



ESCUELA DE  
PSICOLOGÍA

NARRACIONES DE PSICÓLOGO/AS SOBRE SUS EXPERIENCIAS EN PROCESOS  
TERAPÉUTICOS CON PERSONAS CON TEPT COMPLEJO

Autoras: Isabel Hernández & Javiera Poblete.

Profesor guía: Nelson Beyer Cárdenas.

Artículo para optar al grado de Licenciada en Psicología y al título de Psicóloga.

Santiago, 27 de noviembre, 2023

## **Resumen**

El presente trabajo, se enfocará en indagar narraciones sobre experiencias de psicólogos/as en el abordaje terapéutico orientado a personas que padezcan Trastorno de Estrés Post Traumático Complejo (TEPTc) (CIE-11, 2019), y que estén siendo atendidas dentro del Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Las investigaciones respecto a TEPT complejo han comenzado a desarrollarse en mayor medida desde su integración en el manual CIE-11, lo cual ha propulsado el reconocimiento del conjunto de su sintomatología e incipientes propuestas para el desarrollo de procesos terapéuticos para su tratamiento. Este estudio se desarrollará en base al levantamiento de testimonios de profesionales del establecimiento mencionado, sobre sus prácticas y métodos profesionales aplicados a casos anónimos de usuarios/as a través de entrevistas semi-estructuradas. Se presenta la participación de cuatro psicoterapeutas, que a partir del relato de sus experiencias en el campo, se distingue la importancia en procesos clínicos, de la formación del vínculo terapéutico, la problematización del trauma y la necesidad de generar estudios en profundidad respecto a estrategias de reconocimiento e intervención del TEPT complejo.

***Palabras claves:*** Consulta terapéutica, TEPTc, salud mental, narraciones, psicoterapeutas

## **Introducción**

La exposición de personas a situaciones o contextos adversos, puede gatillar el desarrollo de sintomatología adaptativa al evento estresor, es decir, respuestas conductuales asociadas al nivel de peligro que se interpreta del ambiente en el que se convive. En la actualidad se reconoce que al ser constante y recurrente dicho espacio de conflicto, posibilita generar alteraciones en la configuración de la personalidad, vínculos interpersonales, desarrollo neurobiológico, entre otros. El conjunto de estas características ha sido diferenciado del Trastorno de Estrés Post Traumático y reconocido como Trastorno de Estrés

Postrumático Complejo por el CIE-11, al integrar sintomatología que no es advertida en el diagnóstico de TEPT simple.

El diagnóstico de TEPT complejo es integrado en el CIE-11, publicado durante el año 2019 (OMS, 2021), y que es introducido como “un diagnóstico distinto del TEPT para reconocer el efecto que el trauma crónico o repetido puede tener en los mecanismos relacionados con la auto-organización” (Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. 2022, p. 60), donde se añaden particularidades que lo diferencian del TEPT, estableciendo 6 rasgos fundamentales para este trastorno.

Para categorizar los rasgos que manifiestan pacientes con TEPT complejo, según Maercker et al., (2022) deben considerarse los tres síntomas de un TEPT clásico; estos serán definidos como centrales y se añadirá otro grupo de tres clasificaciones sintomatológicas para establecer un diagnóstico de TEPT complejo. Los síntomas basales en este caso son la sensación de peligro, evitar recuerdos del o los eventos traumáticos y la reexperimentación en el presente. Los tres síntomas adicionales que profundizan este padecimiento, son que el paciente presenta un autoconcepto altamente peyorativo de sí mismo, conflictos durante la creación y mantención de vínculos afectivos y la desregulación afectiva. Es importante resaltar que la expresión de estos síntomas debe alterar de forma degenerativa el funcionamiento cotidiano del consultante para ser considerado como TEPT complejo. Además, es necesario tener en cuenta los factores socioculturales, cualidades personales y recursos protectores que proporciona el ambiente al paciente como variables influyentes para la declaración del diagnóstico.

### ***Contextualización***

Judith Herman (2004) expone que el desarrollo de investigaciones sobre las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos, arraigan controversias sociales al implicar el reconocimiento de la crueldad en el comportamiento humano. El trauma es provocado por la exposición a situaciones que afectan el transcurso histórico de individuos, por lo cual, la continuidad de estudios del trauma ha requerido el respaldo de movimientos sociales y políticos que exijan el resguardo de derechos previamente vulnerados. En este sentido, la autora menciona eventos fundamentales que dan forma y contenido a este tipo de investigaciones, las cuales son las agrupaciones feministas, veteranos

de guerra y secuelas en víctimas de campos de concentración, son algunas comunidades donde se inicia la observación de alteraciones psicológicas en común.

A mediados del siglo XX, se comienza a relacionar la presencia de síntomas de la histeria en mujeres que han experimentado situaciones traumáticas durante su infancia, como incesto y abuso sexual. Posteriormente, desde la II guerra mundial, se identifican alteraciones cognitivas en militares expuestos a alto estrés ambiental durante el combate, lo cual contradice las aseveraciones previas que aseveraban que estos cambios conductuales se producían como efecto de condiciones previas en las personalidades de los combatientes (Espinosa, R. 2015).

La incorporación de trastornos causados por estrés en los manuales de salud mental, evoluciona junto con la precisión sintomatológica que los diferencian. Inicialmente, se reconocen en el DSM-I como “gran reacción de estrés”, y en el DSM-II como “trastorno situaciones transitorio. En el año 1977, la OMS integra la categoría de “reacción aguda ante gran tensión”. Finalmente, en el año 1992 en el CIE-10, se presenta una nueva esfera nombrada “trastornos provocados por estrés y trauma donde se incluye el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica” (Espinosa, R. 2015, p. 5). La distinción de síntomas en los manuales es un factor que facilita enfocar los procesos terapéuticos en los elementos cruciales para abordar a los pacientes.

Poder distinguir el diagnóstico de TEPT del TEPT complejo, adecúa la elección de técnicas terapéuticas utilizadas con los pacientes que sufren de trauma complejo a diferencia de aquellos que padecen trauma simple. Como menciona Cloitre (2018), no se puede tener ambos trastornos a la vez, debido a que el trauma complejo elabora un deterioro funcional a lo largo de la vida del paciente. Por lo cual, es necesario ahondar en las formas de tratamiento efectivo en distintos contextos de países, favoreciendo el replicar estrategias metodológicas cuantitativas, la implementación de encuestas o test, y principalmente los planes de intervención de psicoterapeutas que consideran las condiciones biopsicosociales de sus pacientes. Hasta el momento, el análisis sintomático tiene gran relevancia, ya que se estipula que el TEPT complejo se manifiesta independiente de la cercanía al estímulo que propaga la reexperimentación, provocando respuestas de recursos defensivos permanentemente, de forma inadecuada, o desadaptativa que afectan la cotidianidad.

Naturalmente, el comportamiento de un individuo obedece a sistemas de acción (estructuran la personalidad y controlan la activación de funciones cognitivas como la atención, en la expresión del comportamiento), encargados de dirigir y regular el uso de funciones adaptativas a lo largo de la vida. Cuando existe un trauma en la infancia, estos sistemas no se constituyen de formas adecuadas, ya que no logran identificar cuándo y en qué situaciones activar sus funciones adaptativas. Se provoca una organización disfuncional, que persiste durante el crecimiento de la persona, y se manifiesta en los momentos de toma de decisiones voluntarias y autónomas, incluso cuando el contexto estresor desiste. Desde la perspectiva de Allport (1961), la personalidad se observa como una organización cambiante de los sistemas psicofisiológicos, que movilizan las conductas y pensamientos representativos de la persona. Lo que resulta en que la elaboración de un trauma durante el desarrollo, se expresará en una estructura desorganizada. El funcionamiento adecuado al que se hace referencia en el desarrollo normativo de un individuo, se identifica cuando:

Las actividades de la vida normal son generalmente incompatibles con aquellas de la defensa inmediata; lo mismo vale en sentido contrario. Los sistemas de acción de la vida diaria tienden así a estar inhibidos durante la amenaza (Cassidy, citado en van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K., 2005, p. 6).

