# QUÉ ES EL TRAUMA COMPLEJO

María está sentada en mi oficina, describiendo una vida que parece exitosa desde el exterior: una carrera próspera, amistades cercanas y una pareja cariñosa. Sin embargo, bajo esta estabilidad superficial subyace un constante caos emocional contra el que ha luchado desde la infancia. Simples desacuerdos con su pareja desencadenan un miedo abrumador al abandono. El éxito en el trabajo se siente vacío porque su voz interior insiste en que está engañando a todo el mundo. Los momentos de felicidad se ven interrumpidos por la culpa y la expectativa de que algo terrible sucederá inevitablemente.

La experiencia de María ilustra un trauma complejo: no es el resultado de un único suceso terrible, sino el impacto acumulado de reiteradas experiencias infantiles que moldearon su comprensión fundamental de sí misma, de los demás y del mundo. A diferencia de la imaginería dramática que a menudo se asocia con el trauma, el trauma complejo se desarrolla con frecuencia en familias aparentemente normales, en las que las necesidades emocionales no se satisfacen, los límites no están claros o los cuidadores luchan con su propio dolor no resuelto.

## DEFINICIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO EN COMPARACIÓN CON EL TEPT POR UN ÚNICO INCIDENTE

**El diagnóstico tradicional del TEPT se centra en las respuestas a acontecimientos traumáticos específicos:** exposición a combates, desastres naturales, accidentes o delitos violentos. Estas experiencias, aunque devastadoras, suelen producirse en un contexto de estabilidad psicológica previa. La persona recuerda la vida anterior al trauma y a menudo mantiene un sentido básico de sí misma que el trauma alteró temporalmente.

**El trauma complejo funciona de forma diferente.** ***Se desarrolla cuando las experiencias traumáticas ocurren repetitivamente durante periodos críticos del desarrollo, por lo general, en la infancia.*** En lugar de alterar un sentido del yo establecido, el trauma complejo configura la propia formación de la identidad. Los niños que sufren abusos continuos, negligencia o disfunción doméstica no desarrollan síntomas de trauma, sino que se desarrollan en torno al trauma, creando personalidades organizadas en torno a la supervivencia en entornos peligrosos o impredecibles.

La investigación clínica apoya esta distinción. Los estudios de van der Kolk y sus colegas demuestran que los adultos con antecedentes traumáticos en la infancia muestran diferentes patrones de activación cerebral, regulación hormonal y respuestas al estrés en comparación con los adultos traumatizados. Estas diferencias reflejan adaptaciones del desarrollo a amenazas crónicas, más que alteraciones temporales del funcionamiento normal.

Veamos la historia de Michael. A los cuarenta y dos años, acudió a terapia por estrés laboral. Durante la evaluación, reveló una niñez marcada por los ataques de ira impredecibles de un padre alcohólico y una madre que alternaba entre la falta de disponibilidad emocional y una ansiedad abrumadora. Michael nunca experimentó lo que la mayoría consideraría abusos graves, pero desarrolló una personalidad hipervigilante, sentimientos crónicos de inadecuación y patrones de relación caracterizados por el distanciamiento emocional.

La presentación de Michael no se ajusta a los criterios tradicionales del TEPT porque ningún acontecimiento aislado causó sus dificultades. Más bien, miles de pequeñas experiencias -caminar sobre cáscaras de huevo, manejar las emociones de los padres, recibir cuidados incoherentes- crearon patrones duraderos que influyen en todos los aspectos de su vida adulta.

## EL ESPECTRO DE LOS TRAUMAS DEL DESARROLLO

Los traumas complejos existen en un espectro que va desde el abuso y la negligencia evidentes hasta formas más sutiles de trastornos del desarrollo. Este espectro nos ayuda a entender por qué algunas personas desarrollan graves problemas de salud mental a pesar de haber tenido una niñez aparentemente «normal», mientras que otras muestran una notable capacidad de recuperación a pesar de las graves adversidades.

**Extremo grave del espectro:** Abuso físico o sexual, negligencia grave, presenciar violencia doméstica, tener cuidadores con adicción activa o enfermedad mental grave. Estas experiencias crean síntomas de trauma evidentes y suelen recibir atención clínica.

**Espectro moderado:** Abuso emocional, cuidado inconsistente, parentificación (niños que cuidan de sus padres), secretos familiares, mudanzas frecuentes o interrupciones. Estas experiencias pueden no ser reconocidas como traumáticas, pero tienen un impacto significativo en el desarrollo.

