

Intervención EMDR en un caso de trauma complejo y retraumatización: Revisión de un caso clínico

EMDR Therapy for complex trauma and retraumatization: A clinical case review

Macarena Lacueva Cerrejón

Psicóloga sanitaria. Experto en Formación Superior en Intervención en Trauma con EMDR

Resumen

Este trabajo explora la intervención terapéutica mediante EMDR en el caso clínico de una mujer de 28 años que presenta un trauma complejo reactivo a un evento reciente de ruptura de pareja. Este evento, identificado como un "segundo golpe", reactivó experiencias de abandono familiar sufridas durante la infancia, las cuales se encuentran ligadas a diagnósticos previos de TDAH, trastorno negativista desafiante y anorexia nerviosa. La reactivación de estos traumas históricos desencadenó síntomas de retraumatización y desregulación emocional, resaltando la importancia de abordar estas situaciones con enfoques de intervención informada sobre trauma (TIC).

La implementación del EMDR permitió trabajar de manera segura y progresiva en la integración de memorias traumáticas, reduciendo significativamente los síntomas de ansiedad y mejorando la capacidad de regulación emocional de la paciente. Este caso también ilustra cómo los modelos terapéuticos actuales deben adaptarse para evitar prácticas que puedan resultar retraumatizantes, favoreciendo entornos clínicos seguros y sensibles al trauma.

A través de este análisis, se pretende contribuir al entendimiento de los procesos terapéuticos aplicados en traumas complejos, destacando la eficacia del EMDR en combinación con los principios de la atención informada sobre el trauma como enfoque esencial para promover una recuperación integral y evitar la revictimización.

Palabras clave: EMDR, retraumatización, trauma complejo, segundo golpe, abandono familiar, intervención informada sobre trauma.

Abstract

This study explores the therapeutic intervention using EMDR in the clinical case of a 28-year-old woman with a complex trauma triggered by a recent breakup. This event, identified as a "second blow," reactivated past experiences of family abandonment during childhood, which are linked to previous diagnoses of ADHD, oppositional defiant disorder, and anorexia nervosa. The reactivation of these historical traumas led to symptoms of retraumatization and emotional dysregulation, highlighting the importance of addressing such situations with trauma-informed care (TIC) approaches.

The implementation of EMDR facilitated a safe and progressive process for integrating traumatic memories, significantly reducing anxiety symptoms and enhancing the patient's emotional regulation capacity. This case also illustrates how current therapeutic models must be adapted to avoid retraumatizing practices, promoting safe and trauma-sensitive clinical environments.

Through this analysis, the aim is to contribute to the understanding of therapeutic processes applied in complex trauma cases, highlighting the effectiveness of EMDR in combination with trauma-informed care principles as an essential approach to foster comprehensive recovery and prevent revictimization.

Keywords: EMDR, retraumatization, complex trauma, second blow, family abandonment, trauma-informed care.

INTRODUCCIÓN

El trauma psicológico representa una experiencia que desborda los mecanismos cognitivos y emocionales habituales, dejando una marca duradera en la identidad y el bienestar de las personas (Aznárez Urbieto, 2023). Este impacto se magnifica cuando se trata de traumas complejos, es decir, aquellos eventos repetidos o crónicos, generalmente interpersonales, que ocurren en etapas tempranas del desarrollo y afectan áreas fundamentales del funcionamiento, como la regulación emocional, el apego y la autopercepción (Baita, 2014; Herman, 1992).

En este contexto, la **retraumatización** se define como la reactivación de un trauma preexistente debido a eventos posteriores con características similares (Madariaga, 2023). Este fenómeno implica no solo una reproducción del sufrimiento, sino también una profundización de las heridas emocionales y psicológicas a lo largo del tiempo. Van der Kolk (2002) destaca que estas experiencias no procesadas suelen almacenarse en redes neuronales disfuncionales, dando lugar a síntomas de disociación y desregulación emocional. En el caso clínico presentado, un **"segundo golpe"** desencadenado por una ruptura de pareja reactiva vivencias de abandono infantil, exacerbando síntomas de ansiedad, desconexión emocional y patrones de dependencia.

Es importante reconocer que el fenómeno del trauma y la retraumatización no solo deben analizarse desde una perspectiva clínica individual, sino también en relación con dinámicas socioculturales y colectivas. Daurella (2012) sugiere que los contextos históricos y comunitarios pueden amplificar las experiencias traumáticas individuales, especialmente en escenarios de violencia sistémica, desigualdad y desprotección social. Desde este punto de vista, el trauma no ocurre en un vacío y, por ende, requiere modelos terapéuticos sensibles a la historia personal y al contexto cultural del paciente (Sweeney et al., 2018).

En respuesta a estas necesidades, en las últimas décadas ha emergido el enfoque de **"Intervención Informada sobre Trauma" (TIC)** como una práctica fundamental en los sistemas de salud mental. Según el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA, 2014), el TIC implica reconocer la prevalencia del trauma, entender su impacto y evitar prácticas que puedan resultar retraumatizantes. La adopción de un enfoque TIC promueve entornos clínicos seguros, basados en la confianza y en una comprensión profunda de las experiencias del paciente (Harris & Fallot, 2001; Taggart et al., 2023).