Para que esta regulación se elabore, las relaciones parentales y vínculos emocionales durante el desarrollo formativo deben ser alentadores, confiables y con límites interpersonales positivos. Cuando los mecanismos regulatorios no están presentes en las etapas de desarrollo del sujeto, el resultado puede ser que este se habitúe a formas de violencia y/o adversidad, la cual puede provenir de personas como cuidadores permanentes, y/o personas que ejercen violencia sistemática fuera del vínculo familiar; como también de procesos que se viven de forma vulnerable, o con la concepción de que la propia vida está en peligro (por ejemplo, un proceso de quimioterapia administrado por varios meses). Esta estrategia adaptativa, responde frente a un estímulo adverso, como si este fuese uno de características familiares y cotidianas, de este modo, intentando alcanzar la mayor funcionalidad posible, ante la constante exposición, posteriormente obstaculizando la identificación del trauma durante la adultez e incluso al poco tiempo de enfrentarse a aquellas situaciones de riesgo. Se genera un bajo reconocimiento de los síntomas y se ausenta la capacidad de problematizar el evento

traumático, de forma que el paciente no suele buscar apoyo profesional o en su entorno para solucionar su malestar.

Por lo tanto, las formas de reconocimiento del TEPT complejo, ya sean a partir de investigaciones teóricas o prácticas, favorecen la agenciación de personas que han vivido vulneradas de forma implícita y profunda a lo largo de sus vidas, y que no tienen la habilidad emocional de dar cuenta de ello. La autoobservación de sentires y padecimientos es un paso inicial para la desinstalación de los traumas y la adquisición de herramientas y habilidades emocionales que no han sido desarrolladas.

En este sentido, las etapas de transición son claves en el desarrollo neurobiológico de una persona, como lo son la infancia, la adolescencia. Aspecto que es indicado por Maercker et al. (2022), al referirse a la alta sensibilidad de recepción a estímulos estresores en áreas cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza cingulada anterior; esta sensibilidad se encuentra activa durante la infancia, y responde al nivel de estrés excesivo al que se expone el niño o niña, por la gran cantidad de receptores de glucocorticoides (hormona que se encarga de evitar las respuestas exageradas al estrés) que existen en esta etapa. Ante situaciones continuas y repetidas de estrés, como contextos de maltrato infantil, los niveles de liberación de esta hormona aumentan considerablemente, provocando un uso desproporcionado de los receptores, generando deterioro y atrofia dendrítica, que dificulta el crecimiento de nuevas redes neuronales.

La elaboración del trauma, depende en gran medida de la neuroplasticidad, la cual se define como “la capacidad del cerebro para adaptar su estructura y función en respuesta a las demandas ambientales” (Barrero-Castillero, A., Morton, S. U., Nelson, C. A., 3rd, & Smith, V. C., 2019, citado en Maercker et al., 2022, p. 63), provocando en ciertas etapas de desarrollo un registro permanente de la sobreexplotación de recursos neuronales que responden al estrés en del sistema nervioso, desafiando y excediendo las capacidades adaptativas que el niño tiene para protegerse.

Se logra evidenciar una cantidad mínima de datos registrados principalmente en Europa, Estados Unidos y África. Los resultados de estudios anteriores son reunidos en el seminario expuesto por Maercker et al. (2022), donde exponen principalmente que, en países europeos, como Alemania, el índice de TEPT complejo, es de un 13%, y en países de África,

como Nigeria, es de un 20%. También muestran cifras correspondientes a expresos políticos (15%), y en refugiados y solicitantes de asilo (16-38%).

El mismo autor plantea que son datos tomados en distintos contextos, a partir de diferentes metodologías y selección de participantes, por lo tanto, no son datos determinantes, sino complementarios de próximos estudios. También, se considera importante añadir que, actualmente existen estudios en proceso, de la aplicación de la prueba ICT-TQ de forma adaptada a los contextos latinoamericanos (Chile y Argentina), pero existe mínimo o nulo acceso a estos estudios, probablemente por su emergencia, por lo tanto, no se puede profundizar en ellos debido a esta restricción.

La integración de TEPT complejo en la palestra investigativa, ha promovido la identificación de estrategias para el tratamiento terapéutico, que logren abordar las complejidades del trastorno, los síntomas de los consultantes y reconocer aspectos que pueden obstaculizar la continuidad del proceso. Al ser un evento reciente, aún no se han desplegado suficientes estudios que logren sugerir alguna intervención específica, por lo que Maercker, et al. (2022) indican que “Las recomendaciones generalmente han propuesto el uso de tratamientos basados en la evidencia para el TEPT, que incluyen tanto intervenciones centradas en el trauma como terapias de componentes múltiples” (pp. 63- 64). Los antecedentes en terapias con personas con TEPT pueden orientar en procesos con personas con TEPT complejo, pero en este último, se deben considerar variables personales influidas por la gravedad en síntomas y desarrollo psíquico del paciente. Las técnicas que se utilicen serán con perspectiva biopsicosocial, comprendiendo que el desarrollo de TEPT complejo interfiere en distintos niveles del paciente, “pues afecta tanto a su sistema nervioso, a sus relaciones personales y a su capacidad de autorregularse” (Serruya, C. 2023, p. 10).

Se reconocen ejes esenciales para integrar en procesos psicoterapéuticos, que son orientados en las características sintomatológicas y el resguardo integridad del paciente durante el tratamiento. Martínez, I. y López, M. (2016) mencionan que es fundamental que al comienzo y durante la terapia se dé validez al relato del paciente, intencionar el desarrollo de un vínculo terapéutico seguro, donde se fomente la expresión de su perspectiva crítica respecto al trabajo clínico, favoreciendo su proactividad y autonomía, considerando que previamente ha presentado quiebres en sus relaciones de confianza y poca legitimidad de sus afecciones. En paralelo a la construcción del vínculo con el paciente, se deben identificar los

síntomas perjudiciales que presenta, para implementar estrategias que disminuyan el impacto de los mismos en su cotidianidad, que serán complementarias a generar un espacio contenedor que aminore la aparición de eventos disociativos durante la sesión.

Otra propuesta para abordar en fases del proceso, indica que se deben incorporar los recursos protectores del paciente en el plan terapéutico, y construirlo dando relevancia a la perspectiva del paciente sobre objetivos a abordar y los tiempos que requiera para lograrlo, examinando los efectos del trauma en la dimensión psíquica, corporal, emocional y psíquica en cada sujeto (Maercker et al., 2022; Martínez, N. y López, M., 2016). Se estudia también, el tratamiento tripartito (Van der Hart et al., 2006, citado en Serruya, 2023) que distingue tres periodos del proceso, iniciando con la estabilización del paciente, en la segunda fase se abordan las experiencias traumáticas, y finalmente, estos eventos son integrados en la historia del paciente, sin ser obstáculo para la aceptación del disfrute en su vida.

