



*Universitat
Abat Oliba CEU*

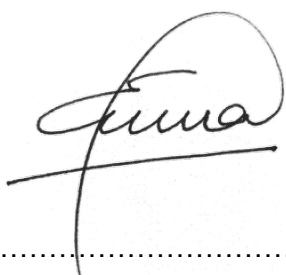
Apego Desorganizado y Disociación en el Trauma Complejo

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Emma Pena González
Tutor: Mar Álvarez Segura
Grado en Psicología
Universitat Abat Oliba CEU
Curso académico: 2021-22

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Emma', written over a horizontal dotted line. The signature is stylized with a large loop at the top.

Firma:

Emma Pena González

*La vida solo puede ser comprendida mirando hacia atrás, pero debe ser vivida
mirando hacia delante*

SØREN KIERKEGAARD

Resumen

Es una realidad innegable que la exposición a traumas interpersonales durante la infancia constituye un problema imperante, tanto a nivel nacional como mundial. Sin embargo, muchos de estos abusos son negados y silenciados, especialmente cuando el perpetrador de dichos traumas no solo se encuentra dentro del seno familiar, sino que es la principal figura de apego del menor. Los infantes ante este tipo de situaciones desarrollarán un estilo de apego desorganizado, en el que predominará la ambivalencia entre el miedo y el amor hacia el abusador, lo que generará grandes alteraciones en las distintas áreas del desarrollo, pudiendo llegar a utilizar la disociación crónica como mecanismo de afrontamiento. Esta situación se combina con la actual escasez de recursos destinados a establecer una directriz de prevención, evaluación e intervención para este tipo de casos, minimizando así la angustia de las víctimas e impidiendo que reciban la ayuda que tanto necesitan.

Por este motivo el presente trabajo pretende tratar el trauma complejo y la disociación desde la perspectiva del apego en la infancia, haciendo hincapié en el amplio abanico de disfunciones que se dan en los menores que padecen abusos de forma repetida desde las primeras etapas de la vida e intentando enfatizar la necesidad de tratar este tipo de casos de forma adecuada.

Resum

És una realitat innegable que l'exposició a traumes interpersonals durant la infància constitueix un problema imperant, tant a nivell nacional com mundial. Tot i això, molts d'aquests abusos són negats i silenciats, especialment quan el perpetrador d'aquests traumes no només es troba dins de l'àmbit familiar, sinó que és la principal figura d'aferrament del menor. Els infants davant aquest tipus de situacions desenvoluparan un estil d'aferrament desorganitzat, en què predominarà l'ambivalència entre la por i l'amor cap a l'abusador, cosa que generarà grans alteracions en les diferents àrees del desenvolupament, podent arribar fins a utilitzar la dissociació crònica com a mecanisme d'afrontament. Aquesta situació es combina amb l'escassetat actual de recursos destinats a establir una directriu de prevenció, avaluació i intervenció per a aquest tipus de casos, minimitzant així l'angoixa de les víctimes i impedit que rebin l'ajuda que tant necessiten.

Per aquest motiu aquest treball pretén tractar el trauma complex i la dissociació des de la perspectiva de l'aferrament en la infància, posant èmfasi en l'ampli ventall de disfuncions que es donen en els menors que pateixen abusos de forma repetida des

de les primeres etapes de la vida i intentant remarcar la necessitat de tractar aquest tipus de casos de manera adequada.

Abstract

It is an undeniable reality that exposure to interpersonal trauma in childhood is a pervasive problem, both nationally and globally. However, many of these abuses are denied and silenced, especially when the perpetrator of these traumas is not only within the family but is also the child's primary attachment figure. Children in such situations will develop a disorganised attachment style, in which ambivalence between fear and love towards the abuser will predominate, which will generate major alterations in the different areas of development and may even lead to using chronic dissociation as a coping mechanism. This situation is combined with the current scarcity of resources aimed at establishing a guideline for prevention, assessment, and intervention for these cases, minimising the anguish of the victims and preventing them from receiving the help they need so desperately.

For this reason, this paper aims to address complex trauma and dissociation from the perspective of attachment in childhood, emphasizing the wide range of dysfunctions that occur in children who suffer repeated abuse from the earliest stages of life and attempting to highlight the need to treat such cases appropriately.

Palabras claves / Paraules clau / Keywords

Teoría del Apego – Apego desorganizado – Trauma complejo – Abuso infantil –
Disociación – Psicopatología

Attachment theory – Disorganized attachment – Complex trauma – Child abuse –
Dissociation – Psychopathology

Sumario

Introducción	9
1. Metodología	11
2. La teoría del apego	12
2.1. Estilos de apego	13
2.1.1. Apego seguro (tipo B).....	14
2.1.2. Apego evitativo (tipo A)	14
2.1.3. Apego ambivalente o resistente (tipo C).....	15
2.2. El apego desorganizado o desorientado (tipo D)	16
2.3. Modelos etiológicos sobre el apego desorganizado/desorientado	17
2.3.1. Modelo de Main y Hesse	18
2.3.2. Modelo de Karlen Lyons-Ruth	19
2.3.3. Modelo de Solomon y George	22
2.3.4. Modelo de Koós y Gergely	23
2.3.5. Modelo de Bernier y Meins	24
3. Trauma psíquico.....	25
3.1. Distinción entre trauma simple y complejo.....	26
3.1.1. Trauma simple.....	26
3.1.2. Trauma complejo.....	28
3.2. Necesidad de una nueva etiqueta diagnóstica.....	29
3.2.1. Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (DESNOS)	31
3.2.2. Trastorno de Desarrollo por Trauma (DTD).....	33
3.2.3. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTc).....	36
4. Disociación y trauma	38
4.1. Conceptualización.....	39
4.1.1. Características de las reacciones disociativas	40
4.2. Discrepancias con respecto a la disociación.....	41
4.3. Aplicaciones del término disociación en la literatura	43
4.3.1. Disociación como partes de la mente inaccesibles a la conciencia.....	43
4.3.2. Disociación como despersonalización y desrealización	44
4.3.3. Disociación como mecanismo de defensa	44
5. Consecuencias del trauma complejo.....	45
Conclusiones.....	56
Referencias	59
Anexo I.....	68
Anexo II.....	72

Introducción

Cuando una persona experimenta una vivencia traumática, es habitual que dicho acontecimiento sea borrado de su conciencia para poder mantener un estado de equilibrio psicológico. Si no nos permitimos pensar en algo, creemos que tampoco podremos sentirlo. Sin embargo, por mucho que queramos, las experiencias traumáticas no pueden ser totalmente olvidadas, solo ocultadas.

De esta manera, muchas personas que han sido traumatizadas desde la infancia se ven obligadas a vivir su día a día evitando hacer frente a su pasado. No es infrecuente que también tengan un presente desconcertante, pues el trauma hace todo lo posible por ser descubierto. Para hacerse ver, se presentará a través de síntomas de todo tipo, ya sean físicos o psicológicos. Estos pueden verse incluso desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en aquellos casos en los que el vínculo de apego con los cuidadores se ha visto perturbado.

No obstante, los síntomas que presentan los adultos suelen ser bastante diferentes de los que presentan los niños. Al no saber cómo poner en palabras su sufrimiento, necesitan expresarlo de alguna manera, por lo que estos menores se adaptarán a la falta de orientación y apoyo parental como puedan. En concreto, para intentar minimizar las amenazas de su entorno y regular su malestar emocional, mostrarán disfunciones en las distintas áreas del funcionamiento infantil. Al mismo tiempo, es necesario tener en cuenta que las propias alteraciones inducidas por el trauma supondrán un factor de riesgo para padecer nuevas traumatizaciones.

El objetivo del presente trabajo es analizar cómo se relaciona el apego desorganizado con el trauma complejo y ahondar sobre la manera en la que estos pueden llegar a repercutir en el desarrollo de sintomatología disociativa y otros problemas psicopatológicos. Para ello, la metodología más conveniente era llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre la interdependencia que se da entre el apego desorganizado, el trauma complejo y la disociación.

La temática a la que refiere el presente trabajo se ha debido al interés que ha despertado siempre en mí la psicología del desarrollo. Desde que era bien pequeña ya me planteaba la complejidad de los seres humanos, y a medida que he ido creciendo, mi interés también lo ha hecho. Particularmente, desde el punto de vista psicológico me parece muy curioso ver cómo de vulnerables somos las personas, sobre todo en la infancia, y lo importante que es crecer en un entorno adecuado. Cursando el grado de psicología he podido aprender sobre el papel clave que ejerce el vínculo de apego en el desarrollo de la persona, pero sentía que llevar a cabo este trabajo me brindaba la oportunidad de profundizar aún más sobre el tema. Asimismo,

durante los últimos años me ha ido pareciendo cada vez más fascinante el planteamiento del trauma complejo, pues hasta entonces había concebido el trauma como un fenómeno que aparecía de forma aguda y puntual por eventos muy extraordinarios, y no me había siquiera planteado que se podía asociar con la sintomatología disociativa. De hecho, no he podido llegar a comprender el fenómeno de la disociación hasta que he realizado el presente trabajo, pues como se recalca más adelante, es un concepto muy complejo que suscita muchas dudas.

A lo largo del presente documento se tratan las tres entidades ya mencionadas, que son el apego desorganizado, el trauma complejo y la disociación, divididas en sus correspondientes apartados y añadiéndole un último en el que se trata con más detalle la interrelación entre estos tres fenómenos para dar respuesta a los objetivos propuestos en el trabajo.

Por último, quisiera aprovechar este apartado para dedicarle el trabajo a mi madre Cristina González Marí, por encender en mí la pasión por la psicología y por procurarme siempre todo el bien posible para que sea la persona que soy hoy.

1. Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha considerado que la más adecuada era llevar a cabo una revisión bibliográfica de la cuestión. Para ello, se emplearon los siguientes términos clave: Apego, apego desorganizado, disociación, disociación y trauma, trauma complejo, DESNOS, trastorno de desarrollo por trauma, niños traumatizados, trauma infantil. Todos ellos se buscaron en castellano e inglés, principalmente mediante las bases de datos de Google Académico, PsycArticles, PsycBooks, PsycInfo, PubMed y Redalyc. Asimismo, la revisión también se hizo buscando en las bibliotecas en línea de las revistas científicas *Development and Psychopathology*, *Infant Mental Health Journal*, *Journal of Traumatic Stress* y *Psychiatric Annals*.

Por otro lado, para cumplir con el objetivo principal del trabajo, se plantearon una serie de objetivos secundarios. Primeramente, se consideró pertinente explicar los motivos por los cuales se puede terminar desarrollando un apego desorganizado, para tratar de ver el impacto que tiene el trauma para la integridad psicológica de los menores.

También se quisieron clarificar algunos aspectos relacionados con la disociación, pues al igual que muchos otros conceptos relacionados con el trauma, existen muchas discrepancias entre los distintos autores que hablan de ella y ha habido múltiples cambios de perspectiva con respecto a este concepto a lo largo de los años.

Asimismo, se intentó proporcionar una visión global del estado actual con respecto a la delimitación diagnóstica del trauma complejo, exponiendo las distintas etiquetas diagnósticas que han sido propuestas hasta el momento para delimitar la sintomatología propia de los menores que padecen experiencias traumáticas de forma reiterada en la infancia y que repercuten en etapas posteriores de su desarrollo. Finalmente, después de leer información respecto a esta cuestión, también se trató de enfatizar la necesidad de realizar un correcto diagnóstico en el caso de los menores con trauma complejo. El motivo de ello fue que, a pesar de que se han propuesto distintas etiquetas diagnósticas para denominar este trastorno, hoy en día sigue habiendo una gran discordancia a nivel global. Esto impide que se estudie más en profundidad dicha cuestión, dificultando así que se desarrollen programas específicos para la prevención, evaluación e intervención de estos menores.

2. La teoría del apego

Para poder entender de forma exhaustiva los efectos que produce el trauma en la integridad de las personas, es preciso saber primero cómo se desarrolla el sistema de apego. Este término se deriva de la Teoría del Apego, elaborada a partir de la labor conjunta de los psicólogos John Bowlby y Mary Ainsworth.

Bowlby definía la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado que una persona alcance o conserve la proximidad con otro individuo claramente diferenciado y preferido” (1980, p. 39). Desde este enfoque se explica la repercusión de las experiencias tempranas en la vida de las personas y la trascendencia de la interacción con la primera figura vincular en el desarrollo (Benlloch, 2020). Mantener contacto con el cuidador reduce el riesgo de sufrir daños por hambre, frío, ahogamiento, etc. Así, las conductas de apego contribuyen a la supervivencia, cumpliendo la función de protección y de prestación de cuidados (Bowlby, 1980; p. 40). Un correcto desarrollo del patrón de apego es esencial, ya que la calidad de dicho vínculo influirá en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y afectivo de la persona durante las distintas etapas de la vida (Malekpour, 2007).

La primera figura vincular en el desarrollo del niño normalmente serán sus padres, por lo que se establece una relación de apego desde el nacimiento. Esto permite que el menor experimente los primeros sentimientos de su vida, como la seguridad, la confianza y el afecto, o el miedo, la inseguridad y el abandono (Sanchis, 2008). Asimismo, posibilita que aprenda poco a poco a regular sus emociones, dado que todavía no es capaz de hacerlo por sí mismo (Botella y Corbella, 2005; Fonagy, 1999; Schore, 2001). Así, aprenderá a ajustar su comportamiento a través de la anticipación de las respuestas de sus cuidadores, y progresivamente irá construyendo lo que Bowlby denominó “Modelos Operativos Internos” (*Internal Working Models*), que se basan en la interiorización de las características cognitivas y afectivas de sus primeras relaciones de apego (Bowlby, 1980). Es decir, al tratarse de una forma de comportamiento instintivo, las conductas de apego se modulan mediante la retroalimentación que se da entre los estímulos que recibe el niño por parte de su entorno y sus figuras de apego y la manera de interactuar con ellos. Por esto, el papel que ejerce el cuidador es clave, ya que el menor intentará obtener respuestas de protección y cuidado con sus conductas y demandas, y deberá sentir que su figura de apego se muestra accesible y receptiva ante ellas (Bowlby, 1980; p. 39).

A medida que se va creciendo, las diversas vivencias de interacción personal que se han ido experimentando se irán integrando con las primeras experiencias de apego vividas en la infancia, configurando así los vínculos interpersonales (Abuín, 2018). De

este modo, las conductas de apego conducen al establecimiento de un vínculo o apego afectivo, inicialmente entre el niño y sus padres, y posteriormente con otros adultos. Es decir, la gran trascendencia de los vínculos de apego surge del hecho de que no se limitan a la infancia, sino que se mantienen presentes y activos durante toda la vida de la persona (Bowlby, 1980; p. 39); como dice este mismo autor, se mantienen “desde la cuna hasta la tumba” (1982, p. 208).

2.1. Estilos de apego

Para poder llegar a comprender la relevancia que tiene el desarrollo de un patrón de apego sano durante la infancia, es necesario poner en perspectiva los distintos tipos de patrones de apego que pueden darse.

La clasificación categorial de los distintos estilos de apego surgió a raíz del procedimiento de laboratorio que realizó Ainsworth en 1969 conocido como “La situación extraña” (*The Strange Situation*). Para examinar el equilibrio de las conductas de apego y de exploración bajo estrés, observó el comportamiento de varios infantes de doce meses fuera de su entorno familiar y sin la presencia de su figura de apego, teniendo presente que a partir esa edad la relación de apego entre ambos ya debería estar establecida (Bretherton, 1992).

En concreto, la situación extraña consistió en disponer al bebé en distintas condiciones experimentales, en las que fundamentalmente se manipulaba la presencia o ausencia de su madre y de una mujer desconocida en la misma habitación en la que se encontraba él. Primeramente, se introducía a la madre y a su bebé en una sala de juegos de un laboratorio, en la que posteriormente se unía una mujer desconocida. Esta mujer debía quedarse jugando con el infante y la madre tenía que salir de la sala brevemente y volver. Más tarde, tanto la madre como la desconocida debían irse, dejando al bebé jugando solo. Finalmente, regresaban ambas (Bretherton, 1992).

Gracias a dicho procedimiento, Ainsworth logró realizar una evaluación de las reacciones del bebé y de las interacciones con la madre, teniendo en cuenta los diferentes procesos que intervienen en el apego (Abuín, 2018):

- 1) Exploración o interés del entorno
- 2) Interés hacia los individuos y la interacción social
- 3) Temor y desconfianza ante situaciones desconocidas
- 4) Reacciones hostiles y desorganizadas frente a situaciones conocidas y desconocidas en la interacción social.

Partiendo de esta base, Ainsworth realizó una clasificación inicial según los tres patrones de conducta observados durante La situación extraña, diferenciando el apego seguro, el apego evitativo y el apego ambivalente o resistente.

2.1.1. Apego seguro (tipo B)

En primer lugar se encontraba el apego seguro. Los bebés que poseían este tipo de apego exploraban su entorno rápidamente en presencia de su cuidador primario. No obstante, ante la desconocida se mostraban ansiosos y la evitaban. Asimismo, se veían perturbados cuando su madre se ausentaba, pero buscaban proximidad, interacción o contacto con ella tras su regreso, por lo que se calmaban rápidamente y seguían jugando y explorando la sala (Bretherton, 1992).

Las conductas de estos infantes se basaban en experiencias previas de interacciones satisfactorias, en las cuales las madres se mostraban afectuosas y sensibles a sus necesidades (Benloch, 2020), abrazando a sus hijos el tiempo suficiente para calmarlos y siendo capaz de reestabilizarlos emocionalmente cuando lloraban o requerían su atención (Abuín, 2018). Así, los bebés se mantenían relativamente organizados en el momento de enfrentar situaciones de estrés, experimentando las emociones desagradables como recursos comunicativos y no como amenazas (Fonagy, 1999). En resumen, este tipo de apego se propicia por un cuidador capaz de contener la ansiedad del menor, lo cual facilita que explore y busque el acercamiento del cuidador cuando lo necesite. De esta manera, se constituye una base adaptativa y autónoma de interdependencia (Bretherton, 1992).

Gracias a esto, una vez ya sean adultas, las personas que poseen este tipo de apego serán capaces de pedir ayuda cuando sea necesario, serán autónomas y tendrán la seguridad suficiente como para tomar decisiones y manejarse de forma adecuada con su entorno (Abuín, 2018).

2.1.2. Apego evitativo (tipo A)

A diferencia del estilo de apego seguro que permitirá obtener protección frente a los obstáculos que se presentan en la vida, los otros estilos de apego interferirán en la manera de procesar la información del entorno, por lo que también obstaculizarán el modo de funcionar con uno mismo y con el resto de las personas (González, 2017). El primer apego inseguro que distinguieron fue el apego evitativo. Estos bebés se mostraban ansiosos y enfadados ante la ausencia de su madre, interrumpiendo su exploración para dedicarse a buscarla. Sin embargo, cuando esta regresaba,

suprimían la expresión de estos afectos y parecían exhibir conductas despreciativas y evitativas, rechazando el contacto con su madre y prestando más atención a los juguetes que a ella (Bretherton, 1992). Asimismo, se mostraban indiferentes ante la presencia de la extraña, y algunos de ellos parecían no preferir a su madre por encima de dicha mujer (Fonagy, 1999).