Entre las intervenciones más efectivas para abordar el trauma complejo y evitar la retraumatización, destaca el **EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares)**, una herramienta terapéutica desarrollada por Shapiro en 1987.

El EMDR trabaja tanto con los "T" traumas (eventos únicos e intensos) como con los "t" traumas (experiencias repetitivas), facilitando la integración de memorias implícitas y promoviendo una resolución adaptativa de la información (Shapiro, 2001). Este proceso reduce la intensidad emocional de los recuerdos traumáticos y promueve una mayor regulación emocional en los pacientes (Aznárez Urbieto, 2023; Lago Blanco & Larraz Geijo, 2012).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el impacto del trauma complejo y la retraumatización a partir de un caso clínico en el que se aplicó EMDR. Asimismo, se reflexiona sobre la necesidad de incorporar principios de **intervención informada sobre trauma (TIC)** para ofrecer un tratamiento seguro, sensible y adaptado a las necesidades del paciente, evitando así prácticas que perpetúen el sufrimiento. Se considera que este enfoque multidimensional es esencial para abordar fenómenos como la disociación, la somatización y la regulación afectiva en personas con experiencias traumáticas complejas (Rodríguez Vega et al., 2005; Taggart et al., 2023).

MARCO TEÓRICO

1. Evolución y fundamentos del EMDR

El **EMDR** (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares), desarrollado por Shapiro en 1987, combina elementos de la terapia cognitivo-conductual con técnicas de estimulación bilateral, como movimientos oculares, táctiles o auditivos (Shapiro, 2001).

Este enfoque se fundamenta en el **Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI)**, que propone que las memorias traumáticas no procesadas quedan "encapsuladas" en redes neuronales disfuncionales, lo que perpetúa los síntomas relacionados con el trauma (Shapiro, 2001; Van der Kolk & Fisler, 1996). La estimulación bilateral facilita el procesamiento de estas memorias, reorganizándolas en una narrativa coherente y reduciendo la carga emocional asociada (Van der Kolk, 2002).

El EMDR ha sido validado en guías clínicas internacionales, como las recomendaciones de la NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2005), por su eficacia en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Además, estudios recientes respaldan su aplicación en traumas complejos, extendiendo su uso más allá de eventos traumáticos aislados (Lago Blanco & Larraz Geijo, 2012).

Dentro del marco de la intervención informada sobre trauma (TIC), el EMDR es reconocido como una herramienta no solo para tratar los síntomas del trauma, sino también para evitar prácticas que puedan resultar retraumatizantes, creando un entorno terapéutico seguro y basado en la confianza (SAMHSA, 2014; Harris & Fallot, 2001).

2. Definición y características del trauma complejo

El trauma complejo se refiere a la exposición prolongada a eventos traumáticos crónicos o repetidos, generalmente en un contexto interpersonal de abuso, negligencia o abandono (Baita, 2014). A diferencia del TEPT simple, el trauma complejo afecta áreas críticas del funcionamiento humano, como la regulación emocional, el desarrollo del apego y la percepción del self (Van der Kolk, 2002; Herman, 1992).

Desde una perspectiva neurobiológica, el trauma genera alteraciones en estructuras cerebrales clave, como la amígdala y el hipocampo, responsables de la memoria y la respuesta al estrés (Van der Kolk, 2003). Estas alteraciones dificultan la integración de memorias traumáticas, generando síntomas de disociación y somatización (Rodríguez Vega et al., 2005).

La teoría del apego de Bowlby (1969) y los estudios de Ainsworth destacan cómo experiencias tempranas de abandono o abuso interrumpen el desarrollo de un **apego seguro**,

predisponiendo a patrones desorganizados de interacción y mayores riesgos de retraumatización en la adultez (Gayá Ballester et al., 2014). Estas secuelas requieren intervenciones sensibles y centradas en el trauma, como las que propone el modelo TIC, para abordar no solo los síntomas actuales, sino también las raíces históricas del trauma (Sweeney et al., 2018).

3. Retraumatización y el concepto de "segundo golpe"

La retraumatización ocurre cuando eventos actuales, similares en sus características al trauma original, reactivan las memorias y emociones asociadas al trauma previo (Madariaga, 2023). Este proceso intensifica las respuestas emocionales y somáticas generando una exacerbación de los síntomas y un deterioro en la funcionalidad del individuo.

El concepto de "segundo golpe" describe cómo eventos aparentemente cotidianos, como una ruptura de pareja o una pérdida significativa, pueden actuar como detonantes de traumas no resueltos (Rodríguez Vega et al., 2005). Estas situaciones subrayan la necesidad de implementar intervenciones informadas sobre trauma que eviten reactivar las heridas emocionales del paciente. Según el Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2014), un abordaje TIC requiere reconocer las señales del trauma, brindar seguridad en el proceso terapéutico y fomentar la colaboración y el empoderamiento del paciente.

