

Revisión sobre Trauma Complejo y Disociación a través de EMDR. Una visión integradora de Psicoterapia Breve

*Review on Complex Trauma and Dissociation through EMDR. An
integrative vision of Brief Psychotherapy*

Luis Eduardo García Tarancón

Psicólogo General Sanitario. Experto en clínica e intervención en trauma con EMDR

Resumen

Abordar el concepto de disociación desde la perspectiva del Trauma psicológico suele generar cierta confusión, si pensamos en qué tipo de acontecimientos y características personales facilitan su aparición, así como qué es lo que está realmente disociado en una persona traumatizada (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2008). La Psicoterapia Breve nos ofrece el marco desde el que poder hacer foco en la realidad subjetiva interpretada por el individuo que sufre este malestar crónico, si bien la intervención con EMDR ayudará en la reparación del apego y en el procesamiento de los duelos necesarios, así como las vivencias que generaron en él una visión desadaptada y negativa. En este marco se propone una revisión conceptual y metódica de la comprensión de la disociación dentro del trauma complejo y las estrategias para identificarlo y abordarlo.

Palabras clave: Disociación, Psicoterapia breve, EMDR, Idealización disociativa, Defensas psicológicas, Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, Trauma complejo, DESNOS.

Abstract

Addressing the concept of dissociation from the perspective of Psychological Trauma usually generates some confusion, if we think about what type of events and personal characteristics

facilitate its appearance, as well as what is really dissociated in a traumatized person (Van der Hart, Nijenhuis and Steel, 2008). Brief Psychotherapy offers us the framework from which to focus on the subjective reality interpreted by the individual who suffers from this chronic discomfort, although the intervention with EMDR will help in the repair of attachment and in the processing of necessary grief, as well as the experiences that generated in him a maladjusted and negative vision. Within this framework, a conceptual and methodical review of the understanding of dissociation within complex trauma and the strategies to identify and address it is proposed.

Keywords: Dissociation, Brief psychotherapy, EMDR, Dissociative idealization, Psychological defenses, Eye movement desensitization and reprocessing, Complex trauma, DESNOS.

INTRODUCCIÓN HISTÓRICO-TEÓRICA Y OBJETIVOS

El interés por lo traumático viene de lejos. No es objeto de la presente investigación al análisis minucioso sobre el origen de la conceptualización, pero nos parece necesario señalar que la actual definición de suceso traumático fue recogida por primera vez en el DSM-III (American Psychiatric Association [APA], 1980), donde se identificaba como suceso precipitante del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

En adelante el artículo se basará en la investigación más reciente.

Los diferentes constructos relacionados con los trastornos de estrés y/o trauma pueden ser entendidos desde diferentes perspectivas. Así, como señala Lazarus (1984), en el estrés, el individuo interpreta los efectos de las diferentes situaciones contextuales y psicológicas como superiores a los recursos disponibles para ser capaz de manejarlas adaptativamente. Puede ser entendido al mismo tiempo como causa y como efecto de aquellas situaciones vitales, otorgándole al individuo un valor psicoemocional de alto impacto (García, 2022).

El concepto de Trauma no está exento de controversia. Briere y Scott (2006) refieren cómo, a nivel diagnóstico, las definiciones teóricas de la época relativas al Trauma parecen dejar fuera el propio malestar percibido por el individuo cuando ponen el foco casi con exclusividad en los sucesos potenciales que provocan una reacción en el individuo. Parece existir amplio consenso en entender el suceso traumático como una experiencia provocadora de una reacción emocional intensa, a la que el individuo percibe que no dispone de recursos internos para asumir el impacto producido, aun cuando el individuo la haya vivido de forma directa o indirecta (Báguena, 2001). Se percibe así una estrecha relación estrés-trauma, si entendemos la percepción de la sintomatología del trauma el caso más grave de estrés (Kira, 2001). La comorbilidad entre TEPT y diversos trastornos diversos Trastornos de Ansiedad (TA) es particularmente alta, situándose cerca del 70% (Almerge y Gutierrez, 2015; Berger et al., 2009). En cualquier caso, la manifestación de las respuestas desadaptativas en las personas

que han sufrido no siempre correlaciona con la activación del sistema nervioso autónomo; así en múltiples ocasiones, el individuo conecta con un estado de congelación o estupor, debido principalmente a que, el miedo producido por las situaciones ineludibles que, principalmente en infancia se produjeron de forma recurrente, paralizaron cualquier tipo de reacción activa. De este modo, en aquel momento, y de forma adaptativa, entró en juego la rama dorsal del sistema nervioso parasimpático, encargada de la protección de la supervivencia a través de la inmovilización.

Cuando hablamos de Trauma parece inevitable pensar en situaciones catastróficas, accidentes de tráfico, violaciones o incluso muertes, a las que Saphiro (2001) catalogó como "T" mayúscula. Esta conceptualización del trauma complejo se acerca a la visión del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), estrechando la conceptualización del TEPT, al dejar fuera de su definición situaciones como la humillación, pérdidas significativas o el abuso emocional (Ford et al., 2006). Enfocar de esta manera el origen y la sintomatología del suceso traumático permite abordarlo desde terapias focalizadas en el trauma, como EMDR o la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (Ehlers et al., 2010); pese a todo, en muchas ocasiones la realidad es bien distinta, siendo el origen de la problemática actual del sujeto la percepción subjetiva de las vivencias traumáticas en narrativa vital durante un periodo prolongado, y que generalmente comienza en una infancia con abandono emocional, carencias socioafectivas, malos tratos continuados, negligencias familiares, sociales y/o comunitarias, que pueden dar lugar a un "Trauma Acumulativo" (Lourie, 1996; Khan, 1963), o lo que a día de hoy entendemos como Trauma Complejo.

En esta línea, autores como Aznárez (2022, pag. 7) entienden el Trauma Psíquico como "la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que deberían haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado, así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y..."

Desde esta perspectiva, nos resulta difícil no compartir la idea de que el fenómeno de la disociación se trata de un fenómeno natural desde el que nuestra mente intenta alejarse de la imposibilidad de sostener los polos del continuo entre los sistemas psicobiológicos de aproximación y defensa (Marín, 2021), entendidos estos como las necesidades de vinculación, sostén emocional y traducción de las experiencias tempranas, y la defensa natural y adaptativa, desde la que el pequeño logra distanciarse de la idealización de las figuras relacionales primarias, como se explorará posteriormente.

