

Abordaje integral de la clínica del trauma complejo

Integrated approach to complex trauma clinic

Isabel Nieto Martínez y María Concepción López Casares
Psicólogas clínicas, España

Resumen: En este artículo queremos compartir algunos aspectos de nuestra experiencia clínica en el tratamiento de personas con trauma complejo. En primer lugar trataremos de contextualizar el concepto de trauma complejo. En segundo lugar nos referiremos a algunos aspectos clave para su abordaje. Continuaremos revisando aspectos técnicos muy significativos en la intervención psicoterapéutica con trauma complejo. Finalmente abordaremos la perspectiva psicosocial de nuestra atención, fundamentalmente en la elaboración de informes.

Palabras clave: regulación, disociación, memoria implícita, trauma encarnado, cronificación, retraumatización.

Abstract: In this article we share some aspects of our clinical experience when treating people with complex trauma. First, we will try to contextualize the concept of complex trauma. Secondly, we will refer to some key aspects in order to address them. We will continue reviewing significant technical aspects of psychotherapeutic intervention with complex trauma. Finally, we will address the psychosocial perspective of our attention, primarily in reporting.

Keywords: regulation, dissociation, implicit memory, embodied trauma, chronification, re-traumatization.

Introducción

Nuestra práctica clínica, en su mayor parte, ha estado dedicada durante más de veinte años a la atención psicoterapéutica a personas que han sufrido experiencias traumáticas.

Hemos trabajado desde el ámbito público a nivel residencial en varios centros de acogida con diversos tipos de perfil en cada uno: mujeres en riesgo de exclusión social, mujeres toxicómanas, madres solteras, mujeres traficadas, víctimas de violencia de género. A nivel ambulatorio: programas de atención a mujeres que han sufrido violencia sexual, violencia física, y todas las formas de violencia contra las mujeres en el contexto de relaciones sentimentales, o de acoso, violencia y secuestro cuando no había ninguna relación; mujeres prostituidas. Programas de atención a jóvenes menores de edad con medidas judiciales.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al e-mail: clpcasares@hotmail.com

Desde el ámbito privado seguimos trabajando con hombres y mujeres que han sufrido abusos sexuales, violencia intrafamiliar, institucionalización infantil por abandono y negligencia; trauma de apego temprano; violencia entre iguales; violencia instrumental con objetivos específicos de naturaleza sexual, económica o ideológica y acoso laboral.

En el transcurso de todos estos años hemos constatado la gran complejidad que entrañan los procesos de traumatización grave, y los múltiples factores que mantienen el daño, tanto internos como externos.

No pretendemos agotar el tema en este artículo, sería imposible, sino compartir algunos aspectos que nos parecen relevantes y que nos han ayudado a manejar los tratamientos con estas personas.

Cuando trabajamos en psicoterapia con estas personas percibimos su vulnerabilidad, no solo a nivel psicobiológico, sino también a nivel social. Por tanto nuestro trabajo no tiene que limitarse a reducir la sintomatología psicobiológica, sino también a apoyar activamente el mantenimiento o, en algunos casos, la creación de un desempeño social dañado o que se ha perdido por completo.

En nuestra práctica tenemos que abordar clínicamente los efectos psicobiológicos de la traumatización, pero también tenemos que apoyar, sostener y contener a nuestros/as pacientes cuando se enfrentan a las diferentes administraciones y además, si fuera necesario, elaborar informes profesionales que les ayuden en los trámites administrativos. Gestiones que para la gran mayoría resultan triviales o quizá tediosas, para una persona con trauma complejo pueden resultar inabordables.

Contextualización del trauma complejo

Cuando nos referimos a trauma complejo estamos hablando del trastorno que llega a sufrir una persona debido a la acumulación de traumatización crónica. Es un trastorno que puede generarse cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, cronificándose el daño y la sintomatología. O bien cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, experiencias traumáticas que devienen en trauma complejo por acumulación del daño.

Queremos señalar que no todas las personas que han sufrido múltiples traumas desarrollan un trauma complejo, pero el trauma complejo siempre conlleva multitraumatización. Remitimos a Mingote, Manchon, Isla, Perris y Nieto (2001) donde se señalan factores de riesgo en el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), los cuales consideramos igualmente significativos para el Trauma Complejo.

La traumatización incide en la totalidad de la persona. Todas las áreas de funcionamiento estarán en mayor o menor medida afectadas por la devastación del trauma. El organismo sufre repercusiones a corto, medio y largo plazo en su sistema neurobiológico: en el cuerpo, entendido en el sentido más amplio como continente de una mente (memoria, conciencia, emociones, pensamiento, sensaciones somáticas), una mente en la que ese cuerpo se representa y se construye.

Es importante señalar que vamos a abordar el daño psíquico de esta forma de traumatización continuada y recurrente. Judith Herman dice: *“las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresiva e insidiosa que invade y erosiona la personalidad... No resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifique todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático”* (Herman, 2004, p.144).

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) no recoge como tal el Trauma Complejo. El diagnóstico más cercano sería el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y queda restringido a un número muy limitado de contextos. En los criterios del TEP, se especifica en su apartado A, los tipos de situaciones traumáticas para las cuales se contempla el diagnóstico. Estas son:

A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en uno o más de las formas siguientes: 1. Experiencia directa del suceso traumático. 2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (se refiere a exposición en el ejercicio de ciertas profesiones).

En el apartado de características diagnósticas del TEP, el DSM-V sí incorpora eventos traumáticos que necesariamente van a ser repetidos y que se prolongan a lo largo de un tiempo, como son la exposición a la guerra como combatientes o civiles; el tráfico sexual; ser secuestrado o tomado como rehén y los prisioneros de guerra.

Sin embargo el DSM-V deja fuera otras situaciones que en este artículo contemplamos como generadoras de trauma complejo. Estamos de acuerdo con Leuzinger-Bohleber (2015) cuando señala que además de las situaciones anteriormente descritas también hay que tener en cuenta al sector que vive en la periferia de nuestra sociedad. Serían los refugiados traumatizados, exiliados de guerra, perdedores en una sociedad moderna determinada principalmente por la velocidad y la competición. Añadiríamos emigrantes económicos traídos por mafias, personas que se ven enfrentadas a situaciones sociovitales que generan pérdidas continuadas y que no tienen apoyo social. También la enfermedad grave que por desinterés social o por estigma, relega a los seres humanos que las padecen a un lugar de invisibilidad social y rechazo permanente.

Judith Herman (2004, p.193) incide en la necesidad de un nuevo concepto para definir estos daños: *“el síndrome que se deriva de un trauma prolongado y repetido necesita un nombre propio. Yo propongo “desorden de estrés postraumático complejo”. Las respuestas al trauma se pueden comprender mejor si se analizan más como un conjunto de condiciones que como un único desorden”*.

Según diversos autores, Leuzinger-Bohleber (2015), Frewen y Lanius (2015), Shapiro (2010), Howe (2005), Fonagy, Gergely, Jurist y Target (2004), Herman (2004), Bateman y Fonagy (2004; 2006) Allen (1995) la traumatización se puede generar en muy diversas situaciones vitales, tanto en edades infantiles como en edad adulta. Puede tener diversos orígenes: proceder de situaciones de trauma de separación temprana; pérdida de objetos primarios; situaciones de negligencia por parte de los cuidadores primarios; violencia de género; ser testigo o sufrir maltrato psicológico en la convivencia diaria; vivir largos exilios o migraciones por pobreza o por conflictos bélicos; persecución política y otros casos con los que nos vamos encontrando en la clínica que responden a los criterios de destrucción insidiosa del trauma complejo.

También por la acumulación de microagresiones, a veces sin que medie voluntad de daño, que al ser continuas generan traumatización. Un ejemplo sería un paciente con parálisis cerebral, alta cualificación educativa y profesional, que describe permanentes experiencias de soportar una mirada del otro que le crea sentimientos de humillación, de rabia, de no ser visto como realmente es, etc. Una anécdota que resumiría estas situaciones sería que esperando en la consulta del médico otra persona que esperaba le dijo a su acompañante con sorpresa: *ah!, ¿pero habla?*

Algunos factores clave para la formulación del trauma complejo

Para explicar cómo entendemos nosotras el trauma complejo, nos ha resultado muy útil el concepto de que el trauma está encarnado¹ utilizado por autores como Leuzinger-Bohleber (2015), Frewen y Lanius (2015). En estas conceptualizaciones, los efectos traumáticos alcanzan a todas las dimensiones de la persona.