4. Perspectiva neurobiológica del trauma

Desde una perspectiva neurobiológica, las experiencias traumáticas provocan cambios duraderos en el cerebro, afectando estructuras como la amígdala (hiperactivación del miedo), el hipocampo (disfunción en la memoria) y la corteza prefrontal (afectación en la regulación emocional) (Van der Kolk, 2002).

La disociación y la somatización son respuestas comunes en personas con trauma complejo, reflejando intentos del cerebro por protegerse ante la imposibilidad de procesar las experiencias traumáticas (Rodríguez Vega et al., 2005). En este sentido, intervenciones como el EMDR, enmarcadas en un enfoque **TIC**, facilitan la integración de estas memorias al activar mecanismos neurobiológicos que reorganizan las redes neuronales asociadas al trauma (Harris & Fallot, 2001).

5. EMDR y la intervención informada sobre trauma

El EMDR, como intervención terapéutica clave, se alinea con los principios de la atención informada sobre trauma al evitar prácticas retraumatizantes y ofrecer un enfoque seguro y progresivo para el reprocesamiento de las experiencias traumáticas (Taggart et al., 2023). Según Shapiro (2001), el EMDR facilita la integración de recuerdos fragmentados, permitiendo que el paciente procese el trauma de manera adaptativa.

El enfoque TIC, aplicado en combinación con el EMDR, enfatiza la seguridad, la colaboración y el empoderamiento, reconociendo que el trauma no ocurre en un vacío y que debe abordarse en un entorno sensible, respetuoso y culturalmente adaptado (Sweeney et al., 2018; SAMHSA, 2014).

6. Relevancia del contexto sociocultural en la retraumatización

El trauma y la retraumatización están estrechamente vinculados con factores socioculturales como la violencia estructural, la pobreza y las dinámicas de poder. Según Daurella (2012), en contextos de violencia histórica o dictaduras, los recuerdos individuales se entrelazan con narrativas colectivas, lo que complejiza las intervenciones.

La intervención informada sobre trauma reconoce esta interacción y promueve abordajes que consideran no solo la historia personal, sino también las condiciones sociales y culturales que perpetúan el sufrimiento (Sweeney et al., 2018). La adaptación de terapias como el EMDR a estos contextos es crucial para evitar la revictimización y ofrecer soluciones que sean verdaderamente transformadoras.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una **mujer de 28 años** que, tras la ruptura reciente de una relación de pareja, experimenta un **episodio de retraumatización**. Este evento, identificado como un **"segundo golpe"**, reactivó memorias y emociones vinculadas a un trauma complejo no resuelto, originado en el abandono emocional y físico sufrido durante la infancia.

La paciente refiere una infancia marcada por episodios recurrentes de negligencia parental, desamparo emocional y una relación conflictiva con sus figuras de apego, lo que resultó en diagnósticos tempranos de **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**, **Trastorno Negativista Desafiante (TND)** y **anorexia nerviosa**. Estos factores configuran un perfil consistente con el trauma del desarrollo, donde la desregulación emocional, la disociación y las dificultades en las relaciones interpersonales persisten en la adultez (Herman, 1992; Baita, 2014).

1. Historia clínica y contexto actual

La paciente acude a consulta manifestando un conjunto de síntomas significativos que incluyen:

- Ansiedad severa.
- Insomnio y episodios recurrentes de llanto.
- Dificultad para regular emociones en situaciones estresantes.

Describe además un patrón constante de relaciones interpersonales marcado por un miedo al abandono, dependencia emocional y autoexigencia extrema, lo que refleja las secuelas del trauma infantil en su vida adulta. Su reciente ruptura, además de ser un evento doloroso en sí mismo, actuó como detonante de recuerdos intrusivos y sensaciones de rechazo, abandono y desprotección vividas en su entorno familiar.

Desde la perspectiva de la atención informada sobre trauma, estas manifestaciones sintomáticas son características de la reviviscencia de memorias traumáticas no procesadas, lo que genera respuestas desproporcionadas ante eventos actuales (SAMHSA, 2014; Taggart et al., 2023).

Durante la entrevista clínica, la paciente mostró indicadores de disociación leve, como la desconexión emocional y la dificultad para recordar detalles específicos de su infancia. Asimismo, evidenció una capacidad limitada para autorregular sus estados emocionales, con frecuentes pensamientos autocríticos y sentimientos de invalidez, asociados a la invalidación temprana sufrida en su hogar (Rodríguez Vega et al., 2005).

2. Impacto del "segundo golpe"

El término "segundo golpe" describe eventos actuales que actúan como disparadores de traumas históricos no resueltos, generando una respuesta emocional intensa y desproporcionada (Rodríguez Vega et al., 2005). En este caso, la ruptura de pareja se configuró como un evento que activó memorias traumáticas almacenadas de forma fragmentada, en lo que Van der Kolk (2002) define como "improntas sensoriales y emocionales" características de los traumas no integrados.