**Extremo sutil del espectro:** Indisponibilidad emocional, expectativas perfeccionistas, falta de sintonía emocional, respuestas desdeñosas a las necesidades del niño. Estas experiencias suelen pasar desapercibidas, pero generan patrones duraderos de inseguridad y dificultades en las relaciones.

Comprender este espectro ayuda a explicar por qué las respuestas al trauma varían tanto. Dos niños que sufren abusos similares pueden desarrollar estrategias de afrontamiento completamente diferentes en función de factores como el temperamento, el apoyo disponible y otras circunstancias vitales. Del mismo modo, los niños que sufren traumas menos evidentes pueden desarrollar síntomas significativos si son especialmente sensibles o carecen de factores de protección.

## IMPACTO NEUROBIOLÓGICO DEL TRAUMA INFANTIL RECURRENTE

El cerebro en desarrollo se adapta a las exigencias del entorno, creando vías neuronales optimizadas para la supervivencia en circunstancias específicas. ***Los niños que sufren traumas en repetidas ocasiones desarrollan cerebros predispuestos a la detección de amenazas, la desregulación emocional y la toma de decisiones centrada en la supervivencia***.

Las investigaciones de Teicher y sus colegas demuestran que los traumas infantiles afectan a la estructura cerebral de forma mensurable. ***La amígdala –responsable de la detección de amenazas- se vuelve hiperactiva, mientras que la corteza prefrontal –encargada de la regulación emocional y del funcionamiento ejecutivo- muestra una menor activación***.

***El hipocampo, crucial para la formación e integración de la memoria, suele mostrar cambios estructurales que afectan a la forma en que se procesan y almacenan los recuerdos traumáticos***.

**Estos cambios cerebrales no son daños permanentes, sino respuestas adaptativas a entornos peligrosos.** Sin embargo, plantean retos cuando las personas intentan desenvolverse en entornos adultos más seguros. El cerebro que ayudó a un niño a sobrevivir en un hogar impredecible puede crear dificultades en relaciones adultas estables.

**El sistema hormonal también se adapta al estrés crónico. El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), que regula las respuestas al estrés, suele estar desregulado.** Algunos supervivientes de traumas

desarrollan hiperactivación crónica -escanean en busca de amenazas y reaccionan intensamente ante factores estresantes menores. Otros desarrollan hipoactivación: insensibilidad emocional y desconexión que les sirvió de protección durante la niñez, pero que les crea dificultades para relacionarse en la edad adulta.

## ESTUDIO DE CASO: LA HISTORIA DE SARAH - RECONOCER PATRONES COMPLEJOS DE TRAUMA

Sarah buscó terapia por primera vez a los veintiocho años por depresión y ansiedad, pero sus síntomas no respondían a los tratamientos estándar. Los antidepresivos le produjeron un alivio mínimo y la terapia cognitivo-conductual le ayudó temporalmente antes de que reaparecieran los viejos patrones. Los terapeutas anteriores se centraron en sus síntomas -ataques de pánico, episodios depresivos y dificultades para relacionarse- sin reconocer los complejos patrones traumáticos subyacentes.

Sarah creció en una familia de clase media que parecía funcional desde fuera. Su padre trabajaba muchas horas en un empleo exigente, mientras que su madre se ocupaba de la casa y cuidaba de Sarah y de su hermano pequeño. Para los vecinos y la familia extensa, parecían una familia normal y próspera.

A puerta cerrada, la vida era caótica e impredecible. El padre de Sarah luchaba contra una depresión no diagnosticada y una ira explosiva. Llegaba a casa agotado e irritable, y pequeños incidentes –leche derramada, televisión a todo volumen, comportamientos normales de la infancia- podían desencadenar estallidos de gritos. Sarah aprendió a monitorear constantemente el estado de ánimo de su padre y se volvió hipervigilante ante las señales más sutiles de su estado emocional.

Su madre, abrumada por la volatilidad emocional de su marido y su propia ansiedad, dejó de estar disponible emocionalmente. Se dedicaba a las tareas del cuidado –preparaba las comidas, ayudaba con las tareas escolares, se ocupaba de los horarios-, pero rara vez se implicaba emocionalmente con sus hijos.

Cuando Sarah intentaba compartir sentimientos o preocupaciones, su madre los minimizaba o desviaba la atención hacia asuntos prácticos.

