



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

El trauma complejo y sus consecuencias en la personalidad adulta

Autora: Patricia Fernández Rivas

Director: Carlos Pitillas Salvá

Madrid

Abril 2019

Resumen: En el trabajo que se presenta a continuación se pretende mostrar una perspectiva amplia y rigurosa sobre el trauma complejo. En primer lugar, se abordan sus aspectos y controversias más relevantes. En segundo lugar, se refieren sus consecuencias en la personalidad y dinámica interna del que lo sufre como algo problemático. Se continuará revisando brevemente la intervención para los afectados por este proceso psicológico. Finalmente, se desarrollará una pequeña discusión sobre recomendaciones de cara al futuro y conclusiones de lo tratado a lo largo del texto.

Palabras clave: trauma, complejo, patología postraumática, personalidad, daño, experiencias.

Abstract: In this work a broad and rigorous perspective on complex trauma is shown. First, the most relevant aspects and controversies regarding complex trauma are approached. Secondly, the consequences on the personality and internal dynamics of the people who suffer this are referred. Next, we will make a brief revision of the intervention for those who are affected by this psychological process. Finally, a brief discussion on recommendations for the future and conclusions extracted from the text will be presented.

Keywords: trauma, complex, posttraumatic pathology, personality, damage, experiences.

Índice

1. Introducción	4
1.1. Aproximación conceptual	4
2. El Trauma Complejo	6
3. Consecuencias	17
3.1. Dinámicas internas y personalidad	17
4. Intervención	23
5. Previsiones futuras y conclusiones	28
6. Bibliografía	29

1. Introducción

1.1. Aproximación conceptual

El trauma complejo específico comienza a ser tratado por Judith Herman en su trabajo “*Trauma & Recovery*” (Herman, 1992). Sin embargo, el concepto de traumatización aparece previamente en las clasificaciones internacionales de desórdenes mentales.

Este término se origina en la primera versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM-I y es recogido como “*gran reacción al estrés*” y, más adelante en el DSM-II, como “*trastorno situacional transitorio*”; en la novena versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades o CIE-9 como “*reacción aguda ante gran tensión*”. La última actualización del CIE-10 plantea la idea de introducir aquellos trastornos provocados por un trauma; incluye los trastornos de adaptación provocados por estrés, el Trastorno por Estrés Postraumático agudo y crónico y los cambios duraderos de personalidad tras una experiencia problemática (López-Soler, 2008).

El trauma complejo se aleja en algunos aspectos del trauma simple, cuestión en la que se centrará el presente trabajo. La traumatización compleja sucede de forma cronificada o prolongada en el tiempo; la experiencia dañina que invade el mundo de la víctima es reincidente y erosiona algunos aspectos internos como consecuencia del daño. Estos aspectos están muy relacionados con la personalidad rota del individuo, concretamente con la identidad.

Por ejemplo, un familiar cercano, como un tío, que ha presentado conductas sexualmente desviadas hacia su sobrina a lo largo de su infancia (cada domingo en reuniones familiares, aproximadamente), puede haber provocado un proceso de traumatización compleja en la menor; esta persona puede presentar en la adultez sentimientos de inestabilidad emocional, inadecuación sexual y sentimientos crónicos de vacío.

El trauma simple, por otro lado, ocurre de forma diferente: se produce una experiencia aguda y puntual que hiere casi inmediatamente a la persona que lo sufre; interviene en menor medida en la personalidad (identidad) del individuo, y genera sentimientos

intensos de ansiedad o hiperactivación más inmediatamente. Tal patrón sería una persona que sufre un accidente de tráfico en el que muere su hermano; probablemente presente un cuadro traumático relacionado con sentimientos de disociación, ansiedad y tristeza en los momentos casi posteriores al accidente.

El trastorno traumático simple emerge en los años 80 en un cuantioso número de veteranos estadounidenses de la Guerra de Vietnam que necesitaban paliar aquellas consecuencias emocionales que supone un combate. La sintomatología más prominente en estos afectados era la disociación y la reexperimentación de las escenas traumáticas. Por esta razón, se plantea la necesidad de cubrir esta intervención y tratar estos síntomas (Abeldaño, y Fernández, 2016).

La traumatización como suceso conflictivo se recoge como Trastorno de Estrés Postraumático o TEPT. Se incluye por primera vez en 1980 en el Manual DSM-III. Comprende una serie de criterios comunes en todo tipo de traumatización: exposición a acontecimiento traumático, evitación de estímulos asociados y síntomas disociativos (American Psychiatric Association, 2014).

Puesto que aparecen víctimas adultas que sufren cuadros postraumáticos no relacionados con situaciones de combate tanto en la infancia como en la adultez, se plantea otra perspectiva de la vivencia del trauma. Por esta razón, se recoge dentro de “acontecimiento traumático” otras situaciones diversas tales como violación o lo que actualmente conocemos como agresiones sexuales (García, Reyes, y Cova, 2014). En el trauma complejo, este tipo de daño puede estar relacionado con dinámicas de abuso o maltrato, pero, además de ellas, también con negligencia, falta de cariño o cuidado, o actitudes disruptivas por parte de quien lo ejerce.

Se encuentran, del mismo modo, personas afectadas que reciben esta clase de daños en la infancia por parte específicamente de sus cuidadores (falta de cuidado o castigos no físicos, por ejemplo); véase padres, familiares o personas cercanas que se hacen cargo y acaban siendo, del mismo modo, cuidadores (Aguilar, 2018). Esto supone, una sintomatología más severa que, en ocasiones, es muy compleja, ya que interviene en el desarrollo del mundo afectivo e interno del perjudicado. Esta sintomatología está

relacionada con problemas en el adulto para relacionarse con el otro o, una continua y profunda sensación de desamparo y vacío.

Por lo tanto, Judith Herman (1992) añade a esta sintomatología más severa y a la afectación del mundo afectivo la problemática que se produce cuando el trauma se cronifica a lo largo del tiempo. Describe por primera vez lo que ella denomina Trauma de Tipo I (o con un único evento traumático) y Trauma de Tipo II (o complejo y repetido).

Junto con esta diferenciación, Herman establece un tratamiento para la afectación traumática con el fin de la recuperación del trauma específicamente complejo. Se gesta un daño muy profundo en el afectado que tiene consecuencias severas en su personalidad y requiere una intervención centrada en recuperar seguridad, trabajar sobre el trauma y crear estabilidad vital.

2. El Trauma Complejo

La traumatización es un proceso muy complejo en su conjunto; es por ello por lo que se hace esencial diferenciar sus tipologías y funcionamiento de cara a una comprensión más profunda. Tanto sus tipos como el funcionamiento dependen de las circunstancias en las que este fenómeno emerge.

El presente trabajo se centra en la dificultad específica del **trauma complejo**, diferenciándolo del trauma simple. Las variables que intervienen en su gestación influyen directamente en la personalidad que se desarrolla en el sujeto que lo sufre. El texto se centra en esta traumatización compleja y, específicamente, en su relación con la personalidad resultante y en el daño del mundo interno.