Desde la perspectiva de la intervención informada sobre trauma (TIC), es fundamental reconocer cómo estos "segundos golpes" pueden amplificar el sufrimiento emocional si no se abordan de manera adecuada. La falta de un entorno terapéutico seguro puede perpetuar la retraumatización, reforzando patrones de evitación y desregulación emocional (Sweeney et al., 2018). El caso refleja la necesidad de intervenciones que integren un enfoque TIC para reconocer los vínculos entre los traumas históricos y los eventos actuales, brindando al paciente seguridad, validación y herramientas para la recuperación (Harris & Fallot, 2001).

3. Evaluación inicial

Durante la evaluación inicial, se aplicaron instrumentos estandarizados para valorar los síntomas de ansiedad, disociación y dificultades en la regulación emocional:

- **Inventario de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD Checklist - PCL):** La paciente obtuvo puntuaciones elevadas en las subescalas de **reexperimentación y evitación**, lo que indica la presencia de síntomas relacionados con la **reviviscencia de eventos traumáticos**.
- **Cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS):** Mostró puntuaciones altas en las dimensiones de **impulsividad y estrategias**, lo que refleja dificultades para manejar emociones intensas.
-

La evaluación cualitativa reveló una narrativa fragmentada en torno a sus experiencias traumáticas, con una marcada tendencia a minimizar sus emociones y centrarse en el bienestar de los demás. Este patrón es consistente con la evitación emocional, un mecanismo frecuente en personas con trauma complejo (Daurella, 2012).

Desde un enfoque TIC, la evaluación inicial también permitió identificar la necesidad de crear un espacio terapéutico seguro donde la paciente pudiera explorar sus experiencias traumáticas de manera gradual, sin reactivar la angustia emocional ni perpetuar la disociación (SAMHSA, 2014).

4. Hipótesis diagnóstica

Se hipotetiza que la paciente presenta un cuadro de trauma complejo con características de retraumatización, acompañado de:

- Dificultades en la regulación emocional.
- Síntomas de disociación leve.
- Dependencia emocional y autoexigencia extrema.

Este perfil es coherente con las manifestaciones observadas en individuos que han sufrido abandono emocional y negligencia en etapas tempranas del desarrollo (Baita, 2014; Herman, 1992). La combinación de factores emocionales, cognitivos y relacionales refuerza la importancia de implementar un tratamiento informado sobre trauma, como el EMDR, para facilitar la integración de las memorias traumáticas y restaurar la capacidad de autorregulación del paciente (Shapiro, 2001; Sweeney et al., 2018).

PLAN DE TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN

El tratamiento del caso clínico presentado se fundamenta en modelos terapéuticos que priorizan la integración de las experiencias traumáticas y la estabilización emocional del paciente. Este enfoque se basa en el modelo de intervención en trauma estructurado en tres fases: estabilización, procesamiento del trauma y reintegración (Aznárez Urbieta, 2023; Herman, 1992).

En línea con los principios de la Intervención Informada sobre Trauma (TIC), se implementaron estrategias que buscan crear un entorno terapéutico seguro, evitar la retraumatización y empoderar a la paciente a través del proceso de recuperación (SAMHSA, 2014; Sweeney et al., 2018). El EMDR fue la herramienta principal del tratamiento, complementado con técnicas somáticas y de regulación emocional.

1. Objetivos terapéuticos

El plan de intervención tuvo como objetivos principales:

- **Abordar** los efectos de la retraumatización, reduciendo los síntomas de ansiedad, disociación y reexperimentación
- **Facilitar** la integración de recuerdos fragmentados en una narrativa coherente, permitiendo superar el impacto del "segundo golpe".
- **Fortalecer** las habilidades de regulación emocional para enfrentar situaciones de estrés futuras.
- **Reconfigurar** creencias desadaptativas relacionadas con el abandono infantil, como "No soy suficiente", transformándolas en percepciones más adaptativas y positivas del self.
- **Brindar** un entorno terapéutico seguro que respete el ritmo de la paciente y minimice el riesgo de retraumatización.

2. Fase de estabilización

La estabilización es crucial para preparar al paciente antes de abordar los recuerdos traumáticos, garantizando un entorno de seguridad y recursos emocionales suficientes (Herman, 1992; Harris & Fallot, 2001). En esta fase se implementaron las siguientes estrategias:

- **Psicoeducación:**

Se explicó a la paciente cómo los traumas pasados influyen su respuesta emocional actual, utilizando un lenguaje claro y accesible. La psicoeducación ayuda a comprender los síntomas, reducir la culpa y aumentar la sensación de control sobre la experiencia (Moreno Pérez & Fernández Liria, 2023).

- **Técnicas de regulación emocional:**

- Respiración diafragmática y grounding: Ayudan a manejar episodios de ansiedad intensa y mantener la conexión con el presente.
- Mindfulness y atención plena: Facilitan la autorregulación y promueven una mayor conciencia del cuerpo y las emociones (Van der Kolk, 2002; Taggart et al., 2023).
- Estrategias somáticas: Se trabajó la liberación de tensiones físicas asociadas a las respuestas fisiológicas del trauma, como el modo de lucha o huida (Van der Kolk, 2002).

