por sus conductas de riesgo. Vinculado a lo mencionado anteriormente, se trabajó con la paciente ubicando y esclareciendo los costos de sus conductas autolesivas, con el propósito de aumentar la motivación al cambio.

Camila extrañaba mucho a su familia por lo que la posibilidad de tener permisos de salida constituyó una meta a corto plazo y contingencia de disminución de la frecuencia de conductas autolesivas, que por momentos pareció funcionar.

Por otro lado, dado la estabilidad que le generaba mantenerse ocupada en actividades, se propuso que Camila participe en diferentes talleres del hospital en los que encontraba cierto grado de dominio y de disfrute (taller de cocina, peluquería, yoga).

Luego de varios meses de tratamiento, cuando se objetivó la ausencia de conductas autolesivas durante un mes, y frente la idea de que lo trabajado anteriormente ayudó a aumentar la capacidad y disposición de Camila a tolerar sensaciones intensas, el equipo se propuso comenzar con el protocolo de exposición prolongada en el cual también se presentaron obstáculos. Se comenzó brindando información sobre el tratamiento y los diferentes componentes, conversando sobre la función de los síntomas presentes en ella, con la finalidad de validar y normalizar su experiencia. Se conceptualizó en conjunto que su tendencia a permanecer en la cama previo a la internación podría tener una función evitativa, por lo que sería foco de la exposición en vivo durante los permisos de salida. No obstante, la dificultad para evocar los recuerdos traumáticos, el poco contenido que Camila podría expresar acerca de sus recuerdos y pesadillas, sumado a la reaparición de conductas de desregulación emocional, obligaron al equipo a postergar dicho tratamiento.

Actualmente Camila se encuentra más estable, sin conductas autolesivas desde hace más de un mes. Tomando en cuenta esto, y considerando los obstáculos en la aplicación de la exposición prolongada, se está trabajando con un profesional del mismo hospital especializado en terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), con la perspectiva de abordar el caso desde ese enfoque.

CONCLUSIONES

El trabajo con pacientes con trauma complejo suele representar un reto y fuente de diferentes experiencias emocionales para todo el equipo tratante. La variedad y complejidad de estas presentaciones clínicas, demanda un tratamiento complejo que incluya, además de la exposición, una fase previa de estabilización y entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2). 552.
- Chiappe, M. V., & Teti, G. L. (2016). Trauma complejo. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 27(126, mar.-abr.). 125-132.
- Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. (2008). *Terapia de Exposición Prolongada para el TEPT. Procesamiento Emocional de Experiencias Traumáticas. Guía del Terapeuta*. Buenos Aires: Ed. SAPsi.
- García, K. J. (2021). ENSAYO SOBRE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS ORIENTADAS A LA DISMINUCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN AL REPROCESAMIENTO DEL TRAUMA COMPLEJO ASSAY REGARDING THERAPEUTIC STRATEGIES TO DECREASE THE AVOIDANCE BEHAVIORS TO COMPLEX TRAUMA REPROCCESING. *Revista Cúpula*, 35(2). 23-40.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3). 377-391.

- Herman, J. L. A. (2004). Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia.
- Kichic, R., & D'Alessio, N. (2016). Teoría del procesamiento emocional y terapia de exposición prolongada para el trastorno por estrés post-traumático. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 27(126, mar.-abr.). 133-141.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3).
- Martínez, I. N., & Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica contemporánea*, 7(2). 87.
- Williams, M.B y Poijula, S. (2015). Manual de tratamiento del TEPT. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Desclee de Brouwer.