Con fines explicativos y dejando muy claro que la traumatización es un proceso muy complejo que tiene dimensiones psicobiológicas, subjetivas, relacionales y sociales, vamos a tener en cuenta cuatro aspectos que nos ayudaran a entender este proceso, y que serían: el cuerpo, la memoria, las emociones y la consciencia.

El cuerpo

Cuando un ser humano se enfrenta a una situación traumática, su organismo produce una cascada de cambios fisiológicos que preparan a la víctima para poner en marcha las acciones defensivas programadas por el cuerpo. Se producen alteraciones en las pulsaciones cardíacas, respiración, tono muscular, circulación,

¹ La palabra que utilizan estos autores es *embodiment*, que sería hecho cuerpo, por eso la traducción que vamos a utilizar es encarnado

digestión y estado de alerta, junto con la liberación de neuroquímicos relacionados con el estrés, como son adrenalina y cortisol.

LeDoux (2015, p.97) afirma que *“las amenazas no solo cambian la fisiología del cuerpo, sino también la fisiología del cerebro, activando su nivel de alerta y vigilancia, e incrementando la sensibilidad a los estímulos amenazantes relevantes. La activación cerebral inducida por el miedo es controlada por otras salidas de la amígdala central, en este caso las salidas de las neuronas que liberan norepinefrina, serotonina, dopamina, acetilcolina, orexina y otros neuromoduladores a través del cerebro. La activación incrementa la atención y la vigilancia hacia la amenaza u otros estímulos ambientales”*.

Haber sufrido situaciones traumáticas, persistentes en el tiempo, puede forzar a la víctima a sustituir las tácticas de supervivencia por una forma de adaptación a la situación traumática. Esto conlleva que se condicionen y cronifiquen las reacciones anteriormente descritas. El sello de estas experiencias queda encarnado en las células y tejidos de la víctima².

Cuando el trauma complejo se encarna, el sentido de cuerpo propio y de uno mismo corporalizado se perturba, daña y/o desaparece. Esto es especialmente agudo cuando la persona es expuesta a trauma interpersonal severo. Nos referimos a torturas, violaciones continuadas, violencia física, incesto, abusos sexuales. También en casos de maltrato psicológico donde el cuerpo es motivo permanente de miradas denigratorias, ofensas, desprecios, comparación humillante con los modelos sociales restrictivos hegemónicos. El cuerpo puede ser un generador de trauma complejo encarnado también en casos de enfermedad grave donde el cuerpo está muy comprometido y es una fuente permanente de dolor o malestar intenso.

En los casos anteriormente mencionados, las víctimas aprenden que el cuerpo no es seguro. A veces sienten que no les pertenece, que puede ser profanado, contaminado, que genera dolor, angustia, miedo, vergüenza, asco, que es impotente para defenderse, que es el depositario de los impulsos agresivos y dañinos del otro. Todo esto genera un gran repertorio de sintomatología somática que puede no estar asociada conscientemente a las experiencias traumáticas. Estas personas llegan a rechazar su cuerpo, dañarlo activamente, desapegarse de él, abandonarlo. Generalmente padecen desregulación fisiológica.

La noción de uno mismo está encarnada. Esto quiere decir que nuestras experiencias conscientes están orientadas en relación con nuestros cuerpos, y en cómo nos situamos en el espacio-tiempo subjetivo y relacional. Nuestros cuerpos nos proveen de la experiencia e información con la que nos constituimos como seres humanos. Tenemos un sentido de pertenencia y propiedad con nuestro cuerpo. Nuestra mente está donde está nuestro cuerpo. Nuestros cuerpos somos nosotros mismos y los sentimos como propios.

La memoria

Las experiencias vitales se almacenan en la memoria. Existen diferentes clases de memoria. LeDoux (2015) habla de la memoria declarativa o explícita. Y dentro de ella están la memoria episódica (que tiene que ver con el qué, dónde y cuándo: yo sé), y la memoria semántica (que tiene que ver con la representación individual de la integración del qué, dónde y cuándo de una experiencia: yo recuerdo), estas son memorias conscientes, y se recobran y verbalizan posteriormente de forma consciente.

La memoria implícita, sin embargo, no requiere conciencia para ser almacenada ni para activarse, se expresa como comportamiento, sensaciones somáticas, emociones. LeDoux (2015) afirma que la mayor parte de nuestras memorias son implícitas.

El trauma complejo tiene que ver con la memoria, especialmente con la memoria implícita. Las personas que lo sufren narran recuerdos intrusivos, en muchos casos inexplicables para ellos/as. Tienen comportamientos que les resultan, en ocasiones, muy raros, principalmente cuando estímulos o situaciones les evocan, conscientemente o no conscientemente, hechos traumáticos. Por ejemplo, ciertos olores, colores, palabras, o visitar determinados lugares les generan malestar. Se produce activación o desactivación emocional.

²Para entender los procesos neurobiológicos recomendamos el artículo de Bleichmar (2000) publicado en aperturas.org

Las emociones

Las emociones y en especial la regulación emocional están muy afectadas en el trauma complejo. Para entender mejor lo que significa la regulación emocional tomaremos la cita Howe (2005, p. 14): *“Por regulación emocional entenderemos la capacidad para reconocer, modular o controlar la intensidad y la expresión de sentimientos e impulsos, especialmente los más intensos, de una manera adaptativa. Las emociones nos sirven para valorar situaciones como beneficiosas o peligrosas y también nos proveen de motivación para desarrollar acciones”*.

En el estudio de las emociones hay múltiples modelos³. Las emociones serían estados neurológicos de excitación que se pueden experimentar de forma consciente o no consciente y que están influidos por aspectos cognitivos, intenciones, creencias, memoria, estados corporales, contexto relacional y social, etc. Por ejemplo, Frewen y Lanius⁴ (2015, pos 4204) señalan *“el mismo estado fisiológico afectivo de alta excitación negativa, puede ser experimentado como miedo en el contexto de vulnerabilidad percibida, o enfado en el contexto de dominación percibida”*.

Lo que observamos en los pacientes con trauma complejo es una dificultad ante el manejo del estrés psicobiológico. En muchos casos, la respuesta ante una situación estresante, tanto interna como externa, es la hiperactivación y/o la hipoactivación. Según Ogden, Kekuni y Pain (2009), la hiperactivación, en muchos casos, tiene que ver con la evitación del daño mediante conductas de lucha o huida. La hipoactivación tendría que ver con conductas de evitación del daño mediante sometimiento. Tenemos que tener en cuenta que ambas respuestas pueden quedar cronificadas, aunque la persona no sea consciente de esa cronificación.

Los/las pacientes nos dicen que sienten muy intensamente ciertas emociones, o que por el contrario, es como si no sintieran nada. En algunos casos pasan de un estado al otro sin solución de continuidad. La percepción e interpretación, por el sujeto, de estos estados, es la dimensión subjetiva de la emoción.

Las emociones tienen también una dimensión social, que tiene una valencia (placentero - displacentero), y una intensidad de excitación (activación – desactivación). Frewen y Lanius (2015, pos 4357) definen la dimensión social de la emoción como *“el grado en el que la significación emocional de un estímulo se integra dentro del contexto del procesamiento de la información social o de la cognición social”*. Señalan que las emociones sociales requieren de una evaluación, por parte del propio sujeto, del significado de los pensamientos, sentimientos o acciones de otra persona. Pueden ser positivas (admiración, gratitud, amor, compasión, orgullo), o negativas (ira, desprecio, celos, culpa, vergüenza y pena).

La capacidad que tengamos de reconocer, contextualizar y regular psicobiológicamente las emociones tiene mucho que ver con la percepción subjetiva que tenemos de nosotros mismos, y por lo tanto con la consciencia.

La consciencia

Siguiendo a LeDoux (2015), entenderemos consciencia como algo personal y privado en cada una de nuestras mentes, pero también como algo físico, comprendiendo que los estados y procesos mentales son productos físicos del cerebro. La consciencia es subjetiva, y lo que le hace tan personal es que la experimentamos psicobiológicamente y la interpretamos a través nuestras memorias. Las experiencias físicas, emocionales y cognitivas también son coloreadas por la memoria. El estado mental de consciencia significará estar al tanto de que se está produciendo algún estado psicobiológico, y saber de qué trata ese estado. Sin embargo, como señala LeDoux (2015), no somos conscientes de la mayoría de nuestros estados mentales.

