



Marielle Franco

## Las huellas de la violencia: una aproximación al trastorno por estrés postraumático complejo

Rocío Paricio del Castillo<sup>(1)</sup>, Amelia Franquelo  
García<sup>(2)</sup>, Carmen González de Vega<sup>(3)</sup>,  
Cristina Polo Usaola<sup>(4)</sup>.

### Introducción

La violencia ejercida sobre un ser humano por parte de otro es una de las causas principales de trauma psíquico. Si nos centramos en los traumas producidos por violencia crónica y reiterada encontramos que son las mujeres y niños/as las que tienen un riesgo mayor de sufrirla. El impacto de este tipo de violencia en la vida psíquica puede suponer una traumatización

compleja teniendo una presentación sintomática muchas veces similar a la descrita en el trastorno límite de la personalidad. Aunque a priori esta similitud no debería suponer un obstáculo importante en el abordaje terapéutico, en el caso de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja suele ocasionar que se atribuyan los episodios violentos a rasgos de la personalidad de la mujer sin tener en cuenta el origen de la violencia.

<sup>(1)</sup> MIR Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

<sup>(2)</sup> Psicóloga clínica. (Madrid).

<sup>(3)</sup> Psicóloga clínica. Servicios Salud Mental de Hortaleza. Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

<sup>(4)</sup> Psiquiatra Servicios de Salud Mental de Hortaleza. Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

En este artículo comenzamos haciendo un recorrido del desarrollo del concepto de trauma psíquico a lo largo de la historia teniendo en cuenta la influencia del pensamiento patriarcal en el mismo. Continuamos describiendo las particularidades del trauma complejo y el reconocimiento en 2018 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la CIE-11 de una categoría propuesta por Judith Herman y largamente esperada: el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo). Resaltamos la utilidad social del reconocimiento de los daños causados por este tipo de trauma, muy relacionado con el género y el poder. Finalizamos realizando algunas reflexiones en torno a la intervención que hacen imprescindible un enfoque feminista.

Freud en una primera época expuso que el origen de las neurosis estaba en los abusos sexuales sufridos en la infancia

## Trauma psíquico: desarrollo teórico a lo largo de la historia

La historia del estudio del trauma psíquico es la de una larga serie de idas y venidas. En palabras de Judith Herman: *“La gente que ha sobrevivido a atrocidades a menudo cuenta su historia de una manera altamente emocional, contradictoria y fragmentada que resquebraja su credibilidad y, por lo tanto, cumple los dos requisitos imprescindibles: decir la verdad y mantener el secreto”*<sup>(1)</sup>. La investigación del trauma y sus efectos también ha cumplido estas normas y durante años ha ido zigzagueando entre decir y ocultar, poner nombre y callar las cosas terribles que ocurren a las personas y el grave impacto que tienen sobre ellas. Para muchas personas sigue siendo menos doloroso dejarlo en el limbo de lo impronunciable, porque darle voz nos confronta tanto con nuestra propia vulnerabilidad como con el lado más oscuro del ser humano. Este silencio impuesto por gran parte de la sociedad y de los y las profesionales va en detrimento del bienestar de las víctimas.

Para muchas personas sigue siendo menos doloroso dejarlo en el limbo de lo impronunciable, porque darle voz nos confronta tanto con nuestra propia vulnerabilidad como con el lado más oscuro del ser humano

## La gestación del concepto: trauma y psicoanálisis

Un trauma, desde la óptica de los teóricos de la disociación estructural de la personalidad, se traduciría como una “herida”, “daño” o “conmoción”. La palabra, con el apellido psíquico, fue utilizada por primera vez por un neurólogo alemán, Eulenburg en 1878, para referirse al impacto mental de los acontecimientos estresantes, y pone el acento no tanto en el evento en sí como en el desbordamiento de las capacidades de afrontamiento de la persona que lo experimenta<sup>(2)</sup>.

Aunque hubo menciones escritas a este tipo de respuestas en la antigüedad, la semilla del TEPT Complejo germinó a finales del siglo XIX, con las observaciones sobre la histeria de Charcot, Janet, Breuer y Freud. Si bien Freud en una primera época expuso que el origen de las neurosis estaba en los abusos sexuales sufridos en la infancia<sup>(3)(4)</sup>, a medida que avanzó el desarrollo de la teoría psicoanalítica describió la teoría de la seducción, relatando que el abuso no tenía por qué ser un abuso real sino que podía ser, y en muchos casos era también, un abuso fantaseado<sup>(5)</sup>.