Lo más traumático está relacionado directamente con el silencio necesario para mantener estas dos voces en un equilibrio imaginario que, en el mejor de los casos, la mente lo gestiona como amnesia disociativa. El problema radica en que, estas voces necesitaran ser vistas y legitimadas, perpetuando la necesidad de la disociación o de síntomas previstos en los ejes 1 y 2 del DSM-5.

Para poder entender cuán importante y valiosa ha sido y sigue siendo la investigación sobre el espectro de la psicopatología postraumática y su relación la disociación, y a la vez señalar algunos resultados del abordaje terapéutico de la Terapia EMDR con respecto, veremos inicialmente algunos planteamientos teóricos y sus dificultades en la conceptualización sobre la disociación y los modelos teóricos que la incluyen en sus planteamientos dentro de la Traumatización compleja (DESNOS por sus siglas en inglés) como base necesaria para su comprensión y tratamiento. Como base de la investigación, se plantea la incoherencia en la resolución de conflictos universales, planteados desde la Psicoterapia Breve Integrada. Se hace necesario, por tanto, hacer un breve recorrido por los más importantes investigadores en el campo de la psicoterapia psicoanalítica, precursora de la Psicoterapia breve y plantearemos algunas conclusiones que tienen como objetivo buscar la continuación de la investigación.

Incidiremos en la importancia del planteamiento sobre los focos de conflicto, acuñados por Hernán Kesselman en su libro *Psicoterapia Breve* (1970), dando especial relevancia al sistema de acción psicobiológico básico, relativo a la aproximación-defensa.

DESNOS Y SU IMPLICACIÓN EN LA CLÍNICA ACTUAL

Si buscamos en la bibliografía existente relativa al Trauma, la conceptualización y comprensión de una sintomatología asociada, y diferenciada de la expuesta en las clasificaciones diagnósticas, debemos remontarnos a 1992, año en que Judith Herman dota de significado las manifestaciones clínicas en individuos sobrevivientes de una exposición traumática reiterada y prolongada en la primera edad, cuyos síntomas difieren de los expuestos en los DSM III y IV (Jarero, 2014).

A día de hoy, el debate y la investigación sigue en su máximo auge, aunque disponemos de investigación suficiente para entender que el diagnóstico de Trauma Complejo difiere significativamente del Trastorno de Estrés Postraumático, de tal forma que, en un futuro cercano deba ser entendido como categoría diagnóstica con entidad propia y diferenciada. En 2013, con la evidencia científica que se contaba sobre el asunto, no parecía adecuado incluir el TEPT Complejo como categoría diagnóstica independiente dentro del DSM-5, aunque ya se hacía mención como anexo en las categorías asociadas que apoyan el diagnóstico cuando menciona cómo a raíz de unos sucesos traumáticos prolongados, reiterados y graves (p. ej., el abuso infantil, la tortura), el individuo puede experimentar además problemas para regular las emociones o para mantener unas relaciones interpersonales estables o síntomas disociativos.

Entendemos el TEPT Complejo (DESNOS) como algún evento traumático que es crónico, interpersonal, iniciado en la niñez (Cook et al., 2003). Incluye el abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas; negligencia, violencia vicaria, etcétera. La investigación muestra que el trauma complejo afecta a la auto-regulación, dando como resultado problemas en la

regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia; así como también problemas interpersonales y de identidad (Cook et al., 2003).

Van der Kolk (2005), entiende que el DESNOS involucra un problema crónico de desregulación dependiente de un estado específico que ocurre en respuesta a temas que disparan reacciones de estrés postraumático. La desregulación aparece a través de múltiples sistemas. Por ejemplo, afectivos, conductuales, somáticos, disociativos, relacionales, y de creencia disfuncionales, y se expresa en el individuo a través de un amplio y variado rango de deterioros asociados a los aspectos clínicos y perturbaciones conductuales.

Así, para Van der Kolk et al (2005), las siete subcategorías del DESNOS son:

1. Alteración en la regulación de afectos e impulsos.
 - 1.1. Dificultad en la Regulación de afectos.
 - 1.2. Dificultad en la Modulación del enojo.
 - 1.3. Conducta auto-destructiva.
 - 1.4. Ideación suicida.
 - 1.5. Dificultad para modular el involucramiento sexual.
 - 1.6. Toma de riesgos excesiva.
 2. Alteración en la atención o conciencia.
 - 2.1. Se produce Amnesia y
 - 2.2. Episodios disociativos y de despersonalización transitorios.
 3. Somatización.
 - 3.1. Problemas con el sistema digestivo.
 - 3.2. Dolor crónico.
 - 3.3. Síntomas cardiopulmonares.
 - 3.4. Síntomas de conversión.
 - 3.5. Síntomas sexuales.
- En los trastornos mencionados hay ausencia de explicación médica.
4. Alteración en la auto-percepción.
 - 4.1. De ineffectividad.
 - 4.2. De daño permanente.
 - 4.3 De culpa y responsabilidad.
 - 4.4. De vergüenza.
 - 4.5. De que nadie puede entender.
 - 4.6. De minimizarse.
 5. Alteración en la percepción del perpetrador.
 - 5.1. Adoptar creencias distorsionadas.
 - 5.2. Idealización del perpetrador.
 - 5.3. Preocupación de lastimar al perpetrador.

6. Alteración en las relaciones con otros.
 - 6.1. Inhabilidad para confiar y sentir intimidad.
 - 6.2. Re-victimización.
 - 6.3. Victimización de otros.
7. Alteración en los sistemas de creencias.
 - 7.1. Desesperación y desesperanza.
 - 7.2. Pérdida de creencias importantes.

Disociación y su controversia teórica

Si bien es cierto que, muchos autores entienden la disociación como un fenómeno normal, estableciendo un continuum que va desde la disociación cotidiana y adaptativa hasta el otro extremo, donde estaría el TID (trastorno de identidad disociativo), en el presente artículo se estudiará la disociación como un mecanismo patológico (Putnam, 1989). En este sentido, se mantiene la controversia de entender fenómenos como el ensimismamiento y/o la absorción como fenómenos disociativos, tal y como continúan haciendo la mayoría de los cuestionarios que evalúan la disociación.