El comportamiento de estos infantes se deriva de haber tenido experiencias previas de problemas en la conexión emocional con sus madres, debido a que estas se han mostrado inhibidas, rechazantes, rígidas, hostiles o con aversión al contacto (Benlloch, 2020). De este modo, Fonagy (1999) indica que cuando la madre es incapaz de reestabilizar emocionalmente a su hijo, el menor termina desarrollando la estrategia de desactivar anticipadamente su sistema de apego. Es decir, evitar la proximidad con la figura vincular supone también evitar las posibles situaciones en las que pueda recibir las respuestas de rechazo de su madre que tanto le perturban.

Las personas adultas que poseen este tipo de apego suelen sentirse abrumadas a la hora de mantener conexiones íntimas con otros individuos, por lo que tienden a buscar distancia emocional para sentirse seguras. Asimismo, se muestran muy independientes para poder evitar las interacciones emocionales negativas o el rechazo afectivo por parte de los demás (Abuín, 2018).

2.1.3. Apego ambivalente o resistente (tipo C)

Otra variación de apego inseguro que se distinguió fue el apego ambivalente o resistente. Se denominó así porque este tipo de apego era característico en aquellos bebés que no se dedicaban a explorar la sala y a jugar, incluso con la presencia de su madre. Además, se mostraban enfadados ante el regreso de esta después de ausentarse de la sala durante tres minutos o menos. A pesar de ello, en el reencuentro estos infantes empezaban a llorar y buscaban contacto, pero no aceptaban a la madre cuando les recogía, sino que se mostraban ambivalentes dándole patadas o manotazos, impidiendo así obtener alivio con la proximidad de la madre y tardando mucho en reponerse de la separación (Bretherton, 1992; Fonagy, 1999).

Estas conductas se deben a que estos infantes mantienen una subregulación, por lo que incrementan la expresión de su malestar para obtener una respuesta de la madre. Debido a experiencias previas en las que la madre se ha mostrado disponible de forma inconsistente a nivel físico y emocional, estos bebés perciben a su entorno como amenazante, por lo que se sienten inseguros, permaneciendo preocupados y ansiosos de forma anticipatoria, manteniendo su sistema de apego hiperactivado. Debido a ello,

buscan constantemente el contacto con el cuidador, aunque sus intentos se vean frustrados por sus propias conductas y agitación (Benlloch, 2020; Fonagy, 1999).

El apego ambivalente en la edad adulta se asocia a personas que fluctúan entre el enfado y una necesidad extrema de contacto con el otro. Su sentimiento de inseguridad constante perpetúa la necesidad de refuerzo por parte de las demás personas, con las que se desarrolla un vínculo de dependencia que en ocasiones se ve acompañado de interacciones hostiles (Abuín, 2018).

2.2. *El apego desorganizado o desorientado (tipo D)*

Después de publicar dicho estudio y de exponer esta clasificación, hubo un auge de las investigaciones dirigidas a explorar el ámbito del apego. Algunos autores reportaron que había casos que no podían categorizarse dentro de los tipos de apego propuestos por Ainsworth y sus colaboradores (Lecannelier et al., 2011). Durante La situación extraña, estos infantes manifestaban conductas confusas, incoherentes, contradictorias, mostrándose atemorizados y con lo que parecía ser un conflicto interno ante el acercamiento de la figura de apego. Algunos de estos bebés volvían a llorar después de haberse calmado o se mostraban distantes ante el acercamiento de su madre después de haber buscado intensamente su contacto (Benlloch, 2020; Sroufe y Waters, 1977).

Main y Solomon (1986, 1990) reexaminaron 200 videos en los que se llevaba a cabo La situación extraña, y finalmente nombraron a este último tipo de apego como “apego desorganizado/desorientado (tipo D)”. Lo que resultó más llamativo fue ver que estos infantes no habían sido capaces de desarrollar una estrategia coherente para poder vincularse con su madre (Ainsworth et al., 2015). Debido a ello, mostraban una tendencia hacia la paralización psicomotora y la autoagresión, pudiendo entrar en estado de aturdimiento y manifestar estereotipias y comportamientos motores descontrolados (Abuín, 2018).

Al no poseer no poseen una estrategia de apego coherente, los menores con este tipo de apego no son capaces de enfrentar la desregulación emocional que sienten en situaciones de estrés. Ante unas figuras de apego que se muestran incoherentes, violentas, negligentes, intrusivas o ausentes emocionalmente, estos menores suelen sentir una gran angustia y pueden desarrollar la sensación de que el entorno externo no puede proporcionarles consuelo. Así, desarrollan un mecanismo de defensa basado en el distanciamiento, la evitación, el enfado y el rechazo hacia los otros, manifestando conductas retraídas, desafiantes o agresivas para intentar regular sus propias emociones, conductas y relaciones interpersonales (Barroso, 2014; Montano,

2011). A su vez, como expone Van der Kolk (2005), pueden llegar a experimentar sentimientos de ansiedad, ira y anhelo de ser atendidos lo suficientemente extremos como para llegar a precipitar agresiones autodestructivas o estados disociativos. Debido a esto, tampoco tienden a buscar consuelo en los demás, muestran un patrón de conducta impredecible, destacando por comportamientos contradictorios hacia los demás (Galindo, 2002). Todo esto se traduce en la incapacidad para establecer y mantener vínculos interpersonales sólidos (Barroso, 2014).

Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que, en su conjunto, todas estas alteraciones también suponen un factor de vulnerabilidad para padecer dificultades en etapas posteriores de la vida. Según Cook et al., (2005), en estos casos, se produce un riesgo mayor de padecer enfermedades físicas a lo largo del desarrollo y aumentan las probabilidades de presentar disfunciones en las competencias biopsicosociales básicas, que son:

- 1) Incapacidad para regular las emociones sin ayuda externa (p. ej., sentirse abrumado al sentir emociones intensas)
- 2) Mayor susceptibilidad al estrés (p. ej., dificultad para focalizar la atención y modular la excitación)
- 3) Alteración en la búsqueda de ayuda (p. ej., ser dependiente y buscar ayuda de forma excesiva, o, por el contrario, aislarse socialmente).

De hecho, muchos de los problemas que presentan estos niños, se pueden comprender mejor si intentan ver como esfuerzos para tratar de minimizar las amenazas de su entorno y regular su malestar emocional (Pynoos et al., 1987).

2.3. Modelos etiológicos sobre el apego desorganizado/desorientado

Durante los últimos años, los estudios basados en la teoría del apego se han orientado a indagar sobre las trayectorias del desarrollo del apego desviadas en poblaciones de alto riesgo. Desde este enfoque, se ha intentado conocer de forma empírica cuáles son las causas y consecuencias del apego desorganizado, pues existe un alto grado de asociación entre presentar este tipo de apego en edades tempranas y el posterior desarrollo de procesos psicológicos desadaptativos (Lecannelier et al., 2011).

Por esta razón, se ha considerado pertinente exponer en este apartado información sobre los principales modelos etiológicos planteados. A rasgos generales, se ha visto que este tipo de apego surge cuando se da una discontinuidad o inconstancia durante el establecimiento de la relación de apego, generándose inseguridad y confusión. Suele darse en menores que han presenciado comportamientos desorganizados en

sus cuidadores, viviendo comportamientos hostiles y/o experiencias de abuso físico o psicológico (Abuín, 2018). En estas situaciones, la figura de apego resulta al mismo tiempo una fuente de temor y de seguridad. Algunos ejemplos de conductas parentales relacionadas con la etiología de este tipo de apego serían: la falta de respuesta ante el malestar del menor, conductas intrusivas y abusivas, conductas verbales negativas e intrusivas y conductas de sexualización (Fonagy, 1999; Lyons-Ruth et al., 2006).

2.3.1. Modelo de Main y Hesse

En primer lugar, se encuentra el modelo etiológico de Main y Hesse, que plantearon que el apego desorganizado se da como expresión de la contradicción que vive el niño al experimentar unas conductas que percibe como atemorizadas/atemorizantes (*frightened/frightening*) por parte de sus figuras de apego. Cuando las figuras que deberían proteger al menor en situaciones de estrés y peligro son a su vez una fuente de estrés, esto provoca que se mantenga en un estado de “miedo sin solución”. Consecuentemente, se produce la paradoja en la que el niño no puede acercarse a su figura de apego por la posibilidad de recibir más estrés, pero tampoco puede alejarse de ella porque dejaría de ser cuidado. Esto provoca que el niño sea incapaz de regular la angustia producida por la separación de dicha figura, ni pueda usarla como una base segura de forma coherente y organizada (Hesse y Main, 2000, 2006).

Todo ello daría lugar al tipo de conductas mencionadas anteriormente, en las que el niño se contradice o resulta incoherente. Algunos ejemplos de estas conductas serían acercarse al cuidador con la cabeza bajada, quedarse completamente quieto y callado, mostrar desorientación vagando perdido por la habitación, mostrar expresiones faciales de miedo, conductas bizarras como movimientos estereotipados o indirectos, tics, sonidos y chillidos, etc. (Lecannelier et al., 2011).

Por otro lado, también teorizaron sobre el motivo por el cual los padres de los niños con este estilo de apego llevan a cabo las conductas atemorizantes/atemorizadas. Main y Hesse pudieron comprobar estas conductas se daban en aquellos sujetos que presentaban recuerdos traumáticos y pérdidas sin resolver en su propia historia de apego, manifestándose especialmente en la incoherencia del discurso y del pensamiento que mostraban estas personas. Esto provocaría la activación de conductas de cuidado atemorizantes/atemorizadas hacia los hijos —sobre todo en momentos de estrés— que les resultarían inexplicables y contradictorias a los menores, prediciendo así que éstos desarrollasen un apego desorganizado (Lecannelier et al., 2011). Algunos ejemplos de conductas atemorizantes serían

asustar al niño, agarrarlo de forma muy brusca, llevar a cabo abuso físico o sexual, etc. Por otro lado, algunos ejemplos de conductas atemorizadas podrían ser entrar en estado de trance en presencia del niño, buscar cariño y cuidado en él o sentir temor hacia él (Lecannelier et al., 2011).

A pesar de la evidencia a favor de esta hipótesis, se han desarrollado numerosos estudios que defienden que la conducta parental atemorizante/atemorizada no puede explicarse de forma completa por los recuerdos traumáticos irresueltos. Por consiguiente, deben existir otros mecanismos, además de este tipo de conductas, que expliquen el desarrollo de un apego desorganizado en el niño (Madigan et al., 2006).

2.3.2. Modelo de Karlen Lyons-Ruth

Por lo que respecta al modelo de Lyons-Ruth, este contempla que las conductas desorganizadas en los niños surgen de lo que llama “estados mentales Hostiles-Desamparados” en el cuidador (*Hostile-Helpless states of mind*), que conllevan una comunicación afectiva contradictoria y disruptiva por parte de las figuras de apego.

En primer lugar, conviene remarcar que la noción de Estado mental Hostil-Desamparado se basa del concepto clínico de disociación. Este se describirá de forma detallada más adelante, pero para tener una idea previa sobre el tema, se podrían considerar como procesos psicopatológicos que actúan a modo de mecanismo de defensa ante las experiencias traumáticas. Mediante este sistema de defensa, el sujeto llevaría a cabo varias evaluaciones contradictorias con respecto a una misma figura de apego, reteniendo dicha información en dos sistemas diferentes de memoria para protegerse de la contradicción (Lyons-Ruth, et al., 2005). De este modo, una persona desarrollaría este estado mental como resultado de no poder integrar las representaciones mentales contradictorias e incoherentes que se tienen de las figuras de apego. Esto suele darse a menudo en personas que han sido gravemente maltratadas o abandonadas durante la infancia (Milot et al., 2014).

Lyons-Ruth et al. (2005) emplearon el instrumento de la Entrevista de Apego en Adultos para distinguir estos estados mentales. Mediante las narraciones de los examinados pudo apreciar que muchos adultos con un estado mental de hostilidad-desamparo presentaban una mezcla de pensamientos y emociones conflictivos con respecto a su figura de apego primaria. No obstante, algunos individuos se posicionaban en uno de los dos extremos:

- *Estado mental hostil*: Estas personas solían describir a sus cuidadores como malévolos y punitivos. Algunos de ellos los idealizaban a la vez que mostraban ira

o deseos de venganza y control hacia ellos. Además, al hablar de recuerdos traumáticos omitían el contenido emocional del evento y se centraban en detallar los hechos (Milot et al., 2014).

- *Estado mental de desamparo*: Estos individuos explicaban que durante la infancia adoptaron una actitud de cuidado hacia su figura de apego. Algunos se percibían a sí mismos como víctimas, y otros se encontraban dentro de relaciones abusivas, viéndose abrumados con sentimientos de miedo y culpa. También intentaban orientar su discurso desde la comprensión con respecto a su cuidador, pero sin poder desarrollar un discurso coherente sobre ello (Milot et al., 2014).

Por otra parte, Lyons-Ruth y sus colaboradores (2005) postulan que el otro motivo por el cual se originan las conductas desorganizadas es el hecho de recibir una comunicación afectiva contradictoria y disruptiva por parte de las figuras de apego, especialmente en momentos estresantes en los que los menores buscan ser reconfortados. Para establecer un criterio de distinción entre este tipo de conductas, Lyons-Ruth et al. desarrollaron en 1999 el Instrumento Atípico para Evaluación y Clasificación del Comportamiento Materno o AMBIANCE (*Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification*). Mediante este instrumento, agruparon estas conductas en grupos que denominaron como “Conductas AMBIANCE”, distinguiendo así: 1) errores de comunicación afectiva (incluyendo tanto señales afectivas conflictivas entre sí, como fallos en responder a señales afectivas claras del bebé); 2) respuestas de desorientación; 3) respuestas negativas-intrusivas; 4) respuestas de confusión de roles; 5) respuestas de retraimiento (Lyons-Ruth y Spielman, 2004). Para comprenderlo mejor, en el Cuadro 1 se exponen ejemplos de comportamientos propios de cada grupo.

Cuadro 1. Dimensiones de la comunicación afectiva materna interrumpida.

1) <i>Errores de comunicación afectiva.</i>
a) Señales contradictorias (p. ej., invitar verbalmente al bebé a acercarse y luego alejarse de él).
b) Falta de respuestas o dar respuestas inapropiadas o desajustadas (p. ej., no ofrecer consuelo al bebé angustiado; sonreír mientras el bebé está enfadado o angustiado).
2) <i>Desorientación.</i>
a) Mostrarse confundido o asustado por el bebé (p. ej., mostrar una expresión de miedo, un tono de voz tembloroso o alto y tenso).
b) Desorganización o desorientación (p. ej., pérdida repentina de afecto no relacionada con el entorno, estados de trance).
3) <i>Comportamiento negativo e intrusivo.</i>
a) Comportamiento verbal negativo-intrusivo (p. ej., burlarse o molestar al bebé).

- | |
|--|
| <p>b) Comportamiento físico negativo-intrusivo (p. ej., tirar del bebé por la muñeca; enseñarle los dientes; acercase mucho a su cara).</p> <p>4) <i>Confusión de roles.</i></p> <p>a) Inversión de roles (p. ej., buscar obtener tranquilidad del bebé).</p> <p>b) Sexualización (p. ej., hablar en voz baja y en tono íntimo al bebé).</p> <p>c) Afirmaciones autorreferenciales (p. ej., «¿me has echado de menos?», «vale, no quiere verme»).</p> <p>5) <i>Retraimiento.</i></p> <p>a) Crear distancia física (p. ej., coger al bebé mientras se lo mantiene alejado del cuerpo con los brazos rígidos).</p> <p>b) Crear distancia verbal (p. ej., no saludar al bebé después de la separación).</p> |
|--|

Nota. Adaptado de “Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention” por K. Lyons-Ruth y E. Spielman, 2004, *Infant Mental Health Journal*, 25(4), p. 322. Derechos de autor reservados [2004] por Karlen Lyons-Ruth y Eda Spielman.

Además de esto, desarrollaron una clasificación para diferenciar a los infantes con apego desorganizado en dos subgrupos. En función de la estrategia de apego organizada a la que más se asemejaba su comportamiento, distinguieron el grupo desorganizado-acercamiento y el grupo desorganizado-evitación/resistencia. A su vez, a través de la clasificación de los tipos de conductas AMBIANCE, Lyons-Ruth y Spielman (2004) realizaron otra categorización entre las madres, pues vieron que aquellas que tenían hijos con apego desorganizado mostraban más errores de comunicación afectiva y respuestas de desorientación. Se distinguían dos subgrupos de madres según la cantidad de respuestas negativas-intrusivas, confusión de roles y retraimiento que desarrollaban con sus hijos:

- *Subgrupo Hostil/Autorreferente:* Este grupo de madres se correspondía con los bebés desorganizados que mostraban conductas de evitación o resistencia en presencia de la madre como reacción a sus respuestas contradictorias. Estas madres tendían a manifestar rechazo mediante conductas negativas e intrusivas, ignorando y anulando las señales del bebé, realizando iniciativas conductuales propias y atribuyendo erróneamente estados emocionales al bebé. Al mismo tiempo, buscaban la atención de sus hijos mostrando una confusión de roles y realizaban constantes declaraciones autorreferenciales, como por ejemplo «hazlo por mamá», «¿te alegras de verme?» (Lyons-Ruth y Spielman, 2004).
- *Subgrupo Indefenso/Temeroso:* Este grupo de madres se correspondía con los bebés desorganizados que mostraban conductas de acercamiento hacia la madre cuando ésta llevaba a cabo respuestas de retraimiento. Así, estas madres se exhibían más inhibidas y temerosas hacia sus hijos, tendiendo a ceder a las

peticiones de contacto del bebé, pero sin tomar la iniciativa de acercarse hacia él. Se mostraban dubitativas, alejándose o intentando desviar sus peticiones antes de ceder (Lyons-Ruth y Spielman, 2004).

A pesar de que hay evidencia científica que confirma que las conductas AMBIANCE se relacionan de forma significativa con el apego desorganizado, Lyons-Ruth et al. (2005) expusieron que la conducta de las figuras vinculares es un factor importante en el apego desorganizado, pero que sigue habiendo procesos, factores o mecanismos que influyen en su desarrollo y que no se explican dentro de su modelo.

2.3.3. Modelo de Solomon y George

Estas autoras proponen que el efecto desorganizante que pueden tener las conductas parentales se da por el contexto en el que tienen lugar, y no por unas conductas determinadas en sí mismas (George y Solomon, 1999). Es decir, no es necesario que un menor reciba conductas de maltrato, disociación, abuso o atemorización para terminar desarrollando un apego desorganizado. Más bien se debe a estas conductas junto con la incapacidad crónica de los cuidadores de reparar o regular el sistema de apego del infante. Esto haría que el menor fuera incapaz de desarrollar estrategias de vinculación coherentes y predecibles, generando así un mayor estrés y emocionalidad negativa (Lecannelier et al., 2011).

A fin de demostrar empíricamente su hipótesis, realizaron una evaluación de las representaciones mentales de los infantes con apego desorganizado, examinando la narrativa de apego que habían desarrollado sobre los temas relacionados con la activación del sistema de apego, y analizando las representaciones de sus madres sobre ellos (Solomon y George, 1996). Los resultados mostraron que presentaban unas representaciones mentales cualitativamente diferentes en comparación con los niños y las madres con un apego organizado, diferenciando dos subtipos distintos de desorganización (Lecannelier et al., 2011):

- *Apego Controlador-Punitivo*: Estos niños representaban el apego mediante eventos caóticos, asustadizos y desintegrados respecto a la separación familiar, como si dichos eventos colmaran su estado mental.
- *Apego Controlador-Cuidador*: Estos niños tendían a mostrarse inhibidos e intentaban evitar pensar en los eventos de apego, "como si el niño estuviera tratando de escapar mentalmente de la situación lo más rápido posible".