Esa afirmación tuvo como consecuencia que surgieran muchas críticas dentro y fuera del psicoanálisis. Estas críticas han aumentado en las últimas décadas, sobre todo a medida que las teorías y el movimiento feminista han ido encontrando un lugar importante en nuestra disciplina. Algunas autoras han considerado que el cambio de postura por parte de Freud al abandonar la teoría traumática de la histeria fue una consecuencia de las presiones del contexto social en que vivía. En el momento histórico en que se produjo este abandono (parcial) de la teoría traumática, Freud estaba desarrollando el “corpus central” de la teoría psicoanalítica. Haber mantenido la teoría traumática de la

histeria, a finales del siglo XIX, hubiera supuesto aceptar la dominación sexual a la que se exponían las mujeres y los niños de forma cotidiana y continuada<sup>(1)</sup>.

Otros autores/as describen, sin embargo, que una lectura atenta sobre la obra de Freud nos descubre que en realidad nunca abandonó del todo su primera teoría del trauma, (sobre todo, a partir del viraje de los años 20 y, por último, en "*Moisés y la religión Monoteísta*")<sup>(6)</sup>. Precisamente, el concepto de trauma es el responsable de disidencias y desafortunados encuentros dentro del movimiento psicoanalítico de la primera generación de psicoanalistas; en

generación de psicoanalistas<sup>(7)</sup>. Además del reconocimiento de su faceta clínica, fue célebre por su extrema sensibilidad hacia la población marginada y por haber promovido entre sus colegas la defensa de los derechos de los homosexuales marginados y perseguidos en Europa de principios de siglo<sup>(8)</sup>.

Sandor Ferenczi conoció a Freud en 1904 y fue su confidente amigo y compañero de viaje, como muestra la vasta correspondencia mantenida entre ambos, hasta que en 1932 Ferenczi presentó su último escrito publicado en vida "*Las pasiones de los adultos y su influencia en el desarrollo del*



Brasil.  
Marielle Franco

este sentido, queremos recuperar la teoría del trauma según Sandor Ferenczi, el llamado "*enfant terrible*" del psicoanálisis.

## Ferenczi: una teoría del trauma todavía en vigencia

Para muchos autores/as, hablar de Ferenczi es hacer presente uno de los espíritus más claros y lúcidos de aquella primera

*carácter y la sexualidad de los niños"*, desobedeciendo las indicaciones del maestro de no presentarlo en el XII Congreso Internacional de Wiesbaden. El texto fue publicado en el 1933, año de su muerte, con el título "*Confusión de Lenguas entre los adultos y el niño (El lenguaje de la ternura y de la pasión)*"<sup>(9)</sup>. La lectura de este texto en dicho congreso le causó a Ferenczi un gran desprestigio en el mundo psicoanalítico de la época, ya que lo veían como un

Lo que verdaderamente es traumático es el desmentido del adulto sobre el hecho acaecido

La noción de trauma aparece como una invasión en el Yo del sujeto de la pasión o de la locura, del amor o del odio, de otro que destruye la capacidad de pensar del sujeto

El niño, como medida de supervivencia, aparta las vivencias ocurridas de su conciencia, esto es, escinde una parte del yo

retorno a la teoría inicial de Freud. Lo que postulaba Ferenczi en dicho texto conllevaba repercusiones importantes en la técnica, lo que posiblemente originó el rechazo de los psicoanalistas de la primera generación. Aunque puede considerarse según muchos autores como "el gran olvidado", y poco citado en las formulaciones posteriores de su época, sus teorías se pueden rastrear en los escritos de Klein, Winnicott, Bion, Kohut y, más recientemente, en las teorizaciones psicoanalíticas actuales, donde la noción de trauma aparece como una invasión en el Yo del sujeto de la pasión o de la locura, del amor o del odio, de otro que destruye la capacidad de pensar del sujeto (véase las teorías de Fonagy y la escuela psicoanalítica relacional)<sup>(7)</sup>.

En "Confusión de Lenguas" Ferenczi atribuye a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, como consecuencia del choque entre la ternura del niño y las respuestas "apasionadas o perversas" del adulto. Ferenczi afirma: *"el niño, guiado por sus necesidades de ternura, se acerca al adulto buscando protección y cariño; cuando el adulto, presa de su perversidad o de su inmadurez, responde con la violencia de la pasión (que corresponde a una sexualidad del adulto) pasando actos que van más allá de las caricias tiernas y que pueden llegar hasta la violación (o, lo que es igual de perturbador, rozan la línea de lo incestuoso), responde al niño con un lenguaje incomprensible para él, e impone una excesiva excitación al pequeño cuerpo del niño, lo que le genera una confusión de la realidad de tal magnitud que impregna al niño de miedo y angustia y un fuerte sentimiento de culpabilidad."* Si, además, el niño acude buscando consuelo a otro adulto de su entorno familiar, o figura de apego, y éste desmiente o ridiculiza, crea mayor confusión y desconsuelo al acto violento<sup>(9)</sup>.