Una situación traumática no tiene por qué ser codificada como tal, pero aunque en principio no haya consciencia de ello, y no quede registrada así, siempre provoca un cambio psicobiológico, genera emociones. Puede ser un hecho que no ha causado aparentemente dolor, que no ha provocado daño directo al cuerpo, sin

³ Como no podemos revisarlos en este artículo para quien esté interesado en este tema, LeDoux (2015) y Frewen y Lanius (2015) ofrecen una revisión muy exhaustiva.

⁴ La versión del libro que estamos usando de Frewen y Lanius es versión Kindle por eso no aparece la página y aparece pos, el Kindle muestra la posición, si se busca la posición se puede ver la cita, solo en algunos libros pone también la página.

embargo, se convierte en traumático por la significación que la persona le da posteriormente a esos hechos, que crea dudas, que confunde, que genera emociones que no se comprenden. Un ejemplo de esta situación serían los abusos sexuales con seducción, en los que puede haber gran excitación fisiológica y aparente narcisización y “cariño” hacia la víctima, por parte de quien los perpetró. Si son muy tempranos, además, la víctima los puede codificar como “lo normal”. No hay daño físico aparente. Sin embargo, cuando la víctima toma conciencia se convierte en una experiencia arrasadora.

Las personas traumatizadas muestran una gran cantidad de estados mentales disruptivos, en ocasiones desadaptativos, de los que no son conscientes. Por ejemplo, una persona que fue retenida en contra de su voluntad y obligada a realizar actos ilícitos, cuando entraba en un bar, de forma automática, siempre buscaba mesas cerca de una pared y movía la mesa y las sillas para estar con la espalda pegada a la pared. No había registro consciente de que lo hacía.

A medida que los pacientes toman conciencia de la magnitud del daño que les produjo la traumatización, y van conectándose con sus reacciones fisiológicas, la memoria traumática y las emociones que generaron y generan, suelen sentirse abrumados. Es imprescindible explicarles que el trauma no se puede deshacer, no se pueden borrar de la conciencia esas experiencias, pero un trabajo adecuado que conlleve validarlo, entenderlo, elaborarlo e integrarlo psicobiológicamente, puede lograr que ya no provoque esos altísimos niveles de sufrimiento. Esto suele despertar esperanza en las víctimas.

Algunos aspectos importantes en la Psicoterapia del trauma complejo

Existe un amplio consenso en los autores/as que trabajan con trauma complejo respecto a la necesidad de acreditación del relato de las víctimas. Es decir, para comenzar cualquier tratamiento con una persona traumatizada hay que crear un espacio de confianza, donde el/la paciente sienta que validamos y damos credibilidad a su relato. Sin las fisuras o cuestionamientos que probablemente ya han recibido de su entorno, de su propia subjetividad dañada, o de los procedimientos administrativos donde se hayan podido ver implicados/as.

Es importante generar un vínculo seguro, confiable, donde tenga cabida la esperanza en el cambio terapéutico. Todo esto es especialmente difícil con pacientes traumatizados, si entendemos que, en su experiencia, su confianza se ha visto traicionada repetidas veces.

Con respecto al vínculo terapéutico, es clave, en la medida de lo posible, promover en esa persona el juicio crítico hacia nuestro trabajo. Que se sienta con derecho a disentir, a dar su opinión, a discutirnos, a señalarnos que cree que estamos equivocados. Ir modificando mediante el trabajo psicoterapéutico la relación de sometimiento y/o opositorismo que ha sufrido con las figuras de poder. Generar una actitud proactiva en el paciente, sin olvidar la necesidad de regulación y contención, ayudará a un desarrollo más sano del tratamiento.

También es básico priorizar la seguridad vital de el/la paciente, tanto si el riesgo es interno, como relacional. Por ejemplo, si trabajamos con una mujer víctima de violencia de género que convive con el maltratador, será importante tomarse el tiempo de organizar con ella un plan de protección o huida en el caso de que se produzca una posible agresión. Si el riesgo procede de conductas autolesivas, nos ocuparemos de valorar los disparadores que pueden desencadenar esa conducta y preparar un plan alternativo que minimice daños o logre ganar el tiempo suficiente para pedir ayuda, hasta poder extinguirlas.

Debemos evaluar la sintomatología psicobiológica y relacional que presenta esa persona, cómo son: sus relaciones familiares y sociales; cómo vive; si tiene o no trabajo, cómo es éste. Todos estos datos nos proporcionarán algunas claves para abordar el caso de forma más eficaz. Sabemos que las intervenciones psicoterapéuticas van a ser muy diferentes trabajando con personas con grave desregulación somática, o con alguien que no puede sentir nada, o que tenga frecuentes ataques de pánico, o que esté muy aislada social y familiarmente, etc.

Mientras se establece el vínculo de trabajo, es importante que enfoquemos los síntomas más disruptivos que sufra la persona, y tratemos de implementar técnicas para suavizarlos, por ejemplo, en pacientes muy angustiados, enseñarles técnicas de relajación puede ser de gran ayuda; en desregulación biológica, mindfulness puede resultar útil.

Si fuera conveniente proponer una medicación, es necesario trabajar a fondo con el/la paciente la adhesión al tratamiento. El terapeuta debe explicar muy bien por qué y para qué cree que es necesario; los beneficios que estima que se pueden conseguir; comprender y elaborar los miedos, conflictos, falsas creencias, estigmas, etc. que pueda manifestar el/la paciente. Por supuesto, una buena coordinación con el/la médico/a que lo prescriba es imprescindible.

Como venimos explicando, para poder trabajar con un/a paciente traumatizada hemos de generar un espacio donde pueda estar en el presente, experimentando el aquí y ahora del relato evocado. Para ello debemos estar muy conscientes de sus respuestas interoceptivas mientras enfoca la narrativa traumática. Ser observadores de su estado emocional. Evaluar el estado de conciencia, mientras habla de ello. Sin olvidar su vertiente relacional y social.

En muchos casos los traumas severos y continuados generan, en los sujetos que los han sufrido, una incapacidad para asociar, simbolizar y no pueden crear narrativas ni intrapsíquicas ni de los hechos vitales. Las memorias son fragmentadas y atemporales y presentan, en general, mucha desregulación emocional y fisiológica. Las relaciones familiares y sociales suelen estar afectadas. Todos estos aspectos son los que tenemos que elaborar en la psicoterapia.

Recogida de datos biográficos

Como hemos explicado anteriormente, en el trabajo con pacientes traumatizados, es importante tener en cuenta los datos biográficos, los tipos de trauma, la edad, el lugar, tiempo de exposición a cada experiencia traumática, la intensidad y las condiciones individuales, familiares y sociales en que tuvo lugar el proceso de traumatización. Todo ello condicionará la respuesta psicobiológica de la persona, y, por lo tanto, sus reacciones somáticas, su forma de pensar, las acciones que acomete, los estados emocionales, etc.

Una pregunta recurrente sería, ¿es conveniente que nos cuente exhaustivamente todo lo que pasó? Gabbard (1997)⁵ lo denomina la reconstrucción arqueológica de las experiencias traumáticas. Este autor piensa que, en el aquí y en el ahora de lo que pasa en la consulta, encontramos suficientes datos para trabajar con estos pacientes. Las memorias del trauma que está encarnado, activadas en el espacio psicoterapéutico, ayudarán a que aparezcan los recuerdos traumáticos en los momentos en que puedan ser contenidos, tolerados, regulados psicobiológicamente y resignificados. También nos darán la clave para la reconstrucción de lo que sucedió y de los daños que produjo.

Observar y poner palabra a los patrones implícitos

La presencia corporal nos dice mucho de una persona. Durante todo el tratamiento, es importante observar si viene bien arreglado, si nos mira a los ojos, la posición corporal, si está muy rígido/a, si está desvitalizado/a, cómo coloca el cuerpo al acomodarse, si suda, se ruboriza, se queda pálido/a, la expresión facial, etc.

Mientras está contando sus experiencias, los movimientos que realiza, si cambia la voz, si tartamudea, si es un relato verborreico. Por ejemplo, una persona que contaba situaciones de violencia en la infancia, se cubría la cabeza y el pecho mientras hablaba. No se daba cuenta de la posición que adoptaba.

En un principio tenemos que observar todas estas pautas implícitas. Señalarlas solo en el momento adecuado y con una formulación muy cuidadosa, teniendo en cuenta lo que puede entender el paciente en cada momento. Como indica Laub (2012), si el señalamiento llega demasiado pronto, o de forma inadecuada, la persona se puede sentir muy perseguida, nos puede vivir como intrusivos, incluso lo puede vivir como una agresión.