En terapias clínicas, se podría considerar mayor cantidad de sesiones en comparación al TEPT, ya que las problemáticas y sus consecuencias son más profundas y complejas de trabajar, junto con la alta probabilidad de deserción o discontinuidad del proceso (Espinosa, R., 2015).

A partir de estas directrices, se formula el método de intervención dialéctico conductual específico para TEPT complejo, el cual se constituye desde intervenciones de “exposición específica del trauma con técnicas de terapia dialéctica conductual y terapia centrada en la compasión” (Maercker et al., 2022, p. 64), la cual ha resultado favorable en casos donde se ha aplicado, al igual que las estrategias terapéuticas enfocadas en el trauma. Por otra parte, se han realizado evaluaciones de la eficacia en la implementación de algunas estrategias, como Entrenamiento de Habilidades en Afecto y Regulación Interpersonal (STAIR), terapias narrativas, terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y de exposición intensiva. Las que dan cuenta que la terapia de EMDR presenta más resultados favorables, junto con terapias de componentes múltiples que integran STAIR y terapias narrativas (Cruz, M., 2019; Martínez, I., y López, M., 2016; Maercker et al., 2022; Morales, D., 2018). Estos estudios pueden ser fundamentales para considerar tratamientos psicológicos, en función de la necesidad del paciente y la mejora de los malestares que expone en el proceso, pero aún deben ser profundizados para establecerlos como adecuados para la aplicación en otros contextos terapéuticos y sociales.

Este trabajo, se centrará en los relatos de psicoterapeutas que hayan atendido pacientes con TEPT complejo, que puedan esclarecer qué perspectivas de abordaje se aplican durante los tratamientos psicológicos en CAPS. Se espera que aparezcan nuevos aspectos en la situación clínica de la psicoterapia, enfocado en métodos de modelos terapéuticos que utilizan, acogiendo reflexiones de los mismos psicólogos y psicólogas surgidas al enfrentar este tipo de casos dentro del CAPS.

Enfatizando en, ¿Cuáles son las narraciones de psicólogos y psicólogas sobre el abordaje psicoterapéutico aplicado a pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano?

Los conceptos para tratar serán abordados desde las siguientes concepciones:

**Narraciones:** Con ellas, se hace referencia al relato de las experiencias profesionales, al momento de atender a los pacientes con TEPTc. De esta forma, rescatar en la composición de lo contado, una perspectiva más completa de las metodologías utilizadas por los y las psicólogas. Como plantea Rodríguez, A. (2020) "Narrar permite al sujeto establecer un diálogo entre la realidad (sus experiencias) y los fundamentos teóricos, tanto ontológicos como epistemológicos de las ciencias sociales" (p. 186), y García-Huidobro (2016) mencionando que "la narrativa se sitúa como recurso epistemológico y metodológico en la investigación; ya que, permite a quien investiga construir de manera reflexiva el conocimiento que da cuenta del proceso realizado" (p. 157). lo cual permite utilizar las narraciones como una herramienta que sustenta lo que se busca indagar.

**Abordaje Psicoterapéutico:** Con ello, se desea poner el foco en elementos de intervención del marco psicoterapéutico, es decir, las estrategias planificadas por el profesional, en la situación clínica entre psicólogo y paciente, lo cual contiene no solo los relatos del paciente, sino la perspectiva completa en la que se sitúa el o la profesional en el proceso de tratamiento, con las elecciones de herramientas que este crea, son las más adecuadas a las necesidades del paciente. Por lo tanto, se hace referencia más precisamente a lo que mencionan Pérez, L., Parra, L. & Espinosa, I. (2014), cuando hablan del abordaje terapéutico describiéndolo como:

Técnicas y estrategias psicológicas para ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a sus problemas desde la conversación y la colaboración entre cliente y

terapeuta, en una relación marcada por el encuentro y el descubrimiento personal de nuevas maneras de percibir y reaccionar ante la realidad que cada uno de nosotros construye continuamente (p. 1).

**Trastorno de Estrés Postraumático Complejo:** Se entenderá a partir de las características propuestas por el CIE-11, mencionadas anteriormente en este documento. Además, se utilizan aportes de Judith Herman (2004), una de las precursoras del concepto de trauma complejo, para identificar pacientes con TEPT complejo:

Una exposición a un control totalitario que puede durar desde meses a años, y que generalmente incluye abuso físico y/o sexual, de la que deriva la sintomatología consistente en ‘alteraciones’ en las siguientes áreas:

1. Regulación de los afectos –disforia permanente o impulsos suicidas o autolesiones, ira explosiva o inhibición, sexualidad compulsiva o excesivamente inhibida o una alternación entre ellas–.
2. Consciencia –amnesia de los sucesos traumáticos, episodios disociativos, revivir experiencias en forma de síntomas intrusivos propios del TEPT o preocupaciones–.
3. Autopercepción –sensación de indefensión, vergüenza o culpa, o de estigma y de ser distinto a los demás–.
4. Percepciones del perpetrador –preocupación por el perpetrador o por vengarse de él, o idealización o gratitud paradójica o aceptación del sistema de valores y racionalizaciones del perpetrador, etcétera–.
5. Relaciones con los otros –aislamiento y distanciamiento y/o búsqueda constante de un rescatador, y/o fracasos constantes en la autoprotección–.
6. Sistema de significado –sensación de indefensión, desesperación, etc.–  
(Brenninkmeyer, 2017; Herman, 2004, citados en Gissi, S., 2021).

**Trauma:** Se entenderá como el “impacto psicológico que tiene un acontecimiento estresante sobre una persona y que desborda su capacidad de elaboración subjetiva. El trauma supone una amenaza para la integridad física o psicológica de una persona y tiene un efecto negativo duradero”(Hervías, P., Maroto, L & Benítez, M., 2017, p. 2). El trauma se presenta

como elemento sustancial en la definición del problema de investigación, al ser causal de los padecimientos en pacientes tratados por los y las psicólogas a entrevistar.

**Trauma Complejo:** La definición de este concepto es fundamental para contextualizar este trabajo. Su reconocimiento como parte del TEPT complejo, es uno de los principales objetivos de esta investigación. El cual, se entenderá como:

Trastorno que llega a sufrir una persona debido a la acumulación de traumatización crónica. Es un trastorno que puede generarse cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, cronificándose el daño y la sintomatología. O bien cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, experiencias traumáticas que devienen en trauma complejo por acumulación del daño (Nieto, I. & López, M., 2016, p. 88).

Para esta investigación, se reconoce la importancia de este concepto como un compuesto fundamental del trastorno, ya que este permite entender porqué se busca entregarle importancia y visibilización al trastorno (TEPTc), puesto que este “erosiona la personalidad(...) amplificando todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático simple” (Herman, J., 2004, p. 144), nuevamente refiriendo a la manifestación deteriorante con la que este tipo de trauma se instala.

### **Objetivo General**

- Indagar las narraciones de psicólogas/os, sobre el abordaje psicoterapéutico aplicado a pacientes con TEPT complejo, atendidos en CAPS UAHC.

### **Objetivos Específicos**

- Analizar cualitativamente los relatos de los/as psicólogos/as entrevistados/as.
- Identificar las perspectivas de los/as psicólogos/as, respecto a las formas de abordaje psicoterapéutico utilizadas en pacientes con TEPT complejo.
- Distinguir las estrategias de abordaje psicoterapéuticas utilizadas en pacientes con TEPT complejo, atendidos en CAPS UAHC.