Según Martín Cabré, en la teoría de Ferenczi el trauma ocurre en dos tiempos: el hecho en sí puede no ser traumático, lo que verdaderamente es traumático es el desmentido del adulto sobre el hecho acaecido, lo que genera confusión y, en muchas ocasiones, sentimientos de pasividad que esconden un gran odio en la madurez<sup>(10)</sup>.

Ferenczi describe que el niño, impregnado de confusión y angustia, introyecta en su interior a la figura del agresor del cual depende y al que no puede concebir maldad, integrando en su psiquismo la violencia del otro como propia de una forma inconsciente y automática. Así, el peligro ya no está fuera sino dentro, el niño ha integrado en su yo al agresor, se ha identificado con él, generando un sentimiento de culpa que muchas veces lo acompañará toda su vida<sup>(10)</sup>.

Habría que añadir otro proceso: ante esta situación, que produce miedo, angustia y sentimiento de soledad (sentimientos para los que el niño no está preparado), el niño, como medida de supervivencia, aparta las vivencias ocurridas de su conciencia, esto es, escinde una parte del yo. Así, la parte del yo que no tiene contacto con el trauma puede progresar en su capacidad para crear un vínculo de amor y puede desarrollar sus capacidades intelectuales (aunque la parte creativa queda bastante afectada). Con el surgimiento de otros traumas o microtraumas a lo largo de la vida, reaparecen con virulencia la angustia, el odio y la confusión pertenecientes al trauma originario. Este trauma tiene las mismas repercusiones y los mismos mecanismos anteriormente descritos cuando ocurre bien por exceso o bien por defecto; es decir, cuando el niño no es bien recibido en el seno familiar, o cuando el adulto está más pendiente de sus necesidades que de las del niño, negándole el cariño o y atención necesarios para un adecuado desarrollo del psiquismo<sup>(10)</sup>.

Los aportes de Ferenczi sobre la organización en torno al trauma nos dan pistas para mejorar la intervención. Cuando en el espacio terapéutico atendemos personas en las que observamos que existe dificultad para recordar acontecimientos biográficos pasados o actuales, o el discurso nos impresiona de fragmentado, "inconexo" o "desconectado de aspectos emocionales" siguiendo a Ferenczi deberíamos preguntarnos si esta dificultad es consecuencia de una escisión, de una identificación con el agresor o si se trata de una aparente pasividad por efecto traumático de su propia historia.

## Las neurosis traumáticas de guerra

Tras los aportes psicodinámicos, siguen unos años de desinterés por la repercusión del trauma, dándose un nuevo resurgir en la Primera Guerra Mundial debido a las consecuencias de la violencia bélica que sufrieron los soldados que participaron en ella; así, Kardiner alumbró el concepto de "neurosis traumática de guerra". De aquí en adelante, aún nos esperan algunos bandazos, coincidentes con la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Vietnam, la lucha feminista y la violencia de género <sup>(11)(11)</sup>.

### *El papel del movimiento feminista en la visibilización del trauma psíquico secundario a la violencia de género*

Como magistralmente describe Herman en su análisis de la conceptualización del trauma, hasta el surgimiento del movimiento feminista de los años 70 no se visibilizó que los desórdenes postraumáticos más frecuentes no eran los de los hombres tras la guerra sino los de las mujeres en la vida cotidiana<sup>(1)</sup>.

Desde la perspectiva de género, la violencia de los hombres hacia las mujeres

refleja una histórica desigualdad que ha llevado a que la mujer haya sido discriminada, dominada por el hombre y que se haya obstaculizado su pleno desarrollo<sup>(12)(13)</sup>. Son muchos los trabajos que han desarrollado las consecuencias que este tipo de violencia tiene en la salud física y salud mental de las mujeres<sup>(14)(15)</sup> pero, además, el hecho de vivir en un ambiente en el que hay violencia hacia la madre supone un tipo de maltrato específico hacia las y los menores que en muchas ocasiones se solapa con las otras formas de maltrato infantil habitualmente descritas: maltrato físico, negligencia o abandono, abuso sexual infantil y maltrato emocional<sup>(15)</sup>. Las tres primeras, junto con psicopatología en los padres, se relacionan con un incremento de la probabilidad de desarrollar TEPT tras un evento traumático en la edad adulta <sup>(16)(17)</sup>, con una respuesta dependiente de la dosis: a mayor cantidad/duración de eventos traumáticos, mayor vulnerabilidad en la salud mental futura de la persona <sup>(18)(19)(20)(21)</sup>. A todo lo citado, se debe añadir que la violencia de género puede alterar la constitución del apego. Ya sea porque el padre no propiciará un apego seguro, como porque la madre, inmersa en la situación de violencia, puede estar distante o excesivamente pendiente de las hijas/os de un modo sobreprotector o, a veces, agresivo. Al dificultar un apego seguro se favorece una mayor vulnerabilidad y la experiencia maternal de crianza puede quedar también afectada. Durante el crecimiento, las personas en formación expuestas a violencia de género presentarán problemas de conducta, dolencias físicas, dificultad para separarse de la madre, desconfianza hacia los adultos, autoagresividad, problemas de rendimiento escolar, dificultades en la relación con sus iguales, problemas con la alimentación y el sueño, modelo relacional distorsionado y disregulación emocional<sup>(20)(22)(23)(24)</sup>.

