



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

Patricia Hervías Higuera, Laura Maroto Martín, María Benítez Alonso.

patriciaherviashiguera@yahoo.es

RESUMEN

Etimológicamente, trauma significa "herida", "daño" o "conmoción". Se utiliza para referirse al impacto psicológico que tiene un acontecimiento estresante sobre una persona y que desborda su capacidad de elaboración subjetiva. El trauma supone una amenaza para la integridad física o psicológica de una persona y tiene un efecto negativo duradero. Algunos autores hablan - desde un enfoque centrado en el trauma como etiología - del "espectro postraumático" para referirse a un continuo de trastornos asociados con el trauma. Desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad, ante un trauma, se produce una división de la personalidad en términos de partes disociativas de la personalidad que pueden funcionar con diferentes grados de autonomía, pudiendo a su vez existir conflictos entre estas partes, que estarían mediatizadas por determinados sistemas de acción. Algunos autores (van der Kolk, Judith Herman) postulan un nuevo diagnóstico, conocido como TEPT Complejo (*Complex PTSD*) o Trastorno por Estrés Extremo (*DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) para los casos de abuso interpersonales prolongados y severos, en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo. Numerosos estudios lo relacionan con la sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad. Sería importante explorar en profundidad la posible historia de trauma enmascarada en la manifestación sintomatológica, de cara a un tratamiento que permita abordar la "base traumática".

Palabras clave: Trauma, espectro postraumático, personalidad, disociación.

ABSTRACT

Etymologically, trauma means "injury", "harm" or "shock". It is used to refer to the psychological impact of a stressful event on a person overflowing capacity subjective elaboration. The trauma poses a threat to the physical or psychological integrity of a person and has a lasting negative effect. Some authors speak-from-centered trauma as etiology- of "posttraumatic spectrum" to refer to a continuum of disorders associated with trauma approach. From the theory of structural dissociation of the personality, to trauma, a division of personality occurs in terms of dissociative parts of the personality that can operate with varying degrees of autonomy, which in turn may

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

be conflicts between these parties, would be mediated by certain systems of action. Some authors (van der Kolk, Judith Herman) posit a new diagnosis, known as PTSD Complex (Complex PTSD) or disorder extreme stress (DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) for cases of prolonged and severe interpersonal abuse, that the trauma occurred repeatedly and over a long time, so that prolonged exposure to trauma affects the development of the personality of the individual. Numerous studies relate it to the symptoms of Borderline Personality Disorder. It would be important to explore in depth the possible history of trauma masked in symptom manifestation, facing a treatment to address the "traumatic basis".

Keywords: Trauma, posttraumatic spectrum, personality, dissociation.

INTRODUCCIÓN

El estudio del trauma es el proceso que nos permite adentrarnos en el sufrimiento de las personas, de las sociedades, es acceder al lado más débil, vulnerable y herido de cada uno de nosotros; pero al mismo tiempo, es tomar conciencia del potencial creador y resolutivo del ser humano, cuando intenta resolver el dolor emocional.

Hablar de trauma es hablar de "la historia olvidada", oculta, proscrita, es ir más allá de las máscaras que todos necesitamos para funcionar en sociedad, donde la intimidad encuentra un espacio de verdad y donde el hombre se confronta con su propio mundo.

Pero lejos de entenderse como una tarea desagradable o incómoda, la mirada directa al trauma nos muestra causas y situaciones vitales silenciadas en la intimidad, sin elaboración, incomprendidas desde la mirada desde donde se padecieron, ajenas a la posibilidad de ser incorporadas a la realidad presente, por su contenido intolerable y dañino.

En definitiva, lejos de ser una tarea evitable, el estudio del trauma es la puerta de acceso a una forma de vida más íntima y genuina, en el reconocimiento y aceptación de lo que auténticamente somos y de todo aquello que nos impide llegar a serlo.

Etimológicamente, trauma significa "herida", "daño" o "conmoción". Se utiliza para referirse al impacto psicológico que tiene un acontecimiento estresante sobre una persona y que desborda su capacidad de elaboración subjetiva. El trauma supone una amenaza para la integridad física o psicológica de una persona y tiene un efecto negativo duradero. Por ello, muchos autores describen la estrecha vinculación entre el trauma y las dificultades psicológicas posteriores.