En cuanto a las madres, se corroboró que se sentían sobrepasadas e incapaces de regular el estrés de los infantes, por lo que muchas veces evitaban cuidarlos. Así,

podían reparar el sistema de apego del bebé porque ellas mismas sentían emociones desagradables y confusas hacia sus hijos. Además, diferenciaron dos tipos de madres que se relacionaba con la clasificación de los niños (Lecannelier et al., 2011):

- *Subtipo 1:* Estas madres creían ser incapaces de manejar y cuidar a su hijo, describiéndolo como “descontrolado”, “salvaje” e “imposible de manejar”. Este subtipo se correspondía con el apego controlador-punitivo, pues se veían sobrepasadas y se descontrolaban, colmando a su hijo de afectos negativos, ya sea gritándoles, pegándoles, etc. A su vez, esto provocaba que el niño usara la rabia y la punición hacia sus cuidadores para controlarles y llamar su atención.
- *Subtipo 2:* La narrativa de estas madres reflejaba que poseían una cercanía inusual con sus hijos, provocando una inversión de roles. El menor era representado con capacidades altamente autónomas y adultas, por lo que creían que este era capaz de cuidarse por sí mismo. Este subtipo correspondía con el apego controlador-cuidador, pues estas madres inhibían sus conductas de cuidado, por lo que se alejaban del niño y lo abandonaban psicológicamente. Esto provocaba que el menor se sintiera desamparado y asustado, obligándole a inhibir sus propios estados mentales para poder acercarse a su madre.

2.3.4. Modelo de Koós y Gergely

El modelo de Koós y Gergerly se fundamenta en la teoría del Biofeedback Social (*Social Biofeedback Theory*) de Fonagy et al. (2002). A partir de los dos meses, los bebés pueden detectar el control causal que tienen sobre los estímulos externos. Estos autores propusieron que los bebés eran capaces de detectar el grado de contingencia entre sus acciones y el estímulo mediante un “módulo innato de detección de contingencias”. De este modo, Koós y Gergely (2001) distinguieron entre:

- *Contingencia perfecta (perfect contingency):* Sería aquella que permite que el infante distinga una experiencia que depende de él mismo.
- *Contingencia alta pero no perfecta (high-but-imperfect contingency):* Sería aquella que viene desde fuera de él (como las conductas de sus progenitores) y permite que el bebé diferencie las acciones que no dependen de él mismo.

Concretamente, tras los primeros tres meses de vida, el bebé empieza a mostrar una preferencia por la contingencia alta pero imperfecta, ya que le permite explorar a nivel social y orientarse en el mundo. De esta manera, las figuras de apego deberán manifestar un comportamiento predecible y controlable para que este proceso se desarrolle de forma adecuada, permitiendo que el bebé desarrolle seguridad

emocional y sentido de eficacia (Lecannelier et al., 2011). Cuando esto no se da así y los infantes crecen experimentando conductas confusas, abusivas, incontrolables, impredecibles, etc. por parte de sus cuidadores, se da lo que Koós y Gergely (2001) llaman un “Ambiente Contingente Desviado” (*Deviant Contingency Environment*).

Asimismo, estos autores plantean la hipótesis del cambio parpadeante (*flickering switch*). Este defiende que durante los periodos en los que los padres desorganizantes no exhiben conductas atemorizadas/atemorizantes o AMBIANCE, los bebés pueden transicionar de forma normativa desde las contingencias perfectas hacia las contingencias altas pero imperfectas. Sin embargo, cuando los padres llevan a cabo dichas conductas, el infante pierde el control contingente, lo que le hace sentir ansiedad y desamparo. De esta manera, se activa el cambio parpadeante, que hace que el menor vuelva a buscar las contingencias perfectas y su sistema atencional se desconecte socialmente —es decir, se desconecte de sus cuidadores— y se hiperconecte consigo mismo (Koós y Gergely, 2001)

Este modelo podría explicar las conductas autorreguladoras extremas que se dan en muchos niños con apego desorganizado, como las conductas repetitivas y estereotipadas. No obstante, requiere de más desarrollo y especificación con respecto al proceso de desorganización vincular y sus consecuencias a nivel psicopatológico (Lecannelier et al., 2011).

2.3.5. Modelo de Bernier y Meins

Para intentar resolver las discrepancias e inconsistencias entre los distintos modelos etiológicos, Annie Bernier y Elizabeth Meins propusieron el “Modelo de Umbral” (*Threshold Approach*) (2008). Este postula que las conductas de desorganización funcionan mediante un sistema de umbral por el cual el infante puede ser más o menos vulnerable al desarrollo de un apego desorganizado (Lecannelier et al., 2011). Este umbral poseería una serie de parámetros en función de una serie de variables:

- 1) *Características del niño*: Esta categoría incluiría determinadas predisposiciones genéticas que pueden interactuar con un ambiente adverso, conllevando una mayor predisposición a desarrollar un apego desorganizado. Por ejemplo, la predisposición temperamental del infante, que puede tener un gran impacto sobre las conductas de cuidado de sus progenitores.
- 2) *Nivel de sensibilidad y características parentales*: Abarcaría la presencia de otros cuidadores, la capacidad de empatía o mentalización de los progenitores, la sensibilidad parental y su estado mental con respecto al apego (Meins et al.,

2001). Estos factores pueden hacer disminuir del umbral del infante, llevándolo a ejecutar conductas atípicas, que a su vez tienden a desorganizar el apego.

- 3) *Factores de riesgo socioambientales*: Los estresores a nivel socioeconómico pueden perjudicar el nivel de sensibilidad de los cuidadores, lo que supone una mayor propensión a desorganizar el apego del bebé. Algunos ejemplos serían las disputas maritales, el estrés parental, el abuso de sustancias y el embarazo adolescente (Kobak et al., 2006; Van Ijzendoorn et al., 1999).

Este modelo permite explicar por qué algunos niños no padecen un apego desorganizado, a pesar de haber crecido con unos cuidadores altamente insensibles a sus necesidades. Estos niños poseerían unas características temperamentales y genéticas que les capacitarían para organizar su apego de forma más adecuada (Bernier y Meins, 2008). Sin embargo, este modelo requiere especificar más los mecanismos parentales que llevarían a desorganizar al niño (Lecannelier et al., 2011).

3. Trauma psíquico

Una vez tratado cómo el vínculo de apego repercute en el desarrollo de las personas, es pertinente explicar el papel que ejecutan las experiencias traumáticas en la infancia. Pero, antes de profundizar sobre el tema, es preciso empezar reflexionando sobre el origen y el significado de la palabra. El término «trauma» proviene del griego *τραῦμα* ("traûma"), que significa «herida» y se asocia también a «ruptura». Según la Real Academia Española (s.f.), este sustantivo se define como un “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente” (definición 1) o bien como una “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera” (definición 2).

A pesar de los acercamientos que tuvieron diversos investigadores, se empezó a conocer más el concepto de trauma cuando la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) acuñó oficialmente el Trastorno por Estrés Postraumático (de ahora en adelante denominado TEPT) en su tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) (Ducrocq y Jehel, 2014). La necesidad de denominar este trastorno surgió ante la sintomatología duradera que manifestaron la mayoría de los soldados estadounidenses después de haber luchado en la Guerra del Vietnam. A partir de entonces, se empezó a incidir sobre el impacto que podía tener el trauma en el desarrollo de problemas psicológicos que se prolongaban en el tiempo, y que en muchos casos no conseguían resolverse por sí solos (González, 2007).

Asimismo, además del impacto que tuvieron las guerras, en las últimas décadas ha ido adquiriendo trascendencia el estudio de la violencia intrafamiliar, especialmente

viendo qué efectos tiene sobre las mujeres y los hijos (González, 2017). Esto se puede ver claramente en el hecho de que, en la actualidad, la exposición a traumas interpersonales durante la infancia sigue constituyendo un problema imperante en la salud pública. Considerando la población a nivel internacional, se calcula que un tercio de los menores padecen abusos físicos, siendo una de cada cuatro niñas y uno de cada cinco niños los que sufren victimización sexual durante la infancia (Foster et al., 2019). Asimismo, los datos provisionales obtenidos en España en 2020 indican que se registraron 15.688 casos de sospecha de maltrato infantil, siendo referidos a casos graves un 48.7% (Observatorio de la Infancia, 2021; pp. 152-153).

3.1. Distinción entre trauma simple y complejo

Debido a la capacidad que tienen los traumas para distorsionar el sistema de apego, es importante realizar una aclaración por lo que se entiende como trauma simple y trauma complejo para poder llegar a comprender cómo influyen estas experiencias en el desarrollo de las personas desde una perspectiva empírica.

3.1.1. Trauma simple

El término “trauma simple” se emplea para referirse a un proceso interno de la persona que se produce como respuesta a una situación exterior de alto estrés. Dicha situación aparece de forma súbita y posee un carácter amenazante para su vida e integridad física o psíquica, por lo que suele suponer una fractura o herida psíquica para dicha persona (Ducrocq y Jehel, 2014). En función de la personalidad del individuo, este presentará un menor o mayor grado de ansiedad o hiperactivación a corto plazo. Por ejemplo, se correspondería con sufrir un accidente de tráfico en el que un familiar resulta gravemente herido. Lo más probable es que se presente sintomatología traumática, manifestando ansiedad y tristeza tras el accidente (Ducrocq y Jehel, 2014).

De esta manera, el trauma simple sería una experiencia de terror que se correlaciona con dos de elementos distintos. En primera instancia, el individuo se ve confrontado a la vivencia de la muerte como algo inminente. Además, como el acontecimiento suele aparecer de forma rápida e inesperada, tampoco se puede estar preparado para ello. El segundo elemento consiste en que, tras el acontecimiento, transitoriamente se presenta una ausencia total de afecto, pensamientos y palabras. Tal como expone Lebigot (2009), los eventos traumáticos, a diferencia de los eventos estresantes, no solo van acompañados de ansiedad, sino de miedo y de la pérdida total de toda actividad psicológica. A pesar de que dicha experiencia de terror suele durar solo unos segundos, las personas que han sufrido acontecimientos traumáticos expresan dicho

terror como un sentimiento prolongado en el tiempo, por lo que su duración puede ir desde unas horas hasta incluso varios días (Ducroc y Jehel, 2014).

Es conveniente recalcar que en la actualidad los profesionales de la salud mental aún no han llegado a un consenso con respecto a qué tipo de experiencias pueden considerarse como traumáticas. Además, hay que tomar en consideración que existen muchas variables individuales y contextuales que pueden incidir en la gravedad del trauma, por lo que no es posible establecer unos criterios claros. Esencialmente, el grado de afectación se debe a dos variables interrelacionadas; las características subjetivas de la psique del sujeto que le hacen más o menos vulnerable, y las características objetivas del suceso ocurrido (Aguilar, 2018). En concreto, la que se considera como la característica más relevante como predictor del estado del paciente es el origen de los eventos traumáticos, que puede ser natural (p. ej., inundaciones, terremotos, etc.) o humano (p. ej., maltrato, violación, terrorismo, etc.) (López, 2008).

Ante un acontecimiento estresante grave entran dentro de la normalidad las siguientes reacciones: ansiedad, tristeza, enfado, alteraciones del comportamiento y otras dificultades menores, que perturban durante un breve periodo de tiempo (Dyregrov y Yule, 2006). Sin embargo, en ocasiones estas dificultades pueden ser más intensas y tener una mayor duración, produciendo dificultades en el funcionamiento personal y en la adaptación psicosocial. En estos casos, las reacciones de estrés van acompañadas de una sintomatología que permite realizar el diagnóstico de un trastorno psicopatológico específico, que puede ser un Trastorno Adaptativo, el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) o el Trastorno de Estrés Agudo.

Por la temática que refiere el presente trabajo, de estos últimos únicamente se profundizará sobre el TEPT, cuyos síntomas característicos y criterios diagnósticos se detallan de forma extensa en el Anexo I. En rasgos generales se podría definir como un trastorno caracterizado por: síntomas de reexperimentación del acontecimiento traumático (flashbacks, pesadillas, reacciones disociativas, etc.); evitación de recuerdos, pensamientos y situaciones relacionadas con dicho evento; embotamiento afectivo; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso (amnesia disociativa, anhedonia, estado emocional negativo persistente, etc.); incremento de la reactividad del sujeto (hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, etc.) (APA, 2014). Más allá de las reacciones inmediatas que suelen remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden sufrir síntomas de ansiedad y depresión, pérdida de autoestima y cierta falta de confianza en sus propios recursos para gestionar su vida. Todo ello puede conducir a una reducción de la actividad social y recreativa de las víctimas y, en última instancia, a una disminución de la capacidad de disfrutar de la vida si no se recibe tratamiento (Foa et al., 1995).

3.1.2. Trauma complejo

Por lo que respecta al trauma complejo, el rasgo principal que lo caracteriza es que se da de forma prolongada en el tiempo. Los acontecimientos vitales traumáticos se ven agravados cuando son de naturaleza interpersonal y son abusos muy graves, intensos y prolongados; especialmente si el abuso es perpetuado por una persona con la que se mantiene una vinculación afectiva. Cuando esto ocurre, se van erosionando algunos aspectos internos de la persona, incidiendo especialmente en aquellos relacionados con la identidad y personalidad del individuo (Dyregrov y Yule, 2006). Por ejemplo, las situaciones de abuso doméstico suelen darse durante largos periodos de tiempo, lo cual provoca que el menor quede atrapado y se vea condicionado por un gran número de factores estresantes. Ford y Courtois (2009; p. 442) especifican que, en el trauma complejo, los menores se ven inmersos en un ambiente donde el trauma se caracteriza por:

- 1) Ser repetitivo o prolongado en el tiempo.
- 2) Implicar daño o abandono por parte de los progenitores, cuidadores u otros adultos responsables.
- 3) Darse en momentos vulnerables del proceso de desarrollo y maduración de la persona.

Se podría decir que en el trauma complejo el daño recibido suele estar relacionado con dinámicas interpersonales de maltrato o abuso, y en el caso de los niños y adolescentes se añaden las actitudes disruptivas, la negligencia física y emocional, así como la falta de cariño (López, 2008). Cualquier persona puede hacerse a la idea de que sobrevivir a un accidente grave, sufrir un atraco o perderlo todo en catástrofes naturales, son eventos vitales potencialmente traumatizantes. Sin embargo, al contrario de lo que se pudiera pensar, los acontecimientos más dañinos a nivel psicológico son los que se producen en el contexto intrafamiliar (González, 2017).

Por su parte, Bureau, Martin y Lyons-Ruth (2010; como se citó en González, 2017) hablan de los “traumas ocultos”, que serían aquellas experiencias cotidianas que se consideran de poca importancia y que tienen que ver con la falta de reconocimiento, las respuestas inadecuadas a las emociones del otro, la manipulación, la falta de apoyo durante la infancia, etc. Plantean que al pensar en trauma infantil se tiende a relacionar con casos de abusos físicos y sexuales, pero no se tiene en cuenta que la experiencia de amenaza en la infancia es muy diferente. Los niños están preparados para confiar en que sus cuidadores regulen sus emociones y les protejan, pero cuando esto no sucede, se dan los traumas ocultos. En otras palabras, los traumas ocultos se derivarían de lo que falta y no tanto de las cosas que ocurren (González, 2017).

3.2. Necesidad de una nueva etiqueta diagnóstica

Ante el tipo de casos mencionados, se suele realizar el diagnóstico de “Reacción postraumática compleja”, que se desarrolla cuando las condiciones de vida de un individuo desbordan las posibilidades de entender y asimilar a nivel cognitivo y emocional la experiencia traumática, viéndose alterada la percepción de uno mismo, de la afectividad y del mundo. Esto es posible debido a que el trauma crónico influye en el desarrollo neurobiológico, más concretamente, en la capacidad de integrar la información cognitiva, sensorial y emocional de forma cohesionada (Finkelhor y Browne, 1985).

Sin embargo, es relevante señalar que este diagnóstico no es sensible al desarrollo, por lo que no describe de forma adecuada el efecto de verse expuesto a vivencias traumáticas en la infancia. Los eventos traumáticos aislados suelen producir respuestas conductuales y biológicas ante los recordatorios del trauma, en contraposición, la exposición crónica a condiciones traumáticas da lugar a efectos generalizados en el desarrollo de la mente y el cerebro (Simonelli, 2013; p. 7).

Algunos autores ya defendieron hace años que el TEPT no representaba adecuadamente la sintomatología en casos de experiencias traumáticas con una ocurrencia reiterada e intensa, y tampoco en aquellas perpetradas por personas con las que se mantenía un vínculo afectivo, como podrían ser casos de violencia doméstica, violación, abuso infantil, incesto, etc. A pesar de que en el DSM-5 se incluyó un nuevo subtipo de TEPT llamado “Trastorno de Estrés Postraumático en niños menores de 6 años”¹ como una manera de contemplar la sintomatología presente en estos casos, este diagnóstico solo se puede aplicar a niños que tengan seis años o menos, por lo que se sigue dejando a un gran número de niños y adolescentes sin los pertinentes criterios sensibles al desarrollo (Foster et al., 2019). Siguiendo con el planteamiento de estos últimos autores, tal y como se definen actualmente los antecedentes traumáticos, no se reconoce el impacto negativo que tiene en los niños la interrupción en las relaciones de cuidado, como serían la negligencia física y emocional, el abuso emocional y los múltiples cambios de cuidador por distintas circunstancias. Existen algunos diagnósticos que cumplen con esto, como el Trastorno de Apego Reactivo o el Trastorno de Relación Social Desinhibida, pero los perfiles de síntomas establecidos para ellos son limitados.

Además de esto, resulta destacable que el TEPT no es el diagnóstico más común en los casos de niños con historias previas de trauma crónico (Cook et al., 2005). En la actualidad, al no existir una entidad diagnóstica establecida dedicada específicamente

¹ Los criterios diagnósticos de la APA (2022) para dicho trastorno se exponen en el Anexo I.

a describir los efectos generalizados del trauma en el desarrollo infantil, estos niños reciben diagnósticos comórbidos como si se trataran de entidades independientes de la sintomatología propia del TEPT, como ya señaló Herman (1992). Más adelante se tratarán las consecuencias de padecer trauma complejo, pero cabe mencionar algunos estudios que corroboran esto. Por ejemplo, en el estudio realizado por Ackerman et al. (1998), se examinaron a 204 niños maltratados, cuyos diagnósticos más comunes según su frecuencia fueron el Trastorno de Ansiedad por Separación, el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos Fóbicos y el TEPT. Del mismo modo, existen estudios que relacionan el trauma con los problemas para regular la agresividad y controlar los impulsos (Steiner et al., 1997), así como problemas atencionales y disociativos (Teicher et al., 2003). Schneider-Rosen y Cicchetti (1984) también pudieron ver la relación existente entre el trauma y los problemas interpersonales y relacionales que se producían con los cuidadores, los compañeros y posteriores parejas íntimas. Asimismo, estos autores corroboraron la asociación entre haber sido víctima de agresiones físicas y sexuales durante la infancia con los trastornos de personalidad límite y antisocial, el abuso de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos disociativos, el trastorno somatomorfo y distintos trastornos a nivel inmunológico, sexual, cardiovascular y metabólico (Foster et al., 2019).