Hasta el surgimiento del movimiento feminista de los años 70 no se visibilizó que los desórdenes postraumáticos más frecuentes no eran los de los hombres tras la guerra sino los de las mujeres en la vida cotidiana

El mundo se vuelve peligroso, los demás resultan amenazantes, el sí mismo pierde valor y el futuro se dibuja sombrío, aumentando así el riesgo de revictimización

También se ven dañadas la visión del mundo, de sí mismas y su confianza en las demás personas. El mundo se vuelve peligroso, los demás resultan amenazantes, el sí mismo pierde valor y el futuro se dibuja sombrío, aumentando así el riesgo de revictimización y transmisión de los patrones violentos<sup>(25)(26)</sup>. Todos estos efectos pueden no ser inmediatos y presentarse en estadios posteriores de la vida según meta-análisis de estudios longitudinales<sup>(25)(27)</sup>.

Por último, se ha objetivado que sufrir algún tipo de maltrato durante la infancia y la adolescencia aumenta el riesgo de sufrir otros malos tratos con posterioridad<sup>(17)</sup> y hasta más de tres veces el riesgo de sufrir maltrato por parte de parejas y ex parejas en la vida adulta<sup>(25)(28)</sup>. Una menor edad de inicio de exposición a los sucesos da lugar a una sintomatología postraumática más compleja<sup>(1)(11)</sup>. El círculo se cierra: las niñas que sufrieron la violencia ejercida en sus casas contra sus madres están en riesgo de sufrir más agresiones en su adolescencia, su vida adulta y su vejez.

### El trauma complejo y las clasificaciones internacionales actuales.

El concepto de Trastorno por Estrés Posttraumático Complejo (TEPT Complejo) fue acuñado por Judith Herman en 1992, sin embargo su inclusión en las clasificaciones internacionales se ha retrasado varias décadas y ha suscitado numerosos debates, algo que no ha ocurrido en otros campos. Como la autora señala, nunca ha sido posible avanzar en el campo del trauma psíquico sin el contexto de un movimiento social y político. El concepto surge con el ánimo de ofrecer un diagnóstico para las consecuencias psicológicas de las personas que han sufrido una experiencia traumática abusiva, reiterada y crónica, y cuyos sínto-

mas no quedan suficientemente representados en la categoría de Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) tal y como se han recogido clásicamente en las clasificaciones diagnósticas internacionales<sup>(1)</sup>.

Son muchos los autores/as que han defendido las particularidades respecto al TEPT (o TEPT Simple, como lo denominan los partidarios de esta diferenciación) del síndrome asociado al trauma complejo, entendido éste como un trauma interpersonal, crónico (repetido y prolongado en el tiempo) y frecuentemente iniciado en la infancia, en el que existe una importante dificultad para salir de la situación en la que están teniendo lugar las experiencias traumáticas<sup>(29)</sup>.

La exposición a una violencia continuada, a menudo producida en ambientes de aislamiento y coerción por parte del perpetrador, con pérdida absoluta del poder y el control sobre la propia vida, puede provocar graves alteraciones en la personalidad y en el sistema de valores y de significados, además de intensas perturbaciones en las respuestas fisiológicas de lucha y huida que a la víctima le han resultado ineficaces para escapar de la situación traumática<sup>(1)</sup>. Según Judith Herman, estas personas son auténticas "supervivientes de la violencia", como es el caso de las víctimas de abuso infantil o de la explotación sexual organizada, de los rehenes y prisioneros políticos en situación de encierro prolongado y de muchas de las mujeres víctimas de la violencia de género. Parecen existir algunas diferencias clínicas en la presentación sintomática en función de la edad de la víctima y la naturaleza del trauma<sup>(25)</sup>; pero, según Judith Herman, se trataría en todos los casos de un síndrome reconocible con características esenciales comunes, que suma alteraciones identitarias, de las relaciones y de los significados a la constelación de síntomas postraumáticos recogidos en el TEPT<sup>(1)</sup>.