Así, la idea de disociación puede ser entendida desde la visión de un estrechamiento de la conciencia; de este modo podemos ver en algunos pacientes síntomas que encajan con la despersonalización y la desrealización, o el estupor disociativo. Sin embargo, como señala Begoña Aznárez en su libro *El Trauma Psíquico es de Todos* (2021), cuando hablamos de fragmentación de la conciencia, la intensidad de la sintomatología está relacionada con las situaciones especialmente adversas vivenciadas en los primeros años de vida, y la traumatización compleja, entendida no solo como abuso sexual y/o maltrato físico, como la falta de sintonía, y traducción de las vivencias compartidas, principalmente en el seno familiar, con las figuras vinculares principales de una forma continuada, sin posibilidad percibida de escape se entienden como eje principal tanto de la evaluación como del proceso terapéutico en sí mismo.

La necesidad de aparición de un sistema de acción defensivo, entendido este como el polo opuesto al sistema de aproximación, y necesario para la adaptación a nuestro núcleo familiar que, en la vida adulta nos permita adaptarnos al mundo relacional, sin la necesidad de usar defensas psicológicas patológicas, y otros mecanismos como la idealización o sintomatología relacionada con el conflicto de dependencia vs autarquía, correlaciona con una vida funcional y adaptada. Pero la realidad clínica nos muestra que en ocasiones esta utopía no es viable en determinados contextos familiares; y en función de variables como la intensidad, la duración, proximidad, y un largo etcétera, la utilidad de una fragmentación de la conciencia, al no poder sostener los dos polos del conflicto de acción aproximación-defensa, darán lugar a los síntomas disociativos relacionados principalmente por los trastornos del eje uno del DSM-5.

Hablamos pues, de una concepción vertical de la disociación: hay una escisión o separación entre distintos estados de conciencia, que no tienen por qué estar a distinto nivel (Fairbairn, 1952; Klein, 1946). Aun así, como comenta Fairbairn (1952), esta fragmentación entre distintos estados de conciencia, no necesariamente graduables en función de un nivel dado.

El caso más grave de esta disociación asociada lo encontramos en el Trastorno de Identidad Disociativa (TID), cuya sintomatología está estrechamente relacionada con la disociación y desde luego el Trauma Complejo (Luxenberg, et al., 2001).

Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008) en su libro *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*, hablan del terrible dilema que deben sostener las personas severa y crónicamente traumatizadas, donde la capacidad de integración para afrontar las memorias del trauma se encuentra debilitado, pero deben seguir viviendo con esas personas que fueron partícipes de esas terribles situaciones. ¿Cómo seguir viviendo entonces?

La disociación estructural, entendida como la fragmentación o escisión del yo de una forma vertical (González, 2007), alude a la disociación estructural propuesta hace años por Janet (1887/2005), en la que la personalidad se fragmenta necesariamente con objeto de adaptarse a la vida cotidiana escapando de los estímulos aversivos ineludibles.

Myers Ch. (1916, 1940) citado por Van der Hart, et al., definió estos dos sistemas de acción que funcionan de forma alternada, pero rígida y cerrada, en Personalidad Aparentemente Normal (PAN), y la llamada Personalidad Emocional (PE). Si la disociación estructural puede variar desde divisiones más simples de la personalidad hasta más complejas, son estos niveles de complejidad los que tendrán que ser tomados en cuenta y que tendrán implicaciones en el tratamiento (Fernández, 2013).

La complejidad de esta fragmentación en partes emocionales correlaciona con la gravedad en la vivencia emocional de los individuos, pudiendo encontrarse varias partes emocionales con sus sistemas de acción respectivos, así como, en los casos más graves, la comprensión de un mundo post-traumático desde la perspectiva de varias partes aparentemente normales.

Autores como Van der Hart, Nijenhuis y Steel (2008) entienden que la traumatización implica en esencia, un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad del sujeto.

Estilos de apego como moduladores en la disociación en la traumatización Compleja

Teniendo en cuenta que, como señala Morales (2018), la conceptualización nuclear de la Teoría del apego presenta una polaridad equivalente al sistema de acción universal de aproximación y la evitación, la seguridad y su contrario, y el apego y la pérdida (Holmes, 2011),

debemos aproximarnos a la estrecha relación que parece existir en la traumatización crónica, los estilos de apego y la sintomatología disociativa.

Bowlby (1988) confronta la búsqueda de proximidad con la huida cuando el individuo percibe o teme el peligro, que, en circunstancias normales, sería una huida adaptativa a la base segura. La patología severa se produce cuando un individuo se enfrenta al peligro, pero no dispone de la sensación de una base segura a la que dirigirse o, incluso peor aún, si quién nos debe ofrecer protección es en sí misma la fuente de la amenaza.

Como señala Mosquera (2021), la falta de cuidado emocional, negligencia y vivencias o visionado de violencia en la familia alterará la percepción de base segura, que probablemente provocará dificultades en la experimentación de las relaciones y visión del mundo desde una sensación de seguridad. Pero no solo las situaciones de violencia "activa" provocan estas carencias en el desarrollo psico-emocional; la falta de cuidado emocional, la incapacidad de sintonización con las necesidades "reales" del menor por parte de las figuras referenciales, así como mensajes de falta de valía y enriquecimiento de la autoestima del self, generalmente provocan secuelas mayores en el desarrollo del menor. Por tanto, no solo es necesario entender qué es lo que sucedió en la infancia, y como el individuo lo vivió, las carencias reales o percibidas deben formar parte ineludiblemente de un proceso de comprensión holístico.

La configuración cerebral que, en los primeros años, se está desarrollando con una basta y acelerada multiplicación de neuronas, que forman estructuras y redes provocan el aprendizaje que, en términos de apego constituyen un modelo mental, en el que se incluyen los recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas de la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación; y los sentimientos de seguridad, asociados a la proximidad y el contacto, y de ansiedad ante la pérdida (Bowlby, 1969, 1973).

La pregunta está, en si estas situaciones modulan o se consideran vivencias traumáticas en la vida de la persona. Lo que es claro es que, independientemente del debate generado, estas vivencias van a marcar la concepción del yo en el mundo relacional posterior y en la sensación de seguridad y de integridad.

Los supuestos observados en la práctica clínica pueden, y en ocasiones dan, un giro más a estas vivencias cuando, la necesidad de vinculación inherente y necesaria en cualquier persona, provoca la necesidad de idealización de uno de los progenitores, aun siendo éste colaborador de las vivencias traumáticas sufridas por el menor; así la desregulación en el apego se hace necesaria, y en ocasiones no permite la integración del concepto de seguridad y de base segura. Ante estos estos tratos de negligencia y abuso y/o maltrato parental, los pequeños pueden recurrir a medidas no necesariamente defensivas, pero sí extremas para mantener cierto tipo de coherencia interna: escisión, disociación, inversión de roles y tendencia excesiva al control (Holmes, J., 2011). Del mismo modo, esta incoherencia en la percepción de la seguridad del menor facilita la aparición de conductas relacionales desorganizadas en las

que, la seguridad y el miedo se funden y se confunden provocando colapso en sus estrategias conductuales (Botella, 2005).