Además, Ford et al., (2018) indican que los menores que son víctimas de experiencias traumáticas y de interrupciones en las relaciones de apego primarias poseen un riesgo mayor para desarrollar dificultades en el desarrollo y problemas biopsicosociales. Entre estos problemas se incluiría el TEPT, pero a pesar del deterioro resultante, existen muchas formas de trauma interpersonal que no encajan dentro de la definición de acontecimiento traumático que se encuentra en el criterio A del TEPT del DSM-5. Algunos ejemplos serían el abuso psicológico o emocional, la pérdida traumática, la negligencia, la separación de los cuidadores y el comportamiento sexual inapropiado por parte de éstos. Considerar estas alteraciones como condiciones comórbidas independientes dificulta su investigación a nivel científico, pudiendo poner en riesgo el estado del paciente al no aplicar el tratamiento adecuado por la falta de las directrices pertinentes en cuanto a su prevención e intervención (Van der Kolk, 2005).

De nuevo, cabe remarcar la necesidad de llevar a cabo más estudios orientados a este campo, pues dicha información permitiría establecer programas específicos de prevención, evaluación e intervención para este tipo de casos tan invisibilizados. De hecho, en la actualidad el tratamiento específico para el TEPT se focaliza en manejar el impacto de los acontecimientos pasados y el procesamiento de recuerdos traumáticos, siendo las terapias de exposición uno de los planteamientos terapéuticos

más comunes para estos casos. En contraposición, las terapias de exposición aplicadas en casos de trauma complejo pueden suponer retraumatizaciones para el paciente si estas exposiciones no son reguladas de forma adecuada, o si previamente a la intervención no se ha fortalecido la estabilidad e identidad del sujeto, así como su sistema afectivo (Courtois, 2004). Para tratar el trauma complejo se priorizan los problemas ligados a la historia de traumatización, como son los problemas interpersonales, la falta de regulación emocional y la disociación, pues este tipo de sintomatología es la que genera una mayor repercusión en la vida de estos pacientes (Aguilar, 2018). Además, cabe destacar que puede darse una alta comorbilidad entre ambos trastornos, aunque también existe la posibilidad de desarrollar un trauma complejo sin sintomatología de TEPT (López, 2005).

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, se procederá a ahondar sobre las categorías diagnósticas propuestas hasta el momento para abordar el trauma complejo. Estos son el “Trastorno por Estrés Extremo No Especificado” (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*, DESNOS), el “Trastorno de Desarrollo por Trauma” (*Developmental Trauma Disorder*, DTD) y el “Trastorno de Estrés Postraumático Complejo” (*Complex Post Traumatic Stress Disorder*, TEPTc).

3.2.1. Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (DESNOS)

Para determinar los síntomas característicos de este trastorno, se realizó una revisión de la literatura de investigación existente hasta el momento sobre el trauma en la infancia, víctimas de violencia doméstica y supervivientes de campos de concentración (Pelcovitz et al., 1997). De esta manera, se desarrolló un listado de 27 síntomas característicos para dicho trastorno, que se dividieron en siete categorías (Van der Kolk et al., 2005) y se pueden ver de forma sintetizada en el Cuadro 2.

- 1) *Desregulación de los afectos e impulsos*: hace referencia a las dificultades para regular las propias emociones y el autocontrol de la conducta. Incluiría síntomas como dificultades para modular la ira, conductas autodestructivas y autolesivas, pensamientos suicidas, agresividad hacia los demás, dificultades para implicarse durante las relaciones sexuales, conductas de riesgo, etc.
- 2) *Alteración de la atención o consciencia*: síntomas como el embotamiento afectivo, dificultades atención y concentración, lentitud procesamiento, amnesias, episodios transitorios de disociación y despersonalización.
- 3) *Alteración de la autopercepción*: las personas que han sido víctimas de abuso prolongado a menudo interiorizan dicho abuso como una forma de autovaloración.

Algunos ejemplos de estos síntomas serían un sentimiento de culpabilidad y de responsabilidad crónicos, sentimientos de intensa vergüenza, ineficiencia, minimización del daño recibido, etc.

- 4) *Alteración de la percepción del perpetrador*: los individuos que han sufrido maltratos prolongados pueden llegar a aceptar los abusos e incorporarlos en su sistema de creencias. De esta manera, la persona presenta creencias distorsionadas, idealizando al maltratador y preocupándose por él, posibilitando así que se siga produciendo la situación de maltrato.
- 5) *Alteraciones en las relaciones con los otros*: estas alteraciones tienden a presentarse como incapacidad para confiar e intimar con los demás, o como temor a la vulnerabilidad en las nuevas relaciones afectivas. Suelen tener miedo de que las personas con las que se vinculan afectivamente les utilicen o les hagan daño, generando sentimientos de desconfianza, recelo y problemas de intimidad con los demás, lo que a su vez conduce a que la persona se aísle socialmente.
- 6) *Somatizaciones*: las condiciones médicas pueden ser consecuencias directas de los abusos físicos sufridos, pero también pueden aparecer en forma de somatizaciones. Estas suelen darse en el sistema digestivo y el sistema cardiopulmonar, asimismo pueden manifestar dolores crónicos, síntomas conversivos y disfunciones sexuales.
- 7) *Alteraciones en el sistema de significados*: tras sufrir abusos prolongados, estas personas a menudo sienten una gran desesperanza en cuanto al futuro y el mundo en sí. Pueden pensar que nunca encontrarán a alguien que les entienda, por lo que suelen sentir una gran angustia.

A pesar de que esta categoría diagnóstica se propuso para ser añadida en la última edición del DSM, finalmente la APA consideró que no había suficientes pruebas para considerar el DESNOS como un diagnóstico independiente, sino como una presentación con sintomatología más severa y crónica (Foster et al., 2019). Debido a ello, incluyeron los síntomas del DESNOS como características asociadas al TEPT en el DSM-IV, junto con otros síntomas comórbidos (Resick et al., 2012). Por su parte, Pelcovitz et al. (1997) elaboraron el instrumento SIDES (*The Structured Interview for Disorders of Extreme Stress*) para poder realizar un diagnóstico de DESNOS y establecer el nivel de gravedad. Los 48 ítems originales se diseñaron para evaluar distintos aspectos de las siete categorías de síntomas principales del DESNOS, y algunos ejemplos de ellos han sido incluidos en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Criterios propuestos para el Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (DESNOS).

1) Alteración de la regulación del afecto y de los impulsos (se requiere A y una de B-F):	
A. Regulación del afecto.	D. Preocupación suicida.
B. Modulación de la ira.	E. Dificultad para modular la sexualidad.
C. Autodestructividad.	F. Conductas de riesgo.
• P. ej., "me cuesta calmarme después de alterarme y tengo problemas para volver a la normalidad".	
2) Alteraciones de la atención o la conciencia (se requiere A o B):	
A. Amnesia.	B. Episodios disociativos transitorios y Despersonalización.
• P. ej., "me desconecto cuando me siento asustado o estresado".	
3) Alteraciones de la autopercepción (se requieren dos de A-F):	
A. Ineficacia.	D. Vergüenza.
B. Daño permanente.	E. Incomprensión.
C. Culpa y responsabilidad.	F. Minimización personal.
• P. ej., "me siento crónicamente culpable por todo tipo de cosas", "me siento muy mal por todo lo que me pasa".	
4) Alteración de la percepción del perpetrador:	
A. Adoptar creencias distorsionadas	C. Preocupación por herir al agresor
B. Idealización del agresor	
• P. ej., "a veces pienso que la gente tenía derecho a hacerme daño".	
5) Alteraciones en las relaciones con los demás (se requiere una de A-C):	
A. Incapacidad para confiar en los demás.	C. Victimización de otros.
B. Revictimización.	
• P. ej., "me cuesta confiar en la gente".	
6) Somatizaciones (se requieren dos de A-E):	
A. Sistema digestivo.	D. Síntomas de conversión.
B. Dolor crónico.	E. Síntomas sexuales.
C. Síntomas cardiopulmonares.	
• P. ej., "sufrí dolor crónico, pero los médicos no han podido encontrar una causa clara para ello".	
7) Alteraciones de los sistemas de significado (se requiere A o B):	
A. Infelicidad y desesperanza.	B. Pérdida del sistema previo de creencias.
• P. ej., "creo que la vida ha perdido su sentido".	

Nota: Adaptado de "Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, part one: Assessment" por T. Luxenberg, J. Spinazzola, y B.A. Van der Kolk, 2001, *Directions in Psychiatry*, 21(25), p. 375. Derechos de autor reservados [2001] por los autores mencionados.

3.2.2. Trastorno de Desarrollo por Trauma (DTD)

Basándose en la documentación existente sobre la psicopatología del desarrollo y los efectos que producen las experiencias adversas y los traumas infantiles continuos, Van der Kolk (2005) propuso una etiqueta diagnóstica para delimitar la sintomatología que padecían estos niños, guiar la evaluación psicológica y su correspondiente tratamiento. Se denominó "Trastorno de Desarrollo por Trauma" (DTD) (Van der Kolk, 2005; Ford et al., 2005) y subsiguientemente, la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (*The National Child Traumatic Stress Network*) propuso los criterios diagnósticos que se exponen en el Cuadro 3 (Van der Kolk, 2009; Silberg, 2013/2020).

Cuadro 3. Criterios propuestos por consenso para el Trastorno de Trauma del Desarrollo (TDT).

<p>A. <i>Exposición</i>: El niño o adolescente ha experimentado o ha sido testigo de eventos adversos múltiples o prolongados durante un periodo de al menos un año que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana, incluyendo:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Experiencia directa o ser testimonio de episodios repetidos y graves de violencia interpersonal.2) Interrupciones significativas en el cuidado como resultado de cambios repetidos del cuidador principal; separación repetida del cuidador principal; o exposición a abuso emocional severo y persistente. <p>B. <i>Desregulación afectiva y fisiológica</i>: Deterioro de las competencias normativas del desarrollo relacionadas con la regulación de la excitación, incluyendo al menos dos de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (p. ej., miedo, ira, vergüenza), incluyendo rabietas prolongadas y extremas, o inmovilización.2) Alteraciones en la regulación de las funciones corporales (p. ej., alteraciones persistentes del sueño, la alimentación y la eliminación; reactividad excesiva o insuficiente al tacto y a los sonidos; desorganización durante las transiciones rutinarias).3) Disminución de la conciencia/disociación de las sensaciones, emociones y estados corporales.4) Deterioro de la capacidad para describir emociones o estados corporales. <p>C. <i>Desregulación atencional o conductual</i>: Deterioro de las competencias normativas del desarrollo relacionadas con la atención sostenida, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés, incluyendo tres (o más) de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Preocupación por la amenaza o deterioro de la capacidad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro.2) Deterioro de la capacidad de autoprotección, incluida la toma de riesgos extremos o la búsqueda de emociones.3) Conductas desadaptativas para calmarse a sí mismo (p. ej., balanceo y otros movimientos rítmicos, masturbación compulsiva).4) Autolesiones habituales (intencionadas o automáticas) o reactivas.5) Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objetivo. <p>D. <i>Desregulación del yo y de las relaciones</i>: Deterioro de las competencias normativas del desarrollo en su sentido de la identidad personal y de la participación en las relaciones sociales, en tres (o más) de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos o dificultad para tolerar el reencuentro con ellos tras la separación.2) Sentimiento negativo persistente de sí mismo, incluyendo el autodesprecio, la impotencia, la inutilidad, la ineficacia o la defectuosidad.3) Desconfianza extrema y persistente, desafío o falta de reciprocidad en las relaciones estrechas con adultos o compañeros.4) Agresión física o verbal reactiva hacia compañeros, cuidadores u otros adultos.5) Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de obtener contacto íntimo (incluyendo, pero sin limitarse a la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva de los compañeros o adultos para obtener seguridad y consuelo.6) Deterioro de la capacidad para regular la excitación empática, evidenciado por la falta de empatía o la intolerancia a las expresiones de angustia de los demás, o una excesiva capacidad de respuesta a la angustia de los demás. <p>E. <i>Síntomas del espectro postraumático</i>. El niño muestra al menos un síntoma en al menos dos de los tres grupos de síntomas B, C y D del TEPT [reexperimentación del trauma, evitación de recuerdos traumáticos, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo]</p> <p>F. <i>Duración de la perturbación</i>. Síntomas en los criterios B, C, D y E del DTD al menos durante 6 meses.</p>

- G. *Deterioro funcional*. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro en dos de las siguientes áreas de funcionamiento:
- *Escolar*: bajo rendimiento, absentismo, problemas disciplinarios, abandono de los estudios, fracaso en obtener un título o credencial, conflicto con el personal escolar, problemas de aprendizaje o deterioro intelectual que no pueden ser explicados por factores neurológicos o de otro tipo.
 - *Familiar*: conflicto, evitación/pasividad, huida, desapego y sustituciones, intentos de dañar física o emocionalmente a los miembros de la familia, incumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.
 - *Grupo de iguales*: aislamiento, afiliaciones desviadas, conflicto físico o emocional persistente, evitación/pasividad, participación en violencia o actos inseguros, afiliaciones o estilo de interacción inadecuados para la edad.
 - *Legal*: arrestos/reincidencia, detención, condenas, encarcelamiento, violación de la libertad condicional u otras órdenes judiciales, delitos cada vez más graves, delitos contra otras personas, desprecio o desobediencia a la ley o a las normas morales convencionales.
 - *Salud*: enfermedades o problemas físicos que no pueden atribuirse totalmente a una lesión o degeneración física, que afectan a los sistemas digestivo, neurológico (incluidos los síntomas de conversión y la analgesia), sexual, inmunitario, cardiopulmonar, propioceptivo o sensorial, o fuertes dolores de cabeza (incluida la migraña) o dolor o fatiga crónicos.
 - *Vocacional* (para los jóvenes que participan, buscan o son remitidos a un empleo, trabajo voluntario o formación laboral): desinterés por el trabajo/vocación, incapacidad para conseguir o mantener un empleo, conflicto persistente con los compañeros de trabajo o los supervisores, subempleo en relación con las capacidades, incapacidad para lograr los avances esperados.

Nota: Adaptado de "Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5" por B.A. Van der Kolk, R.S. Pynoos, D. Cicchetti, M. Cloitre, W. D'Andrea, J.D. Ford, A.F. Lieberman, F.W. Putnam, G. Saxe, J. Spinazzola, B.C. Stolbach y M. Teicher, 2009, [Manuscrito no publicado], pp. 6-8. Derechos de autor reservados [2009] por dichos autores.

En la actualidad, aún existen pocos estudios que hayan intentado validar los criterios propuestos para el Trastorno de Desarrollo por Trauma en relación con los criterios del DSM-IV y el DSM-5. Aun así, existen estudios que han corroborado que el diagnóstico de DTD describe los síntomas de los niños traumatizados con más precisión que el TEPT. Por ejemplo, tras examinar a 330 niños ugandeses que habían sido soldados de guerra, se vio que el 33% de ellos cumplían los criterios diagnósticos para el TEPT, mientras que un 78,2% de ellos cumplían los del DTD (Klasen et al., 2013). Asimismo, se llevó a cabo un ensayo de campo de los criterios propuestos para el DTD en una muestra de 214 niños y los resultados mostraron que los niños que presentaban historias de trauma complejo como se define en el criterio de exposición para el DTD, eran mucho más propensos a cumplir con los suficientes criterios de síntomas para diagnosticar un DTD (Stolbach et al., 2013). De esta forma, contribuye a considerar este diagnóstico como una entidad diagnóstica distinta y válida.

3.2.3. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTc).

Tras analizar la evidencia científica existente respecto a los trastornos relacionados con el estrés y revisar los criterios diagnósticos establecidos hasta el momento, en la última publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-11) se ha reconocido el TEPT complejo (de aquí en adelante denominado TEPTc) como un trastorno distinto del TEPT simple (2019).

Según esta taxonomía, se trata de un trastorno específicamente asociado con el estrés que se desarrolla ante la exposición a acontecimientos extremadamente amenazantes de forma prolongada o repetitiva, siendo difícil o imposible escapar de dichos eventos. Asimismo, se especifica que este trastorno se caracteriza por incluir los tres síntomas centrales del TEPT, que son la reexperimentación del trauma, la evitación de los recuerdos traumáticos y sensación de amenaza recurrente. Como sintomatología adicional, el TEPTc se distinguiría por presentar problemas graves para regular los afectos (p. ej., dificultad para calmarse), dificultades para mantener relaciones sociales (p. ej., evitación de las relaciones), y autoconcepto negativo (p. ej., creer que uno mismo es un fracasado), que suele ir acompañado de sentimientos de culpa o vergüenza relacionados con el evento traumático (OMS, 2019a). Para más información, en el Cuadro 4 se resumen los criterios diagnósticos propuestos para el TEPTc en la CIE-11. En el Anexo III se incluyen las características clínicas adicionales y las del curso del trastorno, así como sus presentaciones del desarrollo, el diagnóstico diferencial y las características relacionadas con la cultura y el sexo.

Cuadro 4. Criterios propuestos para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTc).

<p>Requisitos de diagnóstico</p> <p><u>Características esenciales (requeridas)</u></p> <p>1) <i>Exposición a sucesos de naturaleza extremadamente amenazante u horrenda, por lo general de forma prolongada o repetitiva, de los que es difícil o imposible escapar.</i> Algunos ejemplos incluyen, la tortura, los campos de concentración, la esclavitud, las campañas de genocidio y otras formas de violencia organizada, la violencia doméstica prolongada y los abusos sexuales o físicos repetidos en la infancia.</p> <p>2) Tras el acontecimiento traumático, se desarrollan los tres elementos básicos del Trastorno de Estrés Postraumático, que dura al menos varias semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Reexperimentación del suceso traumático después de que éste haya ocurrido, en la que el suceso o sucesos no solo se recuerdan, sino que se experimentan como si ocurrieran de nuevo en el presente.</i> Suele ocurrir en forma de recuerdos o imágenes vívidas e intrusivas; flashbacks leves (sensación transitoria de que el suceso vuelve a ocurrir en el presente) o graves (pérdida completa de la conciencia del entorno presente), o sueños o pesadillas repetitivos temáticamente relacionados con el suceso traumático. Suele ir acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, como el miedo o el horror, y de fuertes sensaciones físicas. La reexperimentación en el presente también puede implicar sentimientos de agobio o inmersión en las mismas emociones intensas que se

experimentaron durante el acontecimiento traumático, sin un aspecto cognitivo prominente, y puede ocurrir en respuesta a los recordatorios del acontecimiento. Reflexionar o rumiar sobre el suceso o sucesos y recordar los sentimientos que se experimentaron en ese momento no es suficiente para cumplir este requisito.

- *Evitación deliberada de los recordatorios que puedan producir la reexperimentación del suceso o sucesos traumáticos.* Puede adoptar la forma de una evitación interna activa de los pensamientos y recuerdos relacionados con el suceso o sucesos, o de una evitación externa de las personas, conversaciones, actividades o situaciones que recuerdan el suceso o sucesos. En casos extremos, la persona puede cambiar su entorno para evitar los recuerdos (p. ej., mudarse de casa o cambiar de trabajo).
- *Percepción persistente de una mayor amenaza actual.* Puede ser indicada por la hipervigilancia o una mayor reacción de sobresalto ante estímulos como los ruidos inesperados. Las personas hipervigilantes se protegen constantemente contra el peligro y se sienten a sí mismas o a otras personas cercanas bajo una amenaza inmediata, ya sea en situaciones específicas o de forma más general. Pueden adoptar nuevos comportamientos diseñados para garantizar la seguridad (p. ej., no sentarse de espaldas a la puerta, comprobar repetidamente el espejo retrovisor del vehículo).