Parecen existir algunas diferencias clínicas en la presentación sintomática en función de la edad de la víctima y la naturaleza del trauma

Según Herman, este síndrome, o Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, se caracteriza por lo siguiente:

a) Alteraciones en la regulación de las emociones: disforia persistente, impulsos suicidas, autolesiones, ira explosiva o sexualidad compulsiva y/o inhibida.

b) Alteraciones de la conciencia: amnesia de los acontecimientos traumáticos, episodios disociativos pasajeros, despersonalización/desrealización, revivir experiencias tanto en la forma del TEPT, como en forma de preocupación reflexiva.

c) Alteraciones de la percepción del sí mismo: sensación de indefensión o parálisis de la iniciativa, vergüenza, culpa, sensación de profanación y estigma, sensación de absoluta diferencia con respecto a otros (puede incluir la sensación de ser especial, de absoluta soledad, la convicción de que nadie podría comprender a la persona, o la identidad no humana).

d) Alteraciones de la percepción del perpetrador: preocupación por la relación con él (incluye la preocupación por la venganza), atribuirle de forma no realista un poder total, idealización o gratitud paradójica, sensación de una relación especial o sobrenatural, aceptación de su sistema de valores o de sus racionalizaciones.

e) Alteraciones en la relación con los demás: aislamiento y distanciamiento, perturbaciones en las relaciones íntimas, búsqueda constante de un rescatador (puede

alternarse con aislamiento y distanciamiento) desconfianza persistente, fracasos repetidos en la autoprotección.

f) Alteraciones en los sistemas de significado: pérdida de sensación de apoyo, sensación de indefensión y desesperación.

Esta repercusión sintomática excede cualitativa y cuantitativamente los ítems codificados para el diagnóstico de TEPT, lo que ha suscitado numerosos debates respecto a la necesidad de diferenciar el síndrome originado por un trauma simple de la clínica relacionada con el trauma complejo, y reconocer el TEPT Complejo como una categoría diagnóstica propia<sup>(30)</sup>. A partir de la DSM-IV, se incluyó el TEPT Complejo en un apéndice bajo la denominación "DESNOS" (siglas inglesas para los Trastornos por Estrés Extremo no Especificado, "*Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified*"), contemplándolo únicamente como una forma más severa de TEPT<sup>(31)</sup>. La decisión de no incluir una categoría propia para el TEPT Complejo en la DSM-IV favoreció que la investigación sobre el trauma se centrara en los criterios diagnósticos de TEPT, y que de nuevo la DSM-5 de 2013 optara por desechar este diagnóstico<sup>(30)</sup>. No obstante, en la recientemente publicada CIE-11 sí se le ha dado un lugar específico<sup>(32)</sup>.

En cualquier caso, e independientemente de disquisiciones categóricas, creemos en la utilidad social y política del reconocimiento de la existencia de los daños causados por este tipo de trauma, muy relacionados con el género y el poder. Desde un punto de vista clínico, también resulta útil la conceptualización en nuestra práctica para ofrecer a las personas víctimas de este tipo de violencia una respuesta integral que no atomice sus síntomas (ansio-

Evitar un despliegue infructuoso de abordajes terapéuticos y farmacológicos desligados entre sí

sos, depresivos, disociativos, somatomorfos...) y evitar un despliegue infructuoso de abordajes terapéuticos y farmacológicos desligados entre sí.

### Dignóstico clínico y confusiones diagnósticas: TEPT Complejo y trastorno límite de la personalidad

Dentro de los/as pacientes con TEPT Complejo, podemos hacer una diferenciación entre aquellos pacientes que sufrieron traumas de infancia prolongados y repetidos, y los que han experimentado la situación de violencia ya en la edad adulta<sup>(4)</sup>. Un ejemplo de este segundo grupo son muchas de las mujeres víctimas de la violencia de género<sup>(29)</sup>.

El hallazgo más frecuente en las personas adultas que han sufrido crónicamente situaciones de violencia de género es la depresión prolongada<sup>(33)</sup>, por lo que a los síntomas intrusivos y de hiperactivación propios del TEPT se pueden sumar las características vegetativas de la depresión, dando lugar a la "tríada del superviviente" (Niederland), consistente en insomnio, pesadillas y quejas psicósomáticas<sup>(34)</sup>.

