

Trabajo final de Grado

Modalidad: monografía

El Trastorno por Estrés PosTraumático Complejo.

**Posibles abordajes clínicos desde
la psicoterapia corporal y la psicotraumatología**

Diciembre 2025

Estudiante: Leticia Ivonne Soto Benítez

C.I.: 3825097

Docente Tutor: Prof. Adj. Mag. Luis Gonçalvez Boggio

Docente Revisor: Prof. Adj. Dr. Jorge Bafico

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 3 |
| 1. Introducción | 4 |
| 2. Trauma complejo | 4 |
| 3. TEPT Complejo (<i>Complex PTSD</i>) | 7 |
| 4. TEPT-C y disociación | 12 |
| 5. Terapéutica del TEPT-C | 16 |
| 5.1 Ventana de Tolerancia | 17 |
| 5.2 El modelo trifásico | 19 |
| 5.2.1 Estabilización (Fase 1) | 20 |
| 5.2.2 Rememoración (Fase 2) | 26 |
| 5.2.3 Integración (Fase 3) | 28 |
| 5.3 La ventana de tolerancia en las Fases del Tratamiento del Trauma Complejo | 31 |
| 5.4 Modelos dinámicos y protocolos integrativos para el abordaje del TEPT-C | 32 |
| 6. Cuidados éticos y deontológicos | 38 |
| 7. Conclusiones | 41 |
| 8. Referencias bibliográficas | 42 |

Resumen

El presente trabajo aborda el trauma complejo, tomando como referencia el concepto propuesto por Judith Herman, quien introdujo el término Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C). A partir de esta base, se integran las perspectivas de autores como Bessel van der Kolk, Peter Levine, Charles Figley y Onno van der Hart, quienes amplían la comprensión del trauma desde una mirada psicobiológica, relacional y somática.

El estudio realiza un recorrido por las principales características del TEPT-C y las fases terapéuticas para su abordaje: estabilización, rememoración y procesamiento del trauma, integración de las partes disociadas y rehabilitación social. Asimismo, se analizan protocolos integrativos basados en el modelo trifásico de tratamiento del trauma, que buscan intervenir de manera segura y gradual dentro de la ventana de tolerancia del paciente. Dichos protocolos favorecen la autorregulación emocional, la integración de las experiencias traumáticas y la reconstrucción del sentido de identidad.

Se enfatiza la importancia de reducir el riesgo de retraumatización y de promover un proceso de sanación auténtico y sostenido, que permita la recuperación de la identidad, la seguridad y la conexión interpersonal.

Palabras clave: trauma complejo, TEPT-C, modelo trifásico, abordajes integrativos, ventana de tolerancia.

El Trastorno por Estrés PosTraumático Complejo. Posibles abordajes clínicos desde la psicoterapia corporal y la psicotraumatología

1. Introducción

El TEP-C se trata de un trastorno de sintomatología compleja y que presenta frecuentemente situaciones de riesgo -sobredosis y/o consumo problemático, autolesiones, IAE, suicidios, conductas violentas, etc.-. Además, es un trastorno que de no ser atendido por profesionales especializados tiende a la cronicidad.

Frecuentemente no se diagnostica a tiempo y de forma adecuada, recibiendo, por tanto, diversos tratamientos que no resultan efectivos. Asimismo, es un trastorno complejo que no responde a los tratamientos que se utilizan más frecuentemente para otras condiciones clínicas, como son los psicofármacos, las terapias psicodinámicas, breves o focales más habituales. Incluso, en algunos casos, está documentado que dichos tratamientos no solamente no mejoran al paciente, sino que pueden empeorarlo.

En dicho contexto, y teniendo en cuenta que existen solo opciones de tratamiento psicoterapéutico que sí han demostrado ser eficaces a nivel internacional (en la psicotraumatología contemporánea y en la psicoterapia corporal), resulta fundamental un diagnóstico temprano, una derivación adecuada, disponibilidad de tratamientos de avanzada y que puedan ser sostenidos en el tiempo.

En nuestro país, hay dificultades en todas estas cuestiones; las evaluaciones no son adecuadas, las opciones de tratamiento más avanzadas no están disponibles, o lo están solamente en el contexto de la atención clínica privada, lo que dificulta la accesibilidad para la enorme mayoría de pacientes con TEPT-C, siendo éste un problema de gran relevancia científica, técnica y social para nuestro país y para la región.

2. Trauma Complejo

La definición de trauma complejo es un concepto en evolución que ha sido enriquecido por múltiples perspectivas, cada una destacando una dimensión diferente de su profundo impacto. No existe una única definición universal, sino un conjunto de contribuciones que,

en conjunto, pintan un cuadro comprehensivo de esta noción.

A continuación, voy a detallar las perspectivas de alguno de los principales autores de la psicotraumatología contemporánea, mostrando cómo cada uno aporta una pieza clave al rompecabezas del trauma complejo.

Judith Herman: la fundación relacional y diagnóstica

Judith Herman es la figura central y quien acuñó el término “trastorno de estrés postraumático complejo” (*Complex PTSD*). Su definición es marcadamente relacional y social. Herman (2004) define al trauma complejo como un síndrome que surge de la exposición a una experiencia de cautividad prolongada y repetida de naturaleza interpersonal, donde la víctima no tiene un escape posible y viable. A diferencia del TEPT, que se centra en un evento único y sus síntomas, la definición de Herman enfatiza una serie de disfunciones sistémicas más amplias que afectan la identidad y las relaciones, lo que ella denominó *DESNOS* (Trastorno de Estrés Extremo No Especificado), que implica:

- Alteraciones en la regulación emocional.
- Disturbios en la identidad y la percepción de uno mismo.
- Dificultades en las relaciones interpersonales.

La tesis central de Herman es que el trauma complejo ocurre en un contexto de desequilibrio de poder, como el abuso infantil crónico o la violencia doméstica, donde la víctima está bajo el control del perpetrador, lo que impide una respuesta de huida o de lucha.

Bessel van der Kolk: el vínculo neurobiológico y del apego

La perspectiva de Bessel van der Kolk amplía la definición de Herman al vincular el trauma complejo con sus efectos a nivel neurobiológico y en los patrones de apego. Para van der Kolk (2017) el trauma no es sólo un recuerdo, sino una experiencia que “*reorganiza el cerebro y el cuerpo*”, utilizando el término “trauma de desarrollo” para referirse al impacto de la adversidad temprana en la infancia, que es la causa más común del trauma complejo.

Su definición enfatiza que el trauma complejo:

- Altera la capacidad del cerebro para regular las emociones.
- Interfiere con el desarrollo del apego seguro, lo que lleva a patrones de relación desorganizados.
- Desconecta la conciencia del cuerpo y las sensaciones internas (propiocepción).

En esencia, van der Kolk ve el trauma complejo como un trastorno del desarrollo y la regulación, donde la persona no ha podido desarrollar las habilidades necesarias para sentirse segura en su propio cuerpo, o en el mundo, debido a una constante amenaza temprana.

Peter Levine: la perspectiva fisiológica de la experiencia somática

Peter Levine a través de su modelo de *Somatic Experiencing*, define el trauma desde una perspectiva puramente fisiológica y energética. Levine (1999) postula que el trauma no es la experiencia en sí, sino “*el residuo de una energía biológica no liberada*” que queda atrapada en el sistema nervioso. Su trabajo se basa en la observación de que los animales, al enfrentarse a una amenaza, completan la respuesta de lucha o huida.

La definición de Levine para el trauma complejo es la de un sistema nervioso que se ha quedado crónicamente en un estado de congelación (respuesta de inmovilización), incapaz de completar su respuesta de supervivencia. El trauma complejo, en esta visión, es un estado de disfunción crónica donde el cuerpo está atrapado en un ciclo de inmovilidad y/o de hiperactivación, manifestándose como síntomas físicos inexplicables, dolores crónicos y un constante estado de alerta.

Charles Figley: la expansión relacional y sistémica

Aunque Charles Figley no propuso una definición formal del trauma complejo en los términos de Herman o van der Kolk, su trabajo es crucial para entender el impacto relacional y sistémico del trauma crónico. Figley (1995) acuñó los términos de “trauma vicario y traumatización vicarizante” (*vicarious traumatization*) y “desgaste por empatía” (*compassion fatigue*) para describir la carga emocional que los cuidadores, terapeutas y otros profesionales experimentan al trabajar con personas que han sufrido traumas graves y complejos.

La contribución de Figley a la definición de trauma complejo reside en su reconocimiento

de que el trauma no es un evento aislado que sólo afecta a la víctima. El trauma complejo crea una “*red de dolor*” que puede “contagiar” y expandirse a aquellos que se preocupan y ocupan por el sobreviviente del trauma primario, lo que subraya la naturaleza profundamente interpersonal y sistémica de esta condición.

Onno van der Hart: la disociación estructural de la personalidad

Onno van der Hart y sus colegas (van der Hart, Nijenhuis y Steele; 2006) ofrecen la definición más detallada y estructurada del trauma complejo, centrándose en el fenómeno de la disociación. Ellos proponen que la personalidad no se fragmenta al azar, sino que se divide en subsistemas con funciones específicas para manejar la experiencia traumática.

Su modelo de Disociación Estructural de la Personalidad define al trauma complejo como una condición en la que la personalidad se divide en:

- Una “Personalidad Aparentemente Normal” (PAN): una parte de la persona que se encarga de las tareas cotidianas y evita la consciencia del trauma.
- Múltiples “Personalidades Emocionales” (PE): partes que contienen los fragmentos de la memoria traumática, las emociones y las respuestas de lucha, huida o congelación.

Desde esta perspectiva, el trauma complejo no es solo una condición, sino la estructura misma de una personalidad fragmentada que se desarrolló como una adaptación a un entorno crónicamente amenazante.

3. TEPT Complejo (*Complex PTSD*)

En su libro *Trauma and Recovery* (1992) Judith Herman crea la noción de DESNOS (*Disordes of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) para dar cuenta de los trastornos de estrés postraumáticos extremos que no estaban especificados. Herman propuso este concepto para dar un nombre y una estructura diagnóstica a los síntomas complejos y crónicos que observaba en personas que habían sufrido traumas repetidos y prolongados, como el abuso sexual o físico en la infancia, la tortura o el cautiverio.

La creación de DESNOS fue un intento de clasificar este tipo de trastorno de manera diferente al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) “clásico”, que -en ese momento- se

basaba en la reacción a un evento traumático único y agudo. Herman argumentó que los traumas de larga duración causan un daño más profundo y generalizado, afectando no sólo la reacción al evento en sí, sino también el desarrollo de la personalidad, la regulación emocional y las relaciones interpersonales.

Aunque el término DESNOS no fue oficialmente adoptado en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), sus ideas sentaron las bases para el posterior desarrollo del concepto de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), que sí fue incluido en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición) como un diagnóstico formal.

A partir de los trabajos de J. Herman, B. van der Kolk, ya otros autores e investigadores del trauma, postulan el diagnóstico de TEPT-C, y lo definen como una forma progresiva e insidiosa de desorden vital que invade y erosiona la personalidad, como consecuencia de una exposición prolongada y repetida a eventos traumáticos. Como es el caso de abuso interpersonales prolongados y severos, en que situaciones traumáticas se produjeron repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condicionó el desarrollo de la personalidad del sujeto implicado en dichas situaciones.

A diferencia del TEPT simple, que surge de un evento traumático único, el TEPT-C se origina en situaciones de trauma crónico, como el abuso físico o sexual en la infancia, la violencia de pareja, la tortura o la esclavitud. Estos traumas, a menudo infligidos por una persona en una posición de poder o confianza, causan daños profundos en la identidad y en la capacidad de la persona para funcionar en la vida diaria. Es decir, el TEPT-C proviene de experiencias repetitivas y prolongadas (como el abuso sexual sufrido en la infancia, la violencia doméstica, la prisión prolongada en instituciones totales en donde se sufre de tortura y humillaciones múltiples, etc.).