Los niños con un patrón de apego desorientado tienden a ver a sus madres como desamparadas y vulnerables, culpándose a sí mismo del malestar de ella; en otras ocasiones pueden ver a la madre como amenazante, elaborando una imagen de sí mismos como vulnerables y desamparados (González, 2008); de este modo suelen construir modelos del yo incoherentes y/o a veces incompatibles.

Idealización del afecto positivo en la traumatización compleja

Entender el proceso disociativo que sucede en la traumatización compleja en las relaciones adultas implica la comprensión de que huir de una relación abusiva habitualmente correlaciona con un puente afectivo y cognitivo hacia las vivencias con alguna figura de apego y el momento en el que esta dependencia se originó.

En la idealización del perpetrador y la emoción positiva desadaptativa son elementos iniciales que han de tenerse en cuenta en estos perfiles patológicos, ya que existen numerosos factores para que esa dependencia psico-emocional en la infancia provoque la sensación de falta de valía y dependencia vincular en el mundo relacional del individuo. Ford, 2009; Williams y Poijula, 2013; Royle y Kerr, 2010; Seligman, 1975; Walker, 1979, entienden que existen barreras adicionales pueden incluir emociones intensas de culpa e indefensión aprendida.

Aquí cobra sentido entender que, la información almacenada en una forma disfuncional, como se describe dentro del modelo del Procesamiento adaptativo de la información (PAI) puede incluir defensas disfuncionales, pero que en algún momento vital temprano fueron necesarias para mantenerse vinculado a las figuras relacionales primarias. Pueden, en este caso, aparecer emociones desadaptativas positivas que provoquen una idealización destructiva, disfuncional e irreal (Mosquera y Knipe, 2017).

La dualidad que genera este duelo imposible de resolver en edades tempranas generan una vez más la distorsión en edades posteriores en las que pueden existir imágenes de eventos violentos muy perturbadores, pero mantener imágenes de momentos positivos con el perpetrador; esta mezcla de recuerdos positivos y negativos puede almacenarse de modo disfuncional, generando un conflicto interno intenso, ya que cuando se el acceso a un tipo de recuerdo puede hacer que el otro tipo sea mucho menos accesible.

PSICOTERAPIA BREVE: EN BÚSQUEDA DEL FOCO

Por los años 50 del siglo pasado, Bowlby (1956) entendía que "el conflicto es el estado normal de las cosas en todos nosotros. Cada día descubrimos que no podemos comer el pastel y seguir teniéndolo...". Y es que no se puede entender la propia existencia, sin la aceptación del posicionamiento necesario para la adaptación ante las exigencias internas que demandan las vivencias en cada momento; nos referimos, principalmente, a los momentos clave existenciales,

donde los factores de aprendizaje relacional y conceptuales del propio self, moldeados por la creación de una percepción de seguridad y aceptación por parte de los cuidadores principales, y el "permiso" de estos para que el propio sistema de defensa actúe como modulador dando paso a la comprensión, casi siempre inconsciente, de que la persona que te hiere es la que estás necesitando. Esta premisa básica y necesaria, facilitará que el individuo, según vaya atravesando las diversas etapas evolutivas clave, pueda regular satisfactoriamente sus conflictos ante los impulsos contradictorios que demanda la vida.

Cuando hablamos de conflictos básicos, nos referimos a los analizados en profundidad en el Manual de Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) (2008). Nos referimos, por tanto, a los 7 conflictos siguientes, cuya regulación satisfactoria promoverán la salud mental del individuo:

- **Diferenciación:** Individuación forzada vs dependencia simbiótica. La narrativa detrás de este conflicto es la necesidad del otro para que el individuo se pueda diferenciar. La falta de resolución del conflicto pone en peligro la adaptabilidad en la separación del objeto, provocando angustia en el individuo.

- **Protección y cuidados:** Autosuficiencia vs cuidados. Nos habla de la necesidad del otro para sentirse protegido, y el aprendizaje en el cuidado. El peligro potencial en la no resolución es la sensación de pérdida del otro, provocando tristeza como afecto predominante.

- **Regulación:** Dominación vs sumisión. Habla de la necesidad de los otros significativos para sentirse guiado y regulado permitiendo tomar decisiones. El peligro cuando no se atraviesa satisfactoriamente este conflicto es el castigo propio y de los otros, provocando rabia como afecto negativo implicado.

- **Merecimiento:** Tendencias egoístas vs prosociales. Su narrativa es la necesidad de los otros para legitimar mis necesidades y sentirme bien. El peligro que conlleva este conflicto básico es la sensación de no ser querible y/o merecedor. El afecto implicado en este caso sería la culpa.

- **Valoración:** Valgo por encima de todo vs no valgo nada. El individuo que atraviesa este conflicto no tiene la percepción de valía, necesitando la imagen especular para su propio reconocimiento. Corre el riesgo de tener la sensación constante de decepcionar sintiendo vergüenza con afecto prioritario.

- **Edípico:** Toda la atención centrada en los aspectos de género vs pasar desapercibido. El individuo inmerso en este conflicto siente que necesita a los otros para obtener el permiso para mantener relaciones sexuales, obteniendo así placer. Se pone en peligro la lealtad; y el afecto cuestionado aquí es la vergüenza sentida.

- **Identidad.** Soy esto y solo esto vs no sé quién soy. La narrativa aquí es la necesidad de los otros para saber quién soy; se pone en riesgo la sensación de exclusión y pertenencia, siendo la angustia la emoción predominante.

El proceso de resolución de los conflictos básicos a través de un proceso de mentalización, donde el Yo reflexivo permite la sensación de seguridad y pertenencia aún sin la presencia del objeto dará lugar a una narrativa adaptada que permite al individuo oscilar por los ejes conflictuales de una manera adaptada en cada momento vital, sin la sensación del afecto negativo mencionado.

Atendiendo a las necesidades psicoemocionales que conllevan la adaptación del bebé a la concepción de un mundo interno consistente y con un sentido de pertenencia y pertinencia, Aznárez (2016) nos muestra un modelo desde el que la realidad del pequeño, entendiendo ésta como la realidad interna y externa, va a necesitar en el mejor de los casos, cierto grado de magia que permita llevar a la conciencia el material que, con suerte, ha podido ser traducido, produciendo el proceso de duelo o reparación necesarios para la contingencia en la narrativa personal.