- **Desarrollo de un entorno terapéutico seguro:**

La relación terapéutica se basó en la **confianza, la empatía y la colaboración**, principios fundamentales en la intervención informada sobre trauma (SAMHSA, 2014). Se respetó el ritmo de la paciente, evitando intervenciones intensivas que pudieran resultar abrumadoras y retraumatizantes (Sweeney et al., 2018).

3. Fase de procesamiento del trauma

En esta fase, se trabajó específicamente en el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos utilizando el EMDR, que ha demostrado ser una intervención efectiva para el tratamiento del trauma complejo (Shapiro, 2001). Los pasos clave fueron:

- **Aplicación del EMDR como herramienta principal:**

El EMDR permitió abordar los recuerdos específicos del abandono infantil y el impacto emocional de la ruptura reciente. La estimulación bilateral facilitó la integración adaptativa de estas memorias, reduciendo la intensidad emocional asociada a los eventos traumáticos (Aznárez Urbieto, 2023; Lago Blanco & Larraz Geijo, 2012).

- **Reconexión emocional:**

Se trabajó en la transformación de emociones disfuncionales, vinculando los recuerdos traumáticos con narrativas más coherentes y adaptativas. Este paso es esencial en la resolución de traumas complejos, donde la desintegración emocional perpetúa el sufrimiento (Van der Kolk, 2002).

- **Atención a la respuesta somática:**

Dado el impacto del trauma en el cuerpo, se incorporaron técnicas de terapia somática para procesar las respuestas fisiológicas asociadas a las memorias traumáticas, promoviendo la descarga emocional segura (Levine, 1997).

4. Fase de reintegración

La reintegración tiene como objetivo consolidar los avances terapéuticos y dotar a la paciente de herramientas que le permitan enfrentar nuevos desafíos con mayor resiliencia.

- **Fortalecimiento del self:**

- Se trabajó en la reconstrucción de una autoimagen positiva y en la percepción de autonomía y valía personal.
- Se desafiaron y transformaron las creencias desadaptativas derivadas del abandono, fomentando afirmaciones como "Soy suficiente" y "Merezco relaciones saludables".

- **Prevención de recaídas:**

Se enseñaron estrategias para identificar señales tempranas de activación emocional y aplicar técnicas de regulación aprendidas durante el tratamiento.

- **Promoción de redes de apoyo:**

Se alentó a la paciente a reconstruir y fortalecer relaciones interpersonales, reconociendo la importancia del apoyo social en el proceso de recuperación (Harris & Fallot, 2001; Sweeney et al., 2018).

5. Consideraciones personalizadas

Dado el perfil de retraumatización y trauma complejo de la paciente, se implementaron **precauciones adicionales:**

- Evitar intervenciones que pudieran resultar abrumadoras o desestabilizadoras, priorizando el respeto al ritmo de la paciente.
- Incorporar técnicas somáticas para trabajar con las respuestas físicas del trauma, como la tensión muscular o el bloqueo emocional.
- Brindar un enfoque culturalmente sensible, reconociendo la influencia de los contextos sociales e interpersonales en la experiencia traumática (Taggart et al., 2023).

RESULTADOS

La intervención terapéutica, fundamentada en los principios del EMDR y complementada con estrategias somáticas y de regulación emocional, mostró resultados positivos en diversas áreas clave del funcionamiento emocional y relacional de la paciente. Los hallazgos están en consonancia con la literatura revisada sobre el trauma complejo, la retraumatización y el enfoque informado sobre trauma (Harris & Fallot, 2001; SAMHSA, 2014; Sweeney et al., 2018).

1. Disminución de los síntomas de retraumatización

El proceso terapéutico permitió reducir significativamente los síntomas relacionados con la retraumatización y el impacto del "segundo golpe":

- **Reducir experimentación:**

La paciente reportó una disminución en la frecuencia e intensidad de los recuerdos intrusivos y las reacciones de evitación. Estas mejoras están alineadas con estudios que destacan la eficacia del EMDR para reprocesar las improntas sensoriales del trauma y reducir la sintomatología postraumática (Van der Kolk, 2002).

- **Estabilización emocional:**

Gracias a las estrategias implementadas en la fase de estabilización (psicoeducación, mindfulness y grounding), se redujo la activación emocional, un factor crucial en casos de trauma complejo (Moreno Pérez & Fernández Liria, 2023).

Desde el enfoque informado sobre trauma (**TIC**), estos resultados reflejan cómo la creación de un entorno seguro y el empoderamiento del paciente pueden minimizar los efectos de la reactivación traumática, evitando nuevas experiencias de **retraumatización** (SAMHSA, 2014; Taggart et al., 2023).

2. Mejoras en la regulación emocional

Uno de los resultados más significativos fue el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación emocional:

- La implementación de técnicas de **respiración diafragmática, grounding y mindfulness** facilitó la gestión de estados de ansiedad y disociación. Esto permitió a la paciente mantener una mayor conexión con el presente y recuperar la sensación de control sobre sus respuestas emocionales (Aznárez Urbieto, 2023; Levine, 1997).
- **Transformación de reacciones impulsivas:**
La paciente logró transformar patrones reactivos impulsivos en respuestas más asertivas, alineadas con los objetivos planteados en la fase inicial de estabilización.