El TEPT simple se caracteriza por síntomas como la reexperimentación del trauma y un estado de alerta aumentado, mientras que el TEPT-C incluye problemáticas adicionales como dificultades de regulación emocional, conductas auto y hetero agresivas, relaciones interpersonales disfuncionales, etc.

Según J. Herman (2004), la sintomatología del TEPT-C incluye:

- Alteraciones en la regulación afectiva: dificultad para manejar las emociones, lo que puede manifestarse en una disforia permanente, impulsos autodestructivos o ira explosiva.
- Alteraciones en la consciencia: amnesia de los sucesos traumáticos, episodios disociativos, despersonalización y revivir las experiencias en forma de síntomas intrusivos.
- Alteraciones en la autopercepción: sentimientos crónicos de culpa y vergüenza, una sensación de indefensión, y la creencia de ser diferente a los demás.
- Alteraciones en las relaciones con los otros: dificultades para mantener relaciones íntimas, tendencia al aislamiento social y una búsqueda constante de un “salvador”.
- Alteraciones en el sistema de significado (de producción de sentido vital): pérdida de la fe y la esperanza, y una visión fatalista de la vida.

Para Herman el trauma complejo tiene un impacto profundo en la psicología y en el SNA, afectando la vitalidad, la capacidad de disfrutar de las relaciones íntimas, alterando la biología, incluso pudiendo afectar el sistema inmunológico. Los eventos traumáticos complejos (abusos interpersonales prolongados y severos), que amenazan la vida y la integridad física impactan en las sensaciones de seguridad y de conexión del SNA (sistema nervioso autónomo), exceden las adaptaciones cotidianas y requieren un tratamiento complejo.

B. van der Kolk (2017) redefine el trauma complejo como una condición psicobiológica que desorganiza la conexión entre la mente, el cerebro y el cuerpo. Su trabajo es una llamada a la acción para que los psicoterapeutas miren más allá de los síntomas mentales y se centren en las vías somáticas para lograr una curación profunda y duradera.

Tal como lo plantea L. Udaquiola (2024) en su Trabajo Final de Grado, el tratamiento del trauma complejo requiere técnicas psicoterapéuticas específicas y, a diferencia del TEPT, no puede resolverse en procesos focales breves.

En sus más recientes investigaciones sobre el trauma B. van der Kolk (2017) argumenta que a diferencia de las terapias tradicionales que se centran en la narrativa, el trauma se almacena en el cuerpo, en el sistema nervioso y en las vías hormonales. *“The Body Keeps the Score”* (el cuerpo “guarda la cuenta”) en la memoria somática que puede manifestarse en síntomas físicos, en sensaciones y en una incapacidad para sentirse seguro en el

propio cuerpo.

En lo que respecta al TEPT-C, B. van der Kolk (2017) concluye:

- a) **La neurobiología del trauma:** su investigación ha demostrado que el trauma crónico altera el cerebro a nivel neurobiológico. Se ve afectada la ínsula, el área cerebral responsable de la autoconciencia, lo que puede llevar a una “falta de sensibilidad hacia uno mismo”. También se produce una disfunción en los circuitos frontales-subcorticales, lo que afecta la capacidad de regular las emociones, concentrarse y mantener relaciones de confianza.
- b) **El fracaso de la terapia exclusivamente verbal:** van der Kolk es crítico con las terapias de exposición prolongada y las terapias de conversación que no abordan los síntomas somáticos del trauma. Sostiene que estas terapias, si bien pueden reducir la angustia en algunos casos, no conducen a una verdadera “integración” del trauma, ya que el mismo no es un problema puramente cognitivo. En cambio, propone que el tratamiento debe implicar experiencias que contradigan profunda y visceralmente la impotencia, la rabia o el colapso que resultan del trauma.
- c) **Los enfoques de tratamientos novedosos:** en su búsqueda de terapias más efectivas, van der Kolk ha explorado y promovido una variedad de enfoques, incluyendo EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares), diversas psicoterapias corporales y el yoga, así como el uso potencial de psicodélicos en la terapia. Estos métodos se centran en ayudar al paciente a “volver a habitar su cuerpo” y a desarrollar un sentido de dominio físico y conciencia de quiénes son, buscando un sentido posterior a las experiencias traumáticas complejas.

Si bien el SPIA (Sistema de Procesamiento de la Información Adaptativo) de la corriente teórico-técnica EMDR (Shapiro; 2004) ha sido uno de los modelos -estudiados comparativamente- que mejor facilita el procesamiento de los recuerdos traumáticos, promoviendo una integración adaptativa de los mismos, en el abordaje del TEPT-C no siempre podrá usarse dentro de la ventana de tolerancia del paciente (su zona de activación óptima), como desarrollaremos más adelante. En este sentido, tanto los conceptos y técnicas de *Somatic Experiencing*, desarrollados por P. Levine (1999, 2012), y la teoría polivagal propuesta por S. Porges (2018), así como la instrumentalización clínica del enfoque polivagal desarrollada por D. Dana (2019), van a ser herramientas importantes

para poder trabajar con los pacientes dentro de su ventana de tolerancia, así como una buena base de principios para poder trabajar con pacientes con TEPT-C desde protocolos integrativos con una mayor grado de suavidad, humanidad, humildad, consistencia, rigurosidad y compromiso ético.

Para un clínico que trabaja con este enfoque será importante proporcionar una comprensión psicológica y fisiológica de cómo y por qué los pacientes con TEPT-C se mueven a través de un ciclo continuo de movilización, desconexión y conexión social.

Características principales de los pacientes con TEPT-C

- Gran dificultad de lidiar con los afectos.
- Imposibilidad de calmarse (sólo lo logran con drogas).
- Tendencia a las autolesiones.
- Dificultad de la modulación de la ira y de la auto destructividad.
- Actividad sexual compulsiva en un intento de manejar sus emociones.
- Sensación de culpa y de vergüenza crónicas.
- Se tiene una visión negativa de sí mismo con sentimientos invasivos de impotencia y de desconfianza.
- Tienen alteraciones en los sistemas de confianza, con gran imposibilidad de confiar en otros y con poca disponibilidad de sentir intimidad con los demás.
- Desarrollan una tendencia a las somatizaciones: sufren de dolencias físicas sin explicación médica, pueden tener trastornos de alimentación y del sueño.
- En el plano de la memoria pueden predominar amnesias disociativas o recuerdos traumáticos almacenados disfuncionalmente, por lo general desde la infancia.
- Recuerdos implícitos (pre-conscientes o no conscientes) de intentos frustrados de relacionarse con los cuidadores, lo cual da lugar a patrones inseguros y desorganizados para relacionarse con otras personas, junto a escasas habilidades de regulación afectiva.
- Recuerdos explícitos de acontecimientos traumáticos específicos (experimentados muchas veces como “revivencias”).
- Defensas psicológicas disociativas, de evitación, de idealización y desidealización.
- Patrones de comportamiento adictivos.

- Estructura de la personalidad disociativa que incluye estados mentales separados, que se experimentan como “yo” (alters) separados, diferentes estados de ánimo que pueden no ser en absoluto conscientes los unos de los otros, o ser parcialmente co-conscientes.

Muchas veces un sobreviviente de una situación traumática compleja, pero que no fue diagnosticado con TEPT-C, a menudo entra en tratamiento psicoterapéutico con muchas capas de síntomas no resueltos:

- TEPT prolongado (crónico) o con múltiples síntomas postraumáticos (de traumas de “t” pequeña) que no remiten, pese a varias historias de procesos psicoterapéuticos anteriores y pese al uso prolongado de psicofármacos.
- Todo un rango de síntomas o trastornos disociativos.
- Síntomas crecientes de aislamiento, evitación, anestesia, alexitimia y/o anhedonia.
- Disminución de la capacidad de confiar en las personas y diversos problemas de apego.
- Dificultad de gestionar su vida cotidiana.

4. TEPT-C y disociación

La relación entre trauma complejo y disociación es quizás una de las áreas más críticas y fascinantes de la psicotraumatología contemporánea. Si bien J. Herman nos proporcionó una conceptualización inicial del trauma complejo, y P. Janet de la disociación, su comprensión como un mecanismo de defensa primordial, es lo que realmente permite explicar la profunda fragmentación de la personalidad en los supervivientes de traumas crónicos. En este sentido, el trabajo de autores como Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis y Kathy Steele con su teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad es fundamental. La disociación, según esta perspectiva, no es simplemente un síntoma, sino una respuesta adaptativa del organismo para manejar una experiencia abrumadora. Como explican van der Hart, Nijenhuis y Steele en *El Yo Atormentado* (2006), la personalidad del individuo se divide en “partes” o subsistemas psicobiológicos para poder continuar funcionando. Estas partes se agrupan en dos grandes categorías:

1. **La Personalidad Aparentemente Normal (PAN):** esta parte se encarga de las tareas cotidianas y de la vida “normal”, como el trabajo, las relaciones y las

responsabilidades. Su principal función es evitar la consciencia plena de los recuerdos traumáticos para poder seguir funcionando.

2. **Las Personalidades Emocionales (PE):** estas partes contienen la memoria, las emociones y las respuestas psicobiológicas asociadas al trauma. Se quedan “fijas” en el tiempo del trauma y su función es defensiva, ya que retienen las respuestas de lucha, huida, congelación o sumisión (derivadas de situaciones de incontrolabilidad y/o inescapabilidad, características en el TEPT-C).

La gravedad del trauma complejo, especialmente el que se origina en la infancia más temprana, se corresponde con un mayor grado de disociación estructural. Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006) proponen tres niveles de disociación:

- Primaria: la disociación más simple, que se da en el TEPT. Hay una PAN y una PE, y la principal alteración es la intrusión de recuerdos traumáticos en la vida cotidiana.
- Secundaria: asociada al trauma complejo, donde hay una PAN y varias PE. Cada PE puede estar especializada en una respuesta traumática (v.g.: un alter de lucha, otro de huida, etc.). Esto explica la variedad de síntomas disociativos y la aparente inconsistencia en el comportamiento del superviviente.
- Terciaria: la forma más grave de disociación, característica del Trastorno de Identidad Disociativo (TID), -que excede las posibilidades de abordaje en este TFG-. En este caso, no sólo hay múltiples PE, sino que también la PAN se fragmenta, dando lugar a múltiples personalidades aparentemente normales.

El modelo de van der Hart y sus colegas proporciona un marco conceptual robusto para entender cómo la disociación es el mecanismo central que subyace a la sintomatología del trauma complejo. El tratamiento, por lo tanto, no se limita a “procesar” el trauma, sino a facilitar la comunicación y la cooperación entre las diferentes partes de la personalidad, un proceso de “integración” que es, en esencia, lo contrario de la disociación.

Los síntomas de disociación en una persona traumatizada pueden manifestarse en diversa profundidad o intensidad: sentirse o estar en el aire, perdido, confundido, separado de las sensaciones, “sin cuerpo”. La disociación sirve para mantenerse alejado de las sensaciones del cuerpo, y está dirigida a aguantar la hiper excitación en marcha, a tolerar y dejar pasar el tiempo mientras llega alguna posibilidad de escapar de las situaciones

traumáticas. Dentro de los mecanismos de disociación podemos incluir además la negación que implica la desconexión de los sentimientos y/o las memorias del evento traumático

Cuando trabajamos con un paciente con TEPT-C la mayoría de las veces vamos a ver una conexión entre trauma y memoria, síntoma y disociación. Gonçalves Boggio (2004) plantea que *“en la historia del síntoma disociativo habitualmente los pacientes nos muestran ‘tomos de su historia’, pero hay algunos que están borrosos o que nos faltan”*. Hay un motivo de consulta manifiesto que refiere a lo que el paciente dice sobre su padecimiento. Hay un motivo de consulta latente que es una construcción y un descubrimiento en el que el psicoterapeuta participa también en esa reconstrucción, no sólo a partir de una narrativa. Hay una jerarquía primaria o secundaria que le da el paciente a su malestar y al grado de influencia que éste tiene en su vida cotidiana. *“En trauma complejo siempre es más importante el motivo latente que el manifiesto”* (Gonçalves Boggio, 2024).