### **Relevancia**

Parte importante de la relevancia de este estudio, surge de la gravedad de las consecuencias cognitivas causadas por el daño estructural que recibe el sistema nervioso, al ser expuesto a situaciones percibidas como de riesgo vital, de forma constante y repetitiva a lo largo de su vida o durante un periodo extenso de ella. Los niveles de deterioro dependerán de la etapa del desarrollo en la que se dé comienzo a la serie de eventos traumáticos. Entender desde qué momento en el ciclo vital del paciente se inicia la exposición, junto a los aspectos distintivos de desarrollo correspondiente, orientará a comprender mejor el contexto y construcción del trauma, junto con la elección de herramientas de intervención más coherentes a utilizar.

Dado el reciente reconocimiento de TEPT complejo en manuales de salud mental, se evidencian dificultades en el encuentro de antecedentes sobre prevalencia y estadísticas a nivel mundial y nacional respecto al TEPT complejo, lo cual es reflejo de la importancia en el levantamiento de nuevas investigaciones que den cuenta de aspectos cualitativos y cuantitativos respecto a métodos interventivos, experiencias sobre su padecimiento y abordaje profesional que consideren las posibles dificultades en su práctica.

## **Método y Procedimiento**

### ***Diseño***

Este trabajo se desarrollará a través del enfoque cualitativo, seleccionado por su capacidad de reunir no solo aspectos observables, sino que también de comprensión, lo cual permite recolectar una mirada más auténtica del relato de experiencias y de la formulación de opiniones y puntos de vista profesional de los participantes. Como mencionan Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A. & Zubarew, T.(2017), este enfoque:

Permite conocer, desde la perspectiva de los usuarios externos (pacientes y familias o cuidadores) o usuarios internos (profesionales, técnicos, personal de apoyo) las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones, y modos de vivenciar y actuar respecto de los servicios de salud (p. 373).

Logrando retratar técnicas y estrategias que son escogidas y planificadas durante los procesos psicoterapéuticos, según cada caso clínico. Se pondrá en práctica este enfoque de investigación, a través de una entrevista semi-estructurada como método de levantamiento de información, la cual dará cuenta de las narraciones relacionadas a las experiencias de los y las

psicólogas en el ejercicio psicoterapéutico durante el tratamiento del TEPT complejo. Esta metodología fue seleccionada para generar una instancia entre participante e investigador que facilite el diálogo, a partir de “un juego de lenguaje de preguntas abiertas y relativamente libres por medio de las cuales se orienta el proceso de obtención de la información expresada en las respuestas verbales y no verbales del individuo entrevistado” (Canales, 2006, p. 220).

### ***Criterios de selección***

Criterios de selección para los y las participantes:

- Los/as participantes deben actualmente desempeñar labores de psicoterapia clínica en CAPS UAHC.
- Los/as participantes deben tener experiencia atendiendo a personas con TEPT complejo desde el rol psicoterapéutico.

### ***Técnica de producción de datos***

El contenido será recolectado a través de una entrevista semi-estructurada, además, será revisado como parte de un diseño de investigación exploratorio, es decir, que en su complejidad no ha sido investigado, o en la relación que posee con ciertas variables y/o espacios, como lo son las perspectivas de los profesionales en el quehacer psicológico con sus pacientes. Sabino (1992), menciona que este diseño de investigación “se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado, cuando no hay suficientes estudios previos y cuando aún, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad” (p. 47).

Como alternativa de espacio psicoterapéutico se encontró el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, que entrega servicios de atención mental a estudiantes y personas externas, así, al tener acceso a sus funcionarios, será posible revisar cómo se desarrolla el fenómeno mencionado al interior del CAPS desde la perspectiva de profesionales internos, al revelar dentro de otros contextos la aparición de diagnósticos de TEPTc. Dentro de este espacio, se seleccionarán como sujetos de estudio, a los psicólogos y psicólogas disponibles en CAPS, que hayan o estén atendiendo pacientes con sintomatología asociable al TEPT complejo, ya que la información que se puede extraer de las experiencias profesionales, se considera valiosa para el registro de la dinámica psicoterapéutica que se da con este tipo de pacientes, y que no ha sido pesquisada

en otros estudios. Por lo tanto, la mirada que puedan entregar los y las participantes, se espera que pueda complementar y favorecer el conocimiento que ya se tiene del abordaje psicológico que se aplica con pacientes dentro de este espacio particular.

### ***Muestra***

Las personas entrevistadas fueron contactadas por medio de la dirección del CAPS. La muestra se constituyó por cuatro psicólogas participantes, anterior al comienzo de las entrevistas, se hace entrega de un consentimiento informado, que aclara anonimato y confidencialidad, explicitando que la sesión será grabada y será de uso exclusivo para esta investigación.

Las entrevistadas fueron contactadas entre septiembre y octubre del año 2023, siendo enviada por correo electrónico una carta de presentación a las personas convocadas dentro de CAPS, y posteriores invitaciones individualmente a cada posible participante. Las entrevistas fueron desarrolladas durante horarios a convenir para los voluntarios y voluntarias que informan desear participar, en salas de reunión de la biblioteca de la universidad, o en modalidad online según preferencia, con duraciones aproximadas de 35 a 45 minutos. Una vez grabadas las entrevistas, fueron transcritas literalmente, para su posterior análisis.

### ***Aspectos Éticos***

Se considerará en este estudio, el respeto por el contrato de confidencialidad entre los psicoterapeutas y sus pacientes; además, se cuida que no sean profesionales vinculados externamente a quienes investigan. Para estos fines, se administra la entrega de un consentimiento informado, del cual se responden dudas y consultas pertinentes, este debe ser firmado por ambas partes, participante e investigadores antes de comenzar a grabar (Anexo 1).

### **Análisis de Contenido**

Inicialmente se utilizarán las grabaciones de entrevistas como método de recolección de contenido que facilitará la transcripción de las mismas y la obtención de información respectiva. Posteriormente, se aplicará un análisis de contenido del conocimiento reunido en esta investigación, incluyendo teorías y metodologías ya revisadas. A partir de “un conjunto

de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (Bardín, 1996 citado en Cáceres, P. 2003, p. 92) se establecerá un orden de la información entregada, visualizando si existen novedades teóricas o prácticas relacionadas a las estrategias de abordaje psicoterapéutico aplicado en pacientes con TEPTc, y rescatando los puntos de vista profesionales de los psicólogos y psicólogas participantes.

La técnica de análisis de contenido será usada para buscar puntos comunes y contrapuestos entre las experiencias de los participantes. Esto se desarrollará de la siguiente manera, como lo ejemplifica Gibbs (2007) al referirse a las comparaciones caso-por-caso, revelando opiniones comunes de los participantes sobre sus estrategias de abordaje psicoterapéutico. Por ejemplo, las perspectivas teóricas que usan en ellas, o herramientas utilizadas con mayor frecuencia en estos casos.

## **Resultados**

En base a los objetivos de investigación, se llevan a cabo cuatro entrevistas a psicoterapeutas que actualmente trabajan en CAPS. A partir del relato de sus experiencias se identifican conceptos transversales que orientan el foco hacia aquellas variables consideradas relevantes dentro del proceso psicoterapéutico, estos son:

### ***Diagnóstico***

En primer lugar, algunos autores (Capurro, N. & Rada, G., 2007; Mongiat, P., 2016) visualizan el diagnóstico en salud mental como un proceso relevante para la construcción del cuadro clínico, que integra sintomatología y dolencias presentes en los pacientes en función de prescribir un tratamiento adecuado para cada caso. En el caso del diagnóstico de TEPT complejo, se ve dificultado ya que se pueden presentar síntomas de manera distinta en cada paciente (Espinoza, R., 2015).