Los adultos que fueron víctimas de abuso infantil presentan a menudo identidades fragmentadas, múltiples quejas somáticas y serias dificultades vinculares

Además, las situaciones de violencia prolongada, que obligan a la víctima a recurrir a la disociación y al pensamiento doble para sobrevivir a una realidad insoportable, la desconexión social a la que su perpetrador la somete mediante el control coercitivo y el vínculo traumático que en muchas ocasiones genera con éste, provoca una erosión en la personalidad de la superviviente, que puede llegar a sentir su identidad "contaminada" o, incluso, no reconocerse como "ella misma". Su confianza básica en el mundo ha desaparecido, el sistema de significados por el cual se regía ha podido perder para ella el sentido, y esta pérdida de fe

puede sumarse a una sensación de indefensión y a la imagen devaluada de una misma por la influencia del trauma. En palabras de Herman: *"La gente que ha sido sometida a un control coercitivo sigue llevando las cicatrices psicológicas de la cautividad mucho después de haber sido liberada. No sólo padecen un clásico síndrome postraumático, sino que también tienen profundas alteraciones en su relación con Dios, con otras personas y consigo mismas."*<sup>(1)</sup>

En las víctimas de abuso infantil, la presentación más común del trauma es por medio de quejas somáticas<sup>(1)</sup>. En estos casos, el trauma crónico no sólo erosiona la personalidad, sino que puede llegar a conformarla: los niños y niñas que sufren violencia a manos de sus figuras de apego están condenados a buscar la seguridad y la confianza en las mismas personas que perpetran los abusos contra ellos. Para resolver esta situación imposible y preservar la confianza en los padres, los niños y niñas suelen elaborar explicaciones que exculpan a sus progenitores, considerando que la violencia que sufren es motivada por su propia maldad innata. Según Herman, *"el profundo sentido de maldad interior se convierte en el núcleo alrededor del cual se forma la identidad de la niña abusada, y eso persiste hasta la edad adulta"*. Los adultos que fueron víctimas de abuso infantil presentan a menudo identidades fragmentadas, múltiples quejas somáticas y serias dificultades vinculares. Diana Russell señala, además, que el riesgo de violación, acoso sexual y malos tratos se duplica en las mujeres que han sido objeto de abusos sexuales infantiles, lo que propicia la revictimización y la retraumatización<sup>(35)</sup>.

Las secuelas de las personas que sufren los estragos de la violencia pueden remedar la clínica del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Aunque a priori esta similitud no debería suponer un obstáculo importante en el abordaje terapéutico, en



el caso de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja, puede producir que se atribuyan los episodios violentos a rasgos de la personalidad de la mujer (por ejemplo a patrón de relaciones interpersonales inestables, alternancia entre idealización y devaluación, etc.), lo que conduce a una nueva revictimización de la mujer.

Según la DSM-5, para hacer el diagnóstico de TLP, el clínico debe observar la presencia de 5 de las 9 características clínicas que se transcriben a continuación, que deben ser intensas, persistentes en el tiempo (años) y tener una importante repercusión vital<sup>(36)</sup>:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo (Ej.: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...).
5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Si desgranamos los ítems que definen el TLP, comprobaremos que existen numerosas características comunes con el TEPT Complejo que pueden enmascarar el diagnóstico. Por ejemplo, los “esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado” pueden encontrarse en las mujeres víctimas de la violencia de género que, tras haber sido sometidas a un control coercitivo por parte de su maltratador, sólo son capaces de encontrar su validación en él. Del mismo modo, las relaciones violentas, que pasan por las tres etapas explicadas por Leonore Walker (acumulación de la tensión, incidente grave y arrepentimiento cariñoso)<sup>(33)</sup>, pueden confundirse, en una exploración superficial, con “un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que oscilan entre la idealización y la devaluación”, otra característica del TLP. Lo mismo sucede con la “alteración de la autoimagen”, los “sentimientos crónicos de vacío” y los “síntomas disociativos graves”, que forman parte de las secuelas psicológicas de la violencia que caracterizan al TEPT Complejo, según lo describió Herman. Además, la desregulación afectiva que sufren las personas sometidas a violencia crónica puede generar confusión con el ítem de “ira inapropiada e intensa”, e incluso, con el de “impulsividad, en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí misma”, ya que las personas supervivientes de violencia a menudo presentan alteraciones en su sexualidad y abusan de los tóxicos para bloquear sus emociones negativas<sup>(1)</sup>.