Si hay una disociación importante en el cuadro clínico inicial del paciente con TEPT-C, pueden surgir ciertos problemas durante el desarrollo del proceso psicoterapéutico:

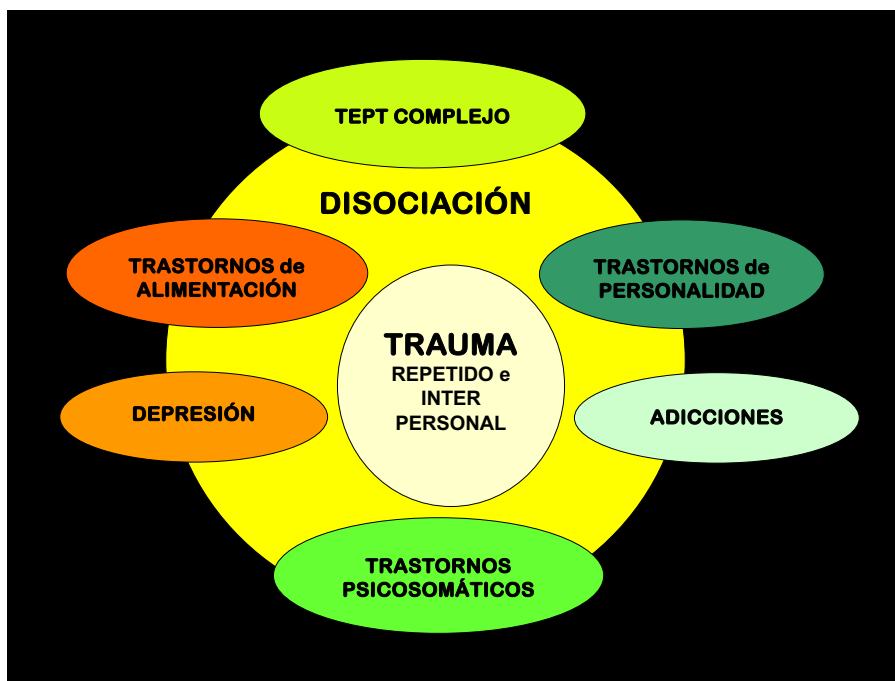
- Fragilidad frente a la emergencia de abreacciones emocionales al desmontar la defensa disociativa.
- Relaciones disfuncionales entre los “estados del yo” (estados que tienen diferentes objetivos y diferentes grados de co-consciencia y/o disociación entre ellos).
- Complejidad de la transferencia y de la contratransferencia en la relación psicoterapéutica.
- Dificultad para mantenerse adheridos a un contrato de terapia (pueden existir motivos y contratos de terapia muy distintos entre las partes separadas de la personalidad y entre algunas de las partes y el psicoterapeuta).

Los pacientes con TEPT-C buscan distintos tipos de medios para evitar que salgan a la superficie los recuerdos disociativos y las emociones que los acompañan, derivando dichas “soluciones” en:

- Trastornos compulsivos (bulimia, comer de modo compulsivo, consumo compulsivo de pornografía, exceso de trabajo, ludopatía, etc.).

- Uso y abuso de sustancias que pueden derivar en trastornos adictivos (a la comida, al sexo, al porno, al trabajo, al alcohol, a drogas lícitas o ilícitas).
- Comprobación compulsiva con excesos de preocupación por determinadas temáticas.
- Uso excesivo o mal uso de procedimientos médicos o de sesiones de psicoterapia.

En el *workshop* internacional “Trauma y Memoria”, del que tuve oportunidad de participar en el año 2023 en el TEAB (Taller de Estudios en Análisis Bioenergético, Montevideo / Uruguay), Gonçalves Boggio esquematiza de la siguiente manera la relación entre trauma complejo, disociación y síntomas:



Una de las características centrales de los pacientes con TEPT-C es que tienen partes disociadas de su personalidad. Poder desarrollar una relación psicoterapéutica desde un patrón de apego seguro (Di Bártolo; 2016) que le permita al paciente con TEPT-C sostener el proceso psicoterapéutico en todas sus fases, va a implicar necesariamente, según Gonçalves Boggio (2024):

- La necesidad de conocer, incluir e integrar su sistema de partes (alters).
- Desarrollar el mayor grado de co-consciencia entre las partes del sistema.
- Aprender qué situaciones desencadenan *flashbacks* intrusivos, síntomas de hiper

activación (*hyperarousal*) o conductas evitativas, embotamiento o anestesia (*numbing*).

- Tomar consciencia de los *triggers* (desencadenantes) de los estados de movilización e inmovilización defensivas.
- Aprender habilidades de contención, integración y estabilización tanto dentro del *setting* psicoterapéutico como fuera del mismo (desarrollando habilidades para lidiar con los riesgos y desafíos emocionales, conductuales y relacionales de la vida cotidiana).

5. Terapéutica del TEPT-C

En Trauma y Recuperación (2004) J. Herman explora las principales tesis sobre el impacto del trauma en las personas. Uno de los puntos claves es que el trauma psicológico es inseparable de su contexto social y político. La autora sitúa su trabajo en el movimiento feminista y la “historia olvidada” de los trastornos traumáticos, señalando que factores culturales y políticos han impedido que el trauma sea reconocido públicamente.

Herman (2004) establece un paralelismo entre horrores privados como el abuso doméstico y horrores públicos como la guerra. Sostiene que tanto las víctimas de violencia doméstica como los veteranos de guerra experimentan síntomas similares. Una tesis fundamental del libro es que el trauma causa una desconexión profunda en las personas, que se manifiesta en la fragmentación de la memoria y la sensación de que el evento traumático se repite continuamente. Para Herman, la recuperación se basa en la reconexión: la víctima necesita recuperar su sentido de seguridad, su poder y su conexión con la comunidad.

Desde la perspectiva del abordaje de Gonçalves Boggio (2019), sistematizado en su estudio sobre estrategias psicocorporales para el abordaje del TEPT en una población de uruguayos retornados¹ una de las claves para el abordaje clínico del TEPT-C es poder

¹ Este estudio se realizó entre los años 2011 y 2017 en el CIBPSI y en el CIC-P, a partir de un convenio de investigación y de asistencia inter institucional entre la Facultad de Psicología de la UDELAR y el MRREE. Los resultados se difundieron el año 2017 en prensa, en diversos congresos internacionales y en una Jornada Académica organizada por el CIC-P, publicándose en el año 2019 el libro: “Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático. Un estudio en una población de retornados” (CSIC/UdelaR, Biblioteca Plural, Montevideo; 184 p) y “Migration: trauma and anxiety disorders” (En: The body in relationship: self, other, society, European Association for Body Psychotherapy/International Scientific of Body Psychotherapy; Body Psychotherapy Publications, UK; 113-121).

<https://youtu.be/6FmnasIJITU?si=Yyi3quheZ9c9l1jC>
<https://youtu.be/O2L5XzAjsrY?si=2usJGDhQpoEXxjGM>

trabajar con el paciente dentro de su ventana de tolerancia, teniendo en la caja de herramientas del clínico las técnicas necesarias para desacelerar los procesos hiper responsivos de hiper activación (*hyperarousal*) y para acelerar los procesos hipo responsivos de disociación (*hypoarousal*).

5.1 Ventana de Tolerancia

Definición de ventana de tolerancia

La metáfora de “ventana de tolerancia” (*window of tolerance*) es un concepto clave en el abordaje del trauma complejo. Fue desarrollado por Daniel Siegel (1999) y ha sido ampliamente adoptado y popularizado por clínicos como Bessel van der Kolk. Es una herramienta fundamental para la fase de estabilización del tratamiento, y su integración en la práctica clínica es crucial para evitar la re-traumatización de los pacientes.

Pasaré a desarrollar cómo es necesario incluir este concepto en la psicoterapia del TEPT-C, basándome en la teoría y práctica de los autores ya mencionados.

La ventana de tolerancia es el rango óptimo de excitación fisiológica en el que un individuo puede funcionar eficazmente. Dentro de esta “ventana”, la persona puede manejar las emociones y los estímulos de la vida diaria sin sentirse abrumada o desconectada. Es el estado ideal para el procesamiento de la información, el aprendizaje y las relaciones sociales.

Fuera de esta ventana, las personas experimentan dos estados de desregulación:

1. **Hiperactivación (*hyperarousal*):** un estado de excitación excesiva, caracterizado por la respuesta de “lucha o huida”. Los síntomas incluyen ansiedad, pánico, irritabilidad, hipervigilancia, rabia y desorganización del pensamiento.
2. **Hipoactivación (*hypoarousal*):** un estado de activación insuficiente, caracterizado por la respuesta de “congelación”. Los síntomas incluyen embotamiento cognitivo, entumecimiento físico, anestesia emocional, disociación, falta de energía, desconexión del cuerpo y sensación de irrealidad.

El trauma complejo, especialmente el que se origina en la infancia, estrecha

significativamente la ventana de tolerancia. Esto significa que los sobrevivientes de trauma crónico son muy susceptibles a salirse de esta ventana, reaccionando de manera desproporcionada a estímulos que no son realmente amenazantes. Su sistema nervioso se ha vuelto hipersensible.

Inclusión de la Ventana de Tolerancia en la Psicoterapia

La ventana de tolerancia no es sólo una metáfora o un concepto teórico; es una herramienta práctica fundamental que informa cada etapa del tratamiento del trauma complejo. Proporciona al psicoterapeuta una guía clara para el ritmo (v.g.: carga, cadencia, sustentabilidad) y el enfoque de la terapia (v.g.: acorazar o desacorazar, activar o relajar). Le da al paciente un marco simple y comprensible para entender sus propias respuestas y ganar control sobre ellas; para este objetivo se recomienda incluir los mapas polivagales desarrollados por D. Dana (2021).

El objetivo terapéutico principal en la fase de estabilización (Fase 1) es, precisamente, ampliar la ventana de tolerancia del paciente. Esto se logra mediante una combinación de psicoeducación y la enseñanza de habilidades de autorregulación.

a) Psicoeducación

- Explicar el modelo clínico: la primera tarea es ayudar al paciente a comprender este concepto. Se le explica que sus reacciones “excesivas” no son un defecto moral, sino una respuesta fisiológica normal a un sistema nervioso que ha sido alterado por el trauma. Esto ayuda a reducir la vergüenza y la autocrítica.
- Mapear la ventana: el psicoterapeuta y el paciente trabajan juntos para identificar cómo se siente el paciente cuando está dentro de su ventana de tolerancia, y cuáles son sus señales de alarma cuando se está saliendo de ella (v.g.: aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular, sensación de entumecimiento, etc.).

b) Técnicas para la Autorregulación

Estas técnicas buscan que el paciente pueda regresar a su ventana de tolerancia cuando se siente desregulado. A modo de ejemplo se pueden usar diversas herramientas de la psicoterapia corporal:

- **Conexión con el cuerpo (*grounding*):** Bessel van der Kolk enfatiza el trabajo corporal para “re-habitar” el cuerpo. Algunas técnicas de psicoterapia corporal de S. Keleman (1986, 1972, 1991, 1997, 1997a), de P. Levine (2021, 2016) y de A. Lowen (1977, 1996, 1998, 2011) pueden ser muy útiles para reconectar al paciente con TEPT-C con el presente y anclar su consciencia en sensaciones seguras.
- **Regulación de la respiración:** se enseñan ejercicios de respiración lenta y profunda para poder activar más fácilmente estados vago ventrales del sistema nervioso parasimpático y calmar la respuesta de lucha o huida (Gonçalves Boggio; 2008, 2019, 2021, 2024), A. Lowen (1994, 1994a, 2011).
- **Activar el freno vagal:** B. Rothschild (2011) y D. Dana (2019, 2019a) enseñan a los pacientes con TEPT-C a reconocer las primeras señales de que se están saliendo de su ventana de tolerancia y a utilizar una habilidad de autorregulación de inmediato. Por ejemplo, si sienten que su corazón se acelera, pueden poner una mano en su pecho y concentrarse en esa sensación de presión para evitar la escalada hacia el pánico, respirando lenta y profundamente.