La comparación y consecuente diferenciación entre el trauma complejo y simple presenta algunas semejanzas, aunque difiere en aspectos muy relevantes. Por ejemplo, el aspecto temporal del trauma o sus consecuencias en la personalidad rota, entre las que destaca la forma de relación con el otro. De este modo, las particularidades que distinguen

ambas dinámicas permiten una comprensión más esclarecedora y profunda del proceso de traumatización y, concretamente, del trauma complejo (García, et al., 2014).

Un adolescente con 17 años que sufre la muerte de su tío presenta problemas para conciliar el sueño e intestinales; podría tratarse de una dinámica de trauma simple. Un menor de 5 años convive con su padre, quien presenta sintomatología depresiva y no parece hacerse responsable del menor: se desarrollaría sintomatología inhibida o reprimida a largo plazo, problemas de sueño y conductas disruptivas. Si fuese así, convendría explorar un posible trauma complejo.

Martínez, y Casares (2016) realizaron numerosas intervenciones con personas que padecieron trauma complejo. En su artículo se refieren a este acontecimiento como un desorden interno que viven aquellos que acumulan experiencias traumáticas de una manera crónica, es decir, prolongada en el tiempo.

Esta dinámica es especialmente problemática cuando el daño es ejercido por cuidadores o figuras representativas afectivamente para la víctima (implica bloqueo y disonancia: no puede asumir que un cuidador genere daño y no es capaz de reaccionar o responder ante ello). En línea con esto, las consecuencias perjudiciales son mayores cuando se gesta en la infancia; la personalidad se erosiona o rompe y aparecen dificultades de relación y adaptación en el adulto. Estas dificultades tienen que ver con problemas para comunicarse con el otro, entender y empatizar de una forma saludable con sus sentimientos o reaccionar con respuestas atacantes ante situaciones nada agresivas. El impacto en la personalidad del adulto ofrece algunos ejemplos tales como sentimientos de inutilidad, de desamparo, soledad o sensación de inseguridad continuada (Cook, et al., 2017).

Las características de los acontecimientos conflictivos y traumáticos es una variable importante que influye en la gestación del trauma. Su frecuencia, duración, intensidad y cantidad es relevante para generar un proceso traumático; estas particularidades son directamente proporcionales con el daño ejercido (López-Soler, 2008).

La duración de la dinámica traumática depende de la persona que la sufre (sus características personales) y sus circunstancias. Sin embargo, se especifica que la

diversidad de acontecimientos traumáticos (actitudes parentales, negligencia, maltrato o falta de cariño, por ejemplo) tanto en un contexto continuado como puntual en el tiempo generan esta actividad dañina; a este fenómeno se lo denomina “*multitraumatización*”: conjunto de experiencias poco saludables para el desarrollo de una persona que posibilitan sintomatología psicopatológica y erosión o ruptura de la personalidad (Courtois, y Ford, 2009).

Este conjunto de acontecimientos adversos que genera la traumatización múltiple implica un “daño sobre daño”. Martínez, y Casares, 2016 detallan la importancia de conocer hasta qué punto incide un daño y no el otro. Esto supone un proceso muy complicado, ya que el límite para conocer los efectos de una experiencia u otra es muy complejo y subjetivo.

Cuando el daño ocurre durante un determinado período de tiempo, se solapan las emociones de unas experiencias y otras. Esto conlleva la complicación de conocer qué aspectos son más o menos dolorosos para la persona afectada. Especificar el límite entre un daño u otro es especialmente importante para conocer las variables exactas que participan en la gestación del trauma complejo (Courtois, y Ford, 2009).

Martínez y Casares (2016) apuntan en su artículo que “no todas las personas que han sufrido múltiples traumas desarrollan un trauma complejo, pero el trauma complejo siempre conlleva “*multitraumatización*”” (Martínez, y Casares, 2016, p. 88). Resulta esencial entender que el fenómeno de la “*multitraumatización*” es definitorio del trauma complejo, pero no todos aquellos que lo viven desarrollan obligatoriamente un desorden psicológico. El trastorno en el individuo se produce por la acumulación de este conjunto de perjuicios en el contexto en el que convive.

El trastorno que genera esta traumatización compleja puede gestarse tanto en la infancia como en la adultez. Es necesario especificar en este punto la importancia que supone que suceda en la primera.

Gertel (2018) detalla que durante los primeros años de vida se necesitan respuestas esenciales por parte de cuidadores. Este tipo de necesidades son las relacionadas con la

seguridad, protección, estabilidad y cariño. De este modo, la persona que recibe estas condiciones externas crece de forma saludable y desde una crianza adecuada.

La infancia se caracteriza por el comienzo de la formación de la identidad y personalidad. Durante esta fase de desarrollo se establece consistencia personal y se forjan esquemas morales y de afrontamiento del mundo imprescindibles para el resto de la vida. La persona está en un proceso de maduración moldeable y flexible (Cook, et al., 2017).

La existencia cronificada (a lo largo de un período de tiempo) y cotidiana (que sucede de forma diaria o casi diaria) de acontecimientos dañinos del mundo emocional del perjudicado de baja intensidad y de frecuencia media-alta, interrumpen esta formación.

Esto se vive de forma extraordinariamente más traumática, implica problemas en la futura personalidad y dificultades en la capacidad de adaptación. Estos problemas son los relacionados con la sensación de desamparo, inseguridad, disociación o dificultad en la relación (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, y Brown, 2004).

Crastnopol (2011) explica en su artículo la dinámica microtraumática: cuidadores que deberían ejercer comportamientos buenos y saludables para sus hijos, provocan daños emocionales a la vez que obligan a las víctimas que lo sufren (por su posición de vulnerabilidad) a mantenerse en la situación traumática. El impacto más gravemente generado es disociado, suprimido o reprimido debido a esta situación de “inferioridad” y de mantenimiento “obligado”; esta acumulación es imperceptible, pero infunde sentimientos de debilitación muy graves y profundos.

La característica más representativa de este tipo de estructura microtraumática es que las experiencias dañinas que la conforman son sutiles, es decir, no es fácil hacerse consciente de ellas ni tampoco de observarlas sin profundidad. Esto supone, como es lógico, que el descubrimiento del problema sea más complicado que en aquellas dinámicas donde se observa claramente cómo se infringe el daño. Además de ello, para la víctima que sufre este daño se hace más complicado expresar conductas o emitir respuestas que frenen esta situación conflictiva, ya que el afectado no es capaz de distinguir el daño ni cuenta con herramientas para ello (al ser una persona con poco desarrollo, un niño) (Crastnopol, 2011).

