



INTERVENCIÓN EN TRAUMA COMPLEJO

Alma Eixea Martínez

ÍNDICE

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

- DIAGNÓSTICO

- SINTOMATOLOGÍA

- COMORBILIDAD

2. ASPECTOS A TENER EN CUENTA COMO TERAPEUTAS

3. INTERVENCIÓN EN TRAUMA COMPLEJO

- Caso 1

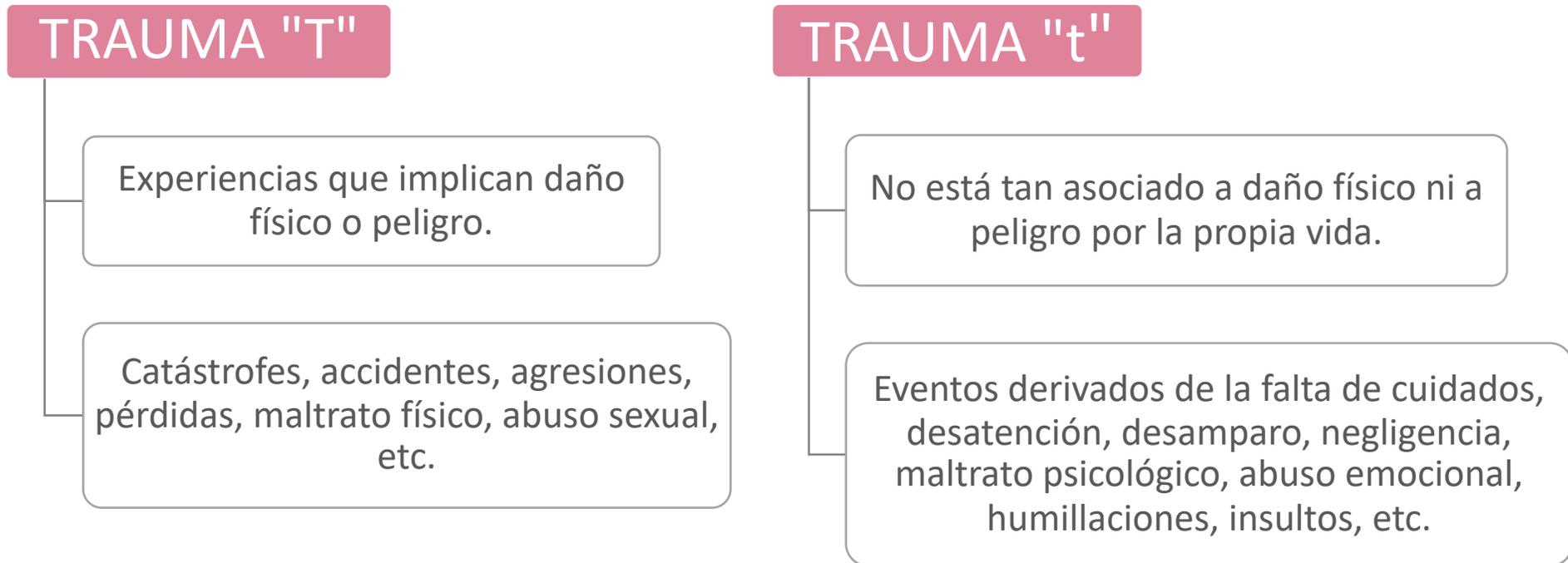
4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

DIAGNÓSTICO

Cuando hablamos de trauma, podemos dividir los eventos traumáticos en dos grupos:



CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

- Judith Herman (1992) observó que los síntomas de personas sometidas a **situaciones extremas y prologadas**, no encajaban en el diagnóstico de TEPT y propuso el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.
- Se produce por experiencias de **larga duración, continuas, acumulativas, invasivas, de tipo interpersonal** (ASI, maltrato, abandono o negligencia, violencia, tortura, etc.), con frecuencia se inician en edad infantil (aunque pueden producirse en cualquier momento de la vida), y en ambientes de alto riesgo de los que la persona **no puede escapar → adaptación → identidad/personalidad**
- Es la continuidad, el carácter interpersonal y la imposibilidad de huida lo que lo diferencia del TEPT, cuyo desencadenante suele ser un evento único o limitado en el tiempo, de carácter interpersonal o de otro tipo (accidentes, catástrofes naturales..).
- En el DSM-IV se le denominó **DESNOS** (trastorno por estrés postraumático extremo no especificado) y se definió por la presencia de trauma con problemas añadidos de **autorregulación**.
- En el DSM 5 no se incluye cómo una categoría diagnóstica independiente.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

La CIE-11 sin embargo, sí que distingue entre TEPT y TEPT complejo.

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**
 - Reexperimentación
 - Evitación
 - Sensación persistente de amenaza actual manifestado por activación e hipervigilancia
- En el **TEPT complejo** se añaden tres síntomas adicionales:
 - Desregulación afectiva
 - Autoconcepto negativo
 - Alteraciones en las relaciones interpersonales.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SINTOMATOLOGÍA

Según Hermann (1992), los 7 grupos de síntomas que forman el **trauma complejo** son los siguientes:

CATEGORÍAS	ALTERACIONES	SÍNTOMAS
Categoría 1	Alteraciones en la regulación emocional y de los impulsos	<ul style="list-style-type: none">• Desregulación crónica del afecto• Dificultades en la modulación de la ira• Conductas autodestructivas autolesivas o autolíticas• Dificultades sexuales, conductas impulsivas y/o de riesgo
Categoría 2	Alteraciones de la atención o la conciencia	<ul style="list-style-type: none">• Amnesia• Episodios disociativos transitorios• Despersonalización y/o desrealización

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

Categoría 3	Somatización	<ul style="list-style-type: none">• Problemas digestivos y dolor crónico• Síntomas cardiopulmonares• Síntomas de conversión• Síntomas sexuales• Pánico
Categoría 4	Alteraciones en la autopercepción	<ul style="list-style-type: none">• Vergüenza y culpa crónica• Sensación de estar “defectuosa o rota”• Sensación de ineficacia• Sensación de incomprensión• Minimizar la importancia del trauma
Categoría 5	Alteraciones en la percepción del agresor	<ul style="list-style-type: none">• Asumir y adoptar como ciertas las creencias distorsionadas sobre el agresor sobre uno mismo, los demás y el hecho.• Idealizar al agresor• Preocuparse por no dañar al agresor

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

Categoría 6	Alteraciones sociales	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para confiar en los demás• Convertirse a uno mismo en víctima• Convertir en víctimas a los demás
Categoría 7	Alteraciones de los sistemas de significado	<ul style="list-style-type: none">• Desesperación e impotencia• Pérdida de creencias anteriores

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

COMORBILIDAD

- Se plantea la **validez del TEPT complejo como diagnóstico independiente** dada la comorbilidad de los síntomas tanto con el TEPT como con el TLP, con el que comparte los problemas en la regulación del afecto, en la autopercepción y en las relaciones interpersonales.
- **Hay mucha relación entre trauma en la infancia y TLP en la edad adulta**, por ello, algunos autores han propuesto que el TLP sea una forma de expresión del trauma complejo, o una forma crónica de TEPT con el que comparte alteraciones en áreas fundamentales: regulación afectiva, control de impulsos, relaciones interpersonales e integración del self.
- Sin embargo, la presencia de traumas en la infancia es un **factor de riesgo**, aunque ni necesario ni suficiente para explicar el TLP, ya que no explica por qué algunas personas que han sufrido abusos o maltrato desarrollan TLP mientras que otras no.
- La idea de que determinados traumas infantiles generan trastornos específicos (como el TLP) no es exacta, ya que depende de **variedad de factores** (biológicos, de personalidad, sociales..) que favorecen la vulnerabilidad a desarrollar ciertos trastornos.
- Por ello, el trauma puede agravar los síntomas de TLP y empeorar su pronóstico, pero es imprescindible para su diagnóstico.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA COMO TERAPEUTAS