5.2 El modelo trifásico de abordaje del TEPT-C

La recuperación del TEPT-C, según Herman (2004), se divide en tres etapas principales:

1. **Establecer la seguridad:** el primer y más crucial paso es que el sobreviviente del trauma se sienta seguro. Esta primera fase es fundamental para poner fin a la amenaza y devolver al sobreviviente un sentido de control sobre su propio cuerpo y entorno.
2. **Rememoración y duelo:** se comienza a trabajar a través de las heridas emocionales y las memorias del trauma. Aquí, el objetivo es contar la historia del trauma en un entorno seguro y con el apoyo de un testigo confiable, lo que permite al sobreviviente integrar la memoria fragmentada del evento y elaborar el dolor.
3. **Reconexión:** el sobreviviente debe reintegrarse en la comunidad y encontrar un nuevo sentido de propósito en la vida. La fase final implica la reconstrucción de la vida y el sentido de identidad fuera del trauma, lo que implica la restauración de la conexión entre el sobreviviente y la comunidad.

Herman (2004) afirma que recordar y decir la verdad sobre los eventos terribles son prerequisites tanto para la restauración del orden social como para la curación de las

víctimas individuales. Destaca la importancia de dar voz a las personas que han sido silenciadas y la necesidad de que la sociedad reconozca y valide sus experiencias para que la curación sea posible.

Cuando Herman (2004) propone el abordaje clínico del TEPT-C para las personas que han sufrido traumas repetidos o crónicos, especialmente desde una edad temprana, se basa en el modelo trifásico descrito líneas arriba, a través de etapas que van a estar interconectadas. El abordaje psicoterapéutico del trauma complejo es, en esencia, un desafío clínico que exige un enfoque integrador y multifacético, que vaya más allá de los modelos tradicionales centrados únicamente en la narrativa. La labor de van der Kolk, B. Rothschild, O. van der Hart, entre otros clínicos, ha sido fundamental para delinear un camino de tratamiento seguro y eficaz, que prioriza la estabilización antes de la confrontación del material traumático.

El consenso entre estos autores es que el trabajo terapéutico debe ser secuenciado en fases. Este enfoque secuencial, propuesto originalmente por Herman (2004) y refinado por van der Hart y sus colegas (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006), se considera indispensable para prevenir la re-traumatización y asegurar la integridad del proceso de curación.

Aquí presento un resumen de los principios terapéuticos clave de cada fase, integrando las perspectivas de los autores mencionados.

5.2.1 Fase 1: Estabilización

La primera fase de estabilización implica principalmente:

- Desarrollar la capacidad de tener una atención dual (entre el aquí y ahora de un *setting* y de un encuadre seguros y un vínculo psicoterapéutico confiable, y el “allá y entonces” del contenido traumático);
- Desarrollar la capacidad de permanecer dentro de la ventana de tolerancia, incluso mientras se accede al material traumático.

En esta fase se busca realizar, por un lado, una preparación del tratamiento, y por otro, comenzar a activar el “vórtice curativo” (Levine, 1999). Esta combinación va a permitir desarrollar estados vago ventrales (Porges y Dana; 2019) de seguridad y conexión

(habilidades auto-tranquilizadoras, lugares seguros, etc.), hasta una visión general del plan de tratamiento que genere una reducción de los comportamientos que puedan interferir en el proceso psicoterapéutico.

Esta fase es la piedra angular del tratamiento del trauma complejo. El objetivo no es recordar el trauma, sino ayudar al cliente a ganar control sobre su cuerpo, sus emociones y su entorno.

B. van der Kolk (2007) enfatiza la necesidad de trabajo somático y corporal. El proceso psicoterapéutico debe ayudar a los pacientes a volver a “habitar su cuerpo” y a “calibrar su sistema nervioso”. Ello implica el uso de técnicas como la respiración consciente, el yoga, *mindfulness*, *neurofeedback* y la psicoterapia corporal. La meta es ampliar la ventana de tolerancia del paciente para que pueda manejar tanto los estados de hiperactivación (alerta, ansiedad, pánico) como los de hipoactivación (embotamiento, entumecimiento, anestesia, disociación).

B. Rothschild (2000, 2003) refuerza esta idea con su enfoque en la seguridad y la autorregulación. En su obra *The Body Remembers*, ella es enfática en que “la recuperación no requiere la memoria” y advierte sobre el peligro de la reexperimentación. Sus técnicas se centran en el monitoreo de la activación fisiológica y el desarrollo de “habilidades de autorregulación somática” para que el paciente pueda “poner el pie en el freno” cuando se sienta abrumado, tal como se describe en la siguiente figura del *workshop* internacional “Trauma y Memoria” coordinado por Gonçalves Boggio (2023; TEAB -Taller de Estudios en Análisis Bioenergético, Montevideo / Uruguay-).

| SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: REGULACIÓN DE PRECISIÓN ¿Qué observar? | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|
| | LETARGO Parasimpático | VIDA NORMAL | | RIESGO DE VIDA | | |
| | | CALMO Parasimpático Vago Ventral | ACTIVO/ALERTA Simpático | LUCHA/HUIDA Simpático | HIPER CONGELAMIENTO Simpático | HIPÓ CONGELAMIENTO Vago dorsal |
| ESTADO PRIMARIO | Apatía, Depresión | Seguridad, Pensamiento Claro, Involucramiento Social | Alerta, Listo para Actuar | Reaccionar al Peligro | Esperar Oportunidad para Escapar | Se prepara para morir |
| EXCITACIÓN | Demasiado Baja | Baja | Moderada | Alta | Sobrecarga Extrema | Hipoactivación |
| MÚSCULOS | Flacos | Relajados/ Con Tono | Con tono | Tensos | Rígidos | Flácidos |
| RESPIRACIÓN | Superficial | Suave, usualmente abdominal | Más acelerada | Rápida, usualmente en la parte superior del pecho | Hiperventilación | Hipo Ventilación |
| RITMO CARDÍACO | Lento | En reposo | Más rápido y más vigoroso | Rápido y/o vigoroso | Taquicardia (muy rápida) | Bradicardia (muy lento) |
| PRESIÓN ARTERIAL | Probablemente baja | Normal | En ascenso | Elevada | Significativamente alta | Significativamente baja |
| PUPILAS, OJOS, PÁRPADOS | Pupilas más pequeñas, párpados pesados | Pupilas más pequeñas, ojos húmedos, párpados relajados | Pupilas dilatándose, ojos menos húmedos, párpados tensificados | Pupilas muy dilatadas, ojos secos, párpados tensos/levados | Pupilas muy pequeñas o dilatadas, ojos muy secos, párpados muy tensos | Párpados caídos, ojos cerrados o abiertos y fijos |
| TONO DE LA PIEL | Variable | Tono rosa, independiente del tono, la sangre fluye a la piel | Tono menos rosa, independiente del tono, la sangre fluye a la piel | Tono pálido, independiente del tono, la sangre fluye a los músculos | Puede estar pálida y/o ruborizada | Notablemente pálida |
| HUMEDAD | Piel seca | Seca | Sudoración aumentada | Sudoración aumentada, puede estar fría | Sudoración fría | Sudoración fría |
| MANOS Y PIES (TEMPERATURA) | Variable | Húmeda | Menos húmeda | Seca | Extremos de frío y calor | Seca |
| DIGESTIÓN | Variable | Aumenta | Disminuye | Se Define | Evacuar intestinos y vejiga | Detenido |
| EMOCIONES | Pena, tristeza, vergüenza, asco | Calma, placer, amor, deseo sexual, "suena" pena. | Ira, remordimiento, repugnancia, ansiedad, etc. | Enojo, Miedo | Terror, puede haber disociación | Puede estar demasiado disociado como para sentir algo |
| CONTACTO CONSIDO Y CON OTROS | Retraído | Probable | Posible | Limitado | Improbable | Imposible |
| CÓRTEX FRONTAL | Puede o no estar accesible | Debería estar accesible | Debería estar accesible | Puede o no estar accesible | Posiblemente inaccesible | Inaccesible |
| INTEGRACIÓN | Improbable | Probable | Probable | Improbable | Improbable | Imposible |
| INTERVENCIÓN RECOMENDADA | Activar, Aumentar Suavemente la Energía | Continuar Dirección Terapéutica | Continuar Dirección Terapéutica | Poner Frenos | Clavarse en los Frenos | Emergencia Médica LLAMAR A LA EMERGENCIA |

Observe el estado de su paciente. Al modular el freno vagal, ajústese a Ud. mismo para poder pensar claramente y prevenir el trauma vicario y el desgaste por empatía (Babette Rothschild)

Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006) desde su Teoría de la Disociación Estructural, ven la estabilización como el proceso que permite ayudar a las partes disociadas de la personalidad a cooperar. El psicoterapeuta ayuda a la “Personalidad Aparentemente Normal” (PAN) a reconocer la existencia y la función de las “Personalidades Emocionales” (PE). En esta fase, el trabajo consiste en “superar las fobias relacionadas con el trauma”, incluyendo la fobia a la propia experiencia interna. Esto incluye aprender a tolerar emociones, sensaciones corporales e impulsos que se asocian con las partes emocionales, sin ser abrumado por ellas.

Al trabajar en la segunda fase con la memoria (tanto las representaciones como la memoria somática) el psicoterapeuta debe aprender a pendular con seguridad y calma entre los recuerdos traumáticos y los recursos internos y externos (que pueden estar olvidados) y los recuerdos positivos del vórtice curativo (Gonçalves Boggio; 2024).

Gonçalves Boggio (2024) plantea que es esencial, a la hora de trabajar con TEPT-C, instalar recursos cada vez que aparezcan. Por ejemplo, dentro de lo que podríamos llamar el genograma se indaga quienes fueron las “figuras rescatadoras” de las situaciones traumáticas, que son muy importantes a la hora de producir resiliencia. El problema es cuando no hay nadie. Ahí tenemos un problema, no muy usual en la clínica, pero que igualmente lo podemos ver con cierta frecuencia cuando trabajamos con pacientes con TEPT-C: “el único lugar seguro para mí es aquí con Usted”, le suelen decir al clínico. Cuando se trabaja con pacientes con trauma complejo, Gonçalves Boggio (2021) sugiere

(a partir del aprendizaje de su intenso trabajo durante la pandemia) que a la hora de instalación de recursos podemos hablar de “lugar calmo” más que de “lugar seguro”, ya que -quizás- las personas con TEPT-C, efectivamente no lo tengan. Hay pacientes que habiendo sufrido durante años violencia de género, su único lugar seguro es la calle. El motivo es que hay personas que pueden ser potenciales testigos y ser eventuales salvadores de situaciones de violencia disruptivas con el perpetrador.

La instalación de recursos

El lugar seguro, desde el abordaje psicocorporal desarrollado por Gonçalves Boggio (2019) siempre se intenta instalar en el cuerpo en un paciente centrado (respirando lento y profundo) y con *grounding* (ya sea con el paciente sentado, acostado o parado).

Siguiendo el abordaje integrativo y dinámico desarrollado por Gonçalves Boggio en la Facultad de Psicología de Udelar y el TEAB, se entiende como recurso a todo aquello que se pueda emplear para poder lidiar con los momentos difíciles (estresantes, traumáticos), como una posibilidad de alivio y de recuperación. Si encontramos pacientes con ausencia de recursos para un estado particular o con escasez de recursos de auto regulación (recursos individuales) o corregulación (recursos interpersonales e interactivos), se debe “tonificar” su SNA creando nuevos recursos en el presente.