Este cambio es consistente con los hallazgos de intervenciones basadas en TIC, que resaltan la importancia de trabajar las emociones complejas desde un enfoque integrador y respetuoso (Sweeney et al., 2018).

3. Integración de memorias traumáticas

El reprocesamiento de las **memorias traumáticas** mediante el EMDR facilitó una **narrativa coherente** y adaptativa de las experiencias vividas:

- **Reducción de la carga emocional:**
A través de la estimulación bilateral, la paciente logró reducir la intensidad emocional asociada a las memorias del abandono infantil y del trauma actual. Esto está respaldado por estudios neurobiológicos que evidencian cómo el EMDR promueve la reorganización de las redes neuronales implicadas en el procesamiento emocional (Van der Kolk, 2002; Shapiro, 2001).
- **Reintegración de la narrativa autobiográfica:**
El reprocesamiento permitió integrar recuerdos fragmentados en una narrativa vital más adaptativa, promoviendo una percepción del self menos crítica y más compasiva. Según Daurella (2012), este proceso es fundamental en la recuperación de pacientes con trauma complejo, donde la desintegración emocional afecta la construcción de la identidad.

4. Fortalecimiento del self y relaciones interpersonales

La paciente reportó avances significativos en la percepción de sí misma y en su capacidad para establecer relaciones más sanas y seguras:

- **Autonomía y valía personal:**

Se observó un fortalecimiento del self, reflejado en una mayor sensación de **empoderamiento** y la reducción de creencias desadaptativas como “No soy suficiente”. La reconstrucción de una narrativa positiva sobre sí misma fue clave para superar patrones de dependencia emocional (Gayá Ballester et al., 2014).

- **Relaciones interpersonales:**

La paciente comenzó a establecer límites saludables en sus relaciones y a reconocer su derecho a formar vínculos basados en el respeto mutuo y la seguridad emocional. Esto resalta el impacto del tratamiento en el área relacional, un componente central en la recuperación del trauma (Herman, 1992; Sweeney et al., 2018).

5. Impacto en la calidad de vida

El tratamiento generó mejoras notables en la calidad de vida de la paciente, reflejadas en los siguientes aspectos:

- **Bienestar emocional:**

La paciente expresó sentirse “liberada del peso del pasado” y con mayor capacidad para enfrentar situaciones estresantes. Estos resultados coinciden con estudios que destacan cómo el EMDR y los enfoques TIC pueden generar transformaciones profundas en la percepción emocional y funcionalidad diaria (Aznárez Urbieto, 2023; SAMHSA, 2014).

- **Desempeño social y laboral:**

La capacidad renovada de manejar conflictos y establecer límites contribuyó a una mejora significativa en su desempeño laboral y en sus relaciones sociales.

6. Limitaciones y áreas de seguimiento

Si bien los resultados fueron positivos, persisten desafíos en áreas específicas:

- **Inseguridades afectivas:**

Aún se evidencian dificultades en la formación de nuevas relaciones afectivas, un fenómeno común en pacientes con apego desorganizado y trauma del desarrollo (Gayá Ballester et al., 2014).

- **Estrategias de seguimiento:**

Se recomienda un seguimiento periódico para reforzar las habilidades de autorregulación emocional, especialmente en entornos laborales estresantes. Esto evitará posibles recaídas y consolidará los avances logrados durante el tratamiento (Harris & Fallot, 2001; Moreno Pérez & Fernández Liria, 2023).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este caso clínico **confirman la eficacia del EMDR** en el abordaje del **trauma complejo y la retraumatización**. La intervención permitió una reducción significativa de los síntomas de ansiedad, disociación y reexperimentación, facilitando la integración de memorias traumáticas y el fortalecimiento del self. Estos hallazgos están en línea con la literatura existente que respalda el impacto del EMDR en la reorganización funcional del cerebro y la transformación de las narrativas desadaptativas (Van der Kolk & Fisler, 1996; Shapiro, 2001).

Asimismo, la implementación de un enfoque informado sobre trauma (TIC) permitió no solo abordar el síntoma, sino también las dinámicas relacionales, emocionales y somáticas subyacentes. A continuación, se analizan los hallazgos más relevantes en relación con la literatura y sus implicaciones clínicas.

1. El impacto del "segundo golpe" en la retraumatización

El caso presentado ilustra cómo un evento actual, como la ruptura de pareja, puede actuar como un "segundo golpe", reactivando improntas traumáticas previas (Madariaga, 2023; Van der Kolk, 2002). Este fenómeno de retraumatización ocurre cuando estímulos similares a las experiencias originales activan redes neuronales disfuncionales donde el trauma permanece encapsulado (Shapiro, 2001).

Según Moreno Pérez y Fernández Liria (2023), el "segundo golpe" no solo reproduce el sufrimiento original, sino que puede intensificar la sintomatología, perpetuando la disregulación emocional y la disociación. Este caso confirma que la intervención temprana y un abordaje TIC pueden prevenir la cronificación de los síntomas, ayudando a la paciente a comprender cómo las experiencias presentes se relacionan con heridas emocionales no resueltas.