El hermano de Sarah se las arreglaba convirtiéndose en el animador de la familia, utilizando el humor y el encanto para rebajar la tensión. Sarah desarrolló una estrategia diferente: se convirtió en la responsable, encargándose de las tareas domésticas y anticipándose a las necesidades

de la familia. Este papel le sirvió para ganarse la aprobación de sus padres, pero le obligó a reprimir sus propias necesidades emocionales.

***En la adolescencia, Sarah había desarrollado varios patrones relacionados con el trauma que persistirían en la edad adulta:***

- **Hipervigilancia:** Vigilancia constante de los estados emocionales de los demás e intento de evitar conflictos.
- **Supresión emocional:** Minimizar sus propios sentimientos y necesidades para mantener la estabilidad familiar.
- **Perfeccionismo:** Creer que los errores acarrearían rechazo o abandono.
- **Cuidar de los demás:** Sentirse responsable de las emociones y el bienestar de los demás.
- **Confusión de identidad:** Tener poco sentido de su yo auténtico más allá de su papel familiar.

Estos patrones cumplían funciones protectoras durante la niñez, pero crearon dificultades significativas en las relaciones adultas y en el autocuidado. Sarah tenía problemas en las relaciones íntimas porque no podía dejar de vigilar el estado de ánimo de su pareja o de reprimir sus propias necesidades. El éxito profesional se sentía vacío, debido a que temía constantemente ser «descubierta» como una persona inadecuada. Las amistades seguían siendo superficiales, ya que Sarah se centraba más en dar apoyo que en recibirlo.

Los enfoques terapéuticos tradicionales pasaban por alto estos patrones subyacentes, puesto que se centraban en los síntomas superficiales en lugar de en las adaptaciones del desarrollo que los creaban. La depresión y la ansiedad de Sarah eran síntomas de alteraciones mucho más profundas en su sentido del yo y en su capacidad para establecer relaciones sanas.

## EN QUÉ SE DIFERENCIA EL TRAUMA COMPLEJO DE OTROS TRASTORNOS MENTALES

**El trauma complejo suele diagnosticarse erróneamente, porque sus síntomas se solapan con los de muchos otros trastornos mentales.** Entender las diferencias ayuda a explicar por qué a veces los tratamientos estándar fracasan y por qué se hacen necesarios enfoques informados por el trauma.

**Depresión:** Aunque los supervivientes de un trauma a menudo experimentan síntomas depresivos, la dinámica subyacente difiere

significativamente. La depresión tradicional puede responder bien a la reestructuración cognitiva y a la activación conductual. La depresión compleja relacionada con el trauma con frecuencia se deriva de una profunda vergüenza, alteraciones de la identidad e impotencia aprendida que requieren enfoques especializados.

**Trastornos de ansiedad:** La ansiedad relacionada con el trauma suele implicar hipervigilancia y conductas de búsqueda de amenazas que cumplían funciones protectoras durante la infancia. Los tratamientos estándar de la ansiedad centrados en el desafío del pensamiento pueden pasar por alto la naturaleza adaptativa de estas respuestas y la necesidad de abordar las preocupaciones de seguridad subyacentes.

**Trastornos de la personalidad:** Muchas presentaciones traumáticas complejas se etiquetan como trastornos de la personalidad, en particular, el trastorno límite de la personalidad. Aunque existe un solapamiento significativo, la perspectiva del trauma enfatiza que los patrones de la «personalidad» a menudo representan adaptaciones del desarrollo más que rasgos de carácter fijos. Esta distinción afecta al enfoque del tratamiento y al pronóstico.

**Abuso de sustancias:** Los supervivientes de traumas suelen consumir sustancias para sobrellevar emociones abrumadoras, recuerdos intrusivos o dolor crónico. El tratamiento de la adicción sin abordar el trauma subyacente suele conducir a una recaída, ya que las sustancias cumplían funciones esenciales de autorregulación.

**Trastornos alimentarios:** Los traumas complejos contribuyen habitualmente a los trastornos alimentarios a través de múltiples vías: el uso de la comida para apaciguarse, el control como respuesta a la impotencia o la disociación corporal tras el abuso. El tratamiento requiere abordar tanto las conductas alimentarias como los patrones traumáticos subyacentes.

La diferencia clave radica en entender los síntomas como adaptaciones y no como patología. Este cambio de perspectiva abre posibilidades de curación que honran tanto el valor de supervivencia de las respuestas traumáticas como la necesidad de crecer más allá del modo de supervivencia.