Monitorizar todos estos patrones, aunque no los estemos señalando en el momento, nos da muchas claves de la percepción que el/la paciente tiene de su propio cuerpo, de sí mismo, lo que pasó, cómo impactó y como lo actúa.

⁵ Artículo reseñado por Nieto (2011) en la revista Aperturas.org

Como ya hemos señalado anteriormente, los hechos traumáticos cambian la psicobiología de las personas que los han sufrido. Por ello, es fundamental que estos/as pacientes puedan poner palabra a cómo sienten sus cuerpos. Si les hacen responsables de una gran parte de sus malestares, si los perciben agitados, como acartonado, o presentan problemas de salud, (digestivos, endocrinos, cardíacos, respiratorios, vasculares, autoinmunes y de dolores permanentes). O si, por el contrario, no los sienten. Una persona relataba que a partir de los siete años no podía sentir el dolor, que incluso le habían apagado cigarrillos en el cuerpo y no sentía nada, la quemadura quedaba, pero no dolía, ni picaba, ni nada.

Desregulación de la activación psicobiológica en el trauma complejo

LeDoux (2015, p.44) afirma que *“los circuitos de supervivencia se activan en situaciones en las que el bienestar esta potencialmente amenazado. La respuesta del cerebro y el cuerpo es un estado organísmico total. Estos estados involucran a la totalidad del organismo (cuerpo y mente) como parte del manejo de los recursos y así maximizar las oportunidades de sobrevivir”*.

El trauma complejo tiene que ver con la pérdida o amenaza del estado psicobiológico de bienestar, con el daño de éste o directamente con la supervivencia. Esto provoca activación. Como ya explicamos anteriormente, esta traumatización tiene lugar durante un espacio de tiempo, y con una intensidad suficiente para que el sistema psicobiológico de la persona se active sostenidamente. Las experiencias vitales de estrés continuo pueden llegar a cronificar las respuestas de defensa que tienen que ver con los circuitos descritos por LeDoux en el párrafo anterior.

En muchos casos, aunque la persona ya no esté enfrentada objetivamente a esos estresores, (ya no está en zona de combate, no vive con quien perpetró los abusos, ya no hay relación con quien le maltrato, etc.). Continúa la activación, ya sea en forma de híper o hipo activación. Se han cronificado las respuestas de defensa y supervivencia generadas por la situación traumática.

Estos/as pacientes muestran un umbral desregulado, por exceso o por defecto, ante el estrés. Los estresores pueden ser internos, como podrían ser las memorias intrusivas, malestares físicos, aparición de sensaciones o sentimientos abrumadores, etc. También pueden ser externos, situaciones sociales, olores, sabores, colores, tonos de voz, etc. En la mayor parte de las ocasiones las personas no son conscientes de todo el proceso que se dispara desde la presencia del estresor hasta el desajuste de su activación psicobiológica.

Ogden, Kekuni y Pain (2009) presentan un modelo de activación para el trabajo con personas traumatizadas en el que destacan tres zonas de activación distintas:

Por una parte, estará la zona de hiperactivación en la que habrá aumento de sensaciones, reactividad emocional, hipervigilancia, imágenes o memorias intrusivas, desorganización del procesamiento cognitivo.

Por otra parte, una zona de activación óptima, que llaman margen de tolerancia, en este nivel los/las pacientes están regulados psicobiológicamente, pueden integrar la información recibida, tanto externa como interna, pueden conectar con sus emociones y pueden pensar sobre sus estados fisiológicos y mentales.

La tercera zona es la de la hipoactivación. Aquí las personas presentan ausencia relativa de sensaciones, entumecimiento de las emociones, disminución de la capacidad de procesar cognitivamente, reducción de los movimientos físicos.

En los/las pacientes con trauma complejo, el margen de tolerancia es muy pequeño, pueden pasar de la hiperactivación a la hipoactivación repentinamente, tanto en su vida diaria, como en el trabajo psicoterapéutico. Estas autoras enfatizan que en la consulta debemos promover que la persona esté la mayor parte del tiempo en la zona de activación óptima.

Constatamos que cuando un sujeto está hiperactivado muestra unas emociones y unas sensaciones somáticas tan invasivas, que llegan a interferir gravemente en su capacidad de pensar y percibir, tanto las situaciones presentes, como su estado psicobiológico, y el contexto en el que se hallan. La conducta que presentan suele ser más reactiva e impulsiva que reflexiva y adaptativa. La hiperactivación tiene que ver con respuestas traumáticas de anticipación de daño para luchar o huir.

La hipoactivación puede generar pérdidas de memoria, embotamiento afectivo, paralización motora, estados de fuga, estados de confusión, déficits de atención. Es una sintomatología que tiene que ver más con la disociación. La hipoactivación está íntimamente ligada a la respuesta traumática de sometimiento

El trabajo psicoterapéutico con pacientes con trauma complejo conlleva monitorizar los estados de hiperexcitación, o de hipoexcitación, p. Ej. se mueven en el sillón, tiemblan, están inquietos, o se quedan rígidos, o se echan para atrás. En otros momentos es más sutil, lo detectamos porque se enlentecen, se ruborizan, palidecen, cambian la frecuencia respiratoria, cambian la mirada, transpiran, etc.

Desde el comienzo del tratamiento, es conveniente que prestemos mucha atención a esos estados. Cuando una persona está hiperactivada o hipoactivada, están activados sus circuitos de defensa. Es importante que detectemos con los y las pacientes los disparadores que provocan esos estados, y les enseñemos a reconocerlos, manejarlos. Que puedan aprender herramientas para poder regularlos.

Cuando una persona llega hiperactivada a la consulta, es importante que, con mucha delicadeza, le señalemos que está muy activada, (a veces la hiperactivación es tan egosintónica que ni se dan cuenta). Si se da al comienzo de la sesión, es importante que podamos ayudarle a regularse: ejercicios de relajación, mindfulness, escanear el cuerpo reconociendo los lugares de tensión y/o, mediante respiración profunda, relajarlos. Estos son instrumentos muy útiles para esos momentos. Si la persona se hiperactiva en cualquier momento de la sesión, debemos valorar con ella ese nivel de activación y siempre de común acuerdo, decidir utilizar o no alguna herramienta para rebajarlo.

El trabajo con la hiperactivación a veces nos activa. Tenemos que estar muy atentos a nuestros estados para poder regularlos, y no generar rechazo hacia esa persona, o querer imponernos y someterles para que se calmen a la fuerza. Esto ocurre mucho con las situaciones fronterizas con el trastorno límite de personalidad.

El trabajo con la hipoactivación también es muy complejo. Con estos pacientes hay que cuidar mucho que no se sometan permanentemente a todo lo que proponemos los terapeutas. Pueden llegar a ser muy “buenos pacientes”, pero muy pasivos. Debemos animarles, de forma muy cuidadosa, a que den su opinión, que vayan conectando y mostrando sus emociones. En momentos, poner palabras a lo que estamos percibiendo, pero que el/la paciente no puede articular y no impacientarnos por su ritmo lento.

El trabajo con la hipoactivación a menudo nos desconcierta, y nos genera mucha impotencia, aburrimiento y rechazo hacia esa persona. A veces la frontera entre hipoactivación traumática y otros cuadros psicopatológicos, por ej. el oposicionismo o la depresión, están un poco difusas y se pueden solapar. La parte de la hipoactivación que tiene que ver con la disociación la revisaremos posteriormente.

Es imprescindible, en el tratamiento del trauma complejo, que la persona, cuando acabe la sesión, se encuentre lo más regulada posible. Debemos procurar siempre acabar la sesión en positivo. Con esto queremos decir que es conveniente hacer un resumen final en el que veamos los aspectos positivos del trabajo realizado en la sesión, y que el/la paciente pueda evaluar su nivel de activación para regularlo. En sesiones especialmente duras, o con pacientes muy desregulados, debemos implementar o recordar con ellos/as las pautas de prevención de conductas de riesgo. Hemos de tener en cuenta que el propio trabajo sobre las memorias traumáticas puede ser disparador de conductas impulsivas no deseables.

Para prevenir la retraumatización, en momentos de hiper o hipo activación, tenemos que tener muy en cuenta la conciencia de esa persona con respecto al relato, las manifestaciones psicobiológicas, y monitorizar y regular con el paciente la activación, (p ej. parece que esto que estamos trabajando te está haciendo sentir muy mal, ¿te parece bien que dediquemos unos minutos a recuperarte y continuemos?).