En el peor de los casos, la negligencia, el abuso o el maltrato impiden el acceso a la conciencia y la legitimación de la realidad del niño. Pero ese material inconsciente necesitará ser atendido, en cualquier caso, ya que el individuo necesitará adaptarse al sistema de algún modo. En su modelo, Aznárez (2016) nos habla de "magia negra", como la traducción en estos casos, de aquel material que resulta incongruente, principalmente con el sistema psicobiológico de vinculación, que va a primar en el niño; y esto lo hará, siempre que el sistema lo permita, a través de la disociación, distanciándose de su realidad interna y externa, o en el peor de los casos, a través de sintomatología con o sin disociación, como movilización del sufrimiento emocional inaceptable, y en gran cantidad de ocasiones con creencias irracionales, pero muy vívidas y reales para el individuo que deben ser foco de evaluación e intervención en el proceso psicoterapéutico. En cualquier caso, la necesidad primaria será la de sentirse vinculado y perteneciente, y con una información congruente que le permita avanzar en la vida.

Así, y dentro del modelo de Psicoterapia breve, la salud mental se basa en la resolución y adaptación de los conflictos planteados, a través de la posibilidad de poder narrarse con un sentido coherente, con la menor cantidad de fisuras posibles y posicionando al sistema de defensa, entendido este como polo opuesto a la vinculación y no desde el sentido psicodinámico del término, a la misma altura e importancia que el sistema de aproximación primario.

De este modo, la narrativa ideal que surge de la superación de los conflictos parece quedar de la siguiente manera:

- Puedo alejarme de ti porque lo que representas lo llevo dentro, interiorizado y eso me hace sentirme único, fuerte y capaz. LÍMITES

- Por eso sé que lejos de ti, aunque no te tenga, sabré protegerme suficientemente.
DUELOS

- Además, como puedo regular mis emociones y confiar en ellas, sabré qué decisiones tomar. REGULACIÓN

- Así mismo, conoceré y legitimaré mis necesidades y sabré cuándo priorizarlas frente a las de los demás. CULPA

- También tendré claro lo que valgo y lo que me merezco. VALORACIÓN

- Tendré permiso para aprovechar todos los recursos, incluso los que dependen exclusivamente de mi condición de mujer/hombre para obtener reconocimiento y disfrutar. ATENCIÓN/PLACER

- Y sabré que lo que soy supone una versión de mí misma/o óptimamente adaptada que ha aprendido a funcionar a pesar de todas las contradicciones y que ha encontrado un motivo personal e intransferible que otorga sentido a la existencia y me permite levantarme cada mañana con la curiosidad y la energía suficientes para seguir aceptando, y sintiéndome capaz de superar, los retos que supone estar viva/o. IDENTIDAD.

LA HISTORIA DE EMDR: DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE UNA TERAPIA INNOVADORA

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (EMDR) ha surgido como una herramienta terapéutica revolucionaria desde su creación en la década de 1980 por la psicóloga Francine Shapiro. A lo largo de los años, ha evolucionado y demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos de estrés postraumático (TEPT) y otras condiciones psicológicas.

Los Inicios de EMDR

La historia de EMDR se remonta a un momento crucial en la vida de Francine Shapiro en 1987. Mientras paseaba por un parque, notó que sus propios pensamientos y emociones disminuían su intensidad cuando movía sus ojos de un lado a otro de manera rítmica. Este descubrimiento fortuito marcó el inicio de la investigación de Shapiro para desarrollar una nueva forma de terapia centrada en el procesamiento adaptativo de la información.

A partir de este hallazgo, Shapiro llevó a cabo estudios piloto para explorar la eficacia de lo que eventualmente se convertiría en EMDR. En 1989, publicó su primer artículo científico describiendo esta terapia innovadora y los beneficios que ofrecía en el tratamiento del trauma. EMDR utiliza una estructura de ocho fases que guía el proceso terapéutico. Estas fases incluyen la historia clínica, la preparación, la evaluación, la desensibilización, la instalación, el escaneo corporal, el cierre y la reevaluación. La fase de desensibilización, caracterizada por el movimiento ocular bilateral o estimulación táctil, es uno de los elementos distintivos de EMDR. En la década de 1990, la Asociación EMDR fue fundada para proporcionar capacitación y supervisión en esta técnica. Esta organización no solo estableció estándares para la formación de terapeutas, sino que también promovió la investigación continua para mejorar la comprensión y aplicación de EMDR.

Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información

Se entiende que existe una tendencia innata de almacenar la información que recibimos del exterior acomodándola a las experiencias de nuestras redes de memoria existentes (Solomon y Shapiro, 2008).

En términos generalistas, la hipótesis del modelo plantea que cuando la información es codificada con una carga emocional determinada las percepciones originales pueden darse el caso de que esas percepciones sean activadas por eventos internos o del contexto que den lugar a reacciones emocionales, cognitivas y/o conductuales inadecuadas y desadaptativas produciendo sintomatología adversa.

Así, el modelo PAI es compatible con demás modelos conductuales, donde el aprendizaje es la base de la conducta y las reacciones del individuo.

Cuando un suceso es almacenado en redes disfuncionales, como es el caso de las vivencias traumáticas con figuras de apego temprano, la información se almacenará en redes desadaptativas relacionales que, en situaciones posteriores, donde un conflicto de este tipo pueda provocar tensión, se activarán creencias, pero también memoria somática y sensorial que fue codificada y almacenada en estas redes.

En el caso de la traumatización compleja, los sucesos vitales codificados desde un sistema de acción de lucha-huida, donde la supervivencia física o emocional está comprometida, puede producir reacciones en la edad adulta que ya no sean apropiadas, pero que no han podido ser procesadas de forma natural en redes adaptativas.

EMDR en el procesamiento adaptativo de la información

El proceso de EMDR implica que el paciente se enfoque en recuerdos traumáticos mientras el terapeuta guía la atención del paciente a través de la estimulación bilateral. Este proceso se repite hasta que el recuerdo ya no provoca una respuesta emocional intensa, indicando un procesamiento adaptativo.

La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es una psicoterapia estructurada e integrada que combina diferentes técnicas psicoterapéuticas bien establecidas, a día de hoy, provenientes de diferentes modelos clásicos como la Terapia Cognitiva, la Modificación de conducta con técnicas de exposición, etc.. Hoy en día EMDR se entiende como un modelo teórico que va más allá de un conjunto ecléctico de técnicas que se incluyen dentro de otros modelos; aun así, técnicas como la exposición imaginada, el desarrollo de recursos, el cambio cognitivo y el autocontrol forman parte de las estrategias que se aplican de uno u otro modo dentro de EMDR, combinado con estimulación sensorial bilateral, según el principio del doble foco de atención (Shapiro, 2001).