Desahucios

Estas semejanzas han hecho que algunos autores defiendan la existencia de un espectro que pasaría por el TEPT simple, el TEPT Complejo y el TLP<sup>(37)(38)</sup>. En el caso de que la víctima haya padecido la violencia crónica en la infancia, es posible que su personalidad se haya conformado siguiendo una estructura límite, y de hecho, hay una asociación consistente entre el diagnóstico de TLP y la presencia de abusos en la infancia<sup>(39)</sup>. Sin embargo, para la mayoría de mujeres que han sobrevivido a experiencias de violencia crónica y sufren un desorden postraumático de tipo TEPT Complejo, el diagnóstico de un TLP puede suponer una restricción de los intentos terapéuticos por parte de los y las profesionales de la salud y una nueva forma de violencia, en cuanto a que niega a las mujeres su condición de víctima y aumenta su sensación de pérdida de control sobre su vida<sup>(1)</sup>.

### Terapia y recuperación en pacientes con TEPT Complejo: la necesidad de incluir la perspectiva feminista

La función básica de la terapeuta consiste en ofrecer una relación en la que la víctima pueda narrar el trauma en un entorno seguro para llegar a la integración

Herman describe que la terapia a personas con TEPT Complejo se desarrolla en tres fases progresivas (seguridad, recuerdo y luto, y reconexión), en las que la función básica de la terapeuta consiste en ofrecer una relación en la que la víctima pueda narrar el trauma en un entorno seguro para llegar a la integración<sup>(1)</sup>. Se trata de una tarea compleja en la

que el trauma y los horrores de la violencia a menudo afectan también al terapeuta ("traumatización vicaria"), por lo que se recomienda fomentar las funciones de cuidado y soporte de los equipos terapéuticos de los que forman parte estos/as profesionales<sup>(40)</sup>. Como adelantábamos al citar en páginas anteriores la influencia de Ferenczi en la conceptualización del trauma, en su obra podemos encontrar múltiples referencias a la necesidad de que los profesionales revisemos el tipo de apoyo que proporcionamos y reflexionemos por el efecto que tiene en nosotros los relatos de los/as pacientes<sup>(41)(42)(43)(44)</sup>.

Del mismo modo, cabe destacar que la función terapéutica de la consulta es muy valiosa, pero no es la única ni la principal vía de sanación. En los últimos años, voces anglosajonas dedicadas al estudio del trastorno mental grave comienzan a sugerir un enfoque basado en el "trauma informado" para acercarnos a las personas que acuden a nuestros servicios. Esto supone preguntar por eventos adversos en el pasado, en vez de centrarse únicamente en la sintomatología actual. Se trata de un intento de escucha para el que debemos prepararnos y formarnos, sabiendo cómo, cuándo y cuánto inquirir, y qué hacer al constatar que ha habido acontecimientos traumáticos, teniendo cuidado de ayudar sin volver a hacer daño<sup>(7)(23)</sup>. Como terapeutas, nos toca nuestra parte: si no "creemos" o desconfiamos de los relatos de las personas que atende-

mos, y si no revisamos con meticulosidad nuestros sentimientos hacia ellas (al mismo tiempo que nuestra ideología y prejuicios) podemos retraumatizar y volver a reproducir la situación vivida. No es suficiente escuchar: hay que transmitir (y estas personas tienen la sensibilidad adecuada para percibirlo) un clima de autenticidad y confianza. Esta autenticidad y confianza es lo que establece el contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumático.

En cualquier caso creemos que sea cual sea el abordaje que se utilice, es imprescindible la incorporación de la perspectiva feminista, lo que supone añadir en terapia la dimensión social del malestar (politizarlo). Ello significa la inclusión de las desigualdades relacionadas con el género y el contexto social que están presentes en el origen de la situación traumática, el mantenimiento de los síntomas y la forma de presentación de los mismos. En el caso del TEPT complejo ya hemos relatado la influencia del pensamiento patriarcal en el origen y desarrollo histórico del concepto y en el retraso en su inclusión en clasificaciones actuales. Es también imprescindible revisar de formar permanente las relaciones de poder implícitas a la relación en psicoterapia, sin negar el poder que el conocimiento procura pero redistribuyéndolo y socializándolo<sup>(45)</sup>.