- 3) *Problemas graves y generalizados de regulación del afecto.* Puede haber una mayor reactividad emocional ante factores estresantes menores, arrebatos violentos, comportamientos imprudentes o autodestructivos, síntomas disociativos al estar bajo estrés y adormecimiento emocional (incapacidad de experimentar placer o emociones positivas).
- 4) *Creencias persistentes sobre uno mismo como disminuido, derrotado o sin valor, acompañadas de sentimientos profundos y generalizados de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el estresor* (p. ej., puede sentirse culpable por no haber escapado o sucumbido a la circunstancia adversa, o por no haber podido evitar el sufrimiento de otros).
- 5) *Dificultades persistentes para mantener relaciones y para sentirse cerca de los demás.* Puede evitar, menospreciar o tener poco interés en las relaciones y el compromiso social en general. Puede tener relaciones intensas ocasionales, pero difícilmente mantenerlas.
- 6) *Deterioro del funcionamiento:* La alteración da lugar a un deterioro significativo del funcionamiento personal, familiar, social, educativo, laboral o de otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene, es solo a través de un esfuerzo adicional significativo.

Nota. Adaptado de "Complex Post Traumatic Stress Disorder", por Organización Mundial de la Salud, *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*, 2019. (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>). Obra de Dominio Público.

Para finalizar el presente apartado, es conveniente contrastar estas tres etiquetas diagnósticas. Se puede ver que, tanto en el DTD como en el TEPTc, se incluye un criterio de exposición. Este precisa que el menor ha experimentado o atestado eventos adversos de forma prolongada, especificando en el caso del DTD que debe haber sido mínimamente durante un año y que las alteraciones producidas por estos eventos deben haber durado al menos seis meses. A continuación, las tres etiquetas comparten las alteraciones en la regulación del afecto y de la conciencia o la atención, seguido por la desregulación de la percepción de uno mismo y los problemas en las relaciones sociales con las demás personas. Seguidamente, en el DTD y el TEPTc se

especifica que la persona que padece dicho trastorno presenta un malestar clínicamente significativo o un deterioro del funcionamiento en los distintos ámbitos de la persona. Por su parte, en el DESNOS se incluye también las somatizaciones que se especifican también en el DTD dentro del deterioro de la salud. Finalmente, el DTD y el TEPTc incluyen los síntomas del espectro postraumático, lo cual incluye los síntomas de intrusión/reexperimentación y los de evitación. La diferencia se da en que en el DTD el tercer grupo de sintomatología postraumática que se considera son las alteraciones cognitivas negativas y del estado del ánimo, mientras que en el TEPTc se consideran los síntomas de suspicacia e hipervigilancia.

4. Disociación y trauma

Anteriormente, se han introducido las alteraciones de la atención y de los estados de la consciencia que suelen presentarse en el trauma complejo. No obstante, cabe destacar la sintomatología disociativa por encima del resto, debido a que es un concepto clave para poder comprender la traumatización. Las investigaciones actuales sobre el desarrollo de la disociación subrayan la importancia del abuso y la negligencia infantil por parte de los cuidadores (Kong et al., 2018). Varios estudios sugieren que dicha población presenta una tasa mayor de traumas infantiles, y se han establecido asociaciones significativas entre el trauma en la infancia y la disociación en la adultez, especialmente en casos de abuso físico y/o sexual (Foote et al., 2006; Van der Kolk et al., 2005). Asimismo, cuanto antes se produce el abuso crónico, mayor es el grado de disociación que puede desarrollarse (Nijenhuis et al., 1998).

Se ha podido ver también que la relación de apego del niño con sus cuidadores tiene una gran influencia sobre la sintomatología disociativa (Briere, 2006). Algunos estudios sugieren que el apego desorganizado resulta más relevante que las propias experiencias traumáticas por lo que refiere al desarrollo de sintomatología disociativa (Stovall-McClough y Cloitre, 2006; Lyons-Ruth et al., 2006). Otros autores defienden que el trauma infantil complejo y los estilos de apego inseguros contribuyen a la desregulación temprana de las respuestas al estrés, lo que supondría un factor de riesgo para responder con sintomatología disociativa ante el trauma y otros factores estresantes en fases posteriores del desarrollo (Kong et al., 2018).

Para comprender mejor cómo opera el trauma y el apego en el desarrollo de sintomatología disociativa, es necesario realizar una adecuada conceptualización sobre la disociación, pues se trata de un fenómeno bastante complejo.

4.1. Conceptualización

En primer lugar, para explicar en qué consiste este concepto, resulta conveniente hablar primeramente del concepto de integración. Esta se podría definir como la organización de los distintos aspectos que conforman la personalidad en una unidad cohesionada (Boon et al., 2011/2015). Los seres humanos tenemos la tendencia natural de integrar nuestras experiencias vitales en una historia completa, lo cual ayuda a conformar nuestro sentido del yo, el concepto de quiénes somos como individuos. Asimismo, añaden que, a pesar de ser seres en constante proceso de adaptación y cambio, a medida que crecemos vamos desarrollando nuestra personalidad, que condiciona la forma única y estable que tenemos para percibir, sentir, pensar y actuar. Todo esto permite que tengamos unos patrones de respuesta determinados y coherentes con nuestro modo de ser, lo que a su vez contribuye a forjar el sentido del yo. Sin embargo, como se ha expuesto con anterioridad, esta integración no puede darse adecuadamente si la persona crece en un entorno que no provee la seguridad y protección necesarios a nivel físico y emocional.

Una vez dicho esto, se podría decir de forma simplificada que la disociación consiste en una falta de integración de los distintos aspectos de la personalidad. Dicha capacidad de integración puede verse afectada de manera temporal por varias causas, como padecer cansancio, estrés o una enfermedad grave. Ahora bien, también puede desequilibrarse de forma crónica al padecer un trauma. Como se ha mencionado anteriormente, este fenómeno es más recurrente en aquellos casos en los que el trauma ocurre durante la infancia, debido a que la capacidad de integración de los menores en desarrollo es más limitada que la de una persona adulta. Así, estos infantes crecerían con dificultades para integrar las propias experiencias y elaborar una narrativa de vida coherente acorde a ellas (Boon et al., 2011/2015).

Por su parte, la APA (2022) expone lo siguiente sobre los Trastornos Disociativos:

Se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal el control motor y el comportamiento. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico (p. 330).

Asimismo, añaden que la sintomatología disociativa puede presentarse en forma de sintomatología positiva, como las intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento o la pérdida de continuidad de la experiencia subjetiva (p. ej. síntomas disociativos de identidad, despersonalización y desrealización). Por otra parte, también podría presentarse como sintomatología negativa, cuando la persona es incapaz de recordar ciertos aspectos de su vida o de controlar otras funciones mentales a las que normalmente podía acceder (p. ej., amnesia) (APA, 2022; p. 330).

En esta edición, los trastornos disociativos se sitúan en un apartado independiente, a continuación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. De esta manera, se indica que existe una estrecha relación entre este tipo de diagnósticos, aunque sean entidades distintas.

Aun siendo la característica principal de los trastornos disociativos, cabe remarcar que este fenómeno también está presente frecuentemente en otros trastornos como el Trastorno de Estrés Agudo, el TEPT, la esquizofrenia o el Trastorno de Personalidad Límite (APA, 2022).

4.1.1. Características de las reacciones disociativas

A pesar de la gran variedad de estados alterados de la conciencia que se distinguen, todas ellas poseen unas características comunes que permiten conceptualizar estos fenómenos como entidades relacionadas entre sí. Según este autor, todas las alteraciones de la conciencia —incluidas las reacciones disociativas—, compartirían las características siguientes (Ludwig (1966; p. 227):

- *Alteraciones del pensamiento:* son frecuentes las alteraciones subjetivas de la atención, la concentración, la memoria y el juicio. Suele presentarse una manera de pensar arcaica, y alteraciones en la comprobación de la realidad, impidiendo la distinción entre causa y efecto. Asimismo, pueden coexistir incongruencias en el pensamiento, imposibilitando la capacidad de reflexionar de forma fluida.
- *Sentido del tiempo perturbado:* usualmente, se presentan sentimientos subjetivos de atemporalidad, aunque también se puede sentir que el tiempo se ha detenido, acelerado o ralentizado, o que incluso dura infinitamente.
- *Sensación de pérdida de control:* al tener la conciencia alterada, a menudo también se experimenta miedo a perder el control de la realidad o de uno mismo. Dependiendo de la persona esta sensación puede suponer sentimientos de impotencia y desamparo, o, por el contrario, sensación de libertad y desinhibición.
- *Cambios en la expresión emocional:* junto con la disminución del control consciente, se suele producir un cambio pronunciado en la expresión emocional, apareciendo manifestaciones súbitas de emociones más primitivas e intensas que las que se suelen mostrar en estado de vigilia. En contraposición, también se pueden mostrar patrones de expresiones emocionales caracterizados por la indiferencia y la falta de involucración, pudiendo relatar emociones intensas sin ninguna manifestación emocional que las acompañen.

- *Cambios en la imagen corporal:* hay una propensión a experimentar una profunda despersonalización y sensación de escisión entre el cuerpo y la mente, así como desrealización o sensación de que se disuelven los límites entre el yo y los demás, el mundo o el universo. Otras sensaciones comunes serían sentir varias partes del cuerpo encogidas o agrandadas, deformadas, pesadas o sin peso, desconectadas, extrañas, con analgesia, entumecimiento u hormigueo.
- *Distorsiones perceptivas:* también es usual que se presenten distorsiones en la percepción, siendo determinadas por factores culturales, grupales, individuales o neurofisiológicos. Esto incluye alucinaciones, pseudoalucinaciones, hiperactividad perceptiva e ilusiones oculares de distintos tipos, como colores, luces, patrones geométricos o formas. También abarcaría las fantasías de realización de deseos, expresión de miedos, conflictos básicos o fenómenos sin relevancia.
- *Cambio en el sistema de significados:* es frecuente que las personas que padecen alteraciones de la conciencia atribuyan un mayor significado o importancia a sus experiencias subjetivas, ideas o percepciones. Pueden atribuir significados a las señales externas y tener ideas de autorreferencia, aunque se traten de experiencias emocionales con poca relación con la realidad objetiva.
- *Sentido inefable:* Debido a la singularidad y subjetividad de estas experiencias, muchos individuos se sienten incapaces de comunicar la naturaleza o esencia de dichos fenómenos a otra persona que no lo haya vivido antes.
- *Hipersugestionabilidad:* Hay una mayor susceptibilidad y propensión a responder automáticamente o a aceptar de forma acrítica propuestas, instrucciones o señales inespecíficas. Asimismo, también hay una tendencia a percibir e interpretar erróneamente los estímulos externos, basándose principalmente en sus miedos o deseos internos.

4.2. *Discrepancias con respecto a la disociación*

Pese a la trascendencia clínica que ha ido adquiriendo este fenómeno con el tiempo, al igual que ocurre con la noción de trauma, aún siguen existiendo grandes discrepancias sobre el concepto de disociación en sí. Existen numerosas definiciones propuestas por distintos clínicos e investigadores, pero sin que haya una aceptación popular. Esto a su vez imposibilita que se dé una distinción clara sobre qué tipo de sintomatología considerar dentro de las respuestas disociativas y cuáles de ellas forman parte de la disociación relacionada con el trauma.

Tampoco hay un consenso con respecto a la etiología de dichos fenómenos, pues varios autores están de acuerdo en sostener que la disociación aparece como una reacción postraumática, y que posteriormente puede incluirse en patrones de respuesta ante determinadas situaciones y emociones. Por otro lado, se encuentran aquellos autores que defienden que aún no existe suficiente evidencia que correlacione el trauma con la disociación, considerando necesario tener otros factores en cuenta para investigar la etiología de estos trastornos, como el estudio de las experiencias tempranas y el patrón de apego (Montes, Ledesma y Poó, 2011).

Al tratarse de un concepto tan complejo, además de los desacuerdos existentes en torno a la propia definición y la etiología, también existen discrepancias con respecto al carácter de la disociación, puesto que algunos investigadores defienden su carácter dimensional, en contraposición con los que abogan por uno categorial:

- *Postura dimensional:* Desde esta perspectiva, la disociación se ve como un continuo que va desde fenómenos cotidianos que puede experimentar cualquier persona, hasta la disociación patológica cuyo extremo sería el Trastorno de Identidad Disociativo (TID). Estos autores consideran que se englobarían dentro de la categoría de disociación un gran número de fenómenos, aplicándose tanto a síntomas, como a estados y procesos psicológicos (Brown, 2006). Algunos ejemplos desde este punto de vista serían el olvido, el embotamiento afectivo, la fragmentación, etc. y se verían sucedidas por la amnesia, la desrealización o la despersonalización. También entrarían dentro de las reacciones disociativas los estados de confusión, la ensoñación diurna, los lapsus atencionales, la alteración de la identidad, la identidad múltiple, la atención dividida, la absorción, la sugestión hipnótica, el trance, la pérdida de control, la conducta automatizada, la reducción de la conciencia, los pensamientos o sentimientos intrusivos, los síntomas médicos “inexplicables” y los flashbacks (Brown, 2006).
- *Postura categorial:* Entiende la disociación normal y la patológica como dos clases distintas de disociación. Algunos de estos autores distinguen al menos dos categorías dentro de los fenómenos disociativos, a las que han denominado el “desapego” y la “compartimentación”, comportando cada una distintos mecanismos psíquicos e implicaciones de tratamiento (Brown, 2015). Los defensores de este modelo critican que el modelo dimensional no distingue las características específicas de cada fenómeno disociativo, por lo que consideran que el concepto de disociación actualmente abarca casi cualquier síntoma que suponga una alteración de la conciencia, pérdida de control mental o conductual (Holmes et al., 2005). Asimismo, según su perspectiva, los profesionales deberían

centrarse en síntomas específicos para investigar en profundidad los trastornos disociativos y poder aplicar un tratamiento más personalizado para cada caso.

4.3. Aplicaciones del término disociación en la literatura

Examinando la literatura existente del estudio de la personalidad y la psicología clínica, Cardeña (1994) discernió tres usos principales para el término “disociación”. Cabe señalar que las descripciones siguientes son de carácter puramente descriptivo y no implican una orientación teórica concreta.

4.3.1. Disociación como partes de la mente inaccesibles a la conciencia

En primer lugar, se ha utilizado para distinguir distintos módulos o sistemas mentales semiindependientes que son inaccesibles a la memoria de forma consciente y/o no están integrados en la memoria, la identidad o la voluntad de la persona. Dentro de esta categoría, propuso las tres subdivisiones siguientes:

- a) *Disociación como falta de conciencia de los estímulos entrantes o conductas en curso*: en estos casos, el término disociación se empleaba como sinónimo de preconsciente, subconsciente, inconsciente, etc. Es decir, se utilizaba para denominar a un procesamiento de estímulos que normalmente son inaccesibles a la conciencia debido a limitaciones físicas o atencionales.
- b) *Disociación como coexistencia de procesos mentales separados que deberían estar integrados en la conciencia, la memoria o la identidad del individuo*: este tipo de disociación se aplicaría a aquellos pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, identidades y voluntad que no se encuentran integrados en la conciencia de la persona. Algunos ejemplos serían la amnesia disociativa (en la que la persona no recuerda información personal importante de sí misma) o la fuga disociativa (en la que la persona viaja de forma repentina lejos de su casa y presenta una confusión temporal sobre su identidad), dado que en ambas hay un fallo inesperado de la memoria explícita, normalmente provocada por un evento angustioso o traumático. El caso extremo sería el Trastorno de Identidad Disociativo, en el cual la persona es incapaz de integrar diversas experiencias y recuerdos en una única identidad, por lo que dicha falta de autointegración se manifiesta mediante diversas identidades que coexisten de forma relativamente independiente en la persona.
- c) *Disociación como comportamiento o percepción continua que no concuerda con el informe verbal introspectivo del sujeto*: haría referencia a la contradicción que

puede darse entre la información sincera que proporciona una persona sobre lo que están experimentando, y lo que su comportamiento o fisiología sugiere que debería estar experimentando. Los síndromes de conversión podrían considerarse dentro de este grupo como condiciones disociativas patológicas, aunque no se catalogue de este modo en la nosología actual del DSM, pues presentan una deficiente integración entre los aspectos somáticos y emocionales de la experiencia (Cardeña, 1994). Asimismo, se podría apreciar en los casos en que los pacientes son capaces de relatar hechos traumáticos sin manifestar reacciones emocionales coherentes con lo que narran (González, 2008).

4.3.2. Disociación como despersonalización y desrealización

El segundo uso que se ha dado al término “disociación” ha sido para referirse a una alteración de la conciencia en la que la persona se siente desconectada de sí misma o de su entorno. Esta desconexión se podría producir de distintas maneras y grados, ya que el grado de conciencia puede variar mucho según los niveles de cansancio o distracción. Por ejemplo, ante un evento traumático una persona podría desvincularse durante el suceso mismo, dejando de experimentar las sensaciones sensoriales o las emociones. También podría verlo desde una perspectiva alejada de su propio cuerpo, o sumergirse por completo en una fantasía imaginaria (Cardeña, 1994).

Las demostraciones clínicas más evidentes de este tipo de disociación serían los síndromes de despersonalización y desrealización que se han mencionado anteriormente. La despersonalización hace referencia a un fenómeno en el que la persona se experimenta a sí misma como separada de sí, sus emociones, acciones, percepciones o pensamientos. En cambio, en la desrealización la persona no duda de su realidad, sino que experimenta la sensación de que su entorno y las personas que la rodean no son reales (Cardeña, 1994). Es decir, en estos casos no hay una simple disminución del nivel de consciencia, sino que se experimenta un cambio en la forma de percibirse a uno mismo o a la realidad circundante (González, 2008).

4.3.3. Disociación como mecanismo de defensa

Desde esta perspectiva, la disociación sería un mecanismo de defensa que puede manifestarse en forma de fenómenos muy dispares. De acuerdo con las posturas psicoanalíticas, la disociación surgiría cuando la persona rechaza intencionadamente información que le resulta dolorosa (aunque no sea de manera consciente). De este modo, intentaría proteger su integridad psicológica de peligros o amenazas

continuadas. Otras definiciones previas eran más cercanas a las teorías de Jung y Janet, que conceptualizaban este fenómeno como un proceso que surge de manera automática ante emociones de alta intensidad (Cardeña, 1994). De todos modos, en la actualidad la mayoría de los autores defienden que las alteraciones disociativas pueden producirse tanto de forma automática y voluntaria —como cuando un estímulo desencadena un recuerdo traumático—, como de forma intencionada —al centrar deliberadamente la atención en un acontecimiento imaginario—. Asimismo, se considera que existen algunos individuos con una mayor predisposición que otros a manifestar los fenómenos disociativos (González, 2008).

5. Consecuencias del trauma complejo

Una vez explicado esto, el siguiente punto a tratar es el impacto que produce padecer trauma interpersonal reiteradamente durante la infancia. En apartados anteriores ya se ha expuesto información referente a esta cuestión de forma sintetizada al hablar de la sintomatología característica del DESNOS, el DTD y el TEPTc. Aun así, es pertinente explicar con más detalle algunos conceptos mencionados para lograr una visión más global de este tema.