La víctima que convive con la dinámica dañina alterna entre sentimientos de separación y de acercamiento continuos (quiere sentirse cerca de quien “le quiere” pero le está haciendo daño y no quiere sufrir); le cuesta aceptar y hacerse consciente del daño sutil que experimenta. Además de esta disonancia, las figuras que ejercen este malestar no permiten la escapatoria de su víctima, por lo tanto, la única forma de huir para quien lo sufre es “retirarse mentalmente” (Boon, 2015).

Estas pequeñas pero profundas heridas (tales como actitudes negligentes o de indiferencia, que no llegan a ser explícitamente violentas) que producen los cuidadores conllevan sentimientos de disociación (alejamiento y desconexión del daño que está sufriendo) (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2005) y resistencia a las relaciones adultas naturales (rechazan exponerse emocionalmente a alguien debido al daño emocional previo que pueda volver a producirse). Por esta razón, el impacto es más traumático, profundo y gesta problemas de adaptación y relación con el otro (Boon, 2015).

La problemática derivada de la influencia en la personalidad del menor se expresa en su futura identidad y conlleva sentimientos de fragmentación: la víctima pierde consistencia interna y personal necesaria para enfrentarse al mundo y desarrolla conductas y emociones inadaptadas a la realidad; incluso puede llegar a sentir que ella misma no ha vivido la situación conflictiva. Sin embargo, es importante puntualizar en referencia a este último aspecto que no excluye que pueda producirse el mismo proceso en la adultez (Aguilar, 2018).

Además de esta fragmentación, pueden aparecer otras consecuencias derivadas de la rotura en la identidad y personalidad que está floreciendo en la infancia, como la disociación o la falta de coherencia interna, que se tratarán más adelante como consecuencias de sufrir el trauma complejo (Boon, 2015).

Las personas sometidas a la presencia continuada de experiencias dolorosas, como negligencia parental alimentan, por un lado, a largo plazo sentimientos de disociación. Estos sentimientos tienen que ver con el estado de desconexión al que recurre la víctima para protegerse del daño que está sufriendo y no encuentra otro medio para defenderse (Van der Hart, et al., 2005). Por otro lado, a corto plazo, interviene más continuamente

en dinámicas internas y sentimientos contradictorios; véase una forma de ansiedad progresiva y nociva que erosiona poco a poco la personalidad y puede “romperla”. Esta ruptura, tiene que ver con otro tipo de disociación. La dinámica interna que la víctima ha ido gestando genera una identidad fragmentada (diferentes rasgos de personalidad sin consistencia; con complicaciones para aunar un conjunto de características que hacen a una persona estable). Sin embargo, las personas sometidas a una situación dañina aguda e imprevista, como un abuso puntual, presenta respuestas de ansiedad (Van der Hart, et al., 2004).

Como se observa, la falta de afecto y protección por parte de un cuidador implica que el menor pierda la capacidad de discriminar y conocer lo que es adecuado, bueno o saludable de lo que no. Esta construcción mental inadaptada implica que la víctima se aleje de contextos que no es capaz de integrar y gestionar (Cook, et al., 2017).

El sujeto que ha sido traumatizado crónicamente gesta poco a poco un temperamento ansioso y en alerta (hiperactivación) como estado que explica su personalidad y forma de enfrentarse al mundo: con miedo y rechazo. La hipervigilancia y la agitación vital crónica van en línea de la alta activación fisiológica que existe por el daño interno y acumulado que presenta la víctima (Cook, et al., 2017).

Como se observa, la etapa del desarrollo en la que se viven experiencias traumatizantes es otra distinción representativa que aleja la dinámica traumática simple de la compleja. La primera no considera importante el momento en el que se vive la actividad dañina. Sin embargo, la segunda entiende un criterio especialmente importante de cara a las consecuencias en el momento evolutivo en el que sucede (Litvin, Kaminski, y Riggs, 2017).

Las variables cognitivas implicadas en la evaluación de los acontecimientos amenazantes o estresantes son esenciales para entender, del mismo modo, la importancia de que el proceso suceda en la infancia. La evaluación primaria que realizamos de la experiencia determina el significado o valor de la amenaza; en la evaluación secundaria valoramos los recursos y capacidades que tenemos para afrontar la situación presentada (López-Soler, 2008).

Estos procesos se encuentran naturalmente restringidos en la infancia debido a la falta de desarrollo cognitivo y experiencial en esta fase evolutiva. La protección, guía y representación de cuidadores adecuados es en gran medida un aspecto esencial para formar a un infante en reacciones adaptativas: significar la experiencia y hacerse consciente de recursos. La falta de control y tranquilidad por parte de un cuidador ejerce este perjuicio directo (Crastnopol, 2011).

Por esta razón, las futuras evaluaciones primaria y secundaria individuales de la víctima se hacen incongruentes o difíciles de integrar; el cuidador es agresor al mismo tiempo e implica que la víctima no entienda o no sea capaz de realizar estas valoraciones (López-Soler, 2008).

Cuando el daño es ejercido por una figura representativa para una persona en proceso de desarrollo que debe proteger, las consecuencias se intensifican y el problema se multiplica por tres: se pierde el apoyo y protección para sentir seguridad de cara a hacer frente a un acontecimiento conflictivo, se producen problemas de integración en una figura afectiva que debería ser cuidadora y se genera un aprendizaje inadaptado de afrontamiento y evaluación de un estresor o circunstancia conflictiva. Aunque los datos de prevalencia son muy variables y menores en la infancia, se estima que en adolescentes la presencia de TEPT es del 6%; no se encuentran buenas herramientas diagnósticas para el estudio del trauma complejo (López-Soler, 2008).

Como última distinción, se encuentra el aspecto relacionado con los estilos de apego. La repetición de experiencias traumáticas vividas en la infancia supone una forma de relación en la vida adulta deficiente: implica esquemas afectivos deficientes y desencadenan comportamientos hostiles con el contexto. Este estilo de relación se denomina “*estilo de apego inseguro*” (Van der Kolk, 2017).

Aunque se observan una serie de particularidades distintivas entre ambos tipos de dinámicas traumáticas, existen semejanzas que acercan la forma de gestación del proceso.

Los traumas que preceden al cuadro traumático complejo sean esta del tipo que sean, pueden producirse por acontecimientos diferentes que también trataremos más adelante;

situaciones de guerra, maltrato físico o negligencia parental continuada. Sin embargo, la consecución en el tiempo de estas experiencias podría generar diferentes tipos de trauma.

Esto quiere decir que una misma circunstancia traumatizante, dependiendo si sucede de una manera puntual en el tiempo, o de una forma prolongada o crónica, podría estar gestando dinámicas diferentes en lo que toca al impacto sobre la personalidad o la identidad, así como en la aparición de síntomas diferentes, aunque se trate de la misma situación dañina (Abeldaño, y Fernández, 2016).

Además de experiencias, todo tipo de traumatización también comparte un conjunto de sintomatología y consecuencias ciertamente similares, entre las que encontramos terror, miedo, sentimientos de inutilidad, disociación o impotencia (Aguilar, 2018).