El objetivo de la terapia EMDR es facilitar el procesamiento de la información de acontecimientos traumáticos emocionalmente angustiosos con un programa de 8 fases en las que la conceptualización del caso el proceso de preparación y estabilización se entienden

fundamentales. Y es que, el mapa conceptual desde donde trazar un pln de trabajo adecuado crean la base para el éxito de la terapia.

Hoy en día, la terapia EMDR (Shapiro, 1989, 2001) es una de las Tratamientos principales de elección para el trastorno de estrés postraumático (TEPT), como lo han demostrado el metaanálisis reciente (Bisson et al., 2013). La estimulación bilateral (EBL) caracterizada por movimientos sacádicos de los ojos, táctil (tapping) o EBL auditiva son variaciones funcionales de este tipo de psicoterapia. La elección del modelo de EBL contribuye así mismo a su efectividad terapéutica (Lee y Cuijpers, 2013).

EMDR es un enfoque terapéutico estructurado en ocho fases, descritas a continuación:

La fase 1 incluye la conceptualización de casos y el desarrollo de un plan de tratamiento terapéutico.

La fase 2 consiste en el paciente Estabilización y preparación para un mayor trabajo de trauma.

Las fases 3 a 8 se centran en acceder y procesar los recuerdos traumáticos que están en el núcleo de los problemas desencadenantes de la sintomatología presentada en la actualidad, cambiar el signo de las creencias hacia redes adaptativas y reducción de la sintomatología corporal asociada a los eventos traumáticos.

La preparación y estabilización del sujeto cobra un especial interés e importancia en pacientes con traumatización severa, y en casos donde la disociación cobra un papel importante, y donde la necesidad de estabilización va a requerir una dedicación más allá de la visión clásica del procesamiento de TEPT simple.

En la actualidad La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares es un enfoque psicoterapéutico de primera elección con alta evidencia científica, y reconocida eficacia en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los estudios científicos se están multiplicando en la última década, cuyo objetivo es la generalización de su eficacia en otros diagnósticos psiquiátricos parcialmente basados en experiencias vitales adversas y traumáticas. Sin embargo, no hay suficientes pruebas empíricas por el momento para apoyar su utilidad en otro diagnóstico que no sea el TEPT. Es comúnmente aceptado que el uso de EMDR en pacientes gravemente traumatizados requiere una fase de estabilización prolongada.

El uso de EMDR en pacientes gravemente traumatizados y los trastornos disociativos requieren una atención específica, por lo que algunos autores han propuesto integrar tanto la teoría de la disociación estructural de la personalidad y el modelo de procesamiento adaptativo de la información. información adaptativa que guían la terapia EMDR. Una de estas propuestas es el Enfoque progresivo (González y Mosquera, 2012), en la que evaluación en la Fase 1 y una fase de estabilización ampliada.

El modelo orientado por fases es ampliamente respaldado por la comunidad científica (Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación [ISSTD], 2011; Cloitre et al., 2012), pero se está generando un fuerte debate con respecto a la necesidad de procedimientos tales como desarrollo e instalación de recursos, entrenamiento de regulación emocional o trabajo con el interior sistema de partes disociativas (Jongh et al., 2016).

Diferentes autores han propuesto adaptar el protocolo estándar EMDR para el tratamiento de personas gravemente traumatizadas incluidas en la categoría de trauma complejo y disociación (Forgash y Copeley, 2008; Paulsen, 2009; González y Mosquera, 2012). Una revisión reciente de estas adaptaciones basada sobre la teoría de la disociación estructural de la personalidad ha sido propuesta por Van der Hart et al. (2010, 2014a,b). Sin embargo, Esta área de estudio carece de investigación sistemática sobre el uso de estos protocolos EMDR. Una de las propuestas es el enfoque progresivo (González y Mosquera, 2012), caracterizado por acercándose gradualmente a contenidos traumáticos. Específicamente en Fase 2, trabajo psicoeducativo para comprender el impacto general de la desregulación en el apego temprano y su impacto sobre el trauma, patrones de autocuidado, regulación emocional y el trabajo con partes de la personalidad se combinan con protocolos que incluyen EBL. En estos protocolos, el objetivo prioritario no es el reprocesamiento de un recuerdo; en cambio, el trabajo se centra en fobias disociativas, dificultades en el autocuidado saludable, bloqueos, y pequeños fragmentos de cuestiones traumáticas. En estas intervenciones, el paciente se centra en una imagen de autocuidado o parte disociativa, notando la perturbación relacionada con esto. Se utiliza EBL para desensibilizar las emociones negativas provocadas por el objetivo.

La estimulación bilateral también se utiliza para reforzar elementos adaptativos como recursos, autocuidado adecuado o co-conciencia. En este caso, El objetivo es un elemento positivo y se recomienda aplicar series más cortas de EBL, que suele promover la conexión con ese recurso y lo refuerza. La hipótesis del Enfoque Progresivo es que este trabajo promoverá la regulación emocional y la doble atención, que son esenciales para acceder y procesar Recuerdos traumáticos en las fases 3 a 8 del EMDR estándar.

La intersección entre la psicoterapia breve y EMDR en el Trauma Complejo: disociación como fenómeno traumático

En situaciones donde el trauma subyacente contribuye a los problemas actuales, la combinación de Psicoterapia Breve y EMDR puede ofrecer una aproximación completa. Por ejemplo, un individuo que experimenta problemas de ansiedad y evitación social debido a un evento traumático pasado podría beneficiarse de la Psicoterapia breve para abordar las manifestaciones actuales de su malestar, con una evaluación exhaustiva, y focalizando la

intervención en los contextos y que subyacen al malestar manifiesto, mientras que EMDR se centraría en la desensibilización y el reprocesamiento de la experiencia traumática subyacente. En este tipo de pacientes, la utilización del método de la "asociación libre", comprensión psicodinámica e interpretación de la misma en función del conflicto intrapsíquico y de su externalización en la vida relacional del paciente está determinada o condicionada por las experiencias relacionales del paciente, por sus avatares biográficos, por su estructura mental, por sus "complejos" afectivos, etc. (Espinosa y Bellonch, 2017).