Las entrevistas realizadas incorporan el concepto de diagnóstico desde perspectivas que dan relevancia a distintos componentes de este proceso. Se reconoce como hipótesis necesaria para encaminar el trabajo terapéutico. Además de ser una herramienta que permite focalizarse en los tipos de vínculos y el tratamiento de ellos, junto a la identificación de aquellos eventos traumáticos y relevantes en la historia de le paciente, distinguiendo

situaciones que pudieron o no tener procesos compensatorios. Como menciona una de las participantes entrevistadas para la investigación:

Si cambia. Por ejemplo, el trabajo interdisciplinario con psiquiatra, cambia también en identificar las situaciones que provocaron el daño, y qué situaciones tuvieron algún tipo de reparación y qué situaciones no la tuvieron. Creo que en eso si hay un cambio en la intervención (Participante entrevista 1, 2023).

De esta forma comentando que además este sirve para complementarse con otros tipos de disciplina de forma más asertiva. Considerándose fundamental para escoger un tipo de intervención que dé resultados.

Por otro lado, una de las perspectivas relatadas por otro participante, fue que “en las pacientes, no, no les entregamos nosotros el diagnóstico en realidad, porque tratamos de no encasillar ni etiquetar a las personas en base al diagnóstico” (Participante entrevista 2, 2023). En este sentido, se hace mención a que no se debe catalogar a las personas en su diagnóstico, a pesar de comentar que las personas con diagnóstico de TEPT complejo suelen tener ciertas características personales que en ocasiones dificultan el proceso terapéutico, y que con un diagnóstico podría facilitarse la gestión de ello.

### ***Disociación***

En segundo lugar, gracias a la información recabada, fue posible observar que el malestar principal y más evidente que se manifiesta en este tipo de pacientes son los síntomas disociativos, los cuales se encuentran a la base de la variedad de síntomas que definen el TEPT complejo, sin embargo, para uso de esta investigación serán entendidos como momentos en los cuales el paciente se distancia de la realidad presente, y deja de procesar estímulos inmediatos, para evitar emociones complejas que puedan resultar en reexperimentación del trauma, estos aparecen como una forma de proteger de la desestructuración en el sujeto, como mencionan los autores Van der Hart, Nihenjuis & Steele (2005) al hablar de la disociación estructural. Durante las entrevistas, las participantes mencionan repetidas veces que al abordar la experiencia del trauma complejo, muchas veces los pacientes dirigen la conversación instantáneamente hacia un foco distinto, o simplemente dejan de relatar sin previo aviso, como también aparecen olvidos de experiencias, vacíos, y desentendimiento. Por ejemplo, una de las participantes comenta lo siguiente:

Pero esa disociación les lleva también un poco como que, lo que uno está viendo y lo que están viviendo tampoco le toman el peso, o sea, son cosas graves y te puedo decir que no sé una paciente se ríe mientras me cuenta algo terrible (Participante entrevista 2, 2023).

Por lo tanto, se puede observar que a través de este mecanismo, se apartan del la experiencia de trauma, como forma de protección ante la respuesta corporal somática que ha quedado en relación al trauma, o también como defensa de un estímulo directamente relacionado al daño sistemático original.

Otros síntomas que se logran extraer de los testimonios, son los que están originalmente en los estudios de trauma complejo, como la reexperimentación sensorial o cognitiva de los eventos de vulneración, la evitación a temas o actividades relacionadas a la serie de eventos en cuestión, sobretodo a la fuente a agresión, la ansiedad manifestada en hiperalerta y/o crisis de pánico, el auto concepto negativo, indefensión aprehendida, un ejemplo de esto lo manifiesta otra participante cuando relata que “estas pacientes están constantemente en hiperalerta, entonces siempre está esta sensación de que algo les puede suceder, o de que están en peligro” (Participante entrevista 4, 2023).

### ***Vínculo terapéutico***

Uno de los tópicos que se consideran importantes dentro de las formas de abordaje comentadas por las participantes de la investigación, fue el refuerzo de vínculo terapéutico, como exponen Nieto & López (2016), es fundamental la construcción de vínculo en el cual el paciente se sienta en confianza con el terapeuta, se sienta seguro y escuchado, y jamás invalidado, promover las críticas constructivas hacia el profesional, de manera que juntos, puedan encontrar las herramientas necesarias para tratar el daño; y se considera relevante, porque con este tipo de pacientes, la vinculación con otros es un foco de conflicto, dificultad y defensa, debido a que estos depositaron consciente o inconscientemente su confianza en quienes fueron constituyendo el trauma durante un periodo vital extenso en el paciente. De este modo lo explica una de las participantes:

Son personas que han pasado por vulneraciones de forma sistemática, hay un sentimiento de desconfianza y también de desesperanza con el proceso, entonces ha sido en el inicio súper complejo el poder generar este vínculo, sin embargo, cuando

este vínculo se generó, yo siento que este ha sido tan potente que por eso se mantiene, por eso yo no he tenido casos que han desertado hasta el momento, porque me he mostrado también dispuesta (Participante entrevista 4, 2023).

Este tipo de experiencia se repitió en varios de los relatos compartidos por los terapeutas del CAPS, quienes mencionan que es uno de los abordajes que mejores resultados ha entregado, y que más ha aportado a lo complejo de la continuidad de asistencia a las sesiones de terapia, como lo aborda otra de las participantes, ella expone que estos pacientes “Como que todavía no tienen esta responsabilidad, pero al final siempre terminan volviendo, de alguna manera vuelven, entonces siento yo que esa esa acción es donde está el vínculo” (Participante entrevista 2, 2023), pues se manifiesta en más de una ocasión que la discontinuidad de los procesos psicoterapéuticos es un problema en estos casos.

### ***Mindfulness***

En cuarto lugar, en los relatos aparece el término *Mindfulness* como herramienta utilizada durante las terapias. Consiste en ser una técnica de meditación que busca que el paciente pueda prestar atención a su presente, disponerse para vivir la experiencia actual y la aceptación de ella, desprenderse de lo que le aqueja, teniendo claridad de la intención con que se realiza este ejercicio (Vásquez- Dextre, E., 2016), lo cual las participantes llevan a cabo con métodos como ejercicios de control de respiración, ejercicios de consciencia corporal, conectar y reconocer los factores protectores personales y de su entorno en el presente, meditaciones cortas, ejercicios de Grounding, entre otros, como relató una de las participantes:

practico un ejercicio que es al inicio o después de las sesiones, en donde hacemos un ejercicio de respiración, y con los ojos cerrados empezamos a sentir literalmente el cuerpo, como hacer conciencia corporal, como estar consiente de cómo esta tu cuerpo en el aquí y el ahora, eso es algo que estoy constantemente haciendo con mis pacientes, porque permite poder ver todo lo que se relaciona a la regulación emocional (Participante entrevista 4, 2023).

Exponiendo a partir de esto, que la autorregulación es uno de los primeros pasos para poder acceder al trauma, sobretudo en pacientes que padecen de sintomatologías muy intensas, que no permiten acercarse al mundo interno del paciente.

Mencionan que son estrategias terapéuticas funcionales en momentos donde le paciente se encuentra con ansiedad excesiva o emociones intolerables, como menciona una de las participantes: “Yo creo que lo que más me ha funcionado es volver a controlar la respiración, cuando se presentan quizás este tipo de crisis” (Participante entrevista 1, 2023).