El Manual DSM aprecia sintomatología derivada del TEPT en común con la traumatización compleja; dificultades para conciliar el sueño o para concentrarse e hipervigilancia (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 1. Tipos de trauma.

	TRAUMA COMPLEJO	TRAUMA SIMPLE
Tipo de experiencias	Experiencias a mano de cuidadores;daños interpersonales	Acontecimientos agudos y puntuales (véase muerte, accidente, lesiones graves o abusos sexuales)
Temporalidad	Cronificado	Puntual
Etapa evolutiva	Importancia de la etapa evolutiva, principalmente la infancia, pero no discriminatorio	No importancia de la etapa evolutiva para que se produzca la traumatización
Sintomatología	Terror, miedo, disociación, sentimiento inutilidad, impotencia	Terror, miedo, disociación, sentimiento inutilidad, impotencia
Otras consecuencias	-Importancia de las consecuencias en la personalidad (identidad) -Relevancia apego	-Produce ansiedad, disociación y consecuencias emocionales

Fuente: *Elaboración propia.*

A continuación, se exponen ambos tipos de traumatización ejemplificados de forma esquemática de cara a una comprensión más clara.

Una víctima de una catástrofe aérea, en la que ha resultado el único superviviente, puede presentar una serie de afectaciones psicológicas. Estas últimas podrían ser ansiedad o evitación de situaciones relacionadas con aviones. Ciertamente, podría tratarse de un trauma simple. Sin embargo, otra persona ha sufrido maltrato físico continuado durante los 12 primeros años de su vida por parte de su abuelo presenta una personalidad inhibida, cierto grado de infantilismo y terror a relacionarse con personas adultas, principalmente si superan los 60 años aproximadamente. De esta forma, convendría apuntar un posible trauma complejo.

Una vez clarificado y diferenciado ambos tipos de trauma, se atiende a las diferentes experiencias que puedan convertirse en dañinas y puedan alimentar, específicamente, la dinámica conflictiva.

Martínez, y Casares (2016) detallan desde su experiencia clínica acontecimientos que, por norma general, comparten numerosas víctimas de trauma. Se pueden dar experiencias dañinas precipitantes de un trauma complejo como un abuso sexual, maltrato físico o emocional, secuestros o acosos, explotación o acoso laboral o escolar, situaciones de esclavitud o prisioneros de guerra o, finalmente, personas exintegrantes de organizaciones. Estas últimas pueden ser claramente compartidas con la traumatización simple, sin embargo, se pueden dar otras experiencias que se citan a continuación y van en línea del trauma complejo.

Del mismo modo, se hace hincapié en otra serie de situaciones que han existido y han cumplido las características necesarias para generar la sintomatología traumática compleja en el individuo.

Martínez, y Casares (2016) afirman que serían “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” (Martínez, y Casares, 2016, p.89).

Además 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” (Martínez, y Casares, 2016, p.89).

El Manual Diagnóstico DSM es uno de los textos más utilizados para el diagnóstico de desórdenes mentales. En él se encuentra recogido el Trastorno de Estrés Post-traumático o TEPT, en el cual se incluye la sintomatología básica eminente del trauma simple propio. Este diagnóstico ayuda a su intervención y tratamiento, ya que se recogen específicamente los signos prominentes de este tipo de trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

Este sería el diagnóstico recogido en manual más cercano al trauma complejo, ya que el DSM no lo recoge como tal. El Manual CIE-11, por otro lado, propone en su última actualización la introducción de trastornos de adaptación, el Trastorno por Estrés Postraumático agudo y crónico y trastornos por cambios duraderos de personalidad y, el más importante, propone la traumatización compleja.

Sin embargo, recoger únicamente la traumatización simple queda restringido a un número muy limitado de contextos, variables y sintomatología, ya que como se observa, el trauma simple difiere en aspectos concretos y esenciales del complejo. Aunque el tratamiento del trastorno traumático complejo es viable y se encuentra detallado en bibliografía como el trabajo de Herman (1992) en fases diferenciadas, quizá introducirlo propiamente en los manuales diagnósticos ayuda a su evaluación, diagnóstico y posterior intervención; se conoce sus características propias y, a largo plazo, se trabaja activamente sobre su intervención desde diferentes niveles.

Los criterios diagnósticos del TEPT incluyen en su apartado A “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” (American Psychiatric Association, 2014).

Esto deja fuera otro tipo de situaciones (tales como algunas ya mencionadas: el acoso, la negligencia emocional durante la infancia, etc.) que generan el trauma complejo, además de cuestiones esenciales para el mismo como son el apego, la especial

prolongación de las experiencias traumáticas y la especial afectación a la coherencia interna de la persona y su identidad (Van der Kolk, 2017).

Sin embargo, el apartado “F” de los criterios diagnósticos del TEPT, incluye una posible aproximación a la especial temporalidad del trauma complejo: “Especificar *si*: **crónico**: si los síntomas duran 3 meses o más” (American Psychiatric Association, 2014).

Es importante mencionar la psicopatología común a todos los trastornos relacionados con trauma o estrés: disociación y sensación de incoherencia interna. Estos trastornos si están especificados en manuales: Trastorno por Estrés agudo (TEA), Trastorno por Estrés Postraumático (DSM), trastornos disociativos y trastornos derivados en cambios de personalidad. La traumatización compleja también incluye la sintomatología disociativa y de incoherencia interna, por lo que se podría luchar por su inclusión y futuro tratamiento especificado (Boon, 2015).

3. Consecuencias

3.1. Dinámicas internas y personalidad

Se observa la extraordinaria influencia que la traumatización compleja supone en la dinámica interna del adulto y las consecuencias en la personalidad de este. Los cambios que emergen por el daño que se produce, especialmente en la infancia por el proceso aún activo de desarrollo del niño, intervienen en el desarrollo de la personalidad futura.

López-Soler (2008) apunta que el impacto traumático es tan fuerte y continuado que implica cambios en la personalidad por “situaciones muy adversas, cercanas y cotidianas, que no sólo determinan síntomas y alteraciones psicológicas, sino que comprometen el desarrollo completo de la personalidad” (López-Soler, 2008, p.161).

Nos centramos, en primer lugar, en las consecuencias que genera la vivencia de estas dinámicas dañinas en la infancia. Como se ha observado, afecta más dramáticamente en la identidad del afectado; se expone a un grave riesgo su desarrollo y evolución.

El apego es la unión afectiva que despliega el niño hacia sus cuidadores y que moldea la forma de relación adulta del mismo. Esto sucede porque son las primeras figuras afectivas con las que el niño interactúa, por tanto, dan forma a su futura estructura de relación con el resto. Cuando los cuidadores actúan con comportamientos agresivos, dolorosos o negligentes, esta unión afectiva se ve influida (Camps-Pons, Castillo-Garayoa, y Cifre, 2014).