Se entiende además como recurso cualquier elemento propio de la persona que lo conecta con su capacidad de organización. Para ello podemos conectar a los pacientes con sensaciones perceptivas, neuroceptivas y motoras que generen bienestar, colaborando con la pendulación entre el vórtice traumático y el vórtice curativo.

Metodológicamente se tiene que ayudar al paciente con TEPT-C a entender qué recursos tiene para hacer cambios de estado (del vago dorsal y del simpático al vago ventral). Un recurso, en este sentido, es todo aquello que trae una sensación de seguridad. Todo aquello que trae una sensación de seguridad se vuelve recurso y lo que trae una neurocepción de inseguridad (simpática o vago dorsal) se vuelve un punto a trabajar en psicoterapia (Gonçalves Boggio, 2019a).

Un recurso puede también ser definido, desde el enfoque polivagal, como una acción que mueve a las personas hacia el estado vago ventral, y, una vez que llega allí, lo ayuda a mantenerse en ese estado de conexión (*emotional connection & social engagement*).

Cuando una persona puede entrar en sintonía con la energía que requiere un recurso en particular, puede elegir la acción que encaja mejor con la necesidad autonómica del momento.

Para comenzar a instalar recursos se puede preguntarle al paciente: *“dígame cuál fue el primer momento en que Usted se sintió seguro después de lo que ocurrió”,* o indicarle: *“vamos a tomar contacto con el último momento en que se sintió seguro previo a lo que le ocurrió”.* Se busca información acerca de las relaciones de apoyo o de las situaciones vitales positivas que operaron como recursos en la vida del paciente, animándolos a hablar sobre sus recursos, a identificarlos y escribirlos en la cuaternola de mapas polivagales de D. Dana (2021) tomando contacto con lo que sienten al evocarlos.

Se puede decirle: *“tómese su tiempo y anote todos los recursos externos que ha tenido en su vida. Perciba lo que siente emocional y físicamente conforme va recordando a las personas, los lugares, las actividades y/o las organizaciones que le han dado apoyo y le han ayudado. Complemente esta lista, que puede llevarle varios días, anotando todos los recursos internos (tenacidad, valentía, compromiso en la tarea, amistad, apertura, flexibilidad, etc.) que ha desarrollado, reconociendo los aspectos positivos acerca de quién es Usted. Le pido además que note y registre lo que siente al reconocer sus fortalezas”* (Gonçalves Boggio, 2024).

Centrarse en los recursos, en la experiencia de seguridad y de conexión vago ventral que conllevan, establece y refuerza los oasis fisiológicos y emocionales de reorganización del SNA (Dana; 2019). Para ello es necesario, intencionalmente, desviar la atención exclusiva de los pacientes de lo que no funciona en sus vidas, animándolos a prestar atención a las zonas de experiencia vitales en las que se sienten más organizados y conectados. Una técnica que puede ser muy útil para este punto es Pilares de Vida, desarrollada por la entrenadora en EMDR Elsy Carvalho, descrita por Gonçalves Boggio (2024).

Según la teoría y el enfoque polivagal la seguridad es lo más importante en el abordaje de la psicoterapia del trauma. La seguridad del paciente no sólo es importante en la sesión sino también entre las sesiones. Cuando un paciente detecta seguridad en el vínculo psicoterapéutico su fisiología (que nunca miente) se calma. Al detectar peligro, la fisiología se activa para la defensa. Los pacientes con TEPT-C, muchas veces no sólo no pueden tolerar los afectos negativos sino tampoco los afectos positivos.

S. Porges (2018) va a definir al estado vago ventral como un estado en donde se produce sintonía, coherencia, consonancia, reciprocidad y equilibrio, en donde uno puede sentirse mirado, escuchado y recibido con seguridad. La presencia terapéutica debe estar, la mayor cantidad de tiempo posible, enraizada en el vago ventral. Ello implica estar enraizado en uno mismo y al mismo tiempo, -receptivamente- el psicoterapeuta toma en cuenta la expresión verbal y no verbal de la experiencia del paciente, y se focaliza en un *entre* (su SNA y el del paciente) que provea de seguridad. Ello va a favorecer la correulación emocional (que se va a ir dando -con el tiempo- a lo largo de todo el tratamiento). Desde el enfoque polivagal se está siempre atento a las señales de seguridad e inseguridad que el psicoterapeuta está pasando (a través de su mirada y su toque -en el caso de la psicoterapia corporal-, a través de la prosodia de la voz, a través de la distancia y de los estímulos del *setting* psicoterapéutico, etc.) para que los pacientes puedan sentirse más seguros y regulados.

Por más que suene como una verdad de Perogrullo la primera fase de estabilización es necesaria para que el trabajo tenga éxito en cada una de las siguientes fases.

Si bien al trabajar con pacientes con TEPT-C con síntomas disociativos los psicoterapeutas deben ampliar en el tiempo la fase inicial de estabilización, entremezclando habilidades de estabilización dentro de la ventana de tolerancia del paciente, este criterio se mantiene a lo largo de las tres fases.

Un paciente con TEPT-C si bien puede parecer por momentos bastante estabilizado, durante la fase de procesamiento de trauma e incluso de resolución del trabajo psicoterapéutico, puede tener una propensión a salirse de la ventana de tolerancia y disociarse.

Con frecuencia, tanto ellos como su sistema de partes, tienen que reorientarse al presente, repasar las prácticas de estabilización y ensayar las habilidades que aprendieron previamente durante el trabajo terapéutico. La resistencia puede verse, e incluso aumentar, cuando aparecen necesidades y objetivos en conflicto entre las partes aún separadas de la personalidad del paciente con TEPT-C.

5.2.2 Fase 2: Rememoración. Procesamiento de materiales relacionados con el trauma

En esta fase de procesamiento del trauma complejo es importante tomar todos los recaudos y todas las precauciones necesarias para no retraumatizar al paciente con TEPT-C. Esta fase puede ser muy activadora y el paciente con TEPT-C puede abrumarse y desestabilizarse fácilmente. Asimismo, la fase de procesamiento del trauma puede poner a prueba el vínculo psicoterapéutico.

Una vez que el paciente ha adquirido la capacidad de autorregularse y de manejar la disociación, es posible abordar directamente las memorias traumáticas.

Van der Kolk (2017) aboga por el uso de terapias que trabajen con la memoria implícita, (como EMDR), ya que las mismas permiten al cerebro procesar y reorganizar la información traumática de manera menos abrumadora. El objetivo no es revivir el evento, sino evocarlo para poder descongelar la imagen, el sonido, la emoción y la sensación física para que puedan ser integrados en la memoria biográfica.

Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006) se centran en el procesamiento de la memoria disociada. El psicoterapeuta ayuda a la PAN a conectarse con las PE para que las experiencias traumáticas, que antes estaban fragmentadas, puedan ser contadas e integradas. La meta es convertir la “memoria traumática” (no verbal y fragmentada) en una “memoria narrativa” (coherente y verbalizable). Este proceso requiere un trabajo minucioso para gestionar la hiperactivación y la disociación que inevitablemente surgen.

B. Rothschild (2000, 2003, 2011) ofrece distintas metáforas para trabajar con el trauma complejo desde la dimensión corporal, planteando al cuerpo como el principal recurso para el abordaje del TEPT-C: el cuerpo como ancla, el cuerpo como freno para calibrar y moderar el ritmo de la hiper estimulación, el cuerpo como calibrador de las emociones para encontrarle una narrativa somática al trauma, el cuerpo como un diario para amigarse y encontrarle sentido a las sensaciones, la memoria somática como un recurso (Gonçalves Boggio; 2024).

La siguiente lista, enumerada por Gonçalves Boggio (2024) condensa los puntos más destacados que B. Rothschild propone para realizar una psicoterapia del trauma de una forma segura:

1. “Primero y principal: establecer la seguridad para el paciente dentro y fuera de la terapia.
2. Desarrollar un buen contacto entre el psicoterapeuta y el paciente como requisito para abordar recuerdos traumáticos o para aplicar cualquier técnica, incluso si lleva meses o años.
3. El paciente y el psicoterapeuta se deben sentir seguros al aplicar el «freno» antes de usar el «acelerador».
4. Identificar y ampliar los recursos internos y externos del paciente.
5. Considerar las defensas como recursos. Nunca “deshacerse” de las defensas que fueron estrategias de afrontamiento y de sobrevivencia; en vez de ello, crear más alternativas.
6. Ver el sistema de trauma como una “olla a presión”. Trabajar siempre para reducir -nunca para aumentar- la presión.
7. Adaptar la psicoterapia al paciente, en vez de esperar que el paciente se adapte a la psicoterapia. Esto requiere que el psicoterapeuta, dentro de su expertise, se familiarice con varias teorías y modelos de tratamiento.
8. Tener un amplio conocimiento de teoría -tanto de la psicología y la fisiología del trauma-, como del TEPT y del TEPT-C. Esto reduce los errores y permite que el psicoterapeuta cree técnicas hechas a la medida de las necesidades específicas de sus pacientes.
9. Observar al paciente con sus diferencias individuales, y no juzgarlo por el incumplimiento o por el fracaso de una intervención. No esperar, necesariamente, que una intervención tenga los mismos resultados con otro paciente.
10. El psicoterapeuta debe estar preparado, en todo momento, incluso durante todo un tratamiento psicoterapéutico, para poner a un lado todas las técnicas y simplemente hablar con el paciente” (p. 264-265).

Según Gonçalves Boggio (2004) para el procesamiento de los eventos traumáticos cuanto más preciso sea el psicoterapeuta en los blancos (*targets*, dianas) que va a trabajar, mejor van a ser las sesiones, y el proceso psicoterapéutico podrá avanzar mucho más rápida y profundamente. Para ello, agrega: “*se necesita saber qué ir a buscar y dónde hacerlo. No necesariamente necesitamos más y más protocolos, sino que -en el Float Back- debemos tener más precisión*”. Asimismo, plantea que: “*tenemos que saber desde dónde comenzar y cómo, y hacia dónde vamos a ir*”, por lo que el procesamiento de hechos del pasado (escenas originales, escenas fundantes, recuerdos retroalimentadores, etc.) puede derivar en el procesamiento de las percepciones distorsionadas del presente, en predicciones distorsionadas del futuro y el procesamiento de conflictos y “fobias” entre partes de la

personalidad (los alters). De la misma manera, también es conveniente trabajar con las acciones y estímulos (internos y externos) que pueden estar relacionados con el trauma o con la sintomatología.

Apoyándose en P. Levine (2018), Gonçalves Boggio (2024) plantea que *“la memoria tiene muchas capas y el trauma puede quedar almacenado en distintas formas de recuerdos, ya sea recuerdos encubridores, falsas memorias, emociones o sensaciones perturbadoras bloqueadas y/o disociadas, hasta escenas fundantes ligadas pero desconocidas a nuestras patologías”*. Ese almacenamiento disfuncional para nuestro presente, se produjo en situaciones traumáticas no resueltas debidamente en nuestro pasado, y puede generar una tiranía del pasado sobre nuestra vida presente (sobre nuestra forma de vincularnos, sobre nuestra sexualidad, sobre nuestro humor, etc.), estando en la base de nuestras enfermedades (F. Shapiro; 2013).

5.2.3 Fase 3: Integración de las partes anteriormente disociadas y posterior rehabilitación social.

En esta fase es más que importante, con un paciente ya estabilizado, apostar a la integración para desmontar los mecanismos de disociación que puedan seguir instalados.