Otras estrategias que les han dado resultados favorables son técnicas de asociación libre, educación emocional, reconocer emociones en el cuerpo, escritura terapéutica, entre otros, generando herramientas previas para abordar el trauma y momentos de acercamiento a él. Un ejemplo del uso de estas estrategias, lo relata una de las participantes:

yo trabajo en base un poco en la orientación psicoanalítica, ya entonces trabajo mucho con la asociación libre, la historicidad, entonces se vuelve un poco complejo que ellas logren problematizar. Y a su vez, darse cuenta un poco de lo que está pasando (Participante entrevista 2, 2023).

Además, se consideran estrategias de activación social de cada contexto, como evaluar si se requieren intervenciones multidisciplinarias con la escuela, familiares, judicialización. En caso de infancias y juventudes el fomentar y trabajar con sus cuidadores, en caso de vulneraciones graves romper de forma inmediata la vinculación y judicializar el caso, si es requerido refugiar a le paciente en otro entorno.

Se trabaja el vínculo terapéutico, llevando un proceso de forma contenida, acompañada y a los tiempos de cada paciente, volviendo el espacio terapéutico un contexto seguro para extenderlo a otras áreas de protección. De necesitar otros métodos de amparo se pueden adecuar los acuerdo terapéuticos, como aumento de sesiones por semana.

Tanto las técnicas de mindfulness y otras, son utilizadas y adecuadas según los intereses y necesidades de cada persona.

### ***Trauma***

En las entrevistas, se menciona de forma reiterada el término trauma, que es central para comprender las afecciones y características del TEPT complejo y su intervención terapéutica. Se reconoce que “en el momento del trauma la víctima se ve indefensa ante una fuerza abrumadora” (Herman, J., 2004, p. 63), en este sentido, los relatos identifican que el trauma repetitivo produce que el daño generado se reproduzca de manera cíclica, pues altera la manera de comprender el mundo al alterar las subjetividades de quienes lo sufren,

alojándose en el cuerpo y en la emocionalidad. Funcionando como una de los ejemplos expuestos por una de las psicoterapeutas entrevistadas:

trabajar también sobre el cuerpo, el cuerpo en el aquí y el ahora, porque mucha de la reexperimentación o todo lo que tiene que ver con la evitación venía por estímulos o por situaciones que hacían reexperimentar a estas pacientes y que las sacaba de alguna u otra forma del aquí y del ahora (Participante entrevista 4, 2023).

Por lo tanto, se recoge que el trauma en sí, se relaciona con una experiencia, más que con un factor biológico, siendo esta experiencia la que se debe resignificar en el proceso terapéutico.

Observan que las principales vivencias generadoras de trauma en sus pacientes provienen de violencia intrafamiliar, violencia transgeneracional, violencia de género y por causa de figuras de cuidado. Como relata una de las participantes, debido a esto, el trauma se puede manifestar de la siguiente forma:

Como el trauma complejo, tiene el origen en el núcleo familiar, hace que sean niños que tengan que estar mucho más hiperalerta al medio, lo que los hace niños muy muy ansiosos. El trauma complejo también, a través de una mirada psicoanalítica, tiene que pasar por el cuerpo, entonces hay rechazo a que los toquen, o a tener otro tipo de acercamiento con otras personas, eso se repite harto (Participante entrevista 1, 2023).

Además, es necesario comentar que se destaca la idea compartida por las participantes de que antes de indagar en el trauma durante la sesión clínica deben generarse estrategias de autorregulación, y considerar que en ocasiones el evento traumático no aparece de manera directa durante el proceso, pero es posible abordarlo desde tópicos relacionados indirectamente.

### ***Problematización***

Al indagar en las experiencias de los participantes, estos manifiestan como importante la acción de problematización o concientización de las dificultades y necesidades que trae consigo el trauma complejo, y no sobra mencionar que, se considera fundamental, dentro de cualquier proceso psicoterapéutico, la visibilización de las vulneraciones, obstáculos y complejidades que están provocando un malestar cotidiano e invalidante. En este sentido, se establece como relevante, el dar cuenta del deterioro emocional y cognitivo que puede

significar la experiencia sistemática del trauma y por lo tanto, de la urgencia de su intervención y acompañamiento. Como mencionan Nieto & López (2016), este tipo de comportamiento es una respuesta al trauma complejo, las cuales pueden aparecer al protegerse evitando estímulos asociados al daño y se transforman en hábitos automáticos, que pueden o no ser conscientes, por lo tanto no siempre se desarrolla el reconocimiento necesario de las propias experiencias.

A partir de lo relatado, es posible ver que en el caso de los pacientes del área psicoinfantil y adolescente, muchas veces los padres o cuidadores, no son capaces de ver la gravedad o la necesidad del tratamiento de eventos traumáticos, y no logran percibir el impacto que provoca en la actualidad, y mucho menos lo perjudicial que podrían ser a futuro y de forma persistente en la vida del menor, como comenta una de las profesionales en este tipo de caso:

estás cubriendo las necesidades de estos adultos que no logran problematizar, y de lo que yo me he podido dar cuenta, es de que no es que no quieran, sino que también hay algo de la propia experiencia que se traspasa a esta nueva generación (Participante entrevista 1, 2023)

En este sentido, la falta de problematización de los cuidadores obstaculiza el propio proceso terapéutico del infante, sin dar cuenta de que es el mismo cuidador que no problematiza esta misma ausencia, para que ese ciclo se quiebre, y se acceda de alguna forma al apoyo en salud mental, tanto para el infante como para el cuidador.

Además, también se menciona que en pacientes adultos se repite la falta de reconocimiento del daño, del abuso, y por lo tanto de sus consecuencias, conscientemente o inconscientemente, invalidan la propia experiencia, en un ejercicio de autoconvencimiento, de protección, lo cual se encuentra altamente relacionado a la sintomatología de culpabilidad e indefensión aprendida, debido a la habituación de experiencias de violencia como mecanismo de supervivencia, como plantea una de las psicólogas al consultarle por la respuesta de estos pacientes: “ellos de hecho no lo ven, incluso como que fuera tan grave. O sea, lo minimiza mucho.” (Participante entrevista 2, 2023). A nivel terapéutico, esto dificulta enormemente la intensidad de manifestación de síntomas y cómo trabajar estos, pues sin la aceptación o reconocimiento del malestar, muchas veces los pacientes no logran sentir que

necesitan alguna fuente de apoyo emocional y/o profesional, por lo tanto, no consultan, o desertan de procesos terapéuticos.

### ***Autopercepción***

También, parece relevante hacer alusión al tópico de autopercepción, el cual abarca distintas manifestaciones de los pacientes, relacionadas al bajo autoestima, la concepción negativa de sí mismo, sentimientos de insuficiencia, o también fuertes sentimientos de culpa, como menciona una de las participantes: “en los efectos de trauma, se genera mucha culpabilidad y muchas de estas pacientes también tenían esto de culparse por algunas situaciones de negligencia, de algunas situaciones que habían vivido” (Participante entrevista 4, 2023). Esto esta relacionado directamente a lo que explican Nieto y López (2016), muchas veces, estos pacientes son vulnerados de forma sistemática a través de la humillación y la vergüenza, para ejercer control sobre ellos; cuando esto se intensifica, el paciente no logra percibir valor sobre sí mismo, y se siente responsable de situaciones que no le corresponden, resultando en sentimientos de culpabilidad. Como afirma una de las entrevistadas: ““hay una autoestima bien dañada ahí, en por lo menos en las tres pacientes que tengo es así, hay una estima muy dañada desde antes” (Participante entrevista 2, 2023)

Este comportamiento fue observado por las participantes, de forma repetida en sus pacientes, tomando como formas de abordaje, la desestructuración de esos sentimientos, disolviéndose paulatinamente con trabajos de autocuidado.