Estas conductas dañinas pueden estar relacionadas con negligencias parentales (falta de cuidado hacia el menor, falta de protección o de cariño), pequeñas agresiones o ataques (actitudes rechazantes o defensivas), desentenderse, buscar y estimular continuamente al menor, omitir o ignorar necesidades del niño y posibles maltratos psicológicos o sutiles (Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola y Van der Kolk, 2017).

El apego inseguro es aquel en el que el niño se relaciona desde el miedo. Aparece cuando un cuidador ejerce comportamientos o, por un lado, de rechazo (falta de cuidado o pequeños ataques) o sobreestimulación (activación continua del menor por parte del contexto). En el caso de rechazo, sería un estilo de apego inseguro evitador; cuando se produce sobreestimulación, se crea un estilo de apego inseguro ambivalente-resistente; a veces, la misma víctima rechaza al otro cuando observa conductas de cercanía o cariño que no sabe o no quiere recoger porque no lo hizo en la infancia (Camps-Pons, et al., 2014).

La consecuencia de sufrir estas actividades dañinas en la infancia y alimentar un estilo de apego inseguro es que se moldea una dinámica interna en la víctima que se puede expresar en la adultez con problemas para la relación con el otro. Esta dinámica implica que el afectado pueda esperar que vuelva a ocurrirle lo mismo, por lo que trata de evitar el daño; siente que pueden volver a producirse las mismas situaciones o similares que han ido ocurriendo a lo largo de su vida, por lo que se aleja de ellas. La persona, dependiendo de su apego evitador o ambivalente-resistente a largo plazo, puede presentar comportamientos rechazantes o dependientes hacia los demás (Kinniburgh, et al., 2017).

Por esta razón, la procedencia por parte de los cuidadores del daño traumático es de gran importancia. La persona gesta un mundo afectivo deteriorado y se enfrenta de forma inadaptada a relaciones interpersonales. Este aspecto es especialmente importante, no

únicamente para conocer la problemática interna del afectado, sino también de cara a la intervención (Camps-Pons, et al., 2014).

La pérdida de confianza es inevitablemente otra consecuencia que genera la traumatización compleja. Cuando ciertas personas ejercen daño continuado sobre la víctima, se infunde la sensación de inseguridad; no se encuentra protección en los demás, quienes pueden volver a ejercer el mismo daño, o similar, al que se ha recibido. Quien lo sufre se habitúa a este tipo de dinámica relacional, y no es capaz de sentir lo contrario, aunque se trate de personas diferentes o presumiblemente saludables (Scoglio, et al., 2018).

Como se observa, cuando las experiencias perjudiciales tienen origen en cuidadores y personas cercanas en la infancia, la pérdida de confianza se acentúa junto con una baja autoestima. Implica una actividad de distanciamiento del otro más intensa y con un margen de personas más amplio (López-Soler, 2008). Esta situación se observa en movimientos dañinos por parte de un padre que sufre un Trastorno Bipolar; indiferentemente se muestra triste o excesivamente activo hacia su hijo, quien, a largo plazo, en la adultez, quizá perciba que figuras cercanas en su vida actúan del mismo modo y, por ello, reaccione de la misma forma que reaccionaría en su infancia.

En línea con la inseguridad generada, se enlaza la evitación defensiva. Es coherente que, tras sufrir continuamente acciones dañinas, la víctima se quiera proteger de las mismas. (Scoglio, et al., 2018). Para ello, sus defensas aparecen en forma de evitación. Si el contexto (las personas) no son “buenas”, hacen daño y no transmiten seguridad, se intenta evitar cercanía, relación o incluso contacto con las mismas. En ocasiones, la evitación se extiende aún a lugares o temas relacionados con el trauma complejo ocasionado, además de personas. Por ejemplo, una niña que ha sufrido conductas inadecuadas sexualmente desde los 5 años por su abuelo, en la adultez podría reprimir su sexualidad, evitar el contacto sexual e incluso relaciones de pareja (Crastnopol, 2011).

Otro sentimiento que emerge como producto de recibir este daño es el de desamparo y soledad. Se reciben señales hostiles del medio, el cual no cuida, protege o presenta afectividad hacia la víctima. La persona que lo sufre tiene el sentimiento de que no recibe lo que necesita; cuando sucede en la infancia: amor, cariño, protección y cuidado. Quien

debe ejercer esta acción, no la hace, ni tampoco la recibe del resto (Camps-Pons, et al., 2014).

Como se observa, el mundo de referencia de las víctimas de trauma complejo se convierte en hostil, adverso y ofensivo. La persona afectada rechaza el contacto que pueda hacer daño y generar sentimientos de soledad, desconfianza o dolor.

Los contextos originarios en los que se desarrolla la actividad traumática (hogares, ambientes cercanos y cotidianos de la víctima) aparecen normalmente con una característica común: es difícil para la víctima escapar de ellos. Cuando las personas que ejercen esta dinámica perjudicial son más poderosas o representativas para quien sufre, éste presenta más dificultades para liberarse del contexto. La expresión de conductas que tratan de huir, bloquear, cambiar o detener la situación es inoperante e inefectiva. Este sentimiento de incapacidad recibe el nombre de “*indefensión aprendida*”: imposibilidad de cambiar una situación dolorosa a pesar de expresar conductas que lo pretenden (Palenzuela, 1984).

El resultado de este impedimento por gestionar el daño incluye emociones profundas relacionadas con frustración, disminución de autoestima o agresividad hacia otros objetos que si reciban estos comportamientos e impliquen cambios a raíz de ellos. Se acumula el enfado por recibir perjuicios y no poder “pararlo”; se expresa (cuando puede) hacia otros aspectos y momentos en los que lo puede mostrar y “descargar”.

La estructura interna de la víctima de trauma complejo estimula respuestas fisiológicas que impiden un desarrollo adecuado de ésta. Estas reacciones se originan en la hiperactivación del sistema que defiende a la persona ante acciones desagradables o estresantes: ansiedad, disminución del sueño o conductas de agitación cronicadas e hipervigilancia (Martínez, y Casares, 2016).

Estas reacciones de la víctima están relacionadas con la desfavorable evaluación cognitiva que la persona es capaz de hacer; el estresor o daño traumático se valora de forma errónea (como natural, sano o normalizado), el sistema interno se activa y aparecen respuestas de ansiedad y alerta (Herazo, Campo-Arias, y Dávila, 2018).

Uno de los aspectos más importantes y en el que se centra el presente trabajo, es en las consecuencias a nivel de personalidad que produce la traumatización compleja. Gran número de estas afectaciones están íntimamente ligadas con las dinámicas internas dañadas ya mencionadas. Sin embargo, se generan una serie de rasgos más afianzados que configuran la forma de ser de la víctima (Courtois, y Ford, 2009).