2. Eficacia del EMDR en el tratamiento del trauma complejo

El EMDR demostró ser una herramienta fundamental en la recuperación de la paciente, facilitando la reprocesamiento de recuerdos traumáticos y la transformación de creencias

desadaptativas como "No soy suficiente" hacia afirmaciones más saludables, como "Soy valiosa y digna de amor" (Aznárez Urbieto, 2023). Estos resultados validan estudios previos que destacan la eficacia del EMDR para integrar memorias disfuncionales y reducir la intensidad emocional asociada (Shapiro, 2001; Lago Blanco & Larraz Geijo, 2012).

Desde el enfoque neurobiológico, se observa que el EMDR actúa sobre las redes neuronales afectadas, facilitando la reconsolidación de memorias traumáticas y la disminución de la hiperactivación del sistema límbico (Van der Kolk, 2002). En pacientes con trauma complejo, esta reorganización funcional resulta crucial para promover una narrativa coherente y una mayor percepción de control emocional.

3. Rol de la estabilización emocional y el enfoque TIC

La fase de estabilización emocional fue un pilar fundamental para garantizar el éxito del tratamiento. Estrategias como la psicoeducación, el mindfulness y el grounding ayudaron a crear un entorno seguro donde la paciente pudo afrontar sus recuerdos traumáticos sin sentirse abrumada (Herman, 1992; Moreno Pérez & Fernández Liria, 2023).

El enfoque TIC juega un papel clave en esta fase, ya que busca evitar la retraumatización al priorizar la seguridad, la confianza y el empoderamiento del paciente (Harris & Fallot, 2001; SAMHSA, 2014). La estabilización emocional, en este contexto, no solo reduce la sintomatología inmediata, sino que también fortalece la resiliencia, permitiendo al paciente afrontar futuras situaciones estresantes con mayor autonomía.

4. Conexión entre apego y trauma complejo

El caso pone de manifiesto la relación entre el apego desorganizado en la infancia y las dificultades en la formación de relaciones interpersonales seguras en la adultez (Gayá Ballester et al., 2014). Las experiencias de abandono y negligencia tempranas pueden generar patrones de interacción disfuncionales que perpetúan el miedo al rechazo y la dependencia emocional en la vida adulta.

El tratamiento con EMDR y el enfoque TIC permitió abordar estas dinámicas relacionales, ayudando a la paciente a reconstruir una narrativa de seguridad emocional y autoaceptación. Este hallazgo coincide con estudios que señalan cómo la reparación de patrones de apego desadaptativos es fundamental en la recuperación del trauma complejo (Daurella, 2012; Harris & Fallot, 2001).

5. Implicaciones neurobiológicas

Desde una perspectiva neurobiológica, los resultados del caso clínico confirman que la integración de memorias traumáticas a través del EMDR promueve una reorganización

funcional de las estructuras cerebrales implicadas en la respuesta al estrés y la memoria emocional (Van der Kolk, 2002).

La reducción de síntomas de reexperimentación y disociación observada en la paciente sugiere una disminución en la hiperactivación de la amígdala y una mejor conectividad en el hipocampo, facilitando una mayor integración cognitiva y emocional.

6. Limitaciones del tratamiento

A pesar de los avances significativos, persistieron inseguridades afectivas, especialmente en la formación de nuevas relaciones. Este hallazgo es consistente con estudios que sugieren que los patrones de apego desorganizado requieren intervenciones prolongadas y seguimiento continuo para lograr cambios estables (Gayá Ballester et al., 2014).

Desde un enfoque TIC, la necesidad de atención continuada y seguimiento periódico es crucial para reforzar las habilidades adquiridas y evitar recaídas, especialmente en contextos de estrés (SAMHSA, 2014).

7. Importancia de la Intervención Informada sobre Trauma (TIC)

Este caso subraya la relevancia de un enfoque informado sobre trauma, que considera tanto los antecedentes históricos de adversidad como las experiencias presentes del paciente. La TIC no solo busca reducir los síntomas, sino también reconocer y validar el sufrimiento del individuo, creando un entorno de cuidado seguro y colaborativo (Sweeney et al., 2018).

Como indican Moreno Pérez y Fernández Liria (2023), la implementación de intervenciones TIC en entornos clínicos puede reducir el riesgo de retraumatización y mejorar los resultados terapéuticos al abordar el trauma de manera holística e integradora.

CONCLUSIONES

El presente caso clínico ha permitido explorar y evidenciar los desafíos y avances en el tratamiento de traumas complejos y procesos de retraumatización en un contexto terapéutico estructurado. La implementación de EMDR, en combinación con un enfoque informado sobre trauma (TIC), ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas, la reorganización emocional y el fortalecimiento de la percepción del self.

1. Confirmación de la efectividad del EMDR

El tratamiento con EMDR ha validado su eficacia para abordar recuerdos fragmentados y disfuncionales asociados a traumas históricos, facilitando su procesamiento adaptativo.