### **Discusión**

A partir del proceso de investigación desarrollado, es posible confirmar que la temática de TEPT complejo efectivamente es reconocida como novedosa bajo la experiencia de las psicoterapeutas participantes, tanto así, que consideran debe existir un estudio profundo en las actualizaciones de contenido sobre el trastorno y sobre sus formas de abordaje; una de las razones de otorgarle importancia a este ejercicio es la dificultad para distinguir el diagnóstico, principalmente por las características de estos pacientes, pero también por la falta de información revisada y actualizada, puesto que sin una indagación

académica sobre este padecimiento, se han presentado confusiones con otros tipos de desórdenes, siendo una necesidad el desplegar futuras investigaciones ahondando en las diferencias, por ejemplo entre Trastorno límite de la personalidad y TEPT complejo, o entre TEPT y TEPT complejo (Marín, A. et al. 2015; Maecker, A. et al. 2022). La desventaja de esto, es que se implementen estrategias psicoterapéuticas que no son adecuadas para tratar a pacientes con trauma complejo cuando sí lo sufren, e incluso resultando en una derivación hacia otras disciplinas, como la psiquiátrica, con razón de padecimientos distintos, pudiendo dificultar el avance del proceso por una administración de psicofármacos ligados a otras molestias. Por otra parte, la serie de tratamientos recomendados para trabajar TEPT complejo aún no ha sido estudiado en profundidad, contenido que otorgaría “información importante al terapeuta y al paciente en el contexto del desarrollo de un plan de tratamiento que respalde los objetivos y preferencias de tratamiento del paciente con respecto a los problemas que desean abordar” (Maecker, A., et al., 2022, p. 67). Por otra parte, la serie de tratamientos recomendados para trabajar TEPT complejo aún no ha sido estudiado en profundidad, contenido que otorgaría “información importante al terapeuta y al paciente en el contexto del desarrollo de un plan de tratamiento que respalde los objetivos y preferencias de tratamiento del paciente con respecto a los problemas que desean abordar” (Maecker, A. et al. 2022, p. 67), vacío que es visualizado en las dificultades por parte de las participantes al momento de identificar el trastorno y decidir en cuanto a cómo proceder frente a características propias del diagnóstico como la baja adherencia y asistencia discontinua a las sesiones clínicas.

En segundo lugar, también se debe considerar la dificultad que adquiere el abordaje de este trastorno, por las características de los y las pacientes asociadas al mismo malestar, como la tendencia a la evitación. Lo importante de esto, es que resulta en una baja adherencia de los pacientes a los procesos psicoterapéuticos por no poder lidiar, consciente o inconscientemente con el trauma, además, esta consecuencia es reforzada por el elemento obstaculizador anteriormente mencionado, es decir, la falta de capacitación en los padecimientos como el TEPT complejo, lo cual indicaría que al no tener suficiente claridad sobre el funcionamiento y desarrollo de la vinculación con otros en estos pacientes, existen altas probabilidades de que estos deserten. Como se planteó durante la investigación, lo que se ha registrado hasta el momento en relación a terapias clínicas aplicadas en personas con TEPT complejo, es que podría considerarse una mayor cantidad de sesiones en comparación

al TEPT simple, ya que las problemáticas y sus consecuencias son más profundas y complejas de trabajar, junto con la alta probabilidad de deserción o discontinuidad del proceso (Espinosa, R., 2015), lo cual se enlaza con los resultados sobre vinculación terapéutica en este estudio, pues los casos que no tienen deserción son los que refieren a una vinculación trabajada profundamente por parte del terapeuta antes de tratar el trauma mismo. Esto requiere de que el terapeuta tenga en cuenta y dedique una cantidad de tiempo más extensa a la vinculación que en otros casos, con la finalidad de que el paciente disminuya el mecanismo de evitación al encontrar un espacio seguro, de confianza y plena disponibilidad en las sesiones, a diferencia de los espacios relacionados a la experiencia de trauma que generan un estado de hiperalerta.

En conjunto a la relevancia del vínculo terapéutico, se reconoce en los resultados que existen ciertas técnicas de intervención que se destacan en el trabajo clínico. La estrategia que es utilizada de manera transversal es el Mindfulness, la cual se describe por parte de las participantes desde distintos ejercicios que han demostrado resultados como disminución de síntomas en cuadros ansiosos, y un espacio funcional para reforzar el vínculo desde el reconocimiento de las emociones del paciente y la entrega de experiencias que dan espacio a la validación de estas emociones por parte de el terapeuta y a nivel personal. Se menciona que pueden variar los ejercicios según cada paciente, su disposición para realizar cada técnica y su participación dentro del campo. Las participantes identifican que los ejercicios de autorregulación son necesarios para el proceso psicoterapéutico, pudiendo ser trabajos de respiración controlada, reconocimiento de las emociones en el cuerpo y las afecciones corporales producidas por emociones no gestionadas, reconociéndose estos ejercicios como necesarios para iniciar el proceso psicoterapéutico habiendo previamente disminuido la sintomatología y regulando los cuadros insostenibles; esto es efectivo al permitir abordar de manera directa o indirecta los tópicos relacionados con el trauma, posterior a haber generado un estado emocional más estable. En este sentido, el Mindfulness obtiene resultados positivos instantáneos al trabajar en estados ansiosos, depresivos, regulación de emociones, tolerancia de malestares, entre otros (Vasquez- Dextre, E., 2016). En las entrevistas, se observa que las participantes relacionan de manera constante el trauma con la corporalidad. El reconocimiento de cómo el trauma atraviesa el cuerpo y la sintomatología generada, que

junto a la psicoeducación, son parte de los trabajos que pueden llevarse a cabo en el proceso terapéutico.

Es necesario destacar, que en los relatos de las profesionales, se expresó repetidas veces que la familia o derivados de esta, fueron elementos gatillantes o de mantención frecuente de las experiencias adversas causantes del trauma, lo cual se condice directamente a lo propuesto por la investigación desde un inicio, cuando se expone que el resultado de que esto suceda, puede ser que el paciente se habitúe a formas de violencia y/o adversidad, cuando proviene de personas como padres, familiares, cuidadores permanentes, y/o personas que ejercen violencia sistemática dentro y fuera del vínculo sanguíneo o de convivencia; y lo delicado y perjudicial de esto, como explica López-Soler (2008), es que:

cuando los abusos son muy graves (maltrato físico/emocional extremo, abuso sexual), por intensos y cotidianos (por ser el/la abusador/a una persona muy cercana como madre, padre, otros familiares), pueden afectar de forma más dramática, comprometiendo todo el desarrollo de su personalidad, ya que conforman un ambiente del que no es posible escapar, y se establece como el mundo de referencia, sin otro tipo de significados (p. 162).

Por lo tanto, según lo expuesto, este factor de origen en los espacios cotidianos e íntimos, también resulta como obstaculizador para el posterior reconocimiento de la problemática y sus síntomas, y por lo tanto, para solicitar ayuda fuera de estos ambientes.