El daño percibido afecta directamente al autoconcepto y a la percepción de uno mismo. El que lo sufre puede gestar sentimientos de vergüenza, culpa o de que es diferente al resto; se percibe este daño por alguna característica de la víctima que le hace recibirlo y, por ello, ser diferente al resto que no lo recibe o no lo vive. La persona afectada se siente poco valiosa y desarrolla una percepción de sí mismo inválida e insuficiente. En consecuencia, su forma de interactuar con el resto muestra pinceladas de inseguridad e incapacidad (López-Soler, 2008).

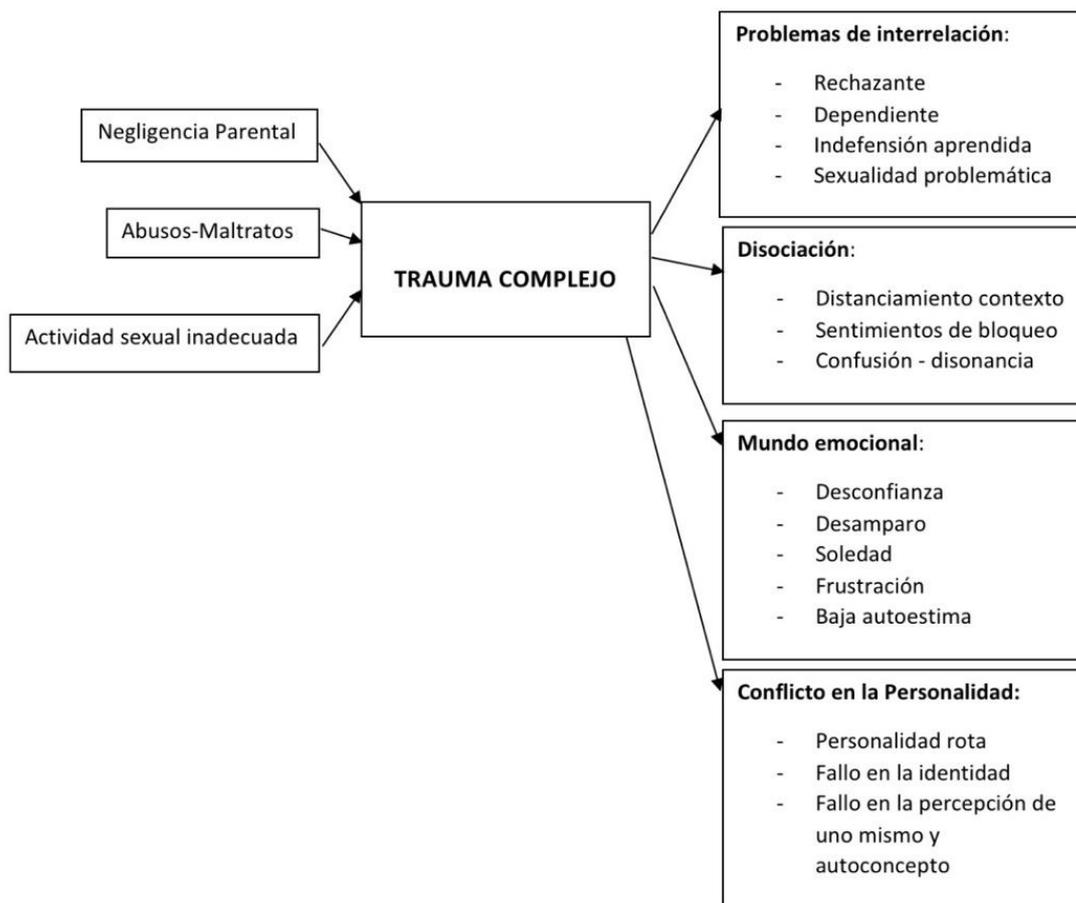
Es decir, aquel que sufre negligencia por parte de ambos padres en la infancia, es probable que en la adultez sienta que sus necesidades o sus ideas no tienen valor, o suficiente valor. En línea de ello, la identidad alterada de la víctima es otro aspecto característico en las implicaciones del trauma complejo. La formación de consistencia personal con rasgos característicos del sujeto que lo diferencien de otros se complica cuando existen problemas de percepción de uno mismo: intenso sentimiento de culpa, extrema vergüenza o inferioridad. Por tanto, la identidad del que ha sufrido negligencia de sus padres estará forjada en un autoconcepto erróneamente negativo y culpabilizado tras haber sufrido el rechazo de sus cuidadores (Courtois, y Ford, 2009).

Esta consecuencia encamina lo que corresponde como disociación: la víctima pierde el sentimiento de coherencia interna con ella misma (no entiende muy bien quién es ella ni cómo, y presenta confusión o rechazo ante el ambiente) y genera distanciamiento continuo de contextos similares o iguales a los dañinos. Esto tiene íntima relación con la experiencia de disociación respecto a el sentimiento de identidad fragmentada (la víctima se siente incoherente y sin capacidad para establecer consistencia a su personalidad y forma interna de relación) (Van der Hart, et al., 2004).

Se contempla un desarrollo de la personalidad roto, en el que el sentido de sí mismo está confuso y negativizado. La percepción del otro también es conflictiva e implica una forma de actuar con él complicada; se puede mostrar frío (por distanciarse del contexto), agresivo (por recibir conductas como atacantes) o inhibido (por reprimir sus necesidades o sentimientos). El daño psicológico o emocional, la negligencia o conductas inadecuadamente sexualizadas pueden infligir una personalidad temerosa, recelosa e insegura (López-Soler, 2008).

Una vez esclarecido el trauma complejo y algunas de sus consecuencias principales, se presenta un esquema representativo del fenómeno y su dinámica.

Imagen 1. Esquema del Trauma Complejo.



Fuente: Elaboración propia.

4. Intervención

El tratamiento del trauma complejo, al igual que el proceso, es diferente al del trauma simple. Como se puede suponer, comparten determinados aspectos, sin embargo, es esencial especificar aspectos relevantes a tratar cuando un daño se produce de forma continuada.

Desde el comienzo de su estudio, Judith Herman (1992) establece tres etapas específicas para la recuperación de este tipo de dinámica. Esto explica la importancia que requiere tener precaución y delicadeza en la intervención con la sintomatología del trauma complejo; se diferencia el proceso según se interviene en la infancia o en la adultez.

Prevención del TC (intervención durante la infancia)

El primer aspecto más importante en la intervención con niños que están viviendo situaciones crónicamente perjudiciales es el abordaje de las interacciones con las personas encargadas de su cuidado. Esto es debido a que, precisamente, esta relación suele ser la encargada de generar el daño (abuso, violencia, traiciones o pérdidas) (Vitriol, et al., 2017).

Esto implica, en muchas ocasiones, alejar previamente al menor de las personas que están ejerciendo el daño sobre él, de forma que la víctima entiende que es posible escapar y alejarse del daño, además de como es lógico detenerlo. Seguido de ello, se establecen relaciones con el menor de seguridad en las que el mismo siente (Rodríguez, y Maria, 2018)

Se puede proceder a la intervención directa con los cuidadores, en caso de que el menor no corra grave peligro, o que se trabaje sobre la prevención. Para ello, el tratamiento se establece principalmente con las familias y personas encargadas de su cuidado. Existen programas específicos que recogen este tipo de proceso (Pitillas, y Berástegui, 2018).