PERFILES Y COLOCACIÓN DEL TERAPEUTA

Pacientes con ansiedad / dependientes / complacientes

- Favorecer la **autonomía**
- **No reforzar cada conducta** para no favorecer la complacencia y la búsqueda de refuerzo constante
- Trabajar la **autoestima**
- Movilizar **emociones protectoras** como la ira (si está inhibida)
- Trabajar la **desculpabilización, el beneficio secundario, el rol de enfermedad, el rol de cuidador y la asimetría relacional, los factores de resiliencia, las creencias** relacionadas con no ser suficiente, no ser válida, etc.
- Ser muy claros con el **fin de la terapia y el cierre** (no pueden venir eternamente como conducta de seguridad).
- No colocarnos “por encima” para **no favorecer la sumisión.**
- **Colocarnos como iguales** y hacer al paciente agente de cambio activo de su propia vida.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA COMO TERAPEUTAS

Pacientes evasivos / rígidos / fríos/ cognitivos / defensivos

- **No retar ni ceder a sus intentos de reto** o de colocarse por encima del profesional (ej: esto es de lógica, esto ya me lo sé, es muy fácil decirlo, te veo muy joven para poder ayudarme...).
- Trabajar la **fobia a la experiencia interna, educación emocional, la conexión con el cuerpo y las defensas psicológicas** (racionalización, minimización, proyección).
- Trabajar el **vínculo terapéutico** desde la adecuada colocación del terapeuta, no dejándose llevar por lo que nos genera el paciente y adoptando sus retos como objetivos terapéuticos.
- Explorar qué **emociones** hay detrás de las defensas (miedo, tristeza, culpa).
- Trabajar **mecanismos de protección** rígidos como hiperproductividad, inflexibilidad, autoexigencia, perfeccionismo, sarcasmo, asertividad, etc.
- Dar confianza con **contenidos técnicos y teóricos**, evitando lenguaje demasiado emocional o profundo al principio.
- **Confrontar poco a poco** cuando se hayan trabajado las defensas.

INTERVENCIÓN EN TRAUMA COMPLEJO

Ejemplo de programa de intervención

Primer nivel de intervención

- Psicoeducación y vínculo terapéutico

Segundo nivel de intervención

- Aportar seguridad
- Reducir sintomatología
- Regulación emocional y afectiva

Tercer nivel de intervención

- Apego y mentalización
- Recuerdos traumáticos
- Sistemas de protección /defensas
- Integración y trabajo con partes
- Self / identidad

Cuarto nivel de intervención

- Funcionalidad y prevención de recaídas
- Desarrollo personal, autoestima y relaciones

CASO 1

DATOS:

- Sofía (nombre ficticio) tiene 32 años, vive sola, tiene formación universitaria y actualmente trabaja.

SINTOMATOLOGÍA:

- El motivo de consulta es que presenta **ataques de pánico** recurrentes en la calle, en lugares públicos, transportes, elevada ansiedad diaria combinada con **apatía, desesperanza, sensación de insatisfacción y vacío, desconexión**.
- Presenta **ideación suicida** y sintomatología depresiva
- Fue varios años a terapia sin mejoría
- También destaca que tiene muchos **problemas en las relaciones de pareja**: tiene mucha ansiedad pensando en que la relación va a salir mal, en que la van a dejar, etc.
- Presenta **dolor en las relaciones sexuales**, anorgasmia y bloqueos.
- **Desregulación emocional**: incapacidad para llorar, en ocasiones llanto descontrolado, ansiedad con fases de hipoactivación y disociación, pesadillas, flashbacks, problemas en las relaciones, sentimientos de culpa, vergüenza, etc.