Algunos traumas resultan muy evidentes (catástrofes naturales, accidentes graves, atentados terroristas o agresiones sexuales). Pero también son eventos traumáticos determinadas situaciones como la pérdida de empleo o de un ser querido, pues pueden éstas provocar un gran sufrimiento.

Los traumas que tienen lugar en épocas tempranas de la vida tienen relación con la aparición de trastornos psicológicos en la edad adulta: Depresión, Ansiedad, Baja autoestima, Dificultades sociales, Autolesiones, Conductas destructivas, Adicciones, Trastornos de alimentación, Trastornos de personalidad, Trastornos somáticos. Además, existe otro tipo de trauma que en

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

ocasiones puede ser más difícil identificar y que resulta muy dañino para la persona si se produce de forma continuada, sobre todo cuando ocurre en las etapas de mayor vulnerabilidad, como la infancia o la adolescencia. En este grupo se incluye un rango muy amplio de experiencias que abarca desde las dificultades en el apego o en las relaciones, hasta el maltrato, la negligencia o el abuso físico o sexual grave.

Algunos autores hablan -desde un enfoque centrado en el trauma como etiología- del "espectro postraumático" para referirse a un continuo de trastornos asociados con el trauma. De menor a mayor grado de disociación y gravedad se sitúan el trastorno por estrés agudo (TEA) y postraumático (TEPT) en uno de los extremos de este continuo y en el otro el trastorno de identidad disociativo (TID). Entre ambos se incluyen los trastornos somáticos, otros trastornos disociativos, el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo).

DESDE LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD (Van der Hart, Nijenhuis & Kathy Steele 2004)

Se entiende como personalidad bien integrada aquella que tiene una perspectiva de primera persona del self, los otros y el mundo, una capacidad integrativa y conductas adaptativas en el mundo. Incluye capacidades regulatorias y reflexivas.

Según Janet, en 1907 aparece la disociación como división de la personalidad en la definición de histeria, entendida como "...una forma de depresión mental (es decir, capacidad integradora reducida) que se caracteriza por una retracción del campo de la conciencia y por una tendencia hacia la disociación y emancipación del sistema de ideas y funciones que constituyen la personalidad..."

La fragmentación mental permite manejar situaciones que resultan incompatibles o imposibles de tolerar de modo simultáneo; por ejemplo: el padre cariñoso al que apegarse y el emocionalmente abusivo se almacenan en sistemas mentales diferentes.

Desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad, ante un trauma, se produce una división de la personalidad en términos de partes disociativas de la personalidad que pueden funcionar con diferentes grados de autonomía, pudiendo a su vez existir conflictos entre estas partes disociativas que estarían mediatizadas por determinados sistemas de acción.

Aunque desde un enfoque evolutivo, se nos ha preparado para las tareas de la vida cotidiana y para sobrevivir bajo las amenazas, no somos capaces de implicarnos con facilidad en ambas simultáneamente.

PARTES DISOCIATIVAS DE LA PERSONALIDAD

PE (PARTE EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD): "Revivo lo ocurrido como si estuviera ocurriendo otra vez". Fijada en el sistema (ej: defensa, sexualidad) o subsistemas (ej:

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

hipervigilancia, huida, lucha) de acción que se activaron en el momento de la traumatización. Centradas en la defensa frente al peligro.

PAN (PARTE APARENTEMENTE NORMAL DE LA PERSONALIDAD): "Necesito seguir con mi vida y olvidar lo ocurrido". Fijada en tratar de seguir adelante con su vida normal y, por tanto, dirigida por los sistemas de acción asociados a la vida cotidiana (ej: exploración, cuidados, apego) a la vez que evitan los recuerdos traumáticos. Centradas en funcionar día a día, mantener relaciones con otros y trabajar.

GRADOS DE DISOCIACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Disociación primaria (tea, tept simple)

El patrón básico de respuesta puede describirse como una alternancia entre la personalidad emocional (PE) fijada al trauma y a los sistemas de acción defensivos y la personalidad aparentemente normal (PAN) que lleva adelante la vida. La persona puede estar aparentemente bien, pero no permite que emerja nada conectado con la experiencia traumática. Esto produce cambios en la conducta y el estado interno de la persona, aún en los momentos en que no está reviviendo el trauma: puede estar desimplicado afectivamente, en hiperalerta.