Al estar trabajando permanentemente desde el enfoque polivagal, una vez que el paciente puede corregular y autorregularse, se puede no sólo iniciar el procesamiento del trauma (fase 2) sino apostar a la integración de los alters disociados. El enfoque polivagal permite que el psicoterapeuta “navegue” el proceso con una fuerte consciencia del estado neurovegetativo que atraviese el paciente, siempre atento a su contratransferencia corporal y su resonancia somática y neurovegetativa. Si el paciente entra en un estado de hiperactivación o hipoactivación, se pausa el procesamiento y se utilizan las técnicas de regulación (como la respiración o el *grounding*) para regresar al estado de seguridad. Este enfoque de “volver a la ventana de tolerancia” permite que el reprocesamiento (con técnicas como EMDR, por ejemplo) sea más suave y menos desorganizador, principio que complementa la advertencia de B. Rothschild (2000) de no re-traumatizar al paciente bajo ninguna circunstancia.

El trabajo con los alters implica una formación especializada en trauma complejo. Gonçalves Boggio (2024) afirma que es muy importante preparar el territorio en donde

trabajaremos:

- Indagando la complejidad del sistema (alters). En este sentido un sistema directo, cooperativo y co-consciente es más fácil de ser preparado para las sesiones de EMDR que un sistema hostil, complejo e inconsciente.
- Informando la necesidad de cooperación entre las partes. Es decir, que ningún alter quede por fuera, boicoteando el procesamiento (“tirando piedras desde fuera”).
- Estableciendo correctamente una empatía y un *rapport* adecuados. Por ejemplo, no coaccionando a ninguna parte a la participación (a “sentarse a la mesa de negociaciones”).

Si bien en las fases anteriores se trabajó previamente en la contención de afectos y otras habilidades, por ejemplo: en el establecimiento de límites (Rablen; 1985, 2001), en esta fase puede existir la necesidad de desarrollar nuevas habilidades (v.g.: resolución de conflictos, por ejemplo, con justicia restaurativa) con la intención de llegar a una co-conciencia entre partes, con una narrativa continuada de vida y con una buena síntesis de las partes previamente disociadas.

En esta fase final, en los estadios de post-integración, EMDR puede tener una aplicación continuada para la generalización de los alters en una personalidad integrada, para la adaptación a nuevas situaciones, para darle sentido a los traumas, para la resolución de los obstáculos que le impiden al paciente alcanzar sus metas vitales, etc.

El trabajo con los pacientes disociativos requiere de intervenciones innumerables, que implica desarrollar múltiples habilidades psicoterapéuticas. Al trabajar con EMDR procesando los traumas se va produciendo una integración de las partes disociadas, aunque las mismas, en pacientes disociativos, no se producen necesariamente en forma automática o espontánea, sino que es necesario un abordaje progresivo (González y Mosquera; 2012). Los pacientes severamente traumatizados necesitan mucha progresividad en las intervenciones, directividad y estructura externa, trabajo fraccionado y facilitación del proceso de síntesis, de cara a producir un procesamiento efectivo. Para ello es esencial que el psicoterapeuta sea un experto en la lectura del lenguaje disociativo (González y Mosquera; 2012).

El objetivo psicoterapéutico mayor es la integración en una sola personalidad: aprender a

ser una persona. Este paso, sensiblemente importante, implica desaprender a usar y liberarse de la disociación, adquiriendo un conjunto de estrategias más flexibles y menos defensivas para funcionar en la vida.

Luego de haber trabajado este paso tan importante de integración, la reconexión con la vida cotidiana a través del restablecimiento de la expansión y de la capacidad del paciente de conectar con el placer y demás experiencias positivas, es el próximo objetivo. “Los caminos ya no conducen -necesariamente- al trauma” y “el GPS del SNA” reconoce, a través de las experiencias vividas en la consulta (necesariamente reparadoras), la posibilidad de flexibilizar su SNA hacia los estados vago ventrales. Al igual que los mapas polivagales de D. Dana, podemos usar combinadamente técnicas de psicoterapia corporal (bioenergética, biosíntesis, biodinámica, etc.) para instalar sensaciones expansivas de agresividad, de fuerza, de equilibrio, de soporte, de arraigo, de paz, de tranquilidad, de seguridad. Si la contención y la estabilización fue el objetivo de la primera fase, la movilidad debe ser el objetivo de la segunda y de la última fase (Lowen; 2011).

En *El Cuerpo en la Psicoterapia* (2008), Gonçalves Boggio abre la pregunta: ¿cómo saber entonces cuando el paciente va hacia una resolución del estrés postraumático?

“Aunque la resolución no esté completa, uno de los mejores indicios de resolución consiste en el restablecimiento en los pacientes de la capacidad para experimentar placer en su vida cotidiana y para restablecer relaciones con los demás.

Podríamos definir siete criterios que serían buenos indicadores para la resolución del trauma:

- Los síntomas psicológicos del TEPT han sido trabajados y elaborados dentro de límites manejables.
- Los síntomas vegetativos del TEPT revirtieron completamente.
- La persona tiene autoridad sobre su memoria. Puede elegir recordar el trauma o poner la memoria traumática a un lado. En el caso de recordar, la persona puede soportar los sentimientos asociados con las memorias traumáticas.
- La memoria del evento traumático es una narrativa coherente, asociada con sentimientos en donde el nivel de perturbación es mínimo o inexistente.
- Desde el punto de vista cognitivo, el daño en la autoestima de la persona ha sido revertido, recuperando niveles altos de auto-valorización.

- La persona ha reconstruido un sistema coherente de significados y creencias que abarcan la historia del trauma, lo que permite desintensificarla y trascender las creencias limitantes derivadas de la misma.
- Las relaciones y vínculos importantes de la persona han sido restablecidos, generándose la posibilidad de construir además nuevos territorios existenciales esencialmente pulsátiles y vibratorios (“buenos encuentros”) (p. 237-238).

El punto que podríamos agregar para la resolución del TEPT-C sería que el paciente percibe en forma consistente una integración de la personalidad (de “las partes de su personalidad” -según van der Hart, et. al.; 2006-). Aunque las partes no necesariamente “se fusionan”, aprenden a vivir y a funcionar como una unidad más cohesiva, al haberse reprocesado los conflictos y las “fobias entre las diferentes partes”. Hay una continuidad en la memoria traumática (v.g.: sin “bloques de infancia” disociados), hay un sentimiento subjetivo de unidad y de control de los impulsos, junto a un reconocimiento de actitudes y una toma de consciencia de los estados defensivos anteriores.

5.3 La ventana de tolerancia en las Fases del Tratamiento del Trauma Complejo

- **Fase 1 (Estabilización):** la ventana de tolerancia es la base de esta fase. El psicoterapeuta no introduce material traumático que pueda abrumar al paciente. En cambio, el foco principal es la ampliación de la ventana, asegurando que el paciente pueda permanecer dentro de ella la mayor parte del tiempo y, cuando se salga, tenga las herramientas para regresar.
- **Fase 2 (Procesamiento del trauma):** el trabajo de la ventana de tolerancia es un pre-requisito para esta fase. La meta es que el procesamiento del trauma (ya sea con EMDR, como propone Van der Kolk, o con otras terapias) se lleve a cabo dentro de la ventana de tolerancia. Si el paciente comienza a disociarse o a hiperactivarse, el psicoterapeuta debe detener el procesamiento y guiar al paciente de regreso a su estado de regulación, a través de las técnicas aprendidas en la Fase 1. El objetivo es que la exposición al material traumático sea tolerable y controlada, no abrumadora.
- **Fase 3 (Integración):** En esta fase, el paciente ya tiene una ventana de tolerancia más amplia y estable. La psicoterapia se enfoca en aplicar estas habilidades de autorregulación en situaciones de la vida real, como en las relaciones

interpersonales o en situaciones estresantes, consolidando la capacidad del individuo para vivir en un estado de mayor regulación y bienestar.

5.4 Modelos dinámicos y protocolos integrativos en el abordaje del TEPT-C

Siguiendo el modelo trifásico de J. Herman, Gonçalves Boggio (2008), en sus más de 35 años de trayectoria clínica, propone modelos dinámicos y protocolos integrativos para el abordaje de los trastornos de ansiedad (síndrome de pánico, TAG, fobias simples y procesuales, TEPT) y TEPT-C (Gonçalves Boggio; 2019, 2019^a, 2021, 2024). El modelo de Herman proporciona la estructura, mientras que EMDR, *Somatic Experiencing*, las técnicas energéticas, las aplicaciones clínicas de la teoría polivagal y la psicoterapia corporal proporcionan las herramientas para un abordaje verdaderamente integral del trauma complejo. La inclusión de la Psicoterapia Corporal Bioenergética, desarrollada por Alexander Lowen a partir de las ideas de Wilhelm Reich, en el tratamiento del trauma complejo es, a mi entender, no sólo posible, sino profundamente coherente y complementaria con los enfoques de van der Kolk, Rothschild, Levine, Porges, Dana y van der Hart.

La psicoterapia corporal bioenergética

La bioenergética se basa en la premisa de que la mente y el cuerpo son una unidad funcional. Lowen (1977) postula que las experiencias emocionales traumáticas, especialmente en la infancia, generan tensiones musculares crónicas, a las que denominó “corazas” o “bloqueos”, que restringen el flujo de la “energía de vida” (bioenergía). Esta rigidez muscular, que actúa como una defensa contra el dolor emocional, es la manifestación física de los conflictos psicológicos.

El valor de este enfoque para el trauma complejo reside en su capacidad para abordar directamente la dimensión somática del trauma, un aspecto que tanto van der Kolk, Levine, Porges, Dana y Rothschild han postulado como crucial.

A modo de síntesis, la Bioenergética puede integrarse en las fases de tratamiento:

Fase 1: Estabilización y Conexión Corporal

En esta fase, el trabajo bioenergético es particularmente poderoso. Su objetivo es ayudar

al paciente a reconectar con su cuerpo de una manera segura y a liberar las tensiones crónicas.

- **Toma de conciencia corporal:** Lowen utiliza ejercicios que ayudan a la persona a sentir su cuerpo, a notar las sensaciones, las tensiones y los patrones de respiración. Esta práctica es una forma de enraizamiento (*grounding*) y de centramiento (*centering*) que ayuda al paciente a salir del estado de disociación y a anclarse en el presente (Gonçalves Boggio; 2009). La sensación de “sentir los pies en el suelo” y de “soltar la cabeza” es un objetivo central de muchos ejercicios bioenergéticos, lo que coincide directamente con las técnicas de conexión con el cuerpo de Rothschild (Gonçalves Boggio; 2014a).
- **Liberación de la tensión:** a través de posturas de estrés (como la posición de arco o arco invertido), se busca generar una tensión controlada para que la persona pueda sentir y, eventualmente, liberar las contracturas crónicas que contienen emociones reprimidas. Este proceso, si se gestiona con cuidado, puede ayudar a expandir la ventana de tolerancia del paciente, permitiéndole sustentar sensaciones físicas y emocionales que antes le resultaban abrumadoras.
- **Regulación de la respiración:** la bioenergética pone un fuerte énfasis en la respiración profunda. El trauma a menudo se asocia con una respiración superficial y restringida (Lowen; 1977). Al restaurar un patrón de respiración más completo, el psicoterapeuta ayuda a regular el SNA, un objetivo central en el trabajo de van der Kolk, P. Levine, S. Porges y D. Dana.

Fase 2: Procesamiento del Material Traumático

Si bien el Análisis Bioenergético de Lowen no tiene un enfoque tan explícito en la “narrativa” como el modelo de van der Hart y Steele para el abordaje del TEPT-C, el trabajo corporal a menudo facilita el acceso a las memorias traumáticas implícitas.

- **Liberación emocional:** a medida que la coraza muscular se ablanda, pueden surgir emociones reprimidas como la rabia, el miedo o la tristeza. El psicoterapeuta bioenergético crea un espacio seguro para que estas emociones puedan ser expresadas físicamente (por ejemplo, a través de movimientos de pataleo o de puños controlados). Esto permite que la energía bloqueada (acorazada o mal distribuida) se libere (W. Reich; 1958, 1986), lo que es coherente con el concepto de que el

trauma es energía no procesada que se almacena en el cuerpo (van der Kolk; 2017) y particularmente en el SNA (Levine; 2018).