En primer lugar, cabe subrayar que la expresión sintomática en estos casos depende de varios factores. Algunos aspectos son clave en cuanto al grado de alcance que tiene un suceso traumático en una persona determinada, como son la concurrencia de otros problemas actuales (p. ej., a nivel familiar o laboral) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento de los que disponga la persona. Es decir, aunque dos personas distintas sufran el mismo incidente traumático en el mismo momento y lugar, este provocará un impacto diferente en cada uno, por lo que tendrán también un riesgo distinto a desarrollar sintomatología a medio o largo plazo (González, 2017). Por otra parte, los efectos de dichas situaciones serán diferentes también dependiendo del grado de amenaza que supongan y de la frecuencia de estos acontecimientos (López, 2008). Por ejemplo, se podría decir que un menor que sufre un nivel medio de maltrato de forma habitual seguramente presentará sintomatología depresiva y ansiosa, incluyendo el TEPT. Si el peligro aumentara en frecuencia e intensidad, se incrementaría la probabilidad de que el menor terminara incorporando el sistema de creencias del agresor como mecanismo de defensa, ya que, de lo contrario, se encontraría más desestabilizado emocionalmente. Si dichas experiencias fueran extremas y de forma muy reiterada, el niño terminaría desconectándose de sus sentimientos, mostrando un entumecimiento emocional, sintomatología disociativa, desconfianza y miedo.

Los niños pueden sufrir traumas igual que lo hacen los adultos, pero a diferencia de estos, los menores presentan más dificultades para asimilar lo ocurrido y expresar las emociones asociadas al evento traumático. Asimismo, en contraposición a los adultos, no tienen la opción de denunciar, protegerse o alejarse de sus agresores cuando estos son sus mismos cuidadores, pues dependen de ellos para su propia supervivencia (López, 2008). Cuando los agresores son los mismos cuidadores, suele haber una afectación tanto a nivel psicológico, como a nivel de la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino, produciéndose notorios problemas de personalidad y adaptación (López, 2008; Van der Kolk, 2003).

Por su parte, Cook et al., (2005) propusieron siete dominios primarios en los que se observa un mayor deterioro en los menores con trauma de apego. En el Cuadro 5 se exponen las áreas afectadas y ejemplos concretos de cara área. Su modelo puede servir para tener una idea inicial de esta temática tan compleja, pero se ha considerado conveniente describir las alteraciones que padecen estos niños sin separarlo en distintas áreas. Esto es debido a que, como se podrá ir viendo, todas las alteraciones que se dan en estos casos se relacionan y retroalimentan entre sí.

Cuadro 5. Resumen de áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo.

1) Apego	
- Problemas con los límites.	- Aislamiento social.
- Desconfianza y suspicacia.	- Dificultades interpersonales.
- Dificultad para adoptar la perspectiva de otras personas	- Dificultad para sintonizar con las emociones de otras personas.
2) Biología	
- Problemas en el desarrollo sensoriomotor.	- Analgesia
- Problemas de coordinación, balance, tono corporal.	- Incremento de problemas médicos (p. ej., dolor pélvico, problemas de la piel, asma, trastornos autoinmunitarios).
- Somatizaciones	
3) Regulación del afecto	
- Dificultades en la autorregulación emocional.	- Dificultades para conocer y describir estados internos.
- Dificultades para reconocer y expresar sentimientos.	- Dificultades para comunicar deseos y necesidades.
4) Disociación	
- Alteraciones del estado de conciencia.	- Amnesia.
- Despersonalización y desrealización.	- Varios estados de conciencia distintos.
	- Memoria deteriorada para recuerdos dependientes del estado.

5) Control del comportamiento	
- Pobre regulación impulsos.	- Complacencia excesiva.
- Comportamiento autodestructivo.	- Conducta opositora.
- Agresividad hacia los demás.	- Dificultades para comprender y aceptar las normas.
- Comportamientos patológicos para calmarse a sí mismo.	- Recreación del trauma a través del comportamiento o del juego (p. ej., de forma sexual o agresiva).
- Problemas sueño.	
- Trastornos de alimentación.	
- Abuso de sustancias.	
6) Cognición	
- Dificultades en la regulación de la atención y las funciones ejecutivas.	- Dificultades de aprendizaje.
- Falta de curiosidad sostenida.	- Problemas con la permanencia de objeto
- Problemas con el procesamiento de información nueva.	- Dificultad para planificar y anticipar.
- Problemas para concentrarse y completar tareas complejas.	- Problemas para entender las responsabilidades.
	- Problemas con el desarrollo lenguaje.
	- Problemas con la orientación en el tiempo y el espacio.
7) Autoconcepto	
- Falta de un sentido de sí mismo continuo y predecible.	- Alteraciones en la imagen corporal.
- Pobre sentido de separación	- Baja autoestima.
	- Vergüenza y culpa.

Nota. Adaptado de "Complex Trauma in Children and Adolescents" por A. Cook, J. Spinazzola, J. Ford, C. Lanktree, M. Blaustein, M. Cloitre, R. DeRosa, R. Hubbard, R. Kagan, J. Liautaud, K. Mallah, E. Olafson, y B.A. Van der Kolk, 2005, *Psychiatric Annals*, 35(5), p. 392. Derechos de autor reservados [2005] por los autores mencionados.

Uno de los factores más importantes para tener en cuenta son las consecuencias a nivel de procesos cognitivos, dado que estos son los encargados de mediar entre los estímulos y las respuestas de estrés. Es decir, que son especialmente relevantes en cuanto a la resolución de los conflictos y los recursos personales de los que dispone la persona. Estos procesos están bastante limitados durante la infancia, y por esta razón resulta fundamental la guía y protección del menor por parte de un adulto responsable (López, 2008). Se ha podido comprobar que los niños en edad preescolar con historias previas de trauma complejo tienen un mayor riesgo de no desarrollar adecuadamente las capacidades cerebrales necesarias para modular las emociones ante situaciones de estrés (Teicher et al., 2002). Así, ante estresores traumáticos y déficits previos en la capacidad de autorregulación en ausencia de una red de apoyo adecuada, pueden producirse trastornos de la regulación del afecto, de la conciencia, del comportamiento, la cognición y la integración del autoconcepto (Cook et al., 2005).

En concreto, es especialmente perjudicial para el desarrollo cognitivo la privación sensorial y emocional que se asocia con la negligencia, pues estos niños muestran déficits en el coeficiente intelectual, problemas de planificación, atención y organización, así como retrasos en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo. También exhiben menos creatividad y flexibilidad en las tareas de resolución de problemas en comparación con sus compañeros. En adición a esto, estas alteraciones interfieren con el funcionamiento académico, por lo que los antecedentes de malos tratos se asocian a calificaciones escolares más bajas y a peores resultados en pruebas estandarizadas en los primeros años de escuela primaria, por lo que suelen ser remitidos con más frecuencia a los servicios de educación especial. También presentan una tasa de abandono escolar tres veces mayor a la de la población general (Cook et al., 2005; OMS, 2019a; Trickett et al., 1994).

Adicionalmente, los acontecimientos vitales traumáticos también repercuten sobre el sistema de significados de las víctimas. El significado que atribuyan a los sucesos ocurridos y las reacciones ante estos dependerán en gran medida de las reacciones y los significados que atribuyan sus cuidadores al suceso. Esto es especialmente importante, dado que, en comparación con los adultos, los niños tienden a culparse más a sí mismos de los eventos traumáticos, ya sea directa o indirectamente. Además, esto a su vez se asocia a padecer mayores problemas emocionales y conlleva un peor pronóstico de recuperación (Echeburúa y Corral, 2007). De esta forma, los niños con trauma complejo también terminan desarrollando una visión negativa del mundo por sus vivencias de traición y dolor. Se anticipan y se mantienen constantemente en guardia, asustados e hiperreactivos. Por este motivo muestran una mayor tendencia a malinterpretar los acontecimientos que les ocurren y las reacciones de los demás. Al estar a la espera de que el trauma se repita, manifiestan dificultades para discernir entre los gestos y situaciones interpersonales neutras y las que son amenazantes. De esta forma, para intentar protegerse suelen responder de forma preventiva con agresividad o retraimiento, lo que a su vez dificulta que se den las conductas de cuidado y protección que tanto anhelan (Van der Kolk, 2005; p. 406; Lacasa, 2022).

Siguiendo por esta línea, en este tipo de casos también se ve altamente comprometida la autoestima de los menores, pues es especialmente frágil debido a que aún están consolidando su identidad. La manera que tienen las figuras de apego de percibir y tratar al infante se incorpora en su propia percepción de sí mismo y configura la base de su autoestima. De este modo, cuando sufren experiencias repetidas de rechazo, daño o negligencia de sus necesidades afectivas por parte de sus cuidadores, desarrollan una idea de sí mismos como personas defectuosas, deficientes, indefensas e indignas de ser amadas. Esto hará que mantengan expectativas de ser

rechazados y despreciados por los demás, y que tengan tendencia a culparse por las experiencias negativas. Asimismo, a medida que van creciendo suelen desarrollar un sentimiento de inferioridad al compararse con sus compañeros y amigos a los que perciben como “normales”, lo que conlleva un mayor grado de conductas de evitación a nivel social. Todo esto se traduce en un aislamiento mayor y en problemas para obtener y responder al apoyo social (Cook et al., 2005; Lacasa, 2022).

Teniendo en cuenta lo antedicho, estas alteraciones a su vez pueden conducir a graves problemas de la regulación del afecto que pueden manifestarse de múltiples formas. Por ejemplo, se ha comprobado que los niños que han sido víctimas de maltrato, a partir de los 30 meses de edad presentan déficits en la capacidad de identificar, discriminar y nombrar los distintos estados afectivos, tanto en sí mismos como en los demás (Beeghly y Cicchetti, 1994; Cook et al., 2005). Asimismo, tal y como informa la OMS (2019a), los menores que presentan TEPTc pueden tener limitada la capacidad para reflexionar sobre sus propios sentimientos y estados internos.

Además, presentan un deterioro en la habilidad de expresar las emociones de forma segura y de regularlas, por lo que suelen tener labilidad emocional, manifestando respuestas extremas ante estresores mínimos. A su vez, expresan esta desregulación a través de estrategias de afrontamiento desadaptativas y de expresiones conductuales y emocionales patológicas (p. ej., la disociación, la disforia, la evitación de situaciones cargadas de afecto y entumecimiento emocional crónico) (Cook et al., 2005). Una vez sean más mayores, para intentar regular todas estas emociones abrumadoras y angustiantes, las conductas desadaptativas que llevarán a cabo para calmarse a sí mismos podrán convertirse en conductas bulímicas, consumo de sustancias o autolesión (Lacasa, 2022).

Cuando un menor sufre un TEPTc, el trauma queda marcado en múltiples aspectos de su personalidad, y se manifiesta especialmente a la hora de enfrentar situaciones conflictivas o de estrés. En estas circunstancias, sus capacidades analíticas tienden a desintegrarse, por lo que se quedan en un estado de desorganización a nivel cognitivo, emocional y conductual (Teicher et al., 2002). Simonelli (2013, p. 8) describe que cuando el niño se ve expuesto a traumas interpersonales reiteradas veces, esto genera que sienta afectos muy intensos. El menor vivirá dichas emociones como algo abrumador, por lo cual se esforzará para prevenir la reaparición de estas emociones que le resultan tan desagradables. Para ello, intentará evitar aquellas experiencias que puedan facilitar su aparición, o podrá llevar a cabo comportamientos que le transmitan una sensación subjetiva de control, aceptación o intimidad frente a las posibles amenazas del entorno. Cook et al. (2005) plantean que estos

comportamientos pueden deberse a la recreación de algunos aspectos de las experiencias traumáticas vividas.

En este sentido, el trauma infantil complejo se ha asociado tanto con patrones de conducta subcontrolados como sobrecontrolados. A partir de los dos años ya se pueden observar patrones de comportamiento rígidos en la ingesta de alimentos, en la realización de rituales inflexibles en el baño, mostrando resistencia a los cambios en la rutina o cumpliendo de forma compulsiva las peticiones de los adultos (Crittenden y DiLalla, 1988). No obstante, cuando no sea posible llevar a cabo estas conductas de compensación o no resulten suficiente, el niño terminará reviviendo el trauma a través de recuerdos traumáticos, desencadenando patrones de desregulación fisiológica. Estos estímulos estresantes provocarán que se sienta confundido y desorientado, pudiendo llegar a disociarse. Esta desregulación a su vez podrá dar lugar a que padezca problemas somáticos ante emociones de miedo e impotencia. A este cúmulo de malestar se le suman también las dificultades que presentan estos niños para recuperarse después de estas alteraciones (Simonelli, 2013).

Además de esto, cuando el trauma procede del mismo seno de la familia, los menores padecen una crisis de lealtad, por lo que organizarán su comportamiento para sobrevivir dentro de la familia. Harán lo posible por mantener el secreto, ocultando su impotencia, mostrándose complacientes o desafiantes y adaptándose a la situación traumática con la esperanza de conservar el amor de sus padres (Summit, 1983). De esta manera se mantienen aún más atrapados en el bucle de trauma. Como exponen Van der Kolk y Fisler (1995), en estos casos se produce un colapso en la capacidad del niño para procesar, integrar y categorizar lo que está sucediendo. Al no poder aliviar su angustia, el menor no consigue asociar las cogniciones, afectos y sensaciones relevantes que tiene, y termina disociándose. Esto provoca que no sea capaz de comprender del todo qué relación hay entre sus actos, sus sentimientos y los acontecimientos que le suceden. Al no poder comprender lo que ocurre, ni conseguir una sensación de estabilidad y control, tampoco será capaz de emplear las herramientas necesarias para defenderse del evento traumático (Van der Kolk, 2005).

De este modo, se puede comprender más fácilmente por qué estos niños rara vez hablan de sus miedos y traumas de forma espontánea, y aún más si las figuras perpetradoras del maltrato silencian o justifican dichos abusos. Con tal de paliar la sensación de amenaza de perder el amor de sus figuras vinculares o de ser rechazados y abandonados, estos menores crearán la versión del adulto abusivo en lugar de su propia experiencia. Preferirán asumir la culpa antes que llegar a pensar que su figura de apego tiene malas intenciones, porque el sentimiento de culpa será mucho menos doloroso en comparación al sentimiento de desamparo y soledad de no

tener una figura de apego a la que poder acudir en busca de consuelo y protección. Sin embargo, a pesar de que el menor intente protegerse así del sufrimiento, justificar a los cuidadores abusivos permite que se siga perpetrando la violencia, poniéndose en riesgo de sufrir un trauma aún más severo sin darse cuenta (Fonagy, 2010; p. 63).

Sin embargo, aunque no verbalicen los abusos, los niños pueden llegar a comunicar la naturaleza de su pasado de forma indirecta, expresando el evento traumático mediante recreaciones interpersonales en el juego y los dibujos. Asimismo, suele ser común que tengan sueños aterradores de forma recurrente, en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático, aunque en ocasiones no sepan explicar qué han soñado con claridad (OMS, 2019a; Van der Kolk, 2005; p. 405). En los menores más pequeños, los síntomas más comunes son las alteraciones del sueño, ya sea a la hora de conciliar el sueño, como para mantenerlo. También suelen manifestar problemas de concentración y de impulsividad repentina, así como reducción en la expresión de las emociones positivas. En su lugar, suelen mostrarse más irritables y tener más arrebatos de ira, aunque no haya ninguna provocación aparente. No es poco común que se den agresiones verbales o físicas contra las personas de su entorno o contra objetos, también se pueden presentar reacciones disociativas, pudiendo llegar a perder la conciencia del entorno presente en los casos más extremos (APA, 2014; OMS, 2019a).

En contraposición a esas expresiones comportamentales, otros niños pueden manifestar su malestar de forma internalizada, expresando los altos niveles de ansiedad con un comportamiento socialmente retraído o inhibido, con reticencia a participar en actividades nuevas o a explorar en general. De esta forma, disminuye su interés en llevar a cabo actividades significativas y suelen dejar de participar en juegos con otros niños o en actividades recreativas en general. También pueden tener una intensa ansiedad por separación y buscar de forma excesiva el consuelo de su figura de apego principal (APA, 2014; OMS, 2019a). En las niñas tienden a predominar los síntomas ansiosos y depresivos, por el contrario, en los niños son más frecuentes los trastornos de conducta. Es importante tener esto bien presente, pues mientras las reacciones de agresividad son fáciles de detectar, no lo son tanto las conductas de retraimiento, evitación o inhibición social. En estos casos es más probable que estos menores sean víctimas de acoso escolar, lo que supone un factor de riesgo para futuras retraumatizaciones (Van der Kolk, 2005; p. 407; Lacasa, 2022).

Por este motivo, los niños que han tenido que verse enfrentados a situaciones de violencia intrafamiliar también suelen presentar problemas interpersonales. Se puede ver que todas las alteraciones se entrelazan entre sí. Se crea un ciclo que conforma el entorno idóneo para que se mantenga el trauma, pues los problemas en el

desempeño social son en gran parte derivados de la desregulación emocional ya comentada. La desorganización del apego provoca en estos niños un gran conflicto interno, por el cual, en los contextos sociales, se ven constantemente batallando entre las sensaciones de miedo y deseo de proximidad (Fonagy, 2010). El miedo inducirá las conductas para buscar el acercamiento hacia una figura de apego, pero cuando se consiga, el mismo acercamiento provocará una ansiedad aún mayor. El menor podrá ir desde relaciones de extrema dependencia hasta el aislamiento social absoluto, dependiendo de la sensación que predomine en un momento determinado, lo que aumentará el riesgo de maltrato (Cook et al., 2005; Fonagy, 2010).

Debido a ello, por extraño que pueda parecer, los individuos que crecen en hogares abusivos pueden llegar a tener un exceso de confianza hacia las demás personas, hasta el punto de verse implicados en relaciones abusivas reiteradamente a lo largo de su vida, repitiendo el ciclo de violencia. Sin embargo, no se trata de una confianza verdadera, sino más bien de otra manifestación de la desorganización vincular que padecen, ya que la dependencia surge de la intolerancia a la soledad. Estas alteraciones comprometen seriamente la capacidad de buscar ayuda cuando se encuentran inmersas de nuevo en situaciones de maltrato. Así, la desorganización del apego se convierte en un factor de vulnerabilidad del desarrollo y en una amenaza que funciona desde el interior de la persona (Lacasa, 2022).

Asimismo, durante la infancia los patrones de violencia con las figuras de apego son interiorizados y generalizados en las relaciones con sus pares. Esto provoca puedan replicar los escenarios de maltrato padecidos con sus compañeros, contribuyendo más al aislamiento social. Así, podrán adoptar tanto la posición de agresores como el de víctimas. Es por este motivo que muchas veces se puede ver a un niño que es cruel con los demás, a su vez siendo víctima de un tercero. (Lacasa, 2022).

Por otro lado, siguiendo con la disociación y las alteraciones de la conciencia, cabe reiterar que aquellos niños que poseen un patrón de apego desorganizado-desorientado tienden a construir distintos modelos del yo incoherentes entre sí. Tal y como expone Liotti (2004), al crecer con progenitores abusivos, estos menores ven a su figura de apego como si se tratara de distintos padres en una única persona, pues este mismo individuo le enseña, le lastima, le presiona, juega con él, le regaña, le educa, etc. pudiendo pasar de un rol a otro de manera abrupta. A partir de estas experiencias contradictorias vividas, se irán formando representaciones internas múltiples e incompatibles entre sí. De este modo, serán incapaces de integrar en una misma memoria y estructura de significado cohesiva toda esta información: «soy malo y responsable por lo que me está pasando», «soy bueno y querido», «mi papá es malo

y tengo que protegerme de él», «tengo que cuidar de mamá para que no esté triste». Por este motivo, en estos niños suele darse un grado extremo de disociación.