ANTECEDENTES

Se lleva a cabo la **anamnesis** y obtenemos la siguiente información:

- **Área familiar e infancia:** en un inicio, destaca que no ha habido problemas familiares graves ni recuerdos muy traumáticos, pero la relación con sus padres es muy confusa, así cómo sus verbalizaciones sobre ellos (hay mucha **idealización y contradicciones**).
 - Explorando con el tiempo, reconoce varias situaciones de **negligencia, abuso de alcohol, educación muy rígida** por parte de su madre (perfil de manipulación, chantaje emocional, victimismo, comparaciones, humillaciones, conductas ambivalentes, agresiones que había minimizado y normalizado, pocas muestras de afecto y un perfil de personalidad específico).
 - También recuerda **imágenes sexuales** relacionadas con sus padres que le generan mucho malestar.
 - Recuerda muchas ocasiones en las que ha sentido **abandono, rechazo y desamparo** con su familia.

ANTECEDENTES

- **Área de pareja:** presenta **apego desorganizado** (inicialmente apego ansioso, ante malestar evita y suele dejar la relación, dejar de contestar o hablar, etc.). Presenta **historial de abuso y maltrato** desde su primera relación en la adolescencia (no reconocía los abusos sexuales que sufrió en pareja).
- Sufrió **maltrato psicológico, amenazas y agresiones físicas** en todas sus relaciones anteriores. Tiene recuerdos traumáticos de su última relación que le generan sensaciones corporales, presenta flashbacks, y se **disociaba** en las relaciones sexuales abusivas).
- **Área laboral:** en el trabajo presenta elevada **ansiedad**, tiene un puesto de trabajo muy exigente y el ambiente laboral es muy hostil (insultos, humillaciones, etc.).
- **Área social:** cuenta con una buena red de apoyo.
- **Personalidad:** es una persona muy funcional en su trabajo, muy **autoexigente, y perfeccionista**, con **muy baja autoestima**, tendencia a la **sumisión y a no poner límites**, tendencia a sentir **culpa**, a no expresar lo que siente y a no mostrar vulnerabilidad ante los demás (en terapia es muy diferente).

PERFIL Y CONSIDERACIONES

PERFIL:

- Es una persona muy cercana y habladora, pero se muestra insegura en muchas ocasiones. En relaciones tiene un perfil muy sumiso y complaciente, sin embargo en el área laboral es muy ambiciosa y consciente de su capacidad.
- Es muy cercana, pero se muestra algo desconfiada con la terapia porque estuvo años en tratamiento y la profesional le hizo verbalizaciones culpabilizantes sobre el maltrato. (“yo pensaba que estaba loca y que era una exagerada”).
- Su principal motivo de consulta son los **ataques de pánico** que presenta.
- Tiene carácter y es impulsiva en ocasiones. En otras, muestra una actitud más dependiente/complaciente en sesión.
- Está muy implicada en la terapia.
- En ocasiones abusa de alcohol y medicación para “no sentir” emociones.

PERFIL Y CONSIDERACIONES

Consideraciones:

- Al minimizar lo vivido en la infancia, se aprecian **muchas defensas**, describe conductas de maltrato sin darles ninguna importancia, hay **mucha fragmentación y partes claramente diferenciadas**, desconexión con el propio cuerpo, y no se reconoce cómo víctima ni de maltrato ni de abusos. Por ello es importante no confrontar ni nombrar directamente los sucesos e integrar primero emociones, recuerdos y pensamientos.
- En este caso, la **sintomatología ansiosa** se reduce muy rápido porque era un síntoma de desregulación más que un trastorno específico.
- En este caso es muy importante el **vínculo terapéutico** para poder avanzar, conseguir que vuelva a confiar en la terapia y avanzar en el tratamiento del trauma.
- Hay que ser conscientes de que actualmente está fuera de peligro y de que su entorno actual es positivo y cuenta con **red de apoyo**, esto favorece el buen pronóstico.
- No asocia sus síntomas con el trauma (**poca conciencia, pero mucha sintomatología**). Ha sido muy invalidada tanto por su familia como por la anterior terapeuta, así que es un objetivo terapéutico (aportar seguridad, validar y psicoeducar).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