## Bibliografía

- (1) Herman, J. (1992) *Trauma and Recovery: the aftermath of violence*. New York: Basic books
- (2) Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- (3) Freud, S. (1896a). *La herencia y la etiología de las neurosis*. A.E. II. Buenos Aires 1997: Amorrortu.
- (4) Freud, S. (1896b). *La etiología de la histeria*. A.E. II; Buenos Aires 1997: Amorrortu.
- (5) Freud, S. (2008). *Cartas a Wilhelm Fliess* (1887-1904). 2ª edición. Buenos Aires: Amorrortu.
- (6) Freud, S. (1997). *Moisés y la religión Mono-teísta*. A.E. XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (7) Daurella, N. (2012). Trauma y retraumatización, de Ferenczi a Fonagy, pasando por la teoría del apego y la neurociencia. *Temas de Psicoanálisis* n°3.
- (8) Makari, G. (2012). *Revolución en mente, La creación del psicoanálisis*. Barcelona: Sexto piso.
- (9) Ferenczi, S. (1932). *Confusión de Lenguas entre los adultos y el niño*. Obras completas, 4. Madrid, 1981: Espasa-Calpe, S. A
- (10) Martín Cabré, L. J. (1996). "Se ruega cerrar los ojos". Reflexiones sobre el desmentido en la teoría psicoanalítica del trauma. *Revista de Psicoanálisis de la APM* n° extra.
- (11) Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Editorial Eleftheria.
- (12) Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2013) *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- (13) Naciones Unidas. (2014). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Nueva York: Naciones Unidas, 1995-2014.
- (14) United Nations (2015). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division.
- (15) Romero Sabater, I. (coord.) (2015). *Guía de Intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver*. Madrid: Editorial Síntesis.
- (16) McLaughlin, K. A., et al. (2017). Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry* 1-9, September 2017
- (17) Castro, M., Alcántara-López, M., Martínez, A., Fernández, V., Sánchez-Meca, J., López-Soler, C. (2017). Mother's IPV, Child Maltreatment Type and the Presence of PTSD in Children and Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, n° 14.
- (18) Steine I. M., et al. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 99-111.
- (19) Rafiq S., Campodonico, C., Varese, F. (2018). The relationship between childhood ad-

En cualquier caso creemos que sea cual sea el abordaje que se utilice, es imprescindible la incorporación de la perspectiva feminista, lo que supone añadir en terapia la dimensión social del malestar (politizarlo)

- versities and dissociation in severe mental illness: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018: 1-17.
- (20) Howell, K.H, Barnes, S. E., Miller, L.E., Graham-Bermann, S.A. (2016). Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *Journal of Injury and Violence* 2016. Jan; 8(1): 43-57.
- (21) Read, J., Hammersley, P., Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, 101-110
- (22) Save the children. *Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual\\_atencion\\_violencia\\_de\\_genero.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_atencion_violencia_de_genero.pdf)
- (23) Roser, A. (coord.) (2016). *Hacer visible lo invisible. Buenas prácticas en la intervención con menores expuestos a violencia de género*. Alicante: Universidad de Alicante.
- (24) Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- (25) Vu, N.L., Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, n° 46, 25-33
- (26) Patró Hernandez, R., Limiñana Gras, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología* 2005, vol. 21, n°1, 11-17.
- (27) Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*, 18(5):389-99.
- (28) Pico-Alfonso M.A. (2005) Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*, n° 29, 181-193.
- (29) Asensi Pérez, L.F., Araña Suárez, M. (2006). TEPT complejo en violencia de género. *Interpsiquis*.
- (30) Janero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 6. Num. 1.
- (31) American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (32) International Classification of Diseases 11th Revision. (2018). Disponible en: <https://icd.who.int/>
- (33) Walker, L. (1979). *The battered Woman*. New York: Harper & Row.
- (34) Niederland, W. (1968). Clinical Observations on the Survivor Syndrome, *International Journal of Psycho-Analysis* 49; 313-315.
- (35) Russell, D. (1986). *The Secret Trauma*. Nueva York: Basic Books
- (36) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosis and Statistical Manual of mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (37) Classen, C.C., Pain, C., Field, N.P., Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: a reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*; 29(1):87-112.
- (38) Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S.P., Alexopoulou, K., Gourzis, P., Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: the need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World J Psychiatr*. 2018;8 (1):12-19.
- (39) Mosquera, D., González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2013; 3 (3), 1-35
- (40) Knapp, S., Van de Creek, L. (1997). *Treating Patients with Memories of Abuse; Legal Risk Management*. Washington: American Society of Psychology.
- (41) Ferenczi, S. (1929). *El niño mal recibido y su impulso de muerte*. Obras completas 4. Madrid, 1981: Espasa-Calpe, S. A.
- (42) Ferenczi, S. (1933). *El diario Clínico de 1932. Sin simpatía no hay curación*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
- (43) Ferenczi, S. (1928a). *Elasticidad de la técnica psicoanalítica*. Obras completas 4. Madrid, 1981: Espasa-Calpe, S. A.
- (44) Ferenczi, S. (1928b). *La adaptación de la familia al niño*. Obras completas 4. Madrid, 1981: Espasa-Calpe, S. A.
- (45) García Dauder, S., Guzmán, G. (en prensa). *Locura y feminismo: viajes de acción y resistencia*. Átopos, n° 20.