Además del abuso y el maltrato, cuando los cuidadores fracasan en dar respuesta a las necesidades (ya sean físicas o emocionales) del niño de forma continuada, esto en sí mismo supone un trauma e influye intensamente en el desarrollo de la sintomatología disociativa (Barach, 1991; p. 117). Estas circunstancias suponen la base ideal para que este menor recurra a la disociación para protegerse del trauma inducido por sus progenitores, separándose de la conciencia de sus sentimientos y necesidades para evitar un mayor sufrimiento. Asimismo, se incluirían los casos en los que los cuidadores no protegen al menor del abuso y los progenitores que muestran una tendencia a disociarse o desconectarse a nivel emocional de su hijo para protegerse a sí mismos (Morales, 2018; p. 140).

En este sentido, se ha podido ver que cuando los cuidadores muestran las capacidades necesarias para mitigar la angustia de sus hijos y hacerles recuperar la sensación de seguridad y control, la misma seguridad del vínculo de apego permite aminorar el trauma. Por este motivo, si el menor sufre un trauma en presencia de su principal figura de apego y esta le ayuda a restaurar su estado emocional, es probable que imite la respuesta de su cuidador (Browne y Finkelhor, 1986). Es decir, las interacciones de búsqueda y aporte de cuidados que se dan entre los menores desorganizados y sus progenitores se verán fuertemente influenciados por los procesos disociativos de los cuidadores, que reflejarían la presencia de traumas interpersonales sin resolver (Aguilar, 2018). En otras palabras, cuanto más desorganizado sea el padre, más lo estará su hijo (Browne y Finkelhor, 1986).

Según Cook et al. (2005), los niños maltratados realizan tres adaptaciones disociativas fundamentales en cuanto a su conciencia del yo y de la experiencia:

- 1) Automatización de la conducta, que se traduce en déficits en planificación, juicio y conducta organizada dirigida a objetivos.
- 2) Desapego de la conciencia de las emociones y del yo.
- 3) Compartimentación de recuerdos y sentimientos dolorosos.

Estos mismos autores plantean que dichas alteraciones de la conciencia reflejan una “incapacidad para integrar o asociar la información y la experiencia de una manera normalmente esperable” (p. 7). De este modo, como ya se ha mencionado, tienen un mayor riesgo de sufrir otras formas de trauma, victimización y dificultades de aprendizaje, agravando también los problemas asociados a la desregulación del apego y del afecto (p. ej., reduciendo la conciencia emocional y repercutiendo en los

vínculos interpersonales). Se verían alterados la contextualización en tiempo y lugar de algunos recuerdos, lo que podría dar lugar a que presente amnesia disociativa con respecto a los aspectos específicos de determinadas experiencias traumáticas, aunque no ocurra lo mismo con los sentimientos que tenga asociados a dichas experiencias (Van der Kolk y Van der Hart, 1991). Sin embargo, también puede terminar dependiendo de la disociación como mecanismo de afrontamiento, lo cual puede exacerbar las dificultades en el autoconcepto y la regulación del comportamiento y del afecto. La disociación impide también la expresión emocional y verbal ante el suceso vivido, previniendo así del apoyo social adicional necesario para paliar el dolor. Asimismo, impide que se pueda realizar una reevaluación cognitiva de lo ocurrido, por lo que también facilita las conductas de evitación (Cook et al., 2005).

Teniendo esto en cuenta, si se entiende la disociación como un mecanismo de defensa, esta le permitiría al menor mantener separadas las múltiples imágenes de las figuras de apego y de sí mismo. Como indica Aguilar (2018), introyectar las distintas figuras abusivas de la infancia podría considerarse uno de los antecedentes de los estados disociados que se presentan en el Trastorno de Identidad Disociativo.

El mecanismo disociativo también permite que estos menores se protejan de sus propios sentimientos cuando se ven envueltos en experiencias traumáticas. Estas pueden llegar a generar unos afectos tan intensos que pueden llegar hasta el punto de ser excluidas de la conciencia. Como expone Bowlby (1988/1989), este fenómeno se llamaría “exclusión defensiva”, y sus efectos van desde el olvido a la disociación. Esto se traduce en que los niños maltratados por sus figuras de apego pueden terminar desarrollando una “ceguera” respecto al maltrato en sí mismo (Lacasa, 2022). Sin embargo, este mecanismo a veces no permite una exclusión total de la conciencia de los eventos vividos. Subsiguientemente, cuando se vean expuestos a algún estímulo que les recuerde al trauma (como podría ser un sonido, una imagen, un olor o una situación), lo revivirán y se comportarán como si estuvieran siendo retraumatizados (Streeck-Fischer y Van der Kolk, 2000).

Es importante tener todos estos factores en cuenta para poder realizar una buena evaluación e intervención terapéutica, pues estos menores también tienden a considerar como perpetradores incluso a aquellos profesores y terapeutas que intentan ayudarles o establecer un vínculo seguro con ellos (Van der Kolk, 2005; p. 407). Como plantea Fonagy (2010; p. 61), estar apegado a alguien supone estar dispuesto a confiar en él, a creer que se conocen sus motivos y que estos son buenos. Sin embargo, esto no es posible para los niños que han sufrido un trauma complejo. Por este motivo, al acudir a terapia, los menores traumatizados suelen sentir una mezcla de desconfianza por la posibilidad de ser dañados de nuevo, y de esperanza

de ser finalmente ayudados. Además, en este proceso también entran en juego las dificultades que presentan los niños traumatizados para aceptar las situaciones que resultan novedosas, pues cualquier cosa nueva se percibirá como un estímulo potencialmente amenazante. De este modo, aquello que les resulte familiar lo concebirán como más seguro, incluso lo preferirán cuando sea una fuente de terror, porque al menos les resultará más predecible (Van der Kolk, 2005; p. 405).

Por este motivo, la evaluación en casos de trauma complejo resulta tan ardua. Siguiendo el planteamiento de la OMS (2019a), para realizar un buen diagnóstico diferencial de los síntomas, el terapeuta deberá tener en cuenta la información que proporcionen los menores y vigilar sus cambios de comportamiento, como por ejemplo si se da un aumento de las conductas de evitación o de las recreaciones específicas del trauma en el juego. Asimismo, es pertinente que se realice una evaluación de la relación del menor con sus figuras de apego, y que se tenga en cuenta la información recibida por parte estas sobre los síntomas conductuales que puedan observar en el niño después de vivir una experiencia traumática.

Para poder hablar del trauma, deberá asegurarse un clima de suficiente confianza como para que el niño o adolescente no sienta que romper el silencio sobre los abusos implica perder el amor de sus cuidadores. Primeramente, el terapeuta deberá centrarse en establecer un vínculo seguro con su paciente, y posteriormente tratar el trauma y las alteraciones derivadas de él. Teniendo en cuenta que los niños traumatizados suelen evitar pensar en lo sucedido para no sentirlo, la relación terapéutica permitirá ir fortaleciendo la estabilidad del sistema afectivo del menor, y de este modo, posibilitará que se integren los distintos recuerdos y afectos disociados de manera progresiva sin que se den retraumatizaciones (Courtois, 2004).

Conclusiones

El último apartado de este trabajo se destinará a tratar de dar respuesta a los objetivos planteados en la elaboración del trabajo que se expusieron en la introducción.

En primer lugar, el objetivo principal era llevar a cabo una revisión bibliográfica para esclarecer la interdependencia que se establece entre el apego desorganizado, el trauma complejo y la sintomatología disociativa. De forma sintetizada y simplificada se podría concluir en que las situaciones de abuso en la infancia suponen un trauma de apego en el menor, lo que provoca la desorganización del sistema de apego. Ambos fenómenos se caracterizan por provocar dificultades para integrar la información a nivel cognitivo y emocional. Además, a esto se le añade el hecho de que los menores aún se encuentran en un momento del desarrollo muy vulnerable, y aún no poseen las herramientas suficientes para asimilar y expresar las emociones asociadas a los eventos traumáticos. Al menos, no con la misma facilidad que lo hacen la mayoría de los adultos.

En este sentido, el trauma de apego se manifiesta en múltiples aspectos de la persona, pudiéndose dividir en siete dominios principales: el apego, la biología, la regulación del afecto, la disociación, el control del comportamiento, la cognición y el autoconcepto. No obstante, lo más curioso del trauma complejo es que las distintas alteraciones se retroalimentan entre sí, permitiendo que se mantenga el ciclo traumático. Por ejemplo, la desregulación emocional puede suponer también problemas de comportamiento y problemas relacionales que pueden llegar al aislamiento social, lo cual también puede derivar en alteraciones en el autoconcepto.

De esta forma, el no tener un soporte emocional al que acudir en busca de ayuda, puede implicar que el menor dependa de la disociación para evitar el sufrimiento, lo cual facilita el mantenimiento de las situaciones de abuso. En concreto, la sintomatología disociativa se da con más frecuencia en aquellos casos en los que la figura de apego es abusiva. No poder acceder a ella en busca de consuelo y protección, puede derivar en que el niño dependa de este mecanismo de defensa que supone la disociación para evitar sentir tanta angustia.

Sin embargo, finalmente lo que pretende ser un intento por aliviar la angustia, finalmente termina dificultando el tener acceso a una adecuada red de apoyo que permita mitigar los efectos de los problemas psicopatológicos o que sirva para evitar nuevas traumatizaciones. De esta forma, la sintomatología de estos niños puede seguir empeorando, impidiendo salir fácilmente de esta situación.

Por otro lado, como objetivo secundario se había pretendido exponer cómo se desarrolla un vínculo de apego desorganizado para poder hablar del impacto que tiene la perturbación del vínculo de apego para la integridad psicológica de los menores. Se ha podido ver que el estilo de apego se establece a través de la interiorización de las respuestas de protección y cuidado obtenidas a partir de las distintas interacciones con la primera figura vincular del bebé. Teniendo esto en cuenta, está claro que la calidad de este vínculo inicial tendrá un gran impacto sobre la integridad psicológica de la persona a lo largo de toda su vida.

Se han expuesto varios modelos etiológicos sobre el apego desorganizado, pero todos ellos coinciden en defender que este tipo de apego surge cuando se da una discontinuidad o inconstancia durante el establecimiento de la relación de apego debida a presenciar comportamientos desorganizados en sus cuidadores, viviendo comportamientos hostiles y/o experiencias de abuso físico o psicológico. Esto genera grandes sentimientos de miedo y confusión, pues crecerá interiorizando múltiples imágenes de sus progenitores que resultan completamente contradictorias e incompatibles entre sí.

En este contexto, los menores no son capaces de desarrollar una estrategia coherente para vincularse con sus figuras de apego. Estos menores crecen con la convicción de que no pueden encontrar consuelo en sus figuras de apego ni en su entorno externo en general. Por este motivo, ante situaciones de estrés, se mantienen en un estado de desregulación emocional de forma prolongada.

En este sentido, el trauma complejo, al tratarse de un daño prolongado, si se da en el momento más vulnerable del desarrollo, no es de extrañar que tenga un gran potencial para distorsionar el sistema de apego del menor. Estos niños suelen verse desbordados a nivel emocional y cognitivo, pues no son capaces de comprender e integrar las experiencias traumáticas junto los sentimientos de ser heridos o abandonados por las personas que deberían haberles cuidado.

Una vez explicado esto, en el presente documento también se ha querido clarificar algunos aspectos relacionados con la disociación para poder enlazarlo con el trauma complejo, pues hay aún muchos desacuerdos en cuanto a sus causas, características esenciales y su relación con el trauma. Se ha podido ver que los niños y adolescentes que sufren trauma complejo desde etapas tempranas del desarrollo terminan padeciendo alteraciones en la capacidad de integrar las experiencias vividas. En este sentido, el vínculo de apego establecido con los cuidadores primarios ejerce un papel clave sobre la sintomatología disociativa. Este fenómeno se caracteriza por la falta de integración de los distintos procesos de la personalidad, como serían la conciencia, la

percepción, la identidad, la memoria, las emociones, etc. Y se da sobre todo en casos en los que se ha recibido abusos por parte de sus figuras de apego desde las primeras etapas del desarrollo pues no son capaces de integrar las múltiples representaciones contradictorias que se forman a partir de las experiencias vividas. De esta manera, estos menores son proclives a presentar síntomas disociativos para tratar de aliviar la intensa angustia que sienten, desconectándose de sus emociones y empleando la ira, la evitación o las regresiones para eludir la implicación emocional. Sin embargo, a pesar de que inicialmente esta estrategia defensiva resulta beneficiosa, termina convirtiéndose en un fenómeno desadaptativo que facilita que se sufran nuevas retraumatizaciones.

Por otra parte, también se ha tratado de exponer las etiquetas diagnósticas más importantes propuestas hasta el momento para delimitar la sintomatología propia de los menores con trauma de apego. Estas son el Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (DESNOS), el Trastorno de Desarrollo por Trauma (DTD) y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTc). Todas ellas aportan una perspectiva sensible al desarrollo y resultan convenientes para representar la sintomatología de los menores que se han visto expuestos a acontecimientos traumáticos desde la infancia de forma reiterada, a diferencia del TEPT y del TEPT en niños menores de 6 años. Asimismo, coinciden en señalar la desregulación del afecto, la conciencia o la atención, las alteraciones en la autopercepción y en las relaciones sociales que se producen en este tipo de casos.

Finalmente, como último objetivo se ha abordado la importancia de ejecutar un diagnóstico adecuado en los menores con trauma de apego. En concreto, se ha enfatizado la necesidad de realizar una evaluación integral que permita ver las alteraciones de estos niños como mecanismos de adaptación más que como simples diagnósticos comórbidos e independientes del trauma. Asimismo, en la intervención psicoterapéutica se debe trabajar la relación con el terapeuta para poder reconstruir los vínculos de apego dañados, y de esta forma posteriormente poder trabajar sobre la historia de traumatización y las desregulaciones derivadas de esta, incluyendo la sintomatología disociativa. Sanar el trauma de apego permite al paciente reducir los síntomas que tanto repercuten en su vida, pues como plantea Herman (2004), “necesitamos comprender el pasado para poder reclamar el presente y el futuro. Por consiguiente, para comprender el trauma psicológico debemos comenzar redescubriendo la historia” (p. 18). Cuando no se trabaja desde este punto de partida, se puede llegar a poner en riesgo el estado del paciente, pues un tratamiento que vaya directamente a abordar el trauma puede generar defensas traumáticas en el paciente y empeorar su sintomatología.

Referencias

- Abuín, M. (2018). *VINCULATEST. Test para la evaluación de los vínculos interpersonales en adultos*. TEA Ediciones.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., y Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 22(8), 759-774. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00062-3)
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Aguilar, D.P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5). Arlington.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 4(3), 117-123. https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/1448/Diss_4_3_2_OCR_rev.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Barroso, O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf
- Beeghly, M., y Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5-30. <https://doi.org/10.1017/S095457940000585X>
- Benloch, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>
- Bernier, A., y Meins, E. (2008). A Threshold Approach to Understanding the Origins of Attachment Disorganization. *Developmental Psychology*, 44(4), 969-982. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.969>
- Boon, S., Steele, K., y Van der Hart, O. (2015). Entender la disociación y los trastornos traumáticos. En *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. (Trad. A. Colodrón). Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 2011).
- Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 16(61), 77-103. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Botella-3/publication/257877024_Neurobiologia_de_la_autorregulacion_afectiva_patrones_de_ap

[ego_y_compatibilidad_en_la_relacion_terapeuta-paciente/links/02e7e526063f1b7b85000000/Neurobiologia-de-la-autorregulacion-afectiva-patrones-de-apego-y-compatibilidad-en-la-relacion-terapeuta-paciente.pdf](https://abebe.zohosites.com/files/John-Bowlby-Loss-Sadness-And-Depression-Attachment-and-Loss-1982.pdf)

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness, and depression*. Basic Books. <https://abebe.zohosites.com/files/John-Bowlby-Loss-Sadness-And-Depression-Attachment-and-Loss-1982.pdf>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Volume I: Attachment*. (2ª ed.) Basic Books. (Trabajo original publicado en 1969). https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/08/ATTACHMENT_AND_LOSS_VOLUME_I_ATTACHMENT.pdf
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego* (Trad. E. Mateo). Ediciones Paidós (Trabajo original publicado en 1988).
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Briere, J. (2006). Dissociative Symptoms and Trauma Exposure: Specificity, Affect Dysregulation, and Posttraumatic Stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 78-82. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000198139.47371.54>
- Brown, R. J. (2006). Different Types of "Dissociation" Have Different Psychological Mechanisms. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(4), 7-28. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_02
- Browne, A., y Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). Guilford Press. https://www.researchgate.net/profile/Etzel-Cardena/publication/232480134_The_Domain_of_Dissociation/links/5ba88eee45851574f7e1a77d/The-Domain-of-Dissociation.pdf
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., y Van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://nursebuddha.files.wordpress.com/2011/12/complex-trauma-in-children.pdf>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Crittenden, P.M., y DiLalla, D. L. (1988). Compulsive Compliance: The Development of an Inhibitory Coping Strategy in Infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(5), 585-599. <https://doi.org/10.1007/BF00914268>
- Ducrocq, F., y Jehel, L. (2014). Trastornos psicotraumáticos. *EMC-Tratado de Medicina*, 18(3), 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(14\)68151-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(14)68151-4)
- Dyregrov, A., y Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x>

- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/04.Echeburua_15-3oa-1.pdf
- Finkelhor, D., y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., y Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 116-120. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.116>
- Fonagy P. (1999). Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. En Derksen J., Maffei C., Groen H. (Eds.) *Treatment of Personality Disorders* (pp. 53-68). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3_5
- Fonagy, P. (2010). Attachment, Trauma, and Psychoanalysis: Where Psychoanalysis Meets Neuroscience. En M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri y M. Target (Eds.), *Early Development and its Disturbances: Clinical, Conceptual and Empirical Research on ADHD and other Psychopathologies and its Epistemological Reflections* (pp. 53-75). Karnac Books. <https://doi.org/10.4324/9780429474057>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., y Target, M. (2002). The Social Biofeedback Theory of Affect-Mirroring: The Development of Emotional Self-Awareness and Self-Control in Infancy. En *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* (pp. 145-202). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471643-7>
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., y Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.623>
- Ford, J. D., Spinazzola, J., Van der Kolk, B., y Grasso, D. J. (2018). Toward an Empirically Based Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children: Factor Structure, Item Characteristics, Reliability, and Validity of the Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 1-12. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11675>
- Ford, J. D., y Courtois, C. A. (2009). The Clinical Utility of a Complex Traumatic Stress Disorders Framework. En C. A. Courtois y J. D. Ford (Eds.), *Disorders: An evidence-based guide Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An evidence-based guide* (pp. 441-453). Guilford Press.
- Foster, A. L., D'Andrea, W., Fehertoi, N., Healy, C. J., y Miller, A. (2019). Assessing the Validity and Clinical Utility of a Developmental Trauma Diagnosis in Ethnic Minority Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12(4), 479-488. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00272-2>

- Galindo, M. F. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33(34), 5-34. https://www.seypna.com/documentos/psiquiatria33_34.pdf#page=7
- George, C., y Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application* (pp. 649-670). Guilford Press.
- González, A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación*. Autoedición.
- González, A. (29 de febrero de 2008). *Tratamiento de los Trastornos Disociativos* [Resumen de presentación de la conferencia]. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental INTERPSIQUIS, A Coruña, España. https://psiquiatria.com/trabajos/ur_1080195698.pdf
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y Recuperación: Cómo Superar las Consecuencias de la Violencia*. Espasa.
- Hesse, E., y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
- Hesse, E., y Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309-343. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E., Frasquilho, F., y Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Klasen, F., Gehrke, J., Metzner, F., Blotevogel, M., y Okello, J. (2013). Complex Trauma Symptoms in Former Ugandan Child Soldiers. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 22(7), 698-713. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.814741>
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., y Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology: Theory and Method* (pp. 333-369). John Wiley y Sons, Inc. <http://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/CicchettiCohen-eds-Developmental-Psychopathology-vol-1.pdf>
- Kong, S. S., Kang, D. R., Oh, M. J., y Kim, N. H. (2018). Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 19(2), 214-231. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329772>