Disociación secundaria (tept complejo, tp Relacionados con trauma, Tr disociativo no especificado)

Tienen a menudo diversas PE, representando cada una un sistema defensivo diferente. Por ejemplo, algunas PE pueden estar fijadas en el llanto de apego (la parte triste, desvalida, experimentada algunas veces como un "niño"), en la evitación del rechazo social (socialmente sumisa, la parte "feliz") y en la defensa física y relacional (rabioso, temeroso, sumiso, partes paralizadas, etc) acompañado de una personalidad aparentemente normal (PAN) compleja única en la que se expresan los sistemas de acción de la vida diaria.

Disociación terciaria (Tr de identidad disociativo)

No solo se divide la parte emocional en varias PE, sino que también la personalidad aparentemente normal (PAN) se divide. Esto sucede cuando la capacidad de integración que tiene el sujeto es tan baja que no puede desarrollar o mantener una PAN única. Puede existir una parte disociada que es sexual (reproducción), una parte que es madre, (cuidadora), y una parte que va al trabajo (exploración).

CARACTERÍSTICAS DEL TEPT COMPLEJO

- Naturaleza interpersonal (abuso sexual, maltrato físico, abandono o negligencia emocional)
- Prolongado en el tiempo
- Sufrido desde una edad temprana (trauma complejo)

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

- Responsable de alteraciones graves en el funcionamiento psicológico posterior que no encajan completamente con la sintomatología del TEPT simple.

El concepto de "Trastorno de estrés postraumático complejo" fue propuesto para ser incluido en el DSM V, pero finalmente no fue así. Considerándose un apartado específico denominado "DESNOS - trastorno de estrés extremo no especificado-" incorporado ya en DSM IV-TR, mantenido en DSM V.

Algunos autores (van der Kolk, Judith Herman 1992) postulan un nuevo diagnóstico, conocido como TEPT Complejo (*Complex PTSD*) o Trastorno por Estrés Extremo (*DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) para los casos de abuso interpersonales prolongados y severos, en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo.

Los menores quedan atrapados, a la vez que condicionados por un gran número y variedad de circunstancias estresantes, debido a que la víctima es psicológica y físicamente inmadura, su desarrollo queda seriamente comprometido por el abuso repetido y por la respuesta inadecuada, ya sea por parte de algunos miembros de la familia o de otros cuidadores, por ejemplo, cuando la madre niega o acepta la relación incestuosa del padre con una hija (López Soler, 2008). Modelos de apego inseguro, han sido consistentemente documentados en hasta un 90% de maltrato a niños.

Si el cuidador no asume la función de modular el arousal del niño, como ocurre cuando los niños se exponen a desestructuración o violencia familiar, ellos -por sí mismos- son incapaces de organizar la experiencia de un modo coherente, ya que ellos dependen de sus cuidadores para su propia supervivencia y no tienen la opción de informar o apartarse del conflicto.

No resulta difícil comprender que estos menores incorporen el sistema de creencias del agresor de modo defensivo ya que no han tenido otra posibilidad de estructurar su mapa de conocimiento y experiencias cognitivas y afectivas (López Soler, 2008).

CLINICA TEPT COMPLEJO

Se proponen alteraciones en 6 dominios de funcionamiento:

- 1) **Alteración en la regulación de afectos e impulsos:** incluyendo dificultad con la modulación de la ira y autodestructividad (De hecho, se ha sugerido que la disregulación del afecto puede ser la disfunción central del trauma psicológico), se atemorizan fácilmente, parecen tener reacciones "extremas" a estímulos neutrales o moderados, tienen problemas para calmarse y pueden usar medidas extremas autodestructivas, tales como autolesión, abuso de drogas, trastornos alimentarios o actividad sexual compulsiva, en un intento de manejar sus emociones (Felitti et al, 1998; Linehan et al, 1994).
- 2) **Alteraciones en atención y consciencia:** llevando a amnesias y episodios disociativos y des-personalización.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