Además, se distingue que, la ausencia de problematización de eventos traumáticos es una carencia específica observada en estos pacientes, que según relatan las participantes, resulta de la vivencia repetitiva de eventos traumáticos, donde los pacientes llegan a considerar “estos entornos como normales o como el mundo tal como es, lo que lleva a la conclusión de que la causa de sus problemas es una composición individual perturbada y no un entorno perturbado o perturbador” (Maecker, A. et al., 2022, p. 65), generando dificultades para identificar estos sucesos como experiencias traumáticas y volviéndolos como parte de su normalidad y cotidianidad, reproduciendo de manera crónica la adaptación a la situación traumática y tácticas de supervivencia (Martínez, I. & López, M., 2016). Durante los procesos terapéuticos, las entrevistadas trabajan la co-construcción del cuestionamiento de aquellas experiencias que dan origen a las dolencias acarreadas por los pacientes, siendo un proceso que avanza de forma lenta y paulatina debido a la habituación de

estos eventos repetitivos, que incluso bajo condiciones de desarrollo vital, pueden dar paso a posibles alteraciones neurocognitivas propias del trastorno, “reflejados en alteraciones funcionales y estructurales sustanciales en regiones cerebrales sensibles al estrés y sensibles a las emociones en la amígdala y el hipocampo, junto con la corteza cingulada anterior” (Maecker, A., et al. 2022, p. 63). Estas alteraciones igualmente intervienen en la regulación de las emociones, la atención, las relaciones interpersonales, los sistemas de significado y la autopercepción, por lo que lograr identificar los efectos del trauma favorecen en la transformación de sistemas de creencias, en aliviar la culpa y esperanzar ante un cambio (Maecker, A., et al. 2022; Martínez, I. & López, M., 2016).

Por otra parte, se destaca la presencia de alteraciones en la autopercepción y el desarrollo de sentimientos de culpabilidad que es persistente en el tiempo. Como mencionan Martínez, I. & López, M., (2016) la culpa se cronifica, al igual que estados emocionales como la vergüenza, la angustia, el miedo y la desaprobación personal. Estas emociones afectan la cotidianidad de las personas y su desenvolvimiento social, al interferir desde la evitación de estímulos que recuerden el trauma, por lo cual se evitan lugares y/o personas e incluso pueden llegar a paralizarse, por lo que se manifiesta una constante autolimitación. La que busca evadir las situaciones con las que no se puede lidiar. En este sentido, la culpa no solo interfiere en la autopercepción, sino que también constituye un “sentimiento de ineficiencia, sensación de daño permanente, responsabilidad, vergüenza,(...) y minimización” (Morales, D., 2018, p. 137), siendo parte de los síntomas frecuentes que conforma el diagnóstico de TEPT complejo.

Para concluir, se expresa que esta investigación presenta un acotado número de participantes, por lo cual no está orientada en ser un trabajo representativo. La información recabada en este trabajo se obtiene de una muestra delimitada, la cual, expone la necesidad de profundizar en temáticas de TEPT complejo a través de vivencias de psicoterapeutas que trabajen con el diagnóstico, y que no han sido lo suficientemente indagadas, con la finalidad de poder reconocer y adecuar las estrategias de abordaje a los distintos casos. Así, con esta investigación se puede recoger la efectividad de trabajar en profundidad el vínculo terapéutico, resultando en una mayor adherencia de estos pacientes, lo cual permite una mayor indagación del mismo padecimiento desde lo psicoterapéutico, transformando los vacíos de información actuales, como también otorgando visibilidad a las molestias que

sufren estos pacientes. Finalmente y por lo tanto, se propone la posibilidad de extender la investigación con una muestra menos acotada, ampliando la serie de experiencias posibles, pudiendo registrar las perspectivas de más psicoterapeutas que traten este nuevo trastorno.

### Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. II. Washington, DC.
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A. & Zubarew, T.(2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile* 2017, 145, 373-379.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social: introducción a los oficios*. LOM. I.S.B.N.: 956-282-840-9.
- Capurro N., D. & Rada G., G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534- 538. DOI:[10.4067/S0034-98872007000400018](https://doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018).
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, CR. , Bisson, JI., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA*.1(11). DOI: 10.1111/acps.12956.
- Cruz, M,. (2019) *Eficacia de la terapia de desensibilización y el reprocesamiento de los movimientos oculares para la disminución de los síntomas en pacientes con trastorno de estrés postraumático*. [Para optar a título de especialista en enfermería en salud mental y psiquiatría, Universidad Privada de Norbert Wiener].
- Espinosa, R. (2015). *El Diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y aportaciones para el Trauma Complejo*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia].

- García-Huidobro, R. (2016). La narrativa como método desencadenante y producción teórica en la investigación cualitativa. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 34, 155-178. DOI: 10.5944/empiria.34.2016.16526.
- Gibbs, G. (2007). El análisis de datos cualitativos en la investigación cualitativa. Morata.
- Gissi, S., (18 de Mayo de 2021). Qué es el Trauma o TEPT Complejo. *Newman Blog*. Qué es el Trauma complejo (newman.institute).
- Herman, J. (2004). Trauma y recuperación. Espasa Calpe.
- Hervías, P., Maroto, L., Benitez, M. (febrero de 2017). *Trastorno de Estrés Postraumático Complejo*. [Sesión de Congreso]. XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Interpsiquis 2017. [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- López-Soler, C., (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicología y Psicopatología Clínica*, 13(3), pp. 159-174.
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet* (London, England), 400(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2).
- Marín, A., Villameriel, R., Lamela V., Cobo, L., Rodríguez, N. & Aragón, R. (2015) Trauma temprano: entre el trauma complejo y el trastorno límite de personalidad. *Interpsiquis*. Congreso virtual internacional de psiquiatría, (16). <http://psiqu.com/1-7381>.
- Martínez, N. y López, M. (2016) Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Colegio oficial de la psicología de Madrid, 2(7), 87-104. DOI <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>.
- Mongiat, P. (2016) *Diagnosticar en psicoterapia* [Trabajo integrador, Universidad privada del norte], Facultad de humanidades y CC.SS, Departamento de psicología. <http://hdl.handle.net/10226/1762>.

- Nieto, I. & López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104.
- Organización Mundial de la Salud (1992) CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.
- Organización Mundial de la Salud (2021) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/>.
- Rodríguez, A.M.(2020) La narrativa como un método para la construcción y expresión del conocimiento. *Sophia*, 16(2) 183-195.
- Sabino (1992). Procesos de Investigación. Panapo.
- Serruya, C. (2023) Abordaje psicoterapéutico de un caso de trauma complejo. [Máster de psicología general sanitaria, Universidad Europea Madrid].
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 413–423. <https://doi.org/10.1002/jts.20049>.
- Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=pt).

**Anexos****Anexo 1****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo....., Cédula de Identidad N°..... acepto participar en el estudio “**Narraciones de psicólogos/as sobre sus experiencias en procesos terapéuticos con personas con TEPT complejo**”, y declaro lo siguiente:

1. Se me ha indicado claramente el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.
2. Se me ha informado que la participación en este estudio, de carácter voluntaria, consistirá en una entrevista semiestructurada grupal de una duración máxima de dos horas que será audio grabada.
3. Se me ha informado que la entrevista será anónima y confidencial, y que una vez transcrita, los audios se conservarán como respaldo para este estudio. Por lo tanto, reconozco que la información que he facilitado para este estudio no será usada para ningún otro propósito distinto a los objetivos expresados y en todo momento se verá resguardada mi identidad.
4. Se me ha informado que el presente estudio se suscita en de la realización de una investigación para la aprobación de las cátedras de Seminario I y II.
5. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.
6. Si requiere comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al/a la docente guía de la investigación:

Nelson Beyer Cárdenas

Email: [nelson.beyer@uacademia.com](mailto:nelson.beyer@uacademia.com)

---

**Firma de Participante**

---

**Firma Investigadores Principales**  
**(Isabel Hernández & Javiera Poblete)**

Santiago, \_\_ / \_\_ / 2023