- **Análisis bioenergético del carácter e integración somática:** al procesar las emociones de forma corporal, el paciente puede empezar a asociar las sensaciones físicas con los eventos del pasado. Este proceso ayuda a convertir la memoria implícita (sensaciones corporales y emociones) en memoria explícita (una narrativa con significado), facilitando así la integración de las partes disociadas del *self*, un objetivo principal del modelo de van der Hart y Steele. Asimismo, la técnica reichiana de Análisis del Carácter puede ser más que importante para conectar lo experimentado en el *setting* psicoterapéutico con el carácter del paciente (Reich; 1958; Lowen; 1995) y sus patrones de apego (de amor y de desamor, de seguridad y de inseguridad -evitación, ambivalencia, ansiedad, desorganización-).

Fase 3: Integración y Reconstrucción de la Identidad

En esta fase, la Bioenergética se enfoca en ayudar al paciente a reclamar su vitalidad y a vivir en el presente.

- **Aumento de la vitalidad y el placer:** los ejercicios bioenergéticos buscan aumentar el flujo de energía en el cuerpo, restaurando la capacidad de la persona para experimentar placer, alegría y conexión con los demás (Lowen; 1994a, 1996). Esto es fundamental para la reconexión social, la fase final del proceso de curación propuesto por Herman.
- **Restauración de la autoexpresión:** al liberar los bloqueos musculares, la persona puede recuperar su capacidad para la expresión emocional espontánea y auténtica, un paso crucial para la reconstrucción de la identidad y la formación de relaciones interpersonales saludables (Lowen; 1996).

En suma, la Psicoterapia Corporal Bioenergética ofrece un marco robusto y coherente para el trabajo somático con el trauma complejo. Proporciona un conjunto de herramientas prácticas para abordar la coraza somática a la que podemos considerar funcionalmente como la manifestación física y orgánica del trauma psicológico, complementando así la neurociencia de van der Kolk, la seguridad somática de Rothschild y el modelo de disociación estructural de van der Hart.

Podríamos concluir que, al ir más allá de la palabra y centrarse en el cuerpo, la bioenergética podría facilitar una sanación profunda y duradera del TEPT-C.

EMDR y Psicoterapia Corporal Bioenergética

La integración de la Psicoterapia Corporal Bioenergética con EMDR en el tratamiento del trauma complejo es, sin duda, una de las aproximaciones más potentes y quizás consistente que se pueda desarrollar para el abordaje del TEPT-C. Ambas terapias, aunque con orígenes y metodologías diferentes, se complementan de manera magistral en el abordaje de la dimensión somática del trauma, según lo relatado por Gonçalves Boggio en sus textos más recientes (2008, 2019, 2019a, 2021, 2022, 2024). La clave de esta integración, a mi entender, radica en el respeto por las fases del tratamiento.

El EMDR es un método que ha demostrado ser altamente eficaz para procesar memorias traumáticas, pero su aplicación en el trauma complejo puede ser desafiante si no se cuenta con una base sólida de estabilización. Es aquí donde la Bioenergética, al igual que los enfoques somáticos de B. Rothschild y la neurobiología de B. van der Kolk, resultan más que invaluable, al igual que el enfoque de experiencia somática y la teoría polivagal.

Paso a desarrollar brevemente cómo se puede llevar a cabo esta integración:

Fase 1: Estabilización y Psicoeducación

En esta fase, el trabajo con la Bioenergética es el protagonista. Su objetivo principal es preparar el sistema nervioso del paciente para que pueda tolerar la exposición al material traumático sin colapsar.

- **Preparación para EMDR:** antes de comenzar el reprocesamiento, el protocolo de EMDR requiere una fase de preparación que incluye el desarrollo de habilidades de regulación emocional. La Bioenergética ofrece un “menú” de recursos corporales que el paciente puede utilizar para este fin. Los ejercicios de *grounding*, el trabajo con la respiración y la toma de conciencia de las sensaciones corporales son herramientas bioenergéticas que se alinean perfectamente con las técnicas de Rothschild para “poner el pie en el freno” y con el enfoque de van der Kolk en la neurobiología del trauma (Lowen y Lowen; 1998).

- **Creación de un Lugar Seguro:** en EMDR, se le pide al paciente que visualice o cree mentalmente un “lugar seguro”. La Bioenergética puede enriquecer este recurso al ayudar al paciente a sentir esa seguridad en su cuerpo, en lugar de sólo imaginarla. Por ejemplo, se puede trabajar con posturas de fuerza y estabilidad que generan una sensación física de seguridad, que luego el paciente puede activar durante el reprocesamiento (Gonçalves Boggio; 2019).
- **Acceso a los recursos corporales:** a través de los ejercicios bioenergéticos, el psicoterapeuta y el paciente identifican los recursos internos de la persona (por ejemplo, una sensación de expansión en el pecho o de estabilidad y de vitalidad en las piernas) que pueden ser usados para regresar a la ventana de tolerancia si el procesamiento se vuelve abrumador. Estos recursos son “anclas” somáticas que pueden ser activadas durante las tandas de estimulación bilateral (Dana; 2022).

Fase 2: Procesamiento del Trauma

Una vez que la estabilización ha sido lograda y el paciente cuenta con los recursos necesarios, se puede introducir un protocolo de EMDR para el reprocesamiento de las memorias traumáticas.

- **Uso de EMDR con consciencia corporal:** durante las tandas de estimulación bilateral (movimientos oculares, *tapping* o sonidos), el psicoterapeuta puede guiar al paciente para que mantenga una consciencia sensible de las sensaciones corporales. En lugar de sólo centrarse en la imagen y en la emoción, se le puede pedir que observe cómo se manifiesta el trauma en su cuerpo (por ejemplo, si siente opresión en el pecho o nota tensión en los hombros o palpitaciones o sudoración). Estos mapeos corporales de la anatomía emocional, del estado del SNA, de la gramática expresiva del paciente, permite alinear a EMDR con la visión de van der Kolk de que “el cuerpo lleva la cuenta” y facilita la integración del trauma a nivel somático, así como permite acceder a la pendulación entre el vórtice traumático y el vórtice curativo (Levine; 2012), y promover el pasaje de los estados simpáticos y vago dorsales defensivos, a los estados vago ventrales de seguridad, conexión y relajación (Porges y Dana; 2019, Dana; 2019).
- **Gestión de la disregulación:** si durante el procesamiento el paciente se desregula y se sale de la ventana de tolerancia, el psicoterapeuta puede pausar EMDR y recurrir a las técnicas bioenergéticas aprendidas en la Fase 1. Se puede trabajar

en la respiración o en técnicas de bioenergética suave (E. Reich; 1993, 1998) para calmar una hiperactivación o en el *grounding* o en técnicas de liberación del estrés y del trauma (TRE) para activar los *neurogenic tremors* (Berceli; 2012) que permita mover al paciente de un estado vago dorsal o disociativo a un estado de descarga controlada y posterior relajación profunda. Este uso flexible y adaptativo de ambas modalidades es clave para el tratamiento seguro del trauma complejo.

Fase 3: Integración y Reconstrucción

- **Consolidación de la vitalidad:** una vez que las memorias traumáticas han sido reprocesadas, la Bioenergética puede ayudar a la persona a reconectar con su vitalidad y placer. Los ejercicios de expresión y movimiento pueden ayudar a liberar las últimas corazas (tanto somáticas como caracteriales) que impiden un flujo de energía completo, restaurando así la capacidad del individuo para disfrutar de la vida y las relaciones. Para este momento la técnica *Traumatic Releasing Exercises* (TRE) desarrollada por D. Berceli puede ser una potente herramienta para instalar, en cada sesión que sea utilizada, momentos vago ventrales de expansión y relajación.
- **Reparación y reconexión:** luego de sesiones en donde el trabajo con EMDR puede haber derivado o remitido a traumas del desarrollo temprano (Heller y La-Pierre; 2017) puede ser conveniente introducir herramientas de la bioenergética suave (E. Reich; 1993, 1998) como el toque mariposa (*gentle bioenergetics/butterfly massage*). En sesiones de mucha movilización primaria es conveniente activar el psicoperistaltismo (Boyesen; 1986) para generar un mejor proceso de auto y correulación del proceso de desacorazamiento visceral, complementando las sesiones de EMDR con toques o masaje biodinámico.
- **Reclamar y habitar el cuerpo:** EMDR puede haber reprocesado los recuerdos, pero la Bioenergética ayuda al paciente a reclamar su cuerpo, apropiarse de él, sustentándolo como un lugar seguro y vital, lo que es esencial para la reconexión con el mundo y con los demás. En definitiva, con la vida.

En suma, la integración de la Psicoterapia Corporal Bioenergética con EMDR es un enfoque terapéutico coherente y potente. EMDR ofrece una metodología estructurada para el reprocesamiento, mientras que la Bioenergética proporciona una base somática para la estabilización y la reconexión. Juntos, abordan el trauma complejo de manera integral,

respetando la sabiduría del cuerpo y facilitando una sanación profunda y duradera.

6. Cuidados éticos y deontológicos

Al trabajar con trauma complejo y trastornos disociativos, los cuidados éticos trascienden las pautas generales de la psicoterapia. Dada la vulnerabilidad inherente de estos pacientes y la complejidad de sus síntomas, la práctica debe regirse por un conjunto de principios específicos para garantizar su seguridad y bienestar.

Grosso modo, podríamos intentar resumir los principales recaudos en 5 puntos:

1) Priorizar la estabilización y la seguridad por encima de todo

“Safety is therapy” (S. Porges): este es el principio ético fundamental. La prisa por procesar y desensibilizar el trauma complejo puede ser iatrogénica y peligrosa. La ética aquí es doble:

- **No hacer daño:** nunca se debe exponer a un paciente a material traumático disociado o excesivamente perturbador, si no tiene previamente las herramientas de regulación necesarias. El riesgo de re-traumatización y de aumentar, por ende, la disociación es muy alto. La primera responsabilidad ética del psicoterapeuta es la contención y la estabilización.
- **Poner fin al abuso:** si el paciente está en una situación de peligro actual, la primera prioridad ética es ayudarlo a encontrar un lugar seguro. Un psicoterapeuta debe tener un conocimiento claro de los recursos de emergencia (de la ley de protección infantil si es necesario, de protocolos de intervención en crisis por revelación de abuso sexual sufrido en la infancia, de protocolos de atención integrativa en situaciones de abuso sexual, o situaciones de violencia, etc.)

2) Manejar la transferencia y la contratransferencia con precaución

El trauma complejo a menudo se origina en relaciones de apego dañadas. Como resultado, la relación psicoterapéutica puede reactivar viejos patrones de inseguridad.

- **Ser un ancla de seguridad:** El psicoterapeuta debe ser un modelo de apego seguro. Esto implica ser predecible, confiable y compasivo, proporcionando un

espacio donde el paciente pueda sentir, a veces por primera vez en su vida, que la relación no es una amenaza.

- **Monitorear la contratransferencia:** el riesgo de trauma vicario, desgaste por empatía, *burn out* o fatiga crónica, o incluso de ser arrastrado al caos del paciente por problemas de hiper involucramiento con su temática es mayor que con otro tipo de pacientes. Éticamente, el psicoterapeuta debe monitorear sus propias respuestas emocionales y buscar supervisión regular y de alta calidad para procesar sus propias reacciones emocionales y una eventual desregulación afectiva, neurovegetativa, cognitiva, conductual o relacional. La falta de supervisión, en estos casos, puede ser una falta ética grave que derive en falta de recaudos y en situaciones de *acting out* o, incluso, de *acting in*, tanto del paciente como del psicoterapeuta.