Las emociones en el trauma complejo

Fonagy et al (2002, p.435) señalan que “*los afectos son estados mentales que pueden ser experimentados subjetivamente o de forma inconsciente*”.

Una de las tareas importantes, en el trabajo con estos pacientes, es ayudarles a reconocer (cognitiva y somáticamente), evaluar, contextualizar y llegar a regular los estados emocionales. Reconocer un estado emocional es percibirlo y darle significado. Ya hemos visto al comienzo del artículo que un mismo estado de excitación se puede interpretar de formas diversas.

Para poder reconocerlo necesitamos saber cómo es percibido por el sujeto, examinar su intensidad, si lo siente positivo, negativo o ambivalente. Valorar si le activa o desactiva psicobiológicamente y contextualizarlo tanto a nivel subjetivo, como a nivel relacional y social. Evaluar y dar sentido a la tendencia a la acción que genera.

Aunque ya lo hemos explicado anteriormente, queremos recordar que: en el trauma complejo resultante de relaciones interpersonales, los perpetradores siempre amenazan y generan angustia y miedo en sus víctimas, pero también a menudo utilizan la culpa y la vergüenza para humillarlas, someterlas y evitar cualquier tipo de escape o rebelión. Esta estructura relacional es muy frecuente. Cuando alcanza una intensidad muy elevada puede provocar sentimiento de no ser humano, la víctima siente que no tiene ningún valor, tanto a nivel inter-subjetivo, como a nivel intrasubjetivo.

La distinción que hacen tanto Frewen y Lanius (2015), como LeDoux (2015) entre angustia y miedo es que las dos son un estado de activación ante una amenaza. En el caso de la angustia es una amenaza no presente (la amenaza solo existe en la mente), mientras el miedo lo provocaría una amenaza presente, ambos activan las mismas zonas cerebrales⁶. La tendencia a la acción que provocan estas dos emociones es la evitación del daño que pudiera causar esa amenaza.

Frewen y Lanius (2015) sugieren que, tanto la culpa como la vergüenza surgen en el contexto de un juicio a sí mismo por haber cometido una transgresión a nivel moral. Consideran que la culpa primariamente tiene que ver con una desaprobación personal por haber realizado una acción injusta, errónea, (todo lo hago mal). La culpa se percibe como algo privado. La vergüenza tiene la dimensión de censura interna y relacional. El sujeto desaprueba lo que ha hecho, pero siente que los demás también le reprueban. La percepción es de indignidad (yo soy inadecuado, malo y sé que tú sabes que lo soy). La tendencia a la acción de la culpa es el intento de reparación, mientras que la de la vergüenza es ocultarse.

Las zonas de activación cerebral de la vergüenza y la culpa presentan puntos en común y diferencias. La hipótesis que manejan estos estudios para explicar las diferencias, es que la vergüenza representa un estado socioemocional más aversivo y complejo que la culpa.

Herman (2011), citada por Frewen y Lanius (2015) explica con mucha claridad la experiencia subjetiva de la vergüenza: *“la vergüenza conlleva una descarga inicial y una inundación de emoción dolorosa. La vergüenza es un estado sin palabra, en el que se inhibe el discurso y el pensamiento. También es un estado agudamente autoconsciente; la persona se siente pequeña, ridícula y expuesta. Hay un deseo de esconderse expresado característicamente cubriéndose la cara con las manos. La persona desea ‘hundirse en el suelo’, ‘arrastrarse a un agujero y morir’.”*

Este estado emocional, que Herman describe con tanta claridad, nos lo encontramos frecuentemente cronificado en nuestros/as pacientes que presentan trauma complejo. Pensamos que no es fruto solo de la vergüenza, sino también del miedo, la angustia y la culpa, (y otras emociones que no podemos explicar en este artículo debido a su longitud, pero que también pueden estar involucradas y son importantes).

Frecuentemente las emociones que estamos trabajando en este artículo generan evitación pasiva en la vida diaria de estas personas. La evitación pasiva es un síntoma que causa mucho malestar. Los/las pacientes relatan que no pueden ir a ciertos lugares, que no pueden ver a algunas personas, que se sienten paralizados. Entran en un proceso que sienten imparable de restricción y limitación de sus vidas, tanto a nivel intrapsíquico, como de funcionalidad social. Son funcionamientos que comienzan como respuesta de evitación del daño y que llegan a convertirse en automatismos que tienen parte consciente y parte no consciente.

Hay pacientes con trauma complejo que pueden reconocer, al menos en parte, estos mecanismos y relatan que salen de la paralización con un gran esfuerzo, sintiéndose muy mal o con una conducta impulsiva. En otros casos se quedan atrapadas, llegando a estar completamente aislados. El trabajo terapéutico de la inhibición se centraría, entre otras cosas, en poner palabra a los patrones implícitos, y en la regulación de los estados emocionales y somáticos subyacentes que generan esa paralización.

⁶LeDoux (2015) realiza un examen exhaustivo de las diferentes zonas que se activan en el miedo y la angustia, así como toda la investigación que se ha ido realizando hasta la fecha de la publicación del libro. Frewen y Lanius (2015) examinan también muy a fondo los correlatos neurológicos de la culpa y la vergüenza.

Síntomas disociativos

Los síntomas disociativos son resultado de una desconexión y /o una ruptura en las funciones que integran la consciencia. Nos referimos a la consciencia como la definimos al comienzo del artículo, como una experiencia psicobiológica, que afecta a la memoria, la identidad, la percepción subjetiva y del entorno, las emociones, los estados somáticos, etc.

Esta sintomatología suele ser muy insidiosa en las personas con trauma complejo, se les dispara con mucha fuerza en situaciones de estrés, tanto si éste es percibido conscientemente, como si es no consciente. Sin embargo, pueden desarrollar una vida aparentemente normal en situaciones de bajo estrés percibido.

Un ejemplo de estado disociativo por estrés no consciente: una persona que sufrió una enfermedad grave con alto riesgo vital mantenido durante dos años, con tratamientos médicos muy invasivos, y que finalmente logró recuperarse totalmente, se sorprendía cuando años después, al acudir al mismo centro hospitalario donde fue tratada para visitar a un familiar, se desorienta, no sabe dónde está, no sabe dónde tiene que ir, siente taquicardia y durante unos momentos se bloquea, hasta que logra volver a situarse y se da cuenta de la asociación traumática.

Cuando observamos un momento disociativo en una persona, podemos percibirla momentáneamente como si estuviera en trance, o como si pareciera hipnotizada, ausente, o congelada. Es importante la puntualización que recoge Howe (2005), citando a Allen (2001) para distinguir estados de disociación frente a estados de congelamiento *“mientras la disociación implica una desconexión psicológica radical con respecto a la situación, que produce aturdimiento, un no estar aquí, un estado que no se registra, la paralización se asocia con una atención elevada e hipervigilancia ante la amenaza”*. Los estados de paralización tienen que ver con la estrategia de supervivencia primitiva de fingimiento de muerte para que la amenaza pase de largo.

Tanto los estados disociativos como los estados de congelación se pueden producir durante la sesión, ya sea por el mismo relato traumático, por su intensidad, por la aparición de memorias intrusivas muy intensas. También, por alguna intervención del terapeuta para la que el paciente no está preparado, en ocasiones, por algún gesto no consciente del terapeuta, alguna postura corporal, etc. Es muy importante distinguir y explorar estos estados en la sesión y no quedarnos por la apariencia, la clave está en que mientras la disociación provoca desconexión y no hay recuerdo, la congelación provoca hipervigilancia.

Es importante poder recoger estos momentos con mucha delicadeza, en los estados disociativos es necesario traerle al aquí y ahora y en los estados de congelación bajar la hipervigilancia. En ambos casos y de forma muy cuidadosa tenemos que hablar de lo que ha disparado ese estado, cómo y cuál ha sido la percepción de la amenaza si ha sido interna o externa.

En ocasiones, nos encontramos con personas donde el funcionamiento disociado se ha cronificado. Tenemos la sensación de múltiples estados del yo, que se muestran o no se muestran según el momento terapéutico. Es una fragmentación no psicótica donde lentamente, y con un trabajo minucioso en el presente, podemos lograr momentos de conexión donde el dolor del trauma pueda ser tolerado y la defensa disociativa pueda ir remitiendo.