El trabajo individual con el menor afectado va en línea de reestablecer relaciones de cuidado de forma sana y saludables (con sus cuidadores o personas encargadas para ello), de manera que el niño crezca con suficiente estabilidad en el contexto que permita el

desarrollo de su autoregulación emocional y evite o prevenga los posibles futuros problemas de personalidad respecto a las interrelaciones personales (Kinniburgh, et al., 2017).

Este trabajo se expone, por ejemplo, en una situación en la que una menor de 6 años se encuentra continuamente sola en casa, incluso se ausenta en el colegio, debido a que su madre pasa tanto tiempo fuera del hogar (parece que realizando actividades disruptivas), incluidas las noches, que se olvida de trasladar a la menor al centro escolar. La intervención, en este caso, podría ir encaminada a concienciar a la madre sobre las consecuencias que tiene para su hija, de quien es únicamente responsable, su comportamiento y negligencia. En línea con ello, se podrían proporcionar herramientas específicas para este “nuevo tipo de cuidado” por parte de la madre y, además, aparece la importancia de un nuevo concepto, la “*responsividad*” (Barrutieta, 2017).

La “*responsividad parental*” es un concepto esencialmente importante en el vínculo de apego que crea el niño con su cuidador y que, en la dinámica de traumatización compleja, puede estar roto. Este concepto recoge todas las “características de la relación que han resultado significativas para la creación de vínculos saludables” (Barrutieta, 2017, p. 17). Esto quiere decir que todas aquellas acciones que protejan, cuiden y muestren afecto por parte de cuidadores serán determinantes para favorecer un apego saludable y, del mismo modo, moldear una futura personalidad del adulto con respuestas adecuadas a sus interrelaciones (Barrutieta, 2017).

La intervención específica en la responsividad parental implica poner en marcha programas que trabajen directamente con los cuidadores que están ejerciendo de forma dañina esta actividad (por ejemplo, con negligencia o maltrato emocional). Estos programas tratan la identificación de las amenazas o ataques que se presentan hacia el niño y su seguridad y crear nuevos lazos de unión entre los cuidadores y el menor, generando dinámicas saludables y enriquecedoras para el establecimiento de un vínculo de calidad. De este modo, se resignifica este vínculo, se mejora la auto-regulación emocional tanto de cuidadores como del menor y se gestiona o maneja la problemática interpersonal tanto del cuidador, como del futuro adulto (Pitillas, y Berástegui, 2018).

Tratamiento del TC (intervención durante la adultez)

La intervención con adultos sigue la guía del primer trabajo de Judith Herman (1992) en el que expone tres fases esenciales en la recuperación del adulto dañado:

1. *Establecer un lugar seguro*, es decir, que la víctima vuelva a estabilidad, confianza y protección del medio que no le haga estar alerta por señales externas o por estímulos potencialmente peligrosos.
2. *Recordar y estar de luto por lo que se ha perdido y no volverá*; hacerse consciente del daño que se ha sufrido y qué implica internamente es un trabajo que forma parte de la superación del trauma.
3. *Reconectar con la comunidad y con el mundo*, ya que el estilo de afrontamiento de la persona dañada se encuentra roto e implica conflictos interpersonales en la interacción con el contexto.

Este trabajo, en terapia, se convierte en especialmente importante. El profesional establece dinámicas con el paciente traumatizado que cambia los estilos cognitivos arraigados de éste y mejoran su estado y dinámicas internas. Esto implica erradicar el deterioro funcional de la víctima (problemas de interacción, disociación y regulación emocional) (Courtois, y Ford, 2009).

La seguridad es algo esencial que hay que devolver al paciente traumatizado, de este modo, la víctima se hace consciente de las defensas que ha desplegado para protegerse del daño, y de nuevas herramientas que poner en marcha ante situaciones conflictivas que sean adaptativas. La víctima puede presentar conductas defensivas o de intento de gestión del daño interno como autolesiones, además de sentimientos de rabia, disociación o vergüenza. Por ello, es importante que la persona afectada se rodee de relaciones que le ayuden a cambiar y mejorar estas estrategias de afrontamiento: se ofrece al paciente otros métodos de enfrentar el dolor emocional que ha vivido y que vive (Cloitre, et al., 2009).

Para el establecimiento de este contexto de seguridad esencial en la persona traumatizada, es necesario confiar en el relato que describe. Este primer paso, ya ofrece una respuesta diferente hacia la víctima por parte del medio (el profesional): en la interacción del dañado con otro, éste último cree y valida su historia y su palabra. Esto es

especialmente importante ya que la cronificación de sus dinámicas ha ido encaminada hacia el continuo cuestionamiento (desconfianza) (Martínez, y Casares, 2016).

Por ejemplo, un hombre que convive con su pareja durante 4 años y que ésta, ejerce violencia psicológica continuada sobre él, sobre todo manipulación, es probable que la víctima de esta situación presente sentimientos de, entre otros, desconfianza (recibe continuamente señales de la persona con la que “más unida afectivamente está” que no le dejan espacio a su decisión), inseguridad (su palabra no es válida ni suficiente) y desprotección (el contexto en el que convive no es tranquilo, estable ni seguro). A simple vista, parecería adecuado trabajar sobre la protección y el empoderamiento de esta víctima.

Por supuesto, existe un trabajo común a diferentes patologías que es, del mismo modo, muy importante para reestablecer a la persona: su integración con el mundo social (familia, amigos, trabajo...) y el posible tratamiento mediante medicación (sobre todo si existen problemas somáticos) (Martínez, y Casares, 2016).

La persona traumatizada por una situación cronificada se caracteriza por la pérdida de respuesta de defensa funcional ante sufrir un daño. Por tanto, en el sistema interno de la víctima existe de forma continuada un estado de hiperactivación, viviendo constantemente amenazas. A pesar de no experimentar (por ejemplo, ya en la edad adulta) circunstancias amenazantes, el estado de la víctima está condicionado, y las respuestas amenazantes seguramente continúen apareciendo, no de forma funcional (Vitriol, et al., 2017).

Por esta razón, es esencial trabajar sobre el nuevo umbral de tolerancia que la víctima debe desarrollar para enfrentarse de forma coherente, ordenada y consistente ante el mundo (amenazante o no amenazante). El procesamiento cognitivo debe sufrir cambios (en lo que el profesional juega un papel esencial) para que, indirectamente, este nivel de activación disminuya (Pearlman, y Courtois, 2005).

