



*Attachment-trauma-
dissociation
sequenced treatment in
phases. A case*

Abstract: *This report begins with the presentation of a case of dissociative symptomatology and then a review of some of the most important authors who have contributed to the development of theories that have led to a large number of investigations.*

These investigations are intended to relate the characteristics of the early affective bonding (attachment relationship) established between the parents and their offspring during their first years of life and the events that have configured or determined the degree of attachment between them with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), as well as the relationship between trauma, dissociation and somatization.

Subsequently, a sequential treatment is described in phases from an integrative therapeutic protocol based on the principles of Brief Psychotherapy, Integrative Narrative Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR in English and DRMO in Spanish).

Keywords: *trauma, dissociation, attachment, therapy*

Apego-trauma-disociación Disociación y somatización Tratamiento secuenciado en fases

A propósito de un caso

Milagros Blas Benito

**Psicóloga del Área de Asuntos Sociales y Deportes
Diputación de Segovia**

Resumen: En este trabajo se inicia presentando la información de partida de un caso de sintomatología disociativa y a continuación se procede a la revisión de algunos de los autores más importantes que han contribuido al desarrollo de teorías que han propiciado gran número de investigaciones que permiten poner en relación las características de la vinculación afectiva temprana (relación de apego) establecida entre los padres y su descendencia durante los primeros años de vida de esta y los sucesos que han configurado o determinado el grado de apego existente entre ambos con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), así como la relación existente entre trauma, disociación y somatización.

Posteriormente se describe un tratamiento secuenciado en fases desde un protocolo terapéutico integrador basado en los principios de la Psicoterapia Breve, la Terapia Narrativa Integradora y la Desensibilización y el Reprocesamiento por el Movimiento Ocular (DRMO en español y EMDR en inglés).

Palabras clave: *apego, trauma disociación, estrés, somatización, terapia*

INTRODUCCIÓN

La toma de conciencia de la disposición innata del individuo para comunicarse e interactuar con su entorno social, desde el momento del nacimiento, tal vez antes, ha incrementado el interés por identificar los efectos que un entorno hostil puede tener sobre el desarrollo del ser humano. (Aburto, 2007)

Se le reconoce a Ana Freud y sus colaboradores el carácter pionero en la investigación de los efectos traumáticos, en los niños, de acontecimientos estresantes. Constataron que los niños que permanecían con sus figuras de apego sufrían menos las consecuencias psíquicas de los mismos que aquellos que habían sido puestos a salvo en refugios seguros, pero separados de sus cuidadores primarios.

Desde los trabajos pioneros de S. Freud y su hija, pasando por los Spitz, E. Erickson, J. Bowlby, hasta los actuales de Stern, Meltzoff y otros, se ha ido formando un cuerpo de conocimientos que permite relacionar las tareas de desarrollo infantil y el efecto de los traumas en el tiempo en el que ocurren y en el futuro de los menores. (Aburto, 2007, p.95).

John Bowlby define el apego humano como una reacción instintiva y tan trascendental para la supervivencia como la alimentación y la reproducción.

La teoría del Apego desarrollada por John Bowlby proporciona la comprensión de los motivos por los cuales las personas desarrollan vínculos a lo largo de su historia, y por qué reaccionan cómo reaccionan ante su pérdida. Desde el nacimiento, el niño establece un vínculo con su cuidador/a para garantizar la seguridad y protección ante el mundo al que acaba de llegar. (Alvarado, p.1)

En un principio, su teoría se enmarca y desarrolla en la teoría de las relaciones objétales. Buscaba dar respuesta a preguntas como qué es lo que une a las personas o qué es lo que hace que las relaciones se mantengan más allá del afecto.

Para poder explicar y entender el desarrollo de las relaciones de un niño con otras personas, Bowlby recurre a la etología pues encontró en

esta disciplina la forma de estudiar el comportamiento utilizando los conceptos psicoanalíticos, como el de instinto, conflicto y mecanismo de defensa, desde una perspectiva científica que el psicoanálisis no aportaba, y diferente a la propuesta del método científico de la teoría del aprendizaje. Para él, la teoría del aprendizaje y el psicoanálisis no conseguían integrar los procedimientos de la primera con los constructos de la segunda, y la etología si daba respuestas en el estudio del desarrollo del comportamiento social y de las relaciones familiares en especies inferiores. Desde este marco, comenzó a estudiar el comportamiento humano y su motivación. (Bowlby, 2006).