Algunas personas nos relatan que están como en dos mundos: uno que tiene que ver con la memoria traumática, que está actuando dentro, que siempre está presente y activo; y el otro es el del mundo actual. Frecuentemente los viven como incompatibles, *“estoy con amigos, estamos comiendo en un restaurante, pero yo siento que no tiene sentido estar ahí, la comida no me sabe a nada, ellos no saben cómo estoy, sin embargo, me tengo que reír con los chistes y aparento divertirme”*.

En el trabajo psicoterapéutico los/las terapeutas siempre debemos ser muy honestos con los/las pacientes. Esto todavía es más importante en el trabajo con personas que sufren trauma complejo, ya que, generalmente los daños que han recibido han ido acompañados de la comunicación paradójica, negarles sus percepciones, la coercitividad implícita o explícita,

Es fundamental monitorizar y reconocer (en la medida en que nosotros mismos seamos conscientes) nuestras respuestas. Cuando tengamos la sospecha de que nos hemos equivocado, o el paciente nos señale que nos hemos equivocado, aceptar el error ayuda a construir otro funcionamiento en el paciente. Esto legitima sus percepciones, le da la capacidad para expresarse y se repara la relación. El problema real no es equivocarse, o generar un conflicto, es no darse cuenta, u ocultarlo y no reparar.

Los síntomas disociativos pueden tomar diversas formas que no podemos abordar exhaustivamente. Nos vamos a centrar en las dos que están recogidas en el DSM-V, la despersonalización y la desrealización.

Despersonalización según el DSM-V sería *“experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej. Como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).”* (American Psychiatric Association, 2014, p.272).

La experiencia de despersonalización siempre está referenciada a uno mismo, Frewen y Lanius (2015) discuten este concepto y presentan un punto de vista muy interesante basado en las investigaciones de Sierra y cols (2005) en las que encontraron que basándose en la escala de despersonalización existen al menos cuatro experiencias correlacionadas débilmente entre ellas, serían:

- *“experiencias del cuerpo anómalas (estar fuera del cuerpo, sentir el cuerpo como si no fuera parte de uno mismo)*
- *entumecimiento emocional (p. ej. No siente emoción alguna cuando ríe o cuando llora, incapacidad de sentir afecto hacia la familia y amigos)*
- *memoria subjetiva anormal (p. ej. Las memorias personales son sentidas como si uno no hubiera estado participando en los hechos)*
- *alienación de su entorno (sentirse no real o separado del mundo, sentir desapego con respecto al entorno, o sentirlo irreal)”* Frewen y Lanius (2015, pos 3531)

Desrealización según el DSM-V sería *“experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej. El mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)”* (American Psychiatric Association, 2014, p.272). La desrealización no tiene que ver con uno mismo, sino con lo que le rodea.

La despersonalización y la desrealización se pueden producir conjuntamente o por separado. En el trabajo con esta sintomatología es muy importante estar pendiente de estabilizar a la persona, y regularle, monitorizando sus estados mientras trabajamos. Cuando relata las situaciones traumáticas, hay que intentar realizar el proceso dentro de la ventana de tolerancia del paciente. Si es posible, es importante acotar los relatos. En momentos usamos la metáfora de “nos tenemos que comer un mamut, pero para poder hacerlo lo tenemos que hacer en pedacitos pequeños”. Pero fundamentalmente, como ya hemos dicho previamente mantener al paciente en el aquí y el ahora en la relación terapéutica.

Mantener al paciente en el presente

Los recuerdos traumáticos se archivan en la memoria, tanto en la explícita como en la implícita. En el trabajo con estas personas se evoca el relato en el aquí y el ahora, *como señalan Frewen y Lanius (2015, pos 2208) citando a Tulving (2005), “cuando recordamos, nuestras mentes viajan al pasado, mientras están sostenidas en el presente. Pero sin una sólida base, el yo presente no viaja hacia el pasado, sino más bien el yo pasado efectivamente llega a ser o toma el lugar del yo presente”*.

Uno de los aspectos en los que los pacientes reexperimentan, en vez de recordar, son *“en la irrupción de recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos”* DSM-V (American Psychiatric Association, 2014, p.271),

Desde la memoria declarativa se pueden evocar situaciones traumáticas voluntariamente, esto puede ser angustiante para el/la paciente. Debemos tener en cuenta que podrían generar mucho malestar psicobiológico y ser muy cautelosos en el cómo y cuándo. Sin embargo, los recuerdos intrusivos tienen que ver con la memoria implícita, no consciente, se activan sin que la persona entienda por qué se precipitan. En estos procesos reviven todo como si estuviera volviendo a pasar en el momento, genera cambios psicobiológicos, y refuerza el trauma.

En el trabajo con estos recuerdos hay que enseñar al paciente a reconocer los disparadores somáticos, cognitivos, emocionales y especialmente tener en cuenta lo que Bleichmar (2000) sostiene *“los ‘flashbacks’, y la reexperimentación emocional de los recuerdos intrusivos que forman parte del cuadro, refuerzan, a nivel*

psicológico y biológico, a los acontecimientos vividos en la realidad. En el trastorno de estrés postraumático, cada recuerdo intrusivo, lejos de ser abreactivo es retraumatizante. Por lo que las intervenciones presuntamente catárticas terminan siendo iatrogénicas. El factor terapéutico es probable que resida en la resignificación del suceso en el contexto de un vínculo humano reasegurante”.

Cuando el/la paciente evoca recuerdos y, especialmente cuando nuestra observación clínica detecta que se han quedado atascados en el pasado (postura corporal, expresión facial, mirada, etc.), es imprescindible que recobre su yo presente, hay que volver a traer la atención al aquí y ahora. Los cinco sentidos son muy útiles para que el/la paciente se reconecte con el presente, con intervenciones como: mírame, toma un caramelo, mírate la mano, dependiendo del contexto de lo que estemos elaborando, también se le puede llamar por su nombre y decirle “aquí estás segura/o, aquí nadie te va a dañar”. Debemos ser muy cuidadosos con los/las pacientes graves porque estímulos fuertes podrían desatar el pánico y por lo tanto retraumatizar.

Aspectos cognitivos en el trauma complejo

Cuando trabajamos aspectos cognitivos en el trauma complejo, estamos promoviendo que el paciente pueda tomar conciencia y modificar la representación que tiene de sí mismo como sujeto. Que vaya construyendo una narrativa sobre su propia experiencia. Estaremos contemplando el contenido del relato, la estructura, la perspectiva desde la que se relata, si habla en primera, segunda o tercera persona, si entra en momentos de confusión, si se queda mudo, si tiene momentos disociativos, si los recuerdos están fragmentados o no, etc.

También estamos evaluando la capacidad de simbolización, de asociación, de recuperación de memoria, de explicación de sus emociones y estados somáticos.

Es importante hacer una labor psicoeducativa que les ayude a comprender la relación que tienen sus estados mentales con sus experiencias vitales y su sintomatología psicobiológica. También hay que explicitar los procesos de socialización y sus mandatos, tales como mandatos de género, de clase social, familiares, culturales, relacionales, de pertenencia a una etnia, etc. Realizando esta labor es importante revisar sus habilidades sociales y promover un cambio en el caso de que estén desajustadas.

Siguiendo con la psicoeducación, en pacientes que han sufrido traumatización interpersonal, debemos mostrarles, como señala Serrano (2012), que cuanto mayor poder ha tenido la persona que perpetra el daño traumático, mayor ha sido su capacidad para nombrar y definir la realidad, y para que sus argumentos prevalezcan sobre los de la propia víctima. Hay que explicarles cómo ha sido colonizada su mente por explicaciones y justificaciones ajenas que le atribuyen la responsabilidad de su propio daño y humillaciones.

Uno de los aspectos que hay que trabajar es la percepción del miedo. Nos ha resultado muy esclarecedora una investigación de Grupe y Nitschke, citados por LeDoux (2015), porque muestra aspectos que vemos en la clínica de estos pacientes. Estos investigadores encontraron que “las personas que padecen trastornos de ansiedad y miedo exhiben

- Una atención incrementada a las amenazas
- Deficiente discriminación de amenaza y seguridad
- Incremento en la evitación de amenazas posibles
- Estimación amplificada de la posibilidad de amenaza y sus consecuencias
- Reactividad exagerada a la incertidumbre sobre un peligro
- Disrupción del control cognitivo y de conducta en presencia de amenazas” (pag. 108)

Hemos de ver cómo se dan estos aspectos en el/la paciente concreta y elaborar cómo se enfrenta a las diferentes situaciones vitales que le generan angustia y/o miedo, sin olvidar los aspectos psicobiológicos. Poder examinar y pensar acerca de su propia evaluación del riesgo y sobre su proceso de toma de decisiones, de afrontamiento de situaciones estresantes, nos permitirá ir poco a poco calibrándolas, contextualizándolas, tanto en el pasado como en el presente, y generando funcionamientos más adaptativos.