3) Respetar la autonomía y la disociación como mecanismo de supervivencia

- **Validar sin patologizar:** el psicoterapeuta debe reconocer que la disociación no es un “defecto” o una “locura”, sino un mecanismo de supervivencia inteligente y adaptativo que permitió al paciente sobrevivir a lo insoportable. Éticamente, se debe validar su experiencia sin juzgarla (nunca se juzga al SNA del paciente).
- **Ritmo del paciente:** los recaudos éticos implican también reconocer qué cantidad de energía puede sustentar el paciente con TEPT-C en cada sesión. Esto exige que el ritmo del tratamiento lo marque el paciente, no el psicoterapeuta. Un profesional especializado no debe empujar a su paciente a confrontar recuerdos o partes disociadas si el mismo no está listo. La prisa viola el principio de autonomía del paciente.

4) Mantener una formación especializada actualizada

Trabajar con trauma complejo no es una tarea para la que baste la formación general en psicología.

- **Formación específica:** es una obligación ética buscar formación específica en modelos de tratamiento del trauma validados.
- **Consciencia de los límites:** un psicoterapeuta debe ser éticamente consciente de sus propios límites. Si un caso de trauma complejo supera su nivel de experiencia, debe derivar al paciente a un especialista cualificado.

- 5) **El manejo de la confidencialidad:** en casos de trauma complejo, los límites de la confidencialidad pueden volverse borrosos debido a la naturaleza relacional del trauma. Si bien estamos entrenados en ser “guardianes de secretos” en tiempos de atención a distancia, de registros clínicos electrónicos, y de proliferación de redes sociales, etc. debemos extremar los cuidados del sigilo (Gonçalves Boggio; 2021). El psicoterapeuta debe ser excepcionalmente claro sobre los límites de la confidencialidad, especialmente si hay riesgo de daño a uno mismo o a otros, o si hay un menor de edad implicado, tomando todos los recaudos necesarios para ponerse del lado de la vida.

Siguiendo el enfoque de la teoría polivagal de S. Porges se puede concluir que al abordar el TEPT-C es necesario evitar las intervenciones psicoterapéuticas intensamente catárticas ya que hacen correr un alto riesgo de retraumatización, y pueden causar un aumento de la fragmentación y desestabilización del paciente. El hecho de centrarse en el dolor de la herida del amor que creó la coraza somática y caracterial (el vacío y el desamparo, el abandono y la pérdida, la violencia y la destructividad, la frialdad y la distancia, la humillación y la traición, la seducción temprana y el abuso de poder) no conduce necesariamente a la curación. En vez de ser liberadas la tristeza, la bronca, el miedo, la ambivalencia, etc., el psicoterapeuta debe entrenar al paciente con TEPT-C no sólo a expresar, sino fundamentalmente a tolerar y sustentar sus emociones fuertes derivadas del trauma complejo, pero sin la necesidad de dirigirlas contra el entorno o contra sí mismo. En vez de liberarlas exclusivamente desde la abreacción y la catarsis, las emociones se contienen para que puedan ser integradas y transformadas en una mayor capacidad de conexión y de aumento de su propia potencia (vital).

En suma, los cuidados éticos al trabajar con trauma complejo se centran en la seguridad, la contención y la compasión. Es una práctica que exige no sólo habilidades clínicas altamente especializadas, sino también una profunda introspección y un compromiso inquebrantable con el bienestar del paciente. El primer principio ético es que el psicoterapeuta no puede guiar a un paciente a un lugar donde él mismo no ha estado (en términos de formación y en términos de salud). Es una tarea que requiere humildad, disciplina, un compromiso permanente con la supervisión, una formación *ad vitam* (de por vida).

De igual forma, es necesario que el psicoterapeuta que trabaja con pacientes, grupos o comunidades altamente vulnerables pueda hacer una revisión profunda y periódica de su propia historia de traumas y conflictos. De esta manera va a poder prevenir, desde temprano, los crecientes niveles de estrés, *burn out*, desgaste por empatía y traumatización vicarizante que puede desarrollar su tarea profesional (Gonçalves Boggio, 2011).

7. Conclusiones

El tratamiento psicoterapéutico del trauma complejo (TEPT-C) según los autores estudiados es un proceso gradual y requiere de un abordaje metodológico sistematizado. Se impone necesariamente construir vincularmente una base de seguridad, desarrollar habilidades de auto y corregulación, el mapeo y la instalación de recursos internos y externos, que se instalan (fundamentalmente, pero no únicamente) en la Fase 1, un procesamiento cuidadoso de las memorias traumáticas (Fase 2) y, finalmente, una integración de la personalidad que habilite a una reinención de la vida y de la identidad “postraumática” (Fase 3). Este modelo secuencial no sólo reduce el riesgo de re-traumatización, sino que también ofrece un camino esperanzador para una sanación profunda y duradera.

La relevancia del trabajo de autores como J. Herman, B. van der Kolk, O. van der Hart, P. Levine, S. Porges y D. Dana, entre otros clínicos e investigadores del trauma complejo, radica en que sus pesquisas obligan a considerar a este tipo de traumas no como un evento aislado, sino como una experiencia que desorganiza profundamente el sistema psicobiológico y social de una persona. Las tesis desarrolladas por estos autores han permitido avanzar en la interconexión entre trauma por shock y trauma del desarrollo, entre trauma temprano y trauma inter y transgeneracional, entre trauma y memoria, entre trauma y disociación, dando lugar -en lo contemporáneo- a los abordajes clínicos integrativos del TEPT-C. Pero no sólo han influido en la práctica clínica, sino también en los debates sobre la justicia social y el reconocimiento de las experiencias de las víctimas de opresión sistémica.

En mi opinión, la investigación en trauma complejo sigue siendo indispensable para cualquier persona, grupo, institución y/o comunidad que aspire a comprender y abordar el profundo y duradero impacto del trauma relacional.

8. Referencias bibliográficas

- Berceli, D. (2012). *Liberación del trauma. Perdón y temblor es el camino*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Boyesen, G. (1986). *Entre psiquê e soma*. São Paulo: Summus.
- Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Barcelona: Eleftheria.
- _____ (2019a). *Cómo conectar el freno vagal*. 1er. seminario internacional sobre Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal. Sitges, Barcelona (mayo 2019).
- _____ (2021). *Polivagal exercises for safety and connection. 50 client-centered practice*. W.W. Norton & Company. E-book.
- _____ (2022). *Anclados: como entablar una amistad con tu sistema nervioso con la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.
- Di Bártolo, I. (2016). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Bruner/Mazel.
- Forgash, C. y Knipe, J. (2015). *Tratamiento EMDR del trauma complejo: modelo de entrenamiento combinado*. Conferencia EMDRIA 2015, Philadelphia (Recuperado de: <https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ARTÍCULOS%20SOBRE%20EMDR/2015/102-Forgash-y-Knipe-Tratamiento-EMDR-del-trauma-complejo.pdf>).
- Gonçalves Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia: Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*, Montevideo: Psicolibros Universitario.
- _____ (2009). *La Bioenergética: un camino vibrante hacia la salud y un camino hacia la salud vibrante*. En Universidad de la República. Facultad de Psicología. Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas y Corrientes Teórico Técnicas,

Perspectivas psicológicas en salud (pp. 83-94). Montevideo: Psicolibros Universitario.

_____ (2011). Clínica Laboral del Burn Out, del Desgaste por Empatía y del Trauma Secundario en profesionales que trabajan con víctimas de violencia: Análisis de una intervención en el Estado de México. En L. Leopold, D. Fagúndez y N. Sobrera (Eds.), *XII Jornadas de Psicología y Organización del Trabajo. Investigaciones e intervenciones innovadoras en el campo de la Psicología de las Organizaciones y el Trabajo: el estado del arte* (pp. 295-315). Montevideo: Psicolibros Universitario.

_____ (2014). Migration. Trauma and anxiety disorder. En Courtenay Young (Comp.), *The body in relationship. Self – other- society. EABP-ISC Lisbon Congress 2014*, (pp. 113-121). Scottish Borders: Body Psychotherapy Publications.

_____ (2014). El cuerpo: ese campo de batalla. En N. De León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 141-150). Montevideo: Psicolibros Waslala.

_____ (2019). *Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático*. Montevideo: CSIC-UDELAR.

_____ (2019a). Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal (TPV). *Revista Latino-Americana de Psicología Corporal*. Vol. 1, nro. 8. Recuperado de: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/89>

_____ (2021). *Trauma y pandemia. Efectos psicosociales e intervenciones clínicas*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

_____ (2022). La historia subjetiva del síntoma. El lenguaje secreto del miedo. *Revista latino-americana de psicología corporal* V.9, No. 13, pp. 84103. Recuperado en: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/139>

_____ (2024). *Cartografías de lo íntimo. Cuerpo, carácter, trauma y sexualidad*. Montevideo: TEAB.

Gonzalez, A. y Mosquera, D. (2012). *Emdr y disociación. El abordaje progresivo*. Madrid: Pléyades.

- Heller, L. y LaPierre A. (2017). *Curar el trauma del desarrollo. El método Relacional Neuroafectivo para restablecer la conexión*. Barcelona: Eleftheria
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa.
- Keleman, S. (1986). *Bonding. A somatic emotional approach to transference*. California: Center Press
- _____ (1971). *The Human Ground*. San Francisco: Center Press.
- _____ (1992). *Padrões de disestresse: agressões emocionais e forma humana*. São Paulo: Summus.
- _____ (1997). *Anatomía emocional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- _____ (1997a). *La experiencia somática*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Levine, P. (2012). *Uma voz sem palavras. Como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. São Paulo: Summus.
- _____ (2018). *Trauma y memoria*. Barcelona: Eleftheria.
- Levine, P. y Frederick, A. (1999). *Curar el trauma. Descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Barcelona: Urano.
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana.
- _____ (1994). *La espiritualidad del cuerpo*. Buenos Aires. Paidós.
- _____ (1994a). *La experiencia del placer*. Buenos Aires. Paidós.
- _____ (1995). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- _____ (1996). *El gozo*. Buenos Aires: Era Naciente.
- _____ (2005). *La voz del cuerpo. El papel del cuerpo en psicoterapia*. Málaga: Sirio.

- _____ (2011). *Miedo a la vida*. Buenos Aires: Papel de liar.
- Lowen, A. y Lowen, L. (1998). *Ejercicios de bioenergética*. Málaga: Sirio.
- Porges, S. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro*. Barcelona: Eleftheria.
- Porges, S., Dana, D. -Ed.- (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.
- Rablen, L. (1985). *Individuation and Boundaries*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 1, nro. 2.
- _____ (2001). *The boundary exercise revisited*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 12, nro. 1.
- Reich, W. (1958). *Análisis del Carácter*. Buenos Aires: Paidós.
- _____ (1986). *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, E. (1983). Prevención de la neurosis: auto-regulación a partir del nacimiento. *Cadernos de Psicología biodinamica*, nro. 1; San Pablo: Summus.
- Reich, E. y Zornanszky, E. (1998). *Energía vital pela bioenergética suave*. San Pablo: Summus.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York & London: W. W. Norton & Company LTD.
- _____ (2003). *The body remembers. Unifying methods and models in the treatment of trauma and PTSD*. New York & London: W. W. Norton & Company LTD.
- _____ (2011). *Trauma essentials. The Go-To Guide*. New York & London: W. W. Norton & Company LTD.

- Shapiro, F. (2004). *EMDR. Eye movement desensitization and reprocessing. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax.
- _____ (2013). *Supera tu pasado. Toma el control de tu vida con técnicas de auto ayuda de EMDR*. Barcelona: Kairós.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press.
- Udaquiola, L. (2024). *Trauma Complejo: Una introducción a las intervenciones clínicas desde la psicotraumatología, el enfoque polivagal y la clínica bioenergética*. Trabajo Final de Grado. Facultad de Psicología UDELAR. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/46786>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., y Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.