- Koós, O., y Gergely, G. (2001). A contingency-based approach to the etiology of “disorganized” attachment: The “flickering switch” hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 397-410. <https://doi.org/10.1521/bumc.65.3.397.19851>
- Lacasa, F. (2022). Trauma Complejo y Apego. En F. Lacasa y M. Álvarez (Eds.) *Niños Y Adolescentes Atrapados en la Violencia Intrafamiliar* (en revisión).
- Lebigot, F. (2009). Le Traumatisme Psychique. *Revue francophone du stress et du trauma*, 9(4), 201-204. https://traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-201-204_Lebigot-2.pdf
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., y Hoffmann, M. (2011). Apego y Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>
- Liotti, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472>
- López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Ludwig, A. M. (1966). Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 15(3), 225-234. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1966.01730150001001>
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392. <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/CPTSD-1-Joseph-Spinazzola.pdf>
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., y Parsons, E. (1999). Maternal Frightened, Frightening, or Atypical Behavior and Disorganized Infant Attachment Patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67-96. <https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. y Bianchi, I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences?. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63-86. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.011>
- Lyons-Ruth, K., y Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318-335. <https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., y Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1-23. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050017>
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van Ijzendoorn, M.H., Moran, G., Pederson, D.R., y Benoit, D. (2006). Unresolved States of Mind, Anomalous Parental Behavior, and

- Disorganized Attachment: A Review and Meta-analysis of a Transmission Gap. *Attachment and Human Development*, 8(2), 89-111. <https://doi.org/10.1080/14616730600774458>
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En: T. B. Brazelton y M. W. Yogman (Eds.) *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Ablex Publishing.
- Main, M., y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, y E. M. Cummings (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). The University of Chicago Press.
- Malekpour, M. (2007). Effects of Attachment on Early and Later Development. *The British Journal of Development Disabilities*, 53(105), 81-95. <https://doi.org/10.1179/096979507799103360>
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., y Tuckey, M. (2001). Rethinking Maternal Sensitivity: Mothers' Comments on Infants' Mental Processes Predict Security of Attachment at 12 Months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007302>
- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsky, G., Lemelin, J.P., y Éthier, L.S. (2014). Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse and Neglect*, 38(8), 1351-1357. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.015>
- Montano, G. (2011). Alteraciones del apego en adopciones tardías: Sus consecuencias y posibles abordajes terapéuticos. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(4), 29-41. <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272011070402.pdf>
- Montes, S.A., Ledesma, R.D., y Poó, F.M. (2011). Evaluación psicométrica de una versión modificada de la Escala de Experiencias Disociativas (DES-M). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 67-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807006>
- Morales, D.P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., y Vanderlinden, J. (1998). Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder Is Correlated with Reported Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 711-730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>
- Observatorio de la Infancia (2021). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia Número 23* (datos 2020). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado en 2 febrero 2022, de https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Trastorno de estrés postraumático complejo*. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, 11ª revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>

- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Trastorno de estrés postraumático*. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, 11ª revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., y Resick, P. (1997). Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Núñez, F., y Fairbanks, L. (1987). Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. *Archives of General Psychiatry, 44*(12), 1057-1063. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240031005>
- Real Academia Española. (s.f.). Trauma. *Diccionario de la Lengua Española* (23ª ed.). Recuperado en 22 de septiembre de 2021, de <https://dle.rae.es/trauma?m=form>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., y Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241-251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Sanchis, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes* [Tesis de doctorado, Universitat Ramon Llull de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://hdl.handle.net/10803/9262>
- Schneider-Rosen, K., y Cicchetti, D. (1984). The Relationship between Affect and Cognition in Maltreated Infants: Quality of Attachment and the Development of Visual Self-Recognition. *Child Development, 55*(2), 648-658. <https://doi.org/10.2307/1129976>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Silberg, J. L. (2020). *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación* (Trad. M. Castell-Giménez). Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 2013).
- Simonelli A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21357>
- Solomon, J., y George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal, 17*(3), 183-197. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q)
- Sroufe, L.A., y Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*(4), 1184-1199. <https://doi.org/10.2307/1128475>
- Steiner, H., García, I.G., y Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(3), 357-365. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00014>
- Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T., y Finke, R. (2013). Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary

- Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 483-491. <https://doi.org/10.1002/jts.21826>
- Stovall-McClough, K. C., y Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 219-228. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.219>
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7(2), 177-193. <https://www.nationalcac.org/wp-content/uploads/2016/10/Abuse-of-the-child-sexual-abuse-accommodation-syndrome.pdf>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., y Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- Teicher, M. H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., y Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397-426. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00003-X)
- Trickett, P. K., McBride-Chang, C., y Putnam, F. W. (1994). The classroom performance and behavior of sexually abused females. *Development and Psychopathology*, 6(1), 183-194. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005940>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293-317. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00003-8)
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. https://traumaticstressinstitute.org/wp-content/files_mf/1276541701VanderKolkDvptTraumaDis.pdf
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A.F., Putnam, F.W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B.C., y Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5. *[Manuscrito no publicado]*. https://www.ctntraumatrainig.org/uploads/4/6/2/3/46231093/dsm-v_proposal-dtd_taskforce.pdf
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>

- Van der Kolk, B. A., y Fislcr, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.
<https://doi.org/10.1007/BF02102887>
- Van der Kolk, B. A., y Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48(4), 425-454.
<http://www.jstor.org/stable/26303922>
- Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., y Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-250.
<https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>

Anexo I

Cuadro 6. Criterios diagnósticos del DSM-5-TR para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Trastorno de estrés postraumático en individuos mayores de 6 años.

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
 3. Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
-

-
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

- A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.
-

-
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.
 3. Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).
- C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):
- Evitación persistente de los estímulos**
1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
- Alteración cognitiva**
3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
 4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
 5. Comportamiento socialmente retraído.
 6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.
- D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
 2. Hipervigilancia.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas con concentración.
 5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- E. La duración de la alteración es superior a un mes.
- F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
- G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.
-

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Nota. Adaptado de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision (DSM-5-TR)" por Asociación Americana de Psiquiatría, 2022, *American Psychiatric Association Publishing*, pp. 302-314. Derechos de autor reservados [2022] por la APA.

Anexo II

Cuadro 8. Información adicional relativa al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo incluido en la última edición de la CIE-11 (2019).

Características clínicas adicionales

- Puede haber ideación y comportamiento suicida, abuso de sustancias, síntomas depresivos, síntomas psicóticos y quejas somáticas.

Características del curso

- La aparición de los síntomas puede producirse a lo largo de la vida, normalmente después de la exposición a acontecimientos traumáticos crónicos y repetidos y/o a la victimización que se ha prolongado durante un período de meses o años.
- Los síntomas suelen ser más graves y persistentes en comparación con el trastorno de estrés postraumático.
- La exposición a traumas repetidos, especialmente en los primeros años de desarrollo, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático complejo en lugar de un trastorno de estrés postraumático.

Presentaciones del desarrollo

- El TEPTc puede ocurrir a todas las edades, pero las respuestas a un evento traumático -es decir, los elementos centrales del síndrome característico- pueden manifestarse de manera diferente según la edad y la etapa de desarrollo.
 - Los niños y adolescentes son más vulnerables que los adultos a desarrollar un TEPTc cuando están expuestos a traumas graves y prolongados (p. ej., maltrato infantil crónico, participación en el tráfico de drogas o como niños soldados). Muchos niños y adolescentes expuestos a traumas han estado expuestos a múltiples traumas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un TEPTc.
 - Los niños y adolescentes con TEPTc son más propensos que sus compañeros a demostrar dificultades cognitivas (p. ej., problemas de atención, planificación, organización) que pueden a su vez interferir con el funcionamiento académico y laboral.
 - Los niños y adolescentes con TEPTc también pueden presentar una capacidad limitada para reflexionar e informar sobre sus estados internos. Además, pueden ser más reacios que los adultos a informar sobre sus reacciones a los acontecimientos traumáticos. En estos casos, es preciso vigilar los cambios de comportamiento, como el aumento de las recreaciones específicas del trauma o la evitación manifiesta.
 - Los niños o adolescentes con TEPTc pueden negar los sentimientos de angustia u horror asociados a la reexperimentación. En su lugar, ante la reexperimentación suelen informar de ausencia de afecto o, en contraposición, de sentir emociones fuertes o abrumadoras.
 - En la niñez, los problemas generalizados de regulación del afecto y las dificultades persistentes para mantener relaciones pueden manifestarse como regresión, comportamiento imprudente o conductas agresivas hacia uno mismo o hacia los demás, y en dificultades para relacionarse con los compañeros. Además, los problemas de regulación del afecto pueden manifestarse como disociación, supresión de la experiencia y la expresión emocional, así como evitación de situaciones o experiencias que puedan provocar emociones, incluidas las positivas.
 - En la adolescencia, el consumo de sustancias, las conductas de riesgo o autolesivas (p. ej., sexo inseguro, conducción insegura) y las conductas agresivas se dan en tasas elevadas, y pueden ser particularmente evidentes como expresiones de problemas de desregulación
-

afectiva y dificultades interpersonales. Asimismo, la reticencia a buscar oportunidades de desarrollo (p. ej., ganar autonomía de los cuidadores) puede ser un signo de deterioro psicosocial.

- La evaluación puede ser complicada en niños y adolescentes cuando la pérdida de un padre o cuidador está asociada a un evento traumático o a una intervención. Por ejemplo, un niño maltratado crónicamente que es retirado de su hogar puede poner más énfasis en la pérdida de su cuidador principal que en los aspectos de la experiencia que podrían considerarse objetivamente más amenazantes u horrorosos.
 - Las capacidades cognitivas emergentes y las limitadas habilidades verbales para el autoinforme en los niños pequeños (p. ej., menores de 6 años) hacen que sea más difícil evaluar la presencia reexperimentaciones, la evitación activa de los estados internos y las percepciones de una amenaza actual. Por ello, las evaluaciones de los síntomas no deben basarse exclusivamente en los síntomas internos informados por los niños, sino que deben incluir los informes de los cuidadores sobre los síntomas conductuales observables que surgen después de las experiencias traumáticas.
 - En los niños más pequeños, las pruebas de los síntomas básicos que apoyan el diagnóstico de TEPT se manifiestan a menudo en el comportamiento mediante: representaciones específicas del trauma durante el juego repetitivo o en los dibujos, los sueños aterradores sin contenido claro o los terrores nocturnos, la impulsividad no característica. Sin embargo, en ocasiones pueden no parecer angustiados al hablar de sus recuerdos traumáticos o representarlos, a pesar del impacto sustancial en el funcionamiento psicosocial y el desarrollo. Otras manifestaciones del TEPT en niños preescolares pueden ser menos específicas del trauma e incluyen comportamientos inhibidos y desinhibidos. Por ejemplo, la hipervigilancia puede manifestarse como un aumento de la frecuencia e intensidad de las rabietas, la ansiedad por separación, la regresión en las habilidades (p. ej., las habilidades verbales, de aseo), los miedos exagerados asociados a la edad o el llanto excesivo. La evitación externa o las expresiones de recuerdo de experiencias traumáticas pueden evidenciarse por un nuevo inicio de actuación, estrategias de protección o rescate, exploración limitada o reticencia a participar en nuevas actividades, y búsqueda excesiva de consuelo por parte de un cuidador de confianza.
 - Cuando los padres o cuidadores son la fuente del trauma (p. ej., el abuso sexual), los niños y adolescentes suelen desarrollar un estilo de apego desorganizado que puede manifestarse como comportamientos imprevisibles hacia estas personas (p. ej., alternando entre la necesidad, el rechazo y la agresión). En los niños menores de 5 años, las alteraciones del apego relacionadas con el maltrato también pueden incluir el Trastorno de Apego Reactivo o el Trastorno de Compromiso Social Desinhibido, que pueden coocurrir con el TEPTc.
 - Los niños y adolescentes con TEPTc a menudo informan de síntomas consistentes con los Trastornos Depresivos, los Trastornos de la Alimentación y de la Comida, los Trastornos del Sueño y de la Vigilia, el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, el Trastorno Oposicionista Desafiante, el Trastorno de Conducta Disocial y el Trastorno de Ansiedad por Separación. La relación de las experiencias traumáticas con la aparición de los síntomas puede ser útil para establecer un diagnóstico diferencial. Al mismo tiempo, también pueden desarrollarse otros trastornos mentales tras experiencias extremadamente estresantes o traumáticas. Los diagnósticos concurrentes adicionales solo deben hacerse si los síntomas no se explican completamente por el TEPTc y se cumplen todos los requisitos diagnósticos para cada trastorno.
 - En los adultos mayores, el trastorno puede estar dominado por la evitación ansiosa de pensamientos, sentimientos, recuerdos y personas, así como por síntomas fisiológicos de ansiedad (p. ej., mayor reacción de sobresalto, hiperreactividad autonómica). Los individuos afectados pueden experimentar un intenso arrepentimiento relacionado con el impacto de las experiencias traumáticas en sus vidas.
-

-
- Entre los adultos mayores, la gravedad de los síntomas puede disminuir a lo largo de la vida, especialmente la reexperimentación. Sin embargo, suelen persistir la hipervigilancia y los síntomas evitativos sobre el suceso. También pueden tratar sus síntomas como una parte normal de su vida, lo que puede estar relacionado con la vergüenza y el miedo al estigma.

Características relacionadas con la cultura

- Existen variaciones culturales en la expresión de los síntomas del TEPTc. Por ejemplo, los síntomas somáticos o disociativos pueden ser más prominentes en ciertos grupos, atribuibles a las interpretaciones culturales de la etiología psicológica, fisiológica y espiritual de estos síntomas y de los altos niveles de excitación.
- Dada la naturaleza severa, prolongada o recurrente de los eventos traumáticos que precipitan este trastorno, el sufrimiento colectivo y la destrucción de los vínculos sociales, las redes y las comunidades pueden presentarse como una preocupación focal o como importantes características relacionadas con el trastorno.
- Para las comunidades de inmigrantes, especialmente los refugiados o solicitantes de asilo, el TEPTc puede verse exacerbado por los factores de estrés aculturativos y el entorno social del país de acogida.

Características relacionadas con el sexo y/o el género

- Las mujeres corren un mayor riesgo de desarrollar este trastorno que los hombres.
- Las mujeres con TEPTc son más propensas a mostrar un mayor nivel de malestar psicológico y deterioro funcional en comparación con los hombres.

Diagnóstico diferencial

- Trastorno de la Personalidad: Se trata de una perturbación generalizada en la forma en que un individuo experimenta y piensa sobre sí mismo, los demás y el mundo, que se manifiesta en patrones desadaptativos de cognición, experiencia emocional, expresión emocional y comportamiento. Los patrones desadaptativos son relativamente inflexibles y se asocian a problemas significativos en el funcionamiento psicosocial que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales y se manifiestan a través de una gama de situaciones personales y sociales (es decir, no se limitan a relaciones o situaciones específicas), son relativamente estables en el tiempo y de larga duración. Dada esta amplia definición y el requisito de síntomas persistentes relacionados con la desregulación del afecto, la visión distorsionada del yo y la dificultad para mantener relaciones en el TEPTc, muchos de estos individuos pueden cumplir también los requisitos diagnósticos del Trastorno de Personalidad.
 - Trastorno de Duelo Prolongado: Este trastorno puede ocurrir en individuos que experimentan el duelo ante la muerte de un ser querido que ocurre en circunstancias traumáticas. Debido a ello, la persona puede estar preocupada por los recuerdos de las circunstancias que rodean la muerte, pero no reexperimenta el evento asociado a la muerte como si ocurrieran de nuevo en el aquí y ahora, como sí ocurre en el TEPT.
 - Trastorno de Adaptación: En este trastorno, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad o tipo, y no es necesariamente de naturaleza extremadamente amenazante u horrorosa. Debe diagnosticarse como Trastorno de Adaptación aquellas respuestas a un acontecimiento o situación menos grave que cumpla los requisitos de los síntomas del TEPT, pero que supere la duración apropiada para la Reacción de Estrés Agudo. También en aquellos casos en los que se experimente un acontecimiento extremadamente amenazante u horroroso, pero se desarrollen síntomas que no cumplen con los requisitos diagnósticos completos del TEPT.
-

-
- Reacción de Estrés Agudo: Las reacciones agudas normales a los acontecimientos traumáticos pueden incluir todos los síntomas del TEPT. Sin embargo, a diferencia de este, las reacciones de estrés agudas comienzan a remitir con bastante rapidez (p. ej., en una semana tras la finalización del acontecimiento o la retirada de la situación amenazante, o de un mes en el caso de los estresores continuos).
 - Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos primarios: La reexperimentación de eventos traumáticos en forma de flashbacks severos puede darse en el TEPT con cualidad alucinatoria, o puede provocar que las personas que lo padecen estén hipervigilantes a la amenaza hasta el punto de poder parecer paranoicos. Las pseudoalucinaciones auditivas, reconocidas como los propios pensamientos de la persona y de origen interno, pueden ocurrir en el TEPT, pero no deben ser considerados como evidencia de un trastorno psicótico.
 - Episodio Depresivo: En un episodio depresivo, los recuerdos intrusivos no se experimentan como si volvieran a ocurrir en el presente, sino como si pertenecieran al pasado, y a menudo van acompañados de rumiación. Sin embargo, también suelen coocurrir con el TEPT, y debe asignarse un diagnóstico adicional de Trastorno del Estado de Ánimo si está justificado.
 - Trastorno de Pánico: En el TEPT los ataques de pánico pueden ser desencadenados por recordatorios de los eventos traumáticos o en el contexto de la reexperimentación. En estos casos no se justificaría un diagnóstico adicional y separado de Trastorno de Pánico. En su lugar, se aplicaría el especificador "con ataques de pánico". No obstante, si se dan ataques de pánico inesperados y se cumplen los demás requisitos diagnósticos, es apropiado un diagnóstico adicional de Trastorno de Pánico.
 - Fobia Específica: En algunos casos, una Fobia Específica situacional o condicionada puede surgir después de la exposición a un evento traumático (p. ej., ser atacado por un perro). Aunque las respuestas fóbicas pueden incluir recuerdos intensos del acontecimiento que producen ansiedad, dichos recuerdos se experimentan como pertenecientes al pasado. Es decir, no se da una reexperimentación del evento en el presente como ocurre en el TEPT.
 - Trastornos disociativos: Tras la experiencia de sucesos traumáticos, puede producirse una variedad de síntomas disociativos, especialmente durante los episodios de reexperimentación. Si dichos síntomas se limitan únicamente a los episodios de reexperimentación en un individuo con TEPT, no debe asignarse un diagnóstico adicional de Trastorno Disociativo.
-

Nota: Adaptado de "Complex Post Traumatic Stress Disorder" y "Post Traumatic Stress Disorder" por Organización Mundial de la Salud, *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)* 2019. (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559> y <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>). Obra de Dominio Público. Tal y como se indica en la CIE-11 (2019), debido a que el TEPTc y el Trastorno de Estrés Postraumático comparten los mismos elementos centrales, la información de la sección "Presentaciones del Desarrollo" y "Trastorno Diferencial" para el TEPT también se aplica al TEPTc. Para que resultara más aclaratorio, se ha combinado dichas secciones en el Cuadro 8.