Los síntomas disociativos son característicos a largo plazo del trauma complejo: la víctima se aleja psicológicamente del contexto del que no puede escapar y está ejerciendo daño sobre él; se desconecta y se presenta ausente. Esta disociación le aparta del daño y

le protege de recibirlo (Van der Hart, et al., 2005). La cronificación de esta defensa implica que aparezca “erróneamente” ante estímulos no amenazantes, y el trabajo va encaminado a recoger a la víctima cuando sucede, trayéndola al presente y ofreciendo herramientas que conecten con la realidad. El objetivo, en línea con ello, es que el dolor traumático sea tolerado por la víctima sin defensas, aceptando el daño que se ha generado y que implica algo desagradable e inadecuado (Aguilar, 2018).

Tras la exposición de la intervención tanto en adultos como la prevención en niños, hay ciertos aspectos que resultan esenciales para tratar las consecuencias de un cuadro cronificadamente traumático. La recomposición de la seguridad del afectado ante personas que le han dañado o que le pueden potencialmente dañar, el desarrollo de la autorregulación emocional y recibir y recoger afecto con calidad y de forma saludable.

Cuando estos principios genéricos de intervención se aplican correctamente, es posible que las víctimas de trauma complejo obtengan en terapia sentimientos de estabilidad, tranquilidad y consistencia; se adentra a largo plazo e indirectamente en el futuro desarrollo saludable de su identidad mediante una nueva relación “guía” segura y sana (le ofrece aquellas bases y principios firmes y protectores). Además, la interrelación con el medio y resto de personas se basa en un intercambio y comunicación verdaderamente bueno e imperturbable (no bajo un cobijo defensivo). Como se observa, la gestión de sentimientos dolorosos o perturbadores no se convierte en un conflicto implacable y dañino; se permite espacio al dolor y se recoge desde la cautela, pero con un pilar más importante: el sosiego.

La víctima consigue reestablecer su mundo interno y su evaluación mental sobre lo que ha sucedido y lo que queda por vivir o sufrir; mejora su calidad de vida y su estado profundo de defensa e intranquilidad.

5. Previsiones futuras y conclusiones

Desde que ocurre la experiencia traumática hasta que aparece el cuadro de traumatización compleja suceden una serie de procesos internos especialmente relevantes, sobre todo en el caso de que, como en este acontecimiento sucede, la experiencia dañina se repita.

Cuando el acontecimiento perjudicial aparece continuamente (un padre depresivo y negligente), el niño se habitúa a los estilos de afrontamiento que éste desarrolla (hacerse él mismo la comida, ponerse la ropa, se acostumbra a no recibir afecto). Esto implica que a lo largo de este período se comienza a gestar una personalidad excesivamente independiente, que no cree necesitar ayuda, apoyo o cariño; a largo plazo, la identidad de esta víctima podrá estar teñida de mecanismos relacionales disfuncionales que han ido progresando y gestando a lo largo de toda su infancia y adolescencia (mientras sufría continuamente la traumatización compleja y profunda por parte de su padre). Esta identidad mostrará retazos de rechazo al otro (cuando le ofrece cariño o ayuda) y, quizá, un estilo inhibido e introvertido.

En línea con ello, se plantea realizar una clara diferenciación tanto en manuales, como en expertos en traumatización, de ambos tipos de trauma, los cuales no parecen presentarse tan claramente delimitados, ni en su recogida en manuales diagnósticos, ni en su puesta en práctica. Quizá podríamos plantearnos si ni tan si quiera existen muchos de estos procesos enmascarados en contextos no tan cercanos a nosotros.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos cambiar cierta perspectiva respecto a estas multitraumatización insidiosa que, aunque funciona de manera puntualmente más aguda, genera el mismo, o incluso más daño a largo plazo a las víctimas que lo sufren y que luchan con ellos con mecanismos poco funcionales pero que les permiten sobrevivir al momento contra el que no pueden combatir de otra forma.

En conclusión, parece claro que el trauma complejo es un tipo de trauma no totalmente, pero sí muy diferente tanto en su origen, como en sus consecuencias, al trauma simple. Esto no le resta valor, ni tampoco se lo da, pero lo que sí implica es plantearse líneas de trabajo específicas que intervengan y recuperen a este tipo de víctimas.

6. Bibliografía

Abeldaño, R. A., y Fernández, R. (2016). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 431-442.

Aguilar, D. P. M. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26 (2), 135-144.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM, 5*.

Barrutieta, A. H. (2017). *La calidad de la responsividad parental: creación y validación de un instrumento observacional* (Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas, Madrid). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/20257>

Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., y Cifren, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25 (1), 67-74.

Boon, S. (2015). Vivir con disociación traumática. Desclée de Brower.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., y Petkovam E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399-408.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M. Cloitre, M., ... y Van der Kolk, B. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric annals*, 35 (5), 390-398.

Courtois, C. A., y Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. Guilford Press.

Crastnopol, M. (2011). Oculto a plena vista: El Microtrauma en la dinámica relacional inter-generacional. *Clínica E Investigación Relacional*, 5 (2), 237-260.

García, F. E., Reyes, A., y Cova, F. (2014). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychological*, 13 (2).

Gertel, O. (2018). What is developmental trauma? *Psychology today*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/expressive-trauma-integration/201808/what-is-developmental-trauma>

Herazo, E., Campo-Arias, A., y Dávila, N. A. (2018). Estresores vitales durante la infancia y trastorno de ansiedad: una meta-revisión. *Duazary*, 15 (3), 337-346.

Herman, J. (1992). Trauma and recovery. London: Pandora Google Scholar.

Kinniburgh, K. J., Blaustein, M., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. A. (2017). Attachment, Self-Regulation, and Competency: A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 424-430.

Litvin, J. M., Kaminski, P. L., y Riggs, S. A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A Self Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of traumatic stress*, 30 (6), 602-613.

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.

Martínez, I. N., y Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo Integrated approach to complex trauma clinic. *Clínica*, 7 (2), 87-104.

Palenzuela, D. L. (1984). Una evaluación de la indefensión aprendida: crítica a la reformulación de Abramson, Seligman y Teasdale. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 483-512.

Pearlman, L. A., y Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 449-459.

Pitillas, C., y Berástegui, A. (2018). Primera Alianza: fortalecer y reparar los vínculos tempranos (Vol: 100629). Editorial GEDISA.

Rodriguez, C., y Maria, E. (2018). EFECTIVIDAD DEL FORTALECIMIENTO DEL VINCULO DE APEGO DE LOS PADRES EN EL DESARROLLO ÓPTIMO DE LOS NIÑOS. (Trabajo académico, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima- Perú).

Scoglio, A. A., Rudat, D. A., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C., y Herman, J. L. (2018). Self-compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. *Journal of interpersonal violence*, 33 (13), 2016-2036.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., y Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 413-423.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., y Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914.

Van Der Kolk, B. A. (2017). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric annals*, 35 (5), 401-408.

Vitriol, V., Cancino, A., Ballesteros, S., Núñez, C., y Navarrete, A. (2017). Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55 (2), 123-134.