Poco a poco debemos ayudarles a tomar perspectiva de los hechos traumáticos, integrando aspectos fragmentados de sí mismos, elaborando sus defensas, tanto pasadas, como presentes, analizando cómo se constituyeron, cómo funcionan en el momento presente y que papel jugaron.

Cuáles fueron sus necesidades, motivaciones y deseos en el pasado y cuales son actualmente. Bastantes pacientes con trauma complejo encuentran muy difícil reconocer todos estos aspectos. Aquí hay que realizar una labor muy delicada para reconstituir lo que se ha perdido o generar que nunca llegó a crearse.

En el ámbito cognitivo también es importante evocar memorias donde esa persona se sintió seguro, competente, fuerte. Esto nos ayudará a que se pueda anclar en el presente, mientras elaboramos del pasado. A veces es muy complejo evocar esto en pacientes cuya traumatización fue muy grave y tuvo lugar en relaciones muy tempranas, por ejemplo, una persona cuyo mejor recuerdo en la infancia era ir a un vertedero a buscar juguetes rotos. En estos casos trataremos de rescatar algún aspecto interno, algún momento, alguna relación que pueda promover una cierta fortaleza, competencia, seguridad.

En este trabajo de integración que debemos realizar con los pacientes con trauma complejo nos resulta muy útil la aportación de Hugo Bleichmar (2001) llamado acoplamiento de experiencias que *"se trata de recrear el recuerdo con intensidad vivencial –momento en que estará en estado de memoria lábil- para que quede insertado en una nueva estructura vivencial de significación al acoplarse con otros recuerdos del pasado de signo diferente o con experiencias del presente –de dentro o fuera de la terapia- que lo reestructuren"*

En la consulta cuando la persona se conecta con un recuerdo traumático y en ese momento está reexperimentando la activación neurobiológica congruente con el terror o el daño del suceso originario, es necesario atender a la regulación psicoemocional, a los patrones corporales y su sintomatología, y lograr que en el momento presente disminuya el estado de activación mientras se resignifica el recuerdo.

Perspectiva psicosocial en trauma complejo. Apoyo para procesos administrativos, y/o procesos judiciales.

Hasta este momento, hemos estado revisando algunos aspectos del tratamiento del trauma complejo desde la clínica del daño psicobiológico de la traumatización, ahora nos vamos a centrar en el trabajo de apoyo, sostén y contención que necesitan algunos de nuestros/as pacientes cuando realizan trámites administrativos que les generan mucho estrés y especialmente cuando se ven envueltos en procesos judiciales. Brevemente explicaremos cómo se realizan los informes clínicos con estos fines.

Los procedimientos administrativos necesitan conseguir, aportar y gestionar documentos, y tienen plazos. Los procedimientos judiciales trabajan con hechos, orden cronológico, ubicación espaciotemporal, elementos que aporten credibilidad en los testimonios y pruebas, o al menos indicio lógicos, de intencionalidad y causalidad.

Pues bien, la clínica del trauma complejo nos informa de una realidad donde enfrentarse a la lógica de las administraciones puede convertirse, en ocasiones, en una tarea inabordable para estos pacientes por el nivel de estrés que les genera, cuanto más se desregulan, más difícil les resulta afrontar esos retos.

Además de trabajar en la consulta la sintomatología psicobiológica que aflora ante estos desafíos, en algunas ocasiones somos requeridos, ya sea por los/las pacientes o por las administraciones, para realizar informes. En este último caso nos enfrentamos a varios dilemas.

El tiempo administrativo y el tiempo psicológico.

Durante el proceso clínico lo que nos desvela víctima es su daño, la devastación de su psiquismo, la sintomatología. La exploración psicológica tiene que estar al servicio de los tiempos del paciente, de su contexto actual, de su relato biográfico completo. Los tiempos administrativos están delimitados, son rígidos, y hay que cumplirlos con exactitud.

Una persona muy desregulada o bajo los efectos de la disociación traumática, y experimentando todas las alteraciones psicobiológicas y propioceptivas que hemos referido en los apartados anteriores, no está en las mejores condiciones para afrontar el procedimiento judicial que desencadena una denuncia o el peregrinaje por las distintas administraciones para recabar documentación, o para solicitar una ayuda social o pasar un tribunal de

valoración médica o de discapacidad y justificar todos los supuestos. Una de nuestras labores en ese momento es sostenerles, organizarles y contenerles en ese proceso, pero a veces, también apoyarles con informes.

Centrándonos especialmente en los casos en que se han formulado denuncia porque los hechos traumáticos son constitutivos de delito, la víctima puede no estar preparada para afrontar esa situación, sin embargo, la justicia valora la inmediatez de las denuncias, necesita explorar hechos que no pueden esperar el tiempo que una víctima necesitaría para su recuperación. Además, la administración de justicia tiene la responsabilidad de proteger a las víctimas y para ello necesita ser conocedora con celeridad de los posibles delitos perpetrados para perseguir a los perpetradores. Víctimas y profesionales nos debemos a esta colaboración necesaria con la Justicia y como terapeutas, tenemos que ayudar a nuestros/as pacientes a enfrentar este difícil reto.

Traumatización múltiple

Los obstáculos para las víctimas proceden de muy diversos ámbitos. En el trabajo clínico con víctimas de trauma complejo, nos enfrentamos a una alta incidencia de casos de traumatización múltiple. En el psiquismo, el daño sobre daño, puede dejar huellas muy profundas, pero no hay una línea clara para diferenciar hasta donde llegan los efectos de uno y otro daño. Por ejemplo, experiencias de abuso sexual o de sufrimiento continuado de violencia de género, multiplicarán su efecto devastador si inciden en personas con trauma de apego o negligencia en su crianza.

Cómo profesionales de la clínica, tendremos que informar de los factores de vulnerabilidad observados en la víctima y acudir a la teoría y a los resultados de la investigación para establecer relaciones de probabilidad que expliquen determinadas respuestas y reacciones psicobiológicas, congruentes tanto con la traumatización actual, como con la vulnerabilidad de base.

Elementos para evaluar la credibilidad del relato traumático, en informes clínicos con fines periciales.

Herman (2009, p.134), afirma “el rol de terapeuta no es actuar como detective, jurado o juez, no es el de extraer confesiones o imponer interpretaciones a la experiencia del paciente, más bien ser testigo de cómo el paciente descubre su propia verdad”. Esta labor en la que nos reconocemos como terapeutas se ve muy interferida y a veces dañada con las relaciones que tiene que tener el/la paciente con las diferentes administraciones, incluyendo la justicia.

En el procedimiento judicial es de gran importancia conocer los indicios de credibilidad de la víctima que las/los clínicos podamos aportar.

Con la honestidad debida al alcance de nuestros juicios clínico, y expresando en los informes los límites que consideremos significativos, (art. 48 Código Deontológico de la psicología) podemos reseñar algunos elementos que informan sobre la credibilidad de las víctimas:

- La disociación traumática, si no se explica en el informe clínico, puede restar credibilidad a las víctimas, ya que ante preguntas explícitas, pueden hacer relatos espeluznantes con desafectación y absoluta desconexión emocional. Por ejemplo. Una mujer víctima de violencia muy grave, explicaba cómo tras ser golpeada y empujada por su cónyuge, calló rodando por un tramo de 12 escalones, y tras comprobar que podía levantarse, recogió a su hijo de 5 años que estaba en la cocina, lo dejó en el colegio y se fue a la cita que tenía para encargar el traje de Primera Comunión de su hija mayor.
- El procesamiento de la memoria traumática también puede desconcertar si ante preguntas que intenten explorar el contexto en el que se produjeron los hechos denunciados, la víctima muestra un recuerdo extremadamente detallado de algunas situaciones y sin embargo no es capaz de situarlo correctamente en el tiempo y no lograr ordenar cronológicamente su declaración judicial.
- Sin necesidad de pasar pruebas específicas, la observación clínica puede aportarnos datos diferenciados sobre restricciones cognitivas de origen traumático o de origen constitucional. Las personas víctimas de trauma complejo, especialmente cuando se ven obligadas a relatar los hechos traumáticos, pueden parecer

autómatas que repiten y repiten hechos concretos con aparentes dificultades de acceder al pensamiento abstracto. Nombrar en un informe las limitaciones cognitivas de origen traumático, ayuda en los procedimientos a entender muchas contradicciones.