- 3) **Alteraciones en la auto-percepción:** como una crónica sensación de culpa, responsabilidad y sentimientos de vergüenza crónicos. Con frecuencia desarrollan visiones negativas sobre ellos mismos, se sienten impotentes, inútiles e indeseables a los demás. Percepciones que surgen directamente de la forma en la que el niño pequeño interpreta el mundo, llevándoles a creer que ellos han "causado" su propio maltrato (Herman, 1992).
- 4) **Alteraciones en la relación con los otros:** dificultades para confiar en otros, incapacidad para sentir intimidad con los demás, re-victimizaciones y la victimización de otros (Fleming et al, 1999; Bryer et al, 1987; Lisak, Koper y Song, 1996).
- 5) **Somatización y/o problemas médicos:** sufren dolencias físicas sin explicación médica. Investigaciones como las de Pitman et al (1987), Shalev y Rogel-Fuchs (1993), van der Kolk (1996) y Yehuda (1999) han demostrado que la respuesta de estrés implica la liberación de endógenos, hormonas sensibles al estrés. Tienen dificultades para ajustar sus niveles de arousal fisiológico, sugiriendo que el sistema nervioso tiene una mayor respuesta a estímulos previamente inocuos.
- 6) **Alteración en el sistema de significados:** con frecuencia sienten desesperanza sobre encontrar a alguien que entienda su sufrimiento. Suelen informar de que su vida no tiene sentido (Herman, 1992). Una profunda sensación de impotencia aprendida, adoptan una actitud fatalista de la vida, anticipando que no serán capaces de hacer cambios positivos en su vida.

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS ÚTILES TEPT COMPLEJO

Según Briere y Spinazzola (2005), la última década ha sido testigo del desarrollo y crecimiento de un gran número de tests – validados psicométricamente – y entrevistas que evalúan consecuencias relacionadas con el trauma.

Dos instrumentos clínicos han sido desarrollados y validados para el propósito de evaluación exhaustiva del DESNOS, en la práctica clínica y en investigación. Estos son:

- ✓ Entrevista Estructurada del Trastorno de Estrés Extremo (SIDES)
- ✓ Inventario Autoinformado del Trastorno de Estrés Extremo (SIDES-SR)

TEPT COMPLEJO y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Numerosos estudios relacionan el TEPT Complejo con la sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad, debido a que:

- Muchos clínicos han estudiado los elementos comunes entre el TEPT Complejo y el TLP.
- Múltiples hipótesis en relación a poner en cuestión si el Trastorno Límite de Personalidad es:

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

- ✓ Una entidad diagnóstica independiente, como el resto de los trastornos de personalidad.
- ✓ Una variante diagnóstica del TEPT de tipo crónico, condicionado por experiencias traumáticas en la infancia o en la adolescencia.

“Quizá deberíamos empezar a plantearnos, que en algunos casos (demasiados) el TLP puede ser secundario a la experiencia traumática, así como el TEPT y los trastornos disociativos” (Judith Herman, 1997).

La distinción entre TLP y DESNOS es quizá uno de los mayores desafíos a la hora de establecer un diagnóstico diferencial, ya que ambos (el TLP en su modalidad traumática) pueden entenderse como una respuesta psicológica y psicopatológica al trauma severo. La distinción entre ambos, está en relación a la aproximación conceptual y teórica desde donde se parta para el tratamiento y, sobre todo, si en la exploración se identifica y detecta la historia de trauma del paciente, muchas veces inexplorada por parte del clínico. Las pruebas empíricas demuestran que el diagnóstico de TLP y DESNOS en términos generales representa un solapamiento diagnóstico con distintos perfiles sintomatológicos (van der Kolk, 2010).

Por un lado, la práctica clínica pone de manifiesto que muchos pacientes que históricamente han sido conceptualizados como “borderline”, son después de una exploración más profunda, pacientes que encajarían perfectamente en un diagnóstico de DESNOS. Por otro lado, algunos autores consideran que las personas que han recibido un diagnóstico de TEPT Crónico, presentan a su vez sintomatología límite de personalidad, especialmente a partir de la adolescencia (Hodges, 2003)

Ambos trastornos muestran similitudes, ya que comparten cuatro de los seis dominios diagnósticos descritos para el constructo DESNOS:

- Regulación del afecto.
- Alteración de la conciencia.
- Alteración en la autopercepción.
- Alteración en las relaciones.