1. **Psicoeducación** sobre la ansiedad, los vínculos y su relación con el trauma.
2. **Trabajamos conexión corporal, sistema nervioso, ventana de tolerancia y estabilización**
3. **Línea de vida**
4. **Manejo de la ansiedad**
5. **Gestión y regulación emocional**
6. **Sistemas de protección**
7. **Trabajo con partes, disociación y self**
8. **Trabajar con los recuerdos traumáticos**
9. **Entender el apego y su sistema familiar**
10. Trabajar la **autoestima y la autonomía**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

1. PSICOEDUCACIÓN Y VÍNCULO TERAPÉUTICO

Es importante la colocación del terapeuta en casos de trauma complejo, así como en trastornos de personalidad y en cualquier contexto terapéutico.

- Atender al **lenguaje no verbal**, tono de voz, mirada, gestos, expresión facial, etc. nos da mucha más información de lo que pensamos.
- Preguntar al paciente **cómo quiere que nombremos ciertos conceptos** que pueden ser difíciles si no está preparado todavía (abuso, maltrato, etc.)
- Importante la psicoeducación a lo largo de todo el proceso: sobre trauma, sistema nervioso, apego, ansiedad, etc.
- En este caso el vínculo tiene que ser muy reparador y de confianza al haber tenido experiencias anteriores negativas en terapia.
- Trabajamos el **beneficio secundario** y la autonomía con la terapia

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

2. ESTABILIZACIÓN, AUTOREGULACIÓN, RECUPERAR LA CONEXIÓN

- **Objetivo:** buscar la calma y la seguridad. Se siguen trabajando a lo largo de toda la terapia.
- **Utilizamos:** empezamos por regular la respiración, toma de conciencia y relajación.
 - **Mindfulness sensible al trauma, ejercicios sensoriales, etc.**
 - **Técnicas de respiración consciente:** diafragmática, alternada, cuadrada...
 - **Técnicas de relajación:** relajación muscular progresiva de Jacobson, relajación autógena...
 - **Ejercicio físico /yoga/mindfulness/pilates**
 - **Plan de acción ante momentos de crisis**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3. LINEA DE VIDA

- En trauma complejo, al haber historia de eventos traumáticos a lo largo de la vida de la persona, es importante realizar la línea de vida para **estructurar e integrar el discurso** y para poder trabajar posteriormente con los recuerdos.
- Al dividir la línea de vida en tres tramos (infancia / adolescencia / edad adulta) podemos detectar patrones de conducta, recuerdos traumáticos, defensas, perfiles familiares, etc.
- Hacemos una línea de vida separada sobre relaciones de pareja y otra con el resto de su vida.
- Presenta recuerdos traumáticos muy relacionados con la relación de maltrato anterior y con situaciones de su infancia.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

4. MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL PÁNICO

- **Objetivo:** reducir la sintomatología asociada a la ansiedad
- **Utilizamos:** herramientas cognitivas, defusión cognitiva (aceptación y compromiso), atención plena en el presente, exposición en imaginación, conductas de seguridad y de evitación, exposición en vivo, sistema de alarma del SN.
 - Se realiza una **jerarquía de exposición** una vez nos hemos asegurado de que la paciente cuenta con los **recursos necesarios** y está preparada para ir exponiéndose.
 - Se favorece la **conexión con el presente** y el anclaje con herramientas compasivas como el **mindfulness**.
 - Responde muy bien al tratamiento a lo largo de las sesiones (era punta del iceberg).
 - Cuando hemos trabajado la sintomatología y se ha reducido considerablemente, empezamos a aproximarnos al trabajo con el trauma y a relacionarlo con la sintomatología.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5. GESTIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL

Objetivo: psicoeducación, reestructuración, expresión emocional.