Disociación y Trauma Complejo: abordaje terapéutico desde la perspectiva focalizada de tiempo limitado

La disociación en el Trauma Complejo representa desafíos significativos en el ámbito de la salud mental, y su abordaje terapéutico requiere enfoques especializados.

La psicoterapia breve, con su énfasis en intervenciones focalizadas y de duración limitada, se presenta como una herramienta valiosa para tratar estos fenómenos complejos. Desde esta mirada, podemos aproximarnos a estrategias específicas en la intersección entre la disociación y el trauma complejo, así como el rol de la psicoterapia breve en su tratamiento, destacando estrategias específicas y consideraciones éticas.

Estrategias específicas para el abordaje de la disociación y el Trauma Complejo

a) **Psicoeducación sobre la disociación:** La comprensión de la disociación es fundamental para el tratamiento efectivo. Proporcionar información educativa sobre la naturaleza de la disociación, sus mecanismos y su relación con el trauma complejo puede ayudar al individuo a desarrollar conciencia y comprensión de sus propias experiencias.

b) **Desarrollo de Habilidades de Regulación Emocional:** Dado que la disociación y el trauma complejo están estrechamente vinculados a la regulación emocional, el desarrollo de habilidades específicas en este ámbito es esencial. Técnicas de mindfulness, respiración consciente y prácticas de atención plena pueden ayudar a mejorar la capacidad del individuo para manejar las emociones intensas asociadas con la disociación. En este tipo de pacientes la desregulación temporal en la toma de conciencia impide en muchas ocasiones la resolución eficaz de los conflictos. La disociación puede manifestarse de diversas formas, incluyendo amnesia, despersonalización y desrealización.

Los individuos pueden experimentar desconexiones momentáneas de la realidad, dificultad para recordar eventos traumáticos o incluso sentirse desconectados de sus propios cuerpos. Estos síntomas pueden interferir significativamente con el funcionamiento diario y afectar la calidad de vida. Así el trabajo con las partes emocionales al cargo de los sistemas de acción protectores del sistema cobra especial interés, al tiempo que la conexión con el aquí y

ahora debe tenerse en cuenta para conectar al sujeto con los canales que forman parte de la memoria traumática.

c) Exploración de Recursos Internos: La psicoterapia breve puede centrarse en explorar y fortalecer los recursos internos del individuo. Identificar habilidades, fortalezas y estrategias de afrontamiento puede contribuir a la construcción de la resiliencia y la capacidad para enfrentar los desafíos asociados con la disociación y el trauma complejo.

MÉTODO Y ANÁLISIS

El diseño utilizado para el presente estudio fue descriptivo, a través de la revisión sistemática de estudios científicos, trabajos de investigación, así como diversas tesis publicadas y revistas científicas especializadas en el campo de la salud. La primera parte del trabajo, se realizó a través de fuentes secundarias publicadas, en las que la estrategia de búsqueda de la bibliografía se realizó mediante las bases de datos de Google, Google Académico, CINAHL, Medline, Index y Refwors; los términos utilizados para la búsqueda fueron "Trauma complejo", "disociación", "psicoterapia breve", "DESNOS" e "idealización".

Como limitaciones a las búsquedas, he de indicar que, aunque revisé artículos en lengua inglesa, centré el grueso de la investigación en artículos escritos en español. Asimismo, revisé las referencias bibliográficas de los documentos analizados, con el fin de rescatar artículos potencialmente válidos para mi trabajo.

Criterios de inclusión y exclusión.

En la búsqueda de literatura se añadieron artículos relacionados con la disociación y el Trauma Complejo, entendido éste como la aproximación teórica de las principales categorías diagnósticas empleadas en el campo de la psiquiatría y la psicología, cuyo inicio se relaciona con los primeros años de vida. Fueron incluidos libros, artículos y protocolos donde la visión integral de la psicopatología guía los principios de comprensión y aplicación en el ámbito de la salud. También textos con un vínculo de referencia a la visión actual sobre la implementación de EMDR dentro de un modelo integrativo y en consonancia con el modelo de Psicoterapia Breve de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

En la búsqueda inicial se seleccionaron 45 artículos, de los que 18 fueron eliminados tras leer el abstract y comprobar que no se ajustaban a los criterios de inclusión. De los artículos y publicaciones revisadas se seleccionaron 23 que fueron relevantes para el objeto de estudio de esta revisión.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Pese a que, a día de hoy, disponemos de suficientes protocolos para la planificación e intervención en situaciones de TEPT y Trauma complejo, El abordaje de éste resulta complicado a nivel metodológico, en cuanto a su evaluación como su tratamiento, si tenemos en cuenta que la literatura existente basa su investigación diagnóstica en la intervención principalmente en la reestructuración de las situaciones que provocan malestar. Las formas complejas que el cerebro utiliza como mecanismos de adaptación, como el caso de la disociación, con toda la bibliografía al respecto, da cuenta de parte de las dificultades mencionadas; pero en mi opinión la dificultad añadida en los casos de traumatización compleja, en los casos donde la negligencia y el abandono percibido provocan creencias limitantes en el individuo, es debida a la delimitación de esos momentos, debido a la continuidad en los acontecimientos traumáticos de una intensidad subclínica (DSM-5). Si, como resulta habitual, añadimos a la ecuación psicopatológica un apego inseguro y problemas actuales en diversos contextos de la vida actual, resulta necesario una visión integral, así como una intervención multicomponente que implique la combinación de marcos teóricos que integren un encuadre biopsicosocial que permita reparar los componentes intrapsíquicos, y relacionales que generalmente aparecen dañados en estos pacientes.

En este trabajo se ha abordado una revisión multidisciplinar de técnicas neuropsicológicas y conductuales, cuyos resultados apoyan la eficacia de este tipo de intervenciones.

Como limitación a la presente revisión, hay que indicar que no se ha podido delimitar el peso específico de cada técnica y/o modelo, ni de las variables específicas que intervienen en el cambio terapéutico. Parece, aun así, que la combinación de modelo de Psicoterapia breve y EMDR favorece la mejoría subjetiva de Trauma complejo, aunque habrá que ser cauto a la hora de valorar las correlaciones.

Pese a las limitación y dificultades existentes en este tipo de problemática, la creación de una alianza terapéutica sólida resulta fundamental para que la persona pueda procesar, integrar, y reparar, evitando como objetivo último la revictimización.