DIFERENCIAS CLÍNICAS RESPECTO AL TLP

- o El déficit de autorregulación es el rasgo distintivo de este trastorno. Afectividad más crónica, acentuada y persistente que en TLP. Espectro emocional desde la distimia/ansiedad a terror, desesperanza y/u odio. Menor capacidad de transmitir e identificar sus propias emociones. Déficit profundo en la capacidad para mantener estados emocionales positivos, experimentar placer, quedando absorbidos por estados intensos de desesperanza.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

- La presencia de síntomas disociativos es requisito esencial y un componente fundamental para el diagnóstico de DESNOS. Estos síntomas pueden coger una gran variedad de formas que pasan desde una experiencia puntual de desrealización o una amnesia psicógena, hasta un trastorno de identidad múltiple.
- Presencia de un YO más indiferenciado y fusionado que en el TLP; perciben la relación con uno mismo y especialmente con los otros como una amenaza. Imagen devaluada de sí mismos asociadas a la historia de daño. Introyección de la imagen de sí mismo asociada al trauma. Se evidencian a sí mismos a través de estados de culpa, agresión y desesperanza.
- Actitud pasiva: revictimización y evitación. En relación íntima, rápidamente se encuentran inseguros y fuera de control, activándose en ellos, sentimientos de vulnerabilidad, y una inusitada capacidad aprendida, para tolerar violencia y abusos como parte normalizada de una relación íntima. Tendencia a sentirse indigno en la relación.
- Vivencia de falta de sentido en la relación y con una expectativa de futuro en la que posiblemente acepten una nueva experiencia de abuso y maltrato, encuadrando toda la relación en un clima afectivo de pesimismo, negándose la posibilidad de una conexión positiva con el otro. Actitud más defensiva, hostil y temerosa ante la posibilidad de establecer contacto emocional. Mayor dificultad para confiar y sentir seguridad en la relación, lo que dificulta la relación con el terapeuta en las fases iniciales.

TRATAMIENTO EN TEPT COMPLEJO

El tratamiento del TEPT complejo y de otros trastornos relacionados con el trauma deberá estar enfocado hacia la gradual integración de las partes disociadas, entre las que se incluyen sus contenidos mentales (por ej., recuerdos traumáticos) y los sistemas de acción a ella asociados, dentro de los límites de una personalidad coherente y cohesiva.

Este trabajo debe comenzar con el refuerzo de la capacidad de la PAN para funcionar en la vida diaria, hecho que comúnmente implica superar el temor y la evitación recíproca que se produce entre las diferentes partes disociadas y las fobias de vínculo afectivo, separación, pérdida, recuerdos traumáticos y cambio que se asocian con ellas (Nijenhuis y col., 2002; Nijenhuis&Van der Hart, 1999^a; Steel, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001, en imprenta; Van der Hart y col., 1993).

CONCLUSIONES

En un marco de regulación relacional sano, positivo y familiar, es más factible la ausencia de dinámicas de relación que dañen a alguno de los miembros de la familia.

El apego desorganizado, por el contrario, se convierte en un predictor de aparición de maltrato intrafamiliar y experiencias traumáticas para los miembros de la familia.

Podríamos hablar de un solapamiento diagnóstico entre el TLP y TEPT Complejo y, por tanto, de la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial entre ambas patologías.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

Sería importante explorar en profundidad la posible historia de trauma enmascarada en la manifestación sintomatológica, de cara a un tratamiento que permita abordar la "base traumática". Las personas que están expuestas a situaciones de estrés agudo prolongadas en el tiempo, pueden caer en riesgo de exclusión social, situación que agudiza los síntomas.

"Si los síntomas de los trastornos de personalidad, tienen su origen en aspectos traumáticos, no se resolverán sin abordar el origen del problema" Mosquera (2014).

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedman, Matthew: PTSD Diagnosis and treatment for mental health clinicians. Community Mental Health Journal 32 (2), April 1996; 173-189.
2. Herman, Judith: Trauma and recovery. New York. Basic Books, 1997.
3. Koopman, Cheryl et al. When disaster strikes, Acute Stress Disorder may follow. Journal of Traumatic Stress, Vol 8, Nº 1, 1995.
4. Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Eds.) (1996). Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind body and society. Guilford Press, 1996.
5. Van der Kolk, B. The body keeps the score. Harvard Review of Psychiatry, Vol 1, Nº 5, 1994.
6. Van der Kolk, B. y Fislser, R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Disponible en <http://www.trauma-pages.com/vanderk2.htm> ,2001
7. Onno Van der Hart, Ellert Nijenhuis y Kathy Steele. (2008). "El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica". Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.