Utilizamos: psicoeducación, **terapia narrativa, tarjetas de Anabel González sobre estados emocionales.**

- **Trabajar la culpa:** utilizamos técnicas narrativas, carta a sí misma, autocompasión, toma de perspectiva, observar a esa niña, diálogo interno.
- **Trabajar la vergüenza:** mediante validación y exposición. Reconocerla en el cuerpo. Aumenta al ser consciente de los abusos, pero poco a poco se va regulando.
- **Trabajar la tristeza y el vacío:** cuando hay un periodo de hiperactivación prolongado, es normal que una vez disminuya la ansiedad, aparezcan emociones que estaban camufladas y se produzca el efecto contrario. Activación conductual. Autocuidado.
- **Trabajar el asco:** ve el sexo cómo algo negativo, tiene sensaciones físicas de asco, y cuando es consciente de los abusos y de las prácticas sexuales que hacía con su expareja es cuando más lo experimenta.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

6. IDENTIFICAR Y TRABAJAR SISTEMAS DE PROTECCIÓN

- **Objetivo:** psicoeducación, defensas, identidad, mecanismos de protección, creencias.
- Trabajamos mediante las **tarjetas de Anabel González** basadas en el libro de trauma complejo **“No soy yo”**:
 - “Es culpa de...” → acuso
 - “Yo puedo” → cargo con todo
 - “Por sí acaso” → estoy en alerta
 - “No te deajo verme” → me oculto
 - “Y sí..” → me preocupo
 - “No puedo” → me desconecto
 - “Tiene que encajar” → racionalizo
 - “No hay salida” → me cierro puertas
 - “No quiero cambiar” → me aferro a lo malo conocido (beneficio secundario)
 - “No te acerques” → no te deajo entrar
 - “No quiero conflictos” → me someto
 - “Solo no puedo” → Me engancho a los demás
 - “No puedo mostrarme” → encierro mis sentimientos
 - “Es lo que sé hacer” → cuida
 - “Son los mejores” → idealizo
 - “No quiero salir al mundo” → me encierro
 - “Entro en bucle” → me machaco

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

7. TRABAJO CON PARTES, SELF, DISOCIACIÓN, IDENTIDAD

Objetivo: identificar partes protectoras, partes defensivas, partes extremas, partes infantiles/adultas (heridas), PAN, PE, disociación, **duelo/realidad** (familia, víctima).

- **Utilizamos:** IFS, técnica de la rejilla, estrategias para trabajar la disociación.
- **Técnica de la rejilla** para identificar las partes a lo largo de la semana, definir el perfil de cada una y comprender cuando aparece cada parte.
- Entender su **estructura psicológica** y desarrollar estrategias más funcionales para momentos de crisis (¿en vez de abusar de medicación, que podemos hacer que sea más beneficioso y no extremo?).
- Lo relacionamos con **sensaciones corporales, lenguaje no verbal, pensamientos, creencias y emociones** en todo momento para favorecer la integración.
- **Metáfora de quien lleva los mandos en su mente en cada momento** (la niña, la adulta, las gafas del trauma..)

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

En este caso:

- **Partes protectoras:** ser complaciente, usar el humor en temas muy delicados, la autoexigencia, trabajar mucho, la necesidad de control, no mostrarse vulnerable y minimizar el malestar, etc.
- **Partes extremas:** suelen ser partes muy resistentes y polarizadas que se han tenido que adaptar a situaciones extremas desde la infancia. El objetivo es encontrar el **equilibrio** y entender la función que cumplieron en su momento. En este caso se incluía la disociación, abuso de alcohol y de medicación en momentos puntuales para no sentir, dialogo interno muy castigador, etc.
- **Partes heridas:** es la parte que “carga” con el dolor de los eventos traumáticos. En este caso la parte vulnerable, la parte infantil, la vergüenza, la culpa, la sensación de abandono, el vacío...