A diferencia de otros enfoques que se centran exclusivamente en la verbalización, el EMDR trabaja tanto a nivel sensorial como cognitivo-emocional, logrando una integración más profunda.

Este modelo terapéutico permitió a la paciente reducir síntomas de ansiedad y disociación, así

como transformar creencias negativas relacionadas con el abandono infantil, contribuyendo a la construcción de una narrativa más resiliente y positiva.

2. El valor de la intervención informada sobre trauma (TIC)

La necesidad de intervenciones informadas sobre trauma se vuelve evidente en este caso, dado que el fenómeno de la retraumatización puede ocurrir en contextos clínicos no preparados.

La TIC, al priorizar la seguridad, la colaboración y la empatía, ha sido un factor decisivo para evitar la reactivación innecesaria de memorias traumáticas y generar un entorno terapéutico respetuoso y estabilizador. En este sentido, los principios de TIC no solo favorecieron la regulación emocional de la paciente, sino que también permitieron abordar el "segundo golpe" sin desbordar sus recursos emocionales actuales.

3. La centralidad de la estabilización emocional

El trabajo en la fase de estabilización con herramientas como el mindfulness, las técnicas de grounding y la psicoeducación fue crucial para crear una base segura antes de entrar en las fases de procesamiento del trauma. La capacidad de regular estados de hiperactivación y disociación fue un detonante positivo que permitió a la paciente enfrentar los recuerdos de abandono con mayor confianza.

Estas estrategias no solo resultaron beneficiosas durante el tratamiento, sino que además dejaron herramientas prácticas para su autonomía emocional en el futuro.

4. Reparación de las secuelas del apego desorganizado

El caso ilustra cómo las relaciones tempranas de apego desorganizado dejan una huella relacional duradera que influye en la adultez. La intervención terapéutica no solo atendió los síntomas clínicos, sino que también ofreció una reparación emocional parcial al ayudar a la paciente a desarrollar patrones más saludables de relación y una mayor autoaceptación.

Esto refuerza la importancia de abordar no solo las manifestaciones actuales del trauma, sino también los elementos relacionales y vinculares que subyacen a la historia del paciente.

5. Relevancia práctica e implicaciones futuras

Este caso reafirma la necesidad de enfoques integradores y culturalmente sensibles en la intervención del trauma complejo. Los hallazgos subrayan que el tratamiento del trauma debe:

- Implementar estrategias estructuradas que incluyan estabilización, procesamiento y reintegración.
- Incorporar los principios de trauma informado para evitar la retraumatización.
- Proporcionar herramientas prácticas que fomenten la autonomía y la resiliencia del paciente a largo plazo.

Asimismo, la persistencia de ciertos desafíos, como las inseguridades en vínculos afectivos, refleja la necesidad de ofrecer intervenciones sostenidas que permitan consolidar los avances logrados y fortalecer habilidades de autocuidado y regulación emocional.

REFLEXIÓN FINAL

El presente caso clínico aporta un ejemplo concreto del impacto positivo de la intervención basada en **EMDR y TIC** en un caso de trauma complejo. La experiencia terapéutica no solo facilitó una recuperación funcional y emocional, sino que también pone de relieve la necesidad de seguir implementando modelos terapéuticos seguros, empáticos y adaptados al contexto del paciente.

Este análisis invita a los profesionales a reflexionar sobre cómo integrar de manera **eficaz y responsable** los enfoques informados sobre trauma en sus prácticas cotidianas, contribuyendo así a una **atención más humanizada y efectiva** frente a los desafíos del trauma y la retraumatización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albright, D. L., & Thyer, B. A. (2010). Evaluating EMDR with veterans of combat stress. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Aznárez Urbieto, B. (2023). Historia, cualidad, clínica y realidad del trauma psíquico. Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR.
- Daurella, N. (2012). Trauma y retraumatización: De Ferenczi a Fonagy, pasando por la teoría del apego y la neurociencia. *Temas de Psicoanálisis*.
- Gayá Ballester, C., Molero Mañes, R. J., & Gil Llario, M. D. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 375– 384.
- Lago Blanco, E., & Larraz Geijo, G. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.
- Madariaga, C. (2023). Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. *Revista Psicosocial Latinoamericana*.
- Moreno Pérez, A., & Fernández Liria, A. (2023). Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 17–45.
- National Council for Behavioral Health. (2018). Trauma-Informed Care: A White Paper. National Council for Mental Wellbeing.
- NHS Education for Scotland. (2017). Transforming psychological trauma: A knowledge and skills framework for the Scottish workforce. NHS Education for Scotland.
- Rose, D., & Baker, C. (2019). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What does it mean in practice? The British Psychological Society.
- Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Principles, Protocols, and Procedures. Guilford Press.
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed care in mental health services: A critical review of current practices and impacts. *Mental Health Practice*, 19(6), 22–29.
- Van der Kolk, B. (2002). Más allá de la cura por el diálogo: experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. Trauma Center Publications.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1996). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*.
- Wilson, C., Pence, D. M., & Conradi, L. (2013). Trauma-informed care and mental health. Child Welfare Information Gateway.