Los estudios futuros también deberían considerar parte del mundo real desafíos para tratar a las personas que han experimentado traumas infantiles complejos. Los clínicos, a menudo encontramos que se requiere un largo período de seguridad y estabilización antes de que los sobrevivientes puedan participar activamente en la intervención y procesamiento de su trauma (McLean et al., 2017) pero ninguno de los estudios analizados en este informe de revisión mide la naturaleza y la duración de tal período o el peso de su efecto sobre el tratamiento y su eficacia; nosotros, por lo tanto, recomendamos que los futuros estudios sobre trauma complejo y disociación documenten claramente la importancia del proceso de estabilización previa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almerge, J. C., y Gutiérrez, L. C. (2015). Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 4999-5007. doi:10.1016/j.med.2015.07.009
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid, España: Editorial Médica panamericana.
- Aznárez, B (2016). El poder de la magia en Psicoterapia Breve: una introducción. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*; volumen VI, número 3.
- Aznárez, B. (2021). *El Trauma Psíquico es de todos*. Madrid, España: Independent Publishers Group.
- Aznárez, B. (2022). Fibromialgia, trauma y EMDR: un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa. *Revista de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 12.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Kinrys, G., Fontenelle, L. F., Marmar, C. R., et al. (2009). Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Progress in neuropsychopharmacology and biological Psychiatry*, 33(2), 169-80.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., y Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (12). doi: 10.1002/14651858
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativas en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de psiquiatría*, 17(3), 27-33.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment* [Vol. 1]. New York, USA: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation* (Vol. 2). New York, USA: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Londres, UK: Routledge.
- Briere, J. y Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy. A guide to symptoms, evaluation and treatment*. New York, USA: Sage Publications.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D.,.....Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276.
- Espinosa, V., y Bellonch, N. (2017). Una Experiencia De Psicoterapia Breve Basada En Los Conceptos Del Taller De Psicoterapias De Balint Y Malan. *Revista Temas de Psicoanálisis*, 13, 1-16.
- Fairbairn, W. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, UK: Routledge.
- Ford, J., Stockton, P., Kaltman, S. y Green, B. (2006). *Disorders of extreme stress (DESNOS)*

- symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1399-1416.
- Ford, J.D. (2009) *Posttraumatic Stress Disorder: Scientific and Professional Dimensions* (p.86). New York . USA, Elsevier Inc.
- Forgash, C., y Copeley, M. (2008). *Healing the Heart of Trauma & Dissociation*. New York, USA: Springer.
- García Tarancón, L. E. (2022). *Trauma acumulativo desde un modelo integrativo. Un caso clínico (trabajo de fin de master, Universidad Europea)*. Repositorio institucional TITULA. Universidad Europea, Madrid, España. Disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2199>
- Gonzalez, A. (2007). *Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid, España: Páyades.
- Gonzalez, A. (2008). *Disociación y trauma*. *Cadernos de psicología*, 32, 63-78.
- Gonzalez, A., and Mosquera, M. (2012). *EMDR y Disociación: El Abordaje Progresivo*. Madrid, España: Páyades.
- Grupo de Trabajo OPD (Edits.). (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD – 2)*. Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona, España: Herder.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence. From Domestic abuse to political terror*. New York, USA: Basic Books.
- Holmes, J. (2011). *Teoría del Apego y Psicoterapia: En busca de la base segura* 2ª ed. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- International Society for the Study of Trauma, and Dissociation [ISSTD] (2011). *Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision*. *J. Trauma Dissociation* (12), 115–187. doi: 10.1080/15299732.2011.537247
- Janet, P. (1907). *Los principales síntomas de la histeria*. Editorial Macmillan.
<https://doi.org/10.1037/10008-000>
- Jarero, I. (2014). *Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11*. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1), 1-5.
- De Jongh, A. D., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., ...Bicanic, I. A. (2016). *Análisis crítico de las guías de tratamiento actuales para el TEPT complejo en adultos*. *Depresión y ansiedad*, 33(5), 359-369.
- Khan, M.N. (1963) *The concept of cumulative trauma*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Kesselman, H. (1970). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Fundamentos.
- Kira, I. (2001). *Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment*. *Traumatology*, 7 (2), 73-86.
- Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanisms*. *Writings of Melanie Klein*, Vol. 3. London, UK: Hogarth.
- Lazarus, R. S. (1984). *Puzzles in the study of daily hassles*. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (4), 375-389. <https://doi.org/10.1007/BF00845271>
- Lee, C. W., y Cuijpers, P. (2013). *A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing*

- emotional memories. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(2), 231-239.
- Lourie, (1996). Cumulative trauma: the nonproblem solving. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283.
- Marín, J. L. (2021). *Curso de Experto en Psicoterapia Breve*. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- McLean, L., Chen, R., Kwiet, J., Streimer, J., Vandervord, J., and Kornhaber, R. (2017). A clinical update on posttraumatic stress disorder in burn injury survivors. *Australas. Psychiatry* 25, 348–350. doi: 10.1177/1039856217700285
- Mosquera, D. (2021). *Trastornos de Personalidad, Trauma y Disociación estructural*. Consejo General de la Psicología de España (46).
- Mosquera, D., y Knipe, J. (2017) Idealization and Maladaptive Positive Emotion: EMDR Therapy for Women Who Are Ambivalent About Leaving an Abusive Partner. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1), 54–66.
- Paulsen, S. (2009). *Looking through the eyes of trauma and dissociation: An illustrated guide for EMDR therapists and clients*. Charleston, USA: Booksurge Publishing.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis & Treatment of Multiple Personality Disorder*. London, UK: Guilford Press.
- Royle, L. y Kerr, C. (2010) *Integrating EMDR into your practice* (p.62). New York, USA: Springer.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco, USA: W.H. Freeman.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Trauma Stress* 2, 199–223. doi: 10.1002/jts.2490020207
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, 2nd Edn. New York, USA: Guilford Press.
- Solomon, R.W. y Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive Information Processing Model: Potential mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- Van der Hart, O.; Nijenhuis, E., y Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao, España: Ed. Desclée de Brouwer.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., y Solomon, R. M. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: theoretical consideration. *J. EMDR Pract. Res.* 4, 76–92. doi: 10.1891/1933-3196.4.2.76
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., y Solomon, R. (2014a). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex traumarelated disorders: applications in the stabilization phase. *J. EMDR Pract. Res.* 7, 81–94. doi: 10.1891/1933-3196.7.2.81
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., y Solomon, R. (2014b). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex traumarelated disorders: applications in phases 2 and 3 treatment. *J. EMDR Pract. Res.* 8, 33–48. doi: 10.1891/1933-3196.8.1.33
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.