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- **Parte niña:** en este caso se diferenciaba claramente cuando aparecía la parte más infantil, muy influenciada por el lenguaje castigador de su madre durante toda su vida, que la llevaba a ser dependiente, a preguntar antes de cada decisión, a necesitar sentirse vista, a necesitar atención, a buscar la aprobación materna, sentirse incapaz de afrontar situaciones cotidianas, etc.
- **Parte adulta:** es la parte libre de trauma, que se ha reparado con el tiempo a través de relaciones sanas, apoyo social, resiliencia, áreas preservadas de la vida de la persona, la parte independiente, la parte que regula sus emociones y que se enfrenta y resuelve conflictos. Lo trabajamos con ejercicios de toma de perspectiva, role playing, rol profesional en la vida personal, coger de la mano a la niña y guiarla, etc.).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Ejemplo de trabajo con partes:

1. **Encontrar la parte:** identificar la parte que está presente en ese momento
2. **Centrar la atención en esa parte**
3. **Describirla:** cómo se expresa, cómo la llamamos, etc.
4. **Identificarla en el cuerpo y cómo se expresa** → sentir las sensaciones corporales y somáticas
5. **Identificar sus defensas, miedos, pensamientos y creencias** y por qué se activa en determinadas situaciones y trabajar sobre ellos (¿Qué miedos tiene esa parte?, ¿Qué le preocupa?, ¿Por qué responde así?)

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

8. TRABAJAR CON LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

Objetivo: verbalizar, tolerar y desensibilizar los recuerdos traumáticos y las imágenes, integrando emociones con los recuerdos para favorecer la conexión y la superación del trauma.

- **Utilizamos:** terapia narrativa, exposición en imaginación, verbalizar los recuerdos integrando emociones, terapia sensoriomotriz.
- En este caso, puede verbalizar los hechos sin demasiada desregulación, pero cuando se permite sentir sensaciones corporales es cuando aumenta la ansiedad hasta la desensibilización.
- Trabajamos **exposición en imaginación**. Finalizamos las sesiones con conexión al presente (grounding).

*Con la exposición y la liberación del recuerdo, se reduce **la hiperactivación fisiológica y la ansiedad en el día a día de manera considerable.**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

9. TRABAJAR Y ENTENDER EL APEGO Y SU SISTEMA FAMILIAR

- **Objetivo:** entender las bases del apego y trabajar los vínculos traumáticos. Lo dividimos en área de pareja y área familiar.
- En el **área de pareja:** trabajamos las secuelas del maltrato, bases de relaciones sanas, red flags, defensas psicológicas características de las víctimas, reconocer poco a poco que lo que sufrió fue maltrato (no lo nombraba), entender el perfil del agresor, entender cómo funciona el cerebro ante situaciones extremas, trabajar las emociones asociadas, el lenguaje interno negativo y las creencias.
 - Trabajamos los diferentes **estilos de apego** (le recomiendo “maneras de amar”),
 - Entendemos el **sistema de apego** y cuando se activa y por qué
 - **Modificamos patrones anteriores** y aprendemos a **detectar perfiles peligrosos**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- En el **área familiar**: vamos elaborando un perfil psicológico tanto de su padre cómo de su madre, anotamos frases y palabras textuales características desde la infancia, detectamos el lenguaje interno que proviene de su madre, trabajamos la identificación del chantaje y la manipulación y cómo responder ante ello sin recurrir a la sumisión, establecemos límites.
 - Entender su **sistema familiar**, los roles, personalidades, rasgos, dinámicas, etc.
 - Entendemos **heridas de la infancia y las integramos** (herida de abandono y rechazo asociadas a la parte niña), entendemos que se siguen activando a día de hoy.
 - Trabajamos la **desculpabilización** y la validación emocional por tomar distancia con su madre y por hablar de ella (cuando la nombramos en sesión se siente “mala persona”)