- Los factores de vulnerabilidad añadidos como la discapacidad intelectual (DI), requiere una mención especial. Actualmente, la Ley contempla la figura de facilitador/ra, que pueda acompañar a las víctimas y ayudar a formular las preguntas de la toma de declaraciones, de forma comprensible para las víctimas. Por ejemplo, una mujer con DI que había sufrido repetidas violaciones por parte de un vecino, cuando finalmente pidió ayuda y decidió enfrentarse a una denuncia, no tenía respuesta cuando alguien le preguntó si había sido una violación o una relación sexual no deseada.
- Para las víctimas menores de edad también hay procedimientos específicos que los profesionales debemos conocer. Y Los factores de vulnerabilidad por edad avanzada de las víctimas, requieren igualmente informes clínicos especializados para dimensionar adecuadamente la capacidad de respuesta real de la persona.

Las personas que proceden de culturas, idiomas, valores, creencias o prioridades vitales diferentes a los de su país de acogida, muestran también comportamientos paradójicos para nosotros, que no van a ser fácilmente comprendidos en un procedimiento judicial y es importante mencionarlo en un informe clínico con fines periciales.

Elaboración de un informe clínico con fines periciales.

Puede realizarse a petición judicial o a petición de la persona interesada. Remitiéndonos a las recomendaciones de la Coordinadora Estatal de Psicología Jurídica del Consejo General de COPs (2007), podemos afirmar que un informe clínico con fines periciales, tiene que responder básicamente al mismo formato que un informe forense.

Tiene que recoger de forma clara los datos de la persona sobre la que informamos y los datos relativos al o la profesional que emite el informe. En algunos casos se puede obtener autorización para firmar únicamente con el número de colegiación.

Los apartados recomendados serán: antecedentes, metodología, resultados o valoración psicológica y conclusiones. Si se han pasado pruebas psicológicas, se especificará en la metodología junto con la mención a entrevista clínica, observación comportamental y todas las estrategias habituales y técnicas del encuadre clínico.

Mención especial merece en los casos que nos ocupan, la recomendación basada en el Art. 12 y el Art. 48 del Código Deontológico (CD) del ejercicio de la psicología. Sabemos que a veces nuestro lenguaje profesional tiene asociadas valoraciones coloquiales que poco tienen que ver con la especificidad de nuestra disciplina. Pues bien, los informes clínicos que se realizan para un procedimiento judicial, tenemos que ser conscientes que van a ser leídos por personas ajenas a la psicología, incluida la parte contraria que se enfrenta en el procedimiento a la persona sobre la que informamos. Es muy importante utilizar un lenguaje descriptivo que no esté connotado coloquialmente de etiquetas devaluadoras o discriminatorias.

Otros aspectos especialmente relevantes son: no desvelar de la Historia Clínica más datos de los estrictamente necesarios para el caso; y que la persona interesada pueda leer y entender nuestro informe, no solo en uso de sus derechos (art. 42 CD), sino también para preservar la relación terapéutica. Incluso donde la Ley nos obliga a informar sin necesidad de tener el consentimiento de nuestros clientes o pacientes, es muy recomendable que la persona interesada conozca los términos del informe.

Los informes realizados a petición judicial requieren de ratificación cuando seamos citados, ocasión donde el o la profesional responderá a todas las preguntas y explicaciones que le sean solicitadas. Entendiendo que el o la juez siempre tiene la potestad de acceder a la historia clínica si lo considerara necesario, o bien, en determinados momentos del procedimiento pedir informes periciales a los equipos psicosociales de los juzgados.

Preservar el vínculo terapéutico después de un informe con fines periciales

En el encuadre clínico, los informes pueden ser un instrumento que afiance la alianza terapéutica. Es una ocasión de transmitir a la persona interesada una explicación de su propio funcionamiento que la desculpabi-

lice, afirme, integre y resignifique. Las personas afectadas por la destrucción psíquica del trauma complejo, habitualmente no tienen un buen concepto de sí mismas, conocen sus múltiples limitaciones y sintomatologías y frecuentemente se culpan por ellas. Ver reflejado y explicado en un informe la lógica del trauma, junto con una explicación clínica de lo que les pasa, puede llegar a ser muy reparador.

Conclusiones

El trauma complejo es un trastorno que requiere ser abordado desde varios niveles: el psicobiológico, el relacional y el social. Nuestro trabajo no debe limitarse a la sintomatología psicobiológica, sino también a reparar, mantener y en algunos casos crear un desempeño relacional y social que se ha dañado o perdido.

El concepto de trauma encarnado nos ayuda a entender los procesos de traumatización y cómo éstos afectan al cuerpo, a la memoria, a las emociones y a la consciencia.

En nuestro trabajo con este tipo de pacientes es fundamental crear un vínculo confiable y seguro, a partir del cual el/la paciente pueda elaborar, reexperimentar, resignificar y repararse a nivel intrasubjetivo, relacional y social, y evitar la retraumatización.

Finalmente resaltamos la importancia de apoyar a estas personas con informes clínicos para fines periciales o para otros objetivos de índole administrativa.

Referencias

- Allen, J.G. (1995). *Coping with trauma. A guide to self – understanding*. Washington (D.C.), USA: American Psychiatric Press, Inc.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorder*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid, España: Editorial Médica panamericana.
- Bateman, A. y Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization – based treatment*. New York (NY), USA: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization – based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. New York (NY), USA: Oxford University Press.
- Bleichmar, H. (2000). Biología del estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas*, 6. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=141&a=Biologia-del-trastorno-de-estres-postraumatico>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, 9. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). *Código Deontológico*. Madrid: Autor. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
- Coordinadora Estatal de Psicología Jurídica (Julio, 2007). Guía para psicólogos forenses. *Infocop online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1489
- Coordinadora Estatal de Psicología Jurídica (Julio, 2007). Modelo de Informe Psicologico Forense. *Infocop online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1489
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. y Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the development of the self*. London, Reino Unido: Karnac LTD.
- Frewen, P., Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self. Consciousness, neuroscience, treatment*. New York (NY): Norton and Company, Inc. Versión Kindle.
- Gabbard, G.O. (1997). Challenges in the análisis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 5, 1 - 25.
- Herman, J.L. (2004). *Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid, Es-

- paña: Espasa Calpe. S.A.
- Herman, J.L. (2009) Crime and memory. En K.B. Golden y B.G. Bergo (Eds). *The trauma controversy*. Albany, USA: State University of New York Press.
- Herman, J. L. (2011) PTSD as a shame disorder. En R. L. Dearing y J.P. Tangney (Eds), *Shame in the therapy hour* (pp. 261 – 276). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect. Attachment, development and intervention*. New York (NY): Palgrave Macmillan.
- Laub, D. (2012). Traumatic shutdown of narrative and symbolization: a death instinct derivative? En M. G. Fromm, (Ed.), M.G., Editor. *Lost in transmission. Studies of trauma across generations*. London, GB: Karnac LTD.
- LeDoux, J. (2015). *Anxious. Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. New York (NY), USA: Penguin Random House LLC.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Finding the body in the mind. Embodied memories, trauma and depression*. London: Karnac books Ltd.
- Mingote, J.C., Manchón, B., Isla, I. Perris, A. y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas psicoanalíticas*, 8. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=161&a=Tratamiento-integrado-del-trastorno-de-estres-postraumatico>
- Ogden, P., Kekuni, M., Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Serrano, C. (2012). *Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres*. (Tesis doctoral). Universidad de Deusto, Bilbao, España. Recuperada de: http://terapiaygenero.org/images/pdf/CarminaSerrano_Tesisdoctoral2013.pdf
- Shapiro, R. (2010). *The trauma treatment handbook. Protocols across the spectrum*. New York (NY), USA: Norton and Company, Inc.
- Tulving, E. (2005). Episodic memory and auto-noesis: Uniquely human? En H. S. Terrace y J. Metcalfe (eds). *The missing link in cognition* (pp. 4-56). New York, NY, USA: Oxford University Press.

Artículo recibido: 28/04/2016

Revisión recibida: 18/05/2016

Artículo aceptado: 20/05/2016