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

10. TRABAJAR LA AUTOESTIMA, AUTONOMÍA, NUEVOS HÁBITOS Y RECURSOS

- Al ser una paciente **infantilizada** por su entorno en aspectos personales, pero muy ambiciosa en el ámbito laboral y con un puesto importante, era imprescindible trabajar con la integración de las partes tan diferenciadas que estaban en constante lucha (mientras una parte se esforzaba, se exigía, tenía éxito profesional, otra parte se mostraba asustada, vulnerable, incapaz de relacionarse sin entrar en pánico al abandono, etc.) Esto le generaba bloqueo y procrastinación en su vida personal.
- Por ello, trabajamos en la recuperación de hábitos cotidianos, funcionalidad más allá del trabajo, socialización sana, realizar actividades sola, se muda a otra ciudad y vive sola, viajar sola, factores de resiliencia, partes libres de trauma y prevención de “recaídas”.

CONCLUSIONES

- El trauma complejo todavía está en constante estudio, y el debate diagnóstico continúa.
- Como terapeutas, no es tan importante catalogar y etiquetar. Es mejor realizar una intervención profunda y completa acorde a las necesidades particulares de la persona.
- En trauma complejo, la sintomatología es muy variada y no necesariamente presentan trastornos específicos, suelen ser manifestaciones del trauma que en cada persona se expresa de una forma diferente.
- Es muy importante combinar diferentes técnicas y estrategias integradoras dada la gravedad y complejidad de estos casos, pero independientemente de la técnica, lo más importante es entender el global de la persona, sus patrones y su estructura psicológica para que la intervención tenga un sentido.

CONCLUSIONES

- El vínculo entre paciente y terapeuta en casos de trauma complejo, se puede enfrentar a retos a lo largo de la intervención, y es importante realizar supervisiones y autocuidado del terapeuta para evitar que repercuta en el proceso.
- En estos casos, al estar afectadas casi todas las áreas de la vida del paciente, no es tan importante tener un protocolo rígido o una estructura muy marcada. Es más productivo detectar las necesidades del paciente y ser muy flexibles en las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

Bárez, N. (2022). Psicoterapia integradora, trauma y apego. Ediciones psicointegradora.

Boon, S. (2015). Vivir con disociación traumática. Desclée De Brouwer.

González, A. (2017). No soy yo: Entendiendo El Trauma Complejo, El Apego, y La Disociación: Una Guía Para Pacientes.

Hill, D. (2020). Teoría de la regulación del afecto: Un modelo clínico. Eleftheria.

Ogden, P. y Fisher, J. (2019). Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego. Desclée De Brouwer.

Orihuela, A. (2016). Transforma las heridas de tu infancia: Rechazo, abandono, humillación, traición, injusticia. AGUILAR.

Pacheco, M. H. (2017). Apego y psicopatología: La ansiedad y su origen : Conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora.

BIBLIOGRAFÍA

Pacheco, M. H. (2020). Apego, disociación y trauma: trabajo práctico con el modelo PARCUVE.

Schwartz, R. C. (2021). No hay partes malas: sanar el trauma y recobrar la plenitud con el modelo Sistemas de familia interna.

Sweeton, J. (2022). Tratar el trauma: 165 técnicas y consejos para avanzar en la recuperación. EDITORIAL SIRIO S.A.

Txasko, O. F. (2018). Sobrevivir a una madre narcisista: Cómo Recuperarte de Tus Heridas Infantiles y Por Fin Desplegar Tus Alas.

Van Der Kolk, B. A. (2020). El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, Mente Y Cuerpo en la Superación Del Trauma.

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., y Steele, K. (2008). El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica.

Wallin, D. J. (2012). El apego en psicoterapia.