Las conclusiones a las que llega, le hacen utilizar otros conceptos que para él explican mejor los resultados. Así, más que sean las necesidades de alimentación las que unen al niño a su madre, y que esto haga posible la identificación y creación de lazos entre ambos, él postuló que es la necesidad de protección y seguridad lo que lleva al niño a crear el vínculo, vínculo que llamó apego. Como se refirió el mismo Bowlby (2006), es la madre en sí y no su seno. Esto es lo que le hace cambiar el concepto de objeto por figura de apego, pues de esta manera para él expresa el carácter protector, activo y relacional por parte de la madre frente al otro más pasivo. (Alvarado, p.3)

Por otro lado, el vínculo con la figura de apego sería el que hubiera hecho posible la supervivencia del bebé, y de la especie humana por extensión, pues dicha figura le protege de los peligros y amenazas del medio (frente a la necesidad de alimentación). Y para ello, la cría vendría con un sistema preprogramado, un sistema de conductas como llorar o sonreír, que se desplegaría ante ciertas circunstancias ambientales, con el fin de conseguir dicha protección; pero el apego, siendo una predisposición innata, requeriría de un ambiente y de unas experiencias para organizarse.

Así, el apego sería una tendencia que lleva a los seres humanos a crear vínculos con otros, y que hace posible el despliegue de ciertos comportamientos encaminados a establecer proximidad, en un principio, y la disponibilidad, posteriormente. Para Bowlby la relación y las experiencias derivadas de dicha relación serían las que tienen una influencia en el desarrollo

(Bowlby, 2006; Wallin, 2012).

APEGO-TRAUMA-DISOCIACION

En la teoría del apego Bowlby expuso que los seres humanos tienen la necesidad evolutiva de establecer vínculos emocionales para su supervivencia y su seguridad, contando desde su nacimiento con un sistema psicobiológico innato (sistema conductual de apego), un sistema de motivación para satisfacer dicha necesidad, a partir del cual tendería a establecer vínculos con otros que le rodean (figuras de apego). Las conductas del sistema serían aquellas que ante una situación de amenaza se manifiestan para mantener la proximidad de la figura de apego como el llanto, agarrarse, reptar o la intensa protesta. Esta figura de apego, además, se convierte en la base segura desde la cual explorar el mundo circundante y a la cual poder volver en momentos de amenaza o cansancio (denominado por Bowlby sistema conductual exploratorio). (Alvarado, p.4)

Dependiendo de la valoración que el niño haga de la base, de su disponibilidad, así será el comportamiento exploratorio. Si la figura de apego es sensible a las necesidades del niño ofreciendo protección y apoyo a la vez que le permite la exploración se convertirá en digna de confianza al tiempo que el niño se sentirá más libre para acercarse al mundo. La disponibilidad de la figura no se circunscribiría a su mera presencia física, sino que estaría más relacionada con la receptividad emocional pues la presencia puede no satisfacer la necesidad del niño si no percibe, y es consecuente, con dicha necesidad. Al mismo tiempo, el niño debe sentir a través de su experiencia interna subjetiva que está a salvo, seguro. Así pues, en este juego relacional, el niño también valora y manifiesta comportamientos consecuentes de exploración o de mantenimiento de proximidad (Bowlby, 2006; Wallin, 2012).

De este modo, tenemos por un lado un sistema conductual de apego que está presente en el niño le es inherente durante toda la vida apareciendo en menor medida en momentos posteriores que en la infancia pero sí ante todas aquellas situaciones que sean potencialmente amenazantes o que pongan en peligro al individuo; y por otro lado, esta necesidad de apegarse que comporta una forma aprendida a

través de los primeros años serán los que se manifiesten cuando se vayan estableciendo otras relaciones a través de lo que Bowlby denominó modelo funcional de apego. Este modelo se habría ido construyendo en la infancia correspondiéndose al conocimiento obtenido de las interacciones del niño con las figuras de apego y estaría constituido por esquemas mentales a cerca de las figuras de apego, de cómo reaccionan, y de su disponibilidad. Un modelo para ir dando significado, sentido y control al mundo relacional del niño. A su vez, este modelo es el que se despliega ante las interacciones en la vida adulta y también puede ser objeto de modificaciones por dichas interacciones, pues depende de las situaciones, de las interacciones y de los modelos que los otros despliegan (Bowlby, 2006; Wallin, 2012).

Aquellas experiencias en la que el niño haya conseguido una figura de apego segura a través de la que explorar el mundo, sensible a sus necesidades dan lugar a representaciones mentales positivas de sí y de los demás. Sin embargo, la situación inversa da lugar a inseguridad y representaciones mentales negativas de sí mismo y de los demás (Mikulincer y Shaver, 2012). Así pues, dentro del apego existen varios tipos. (Alvarado, p.5)

Mary Ainsworth crea para sus investigaciones sobre interacción infante-madre el procedimiento de laboratorio conocidos como Situación Extraña, en el que se observa a bebés en torno a los 18 meses en situación de ausencia de su figura de apego, regreso de la misma, y en presencia de un extraño. A partir de ahí se pudieron clasificar los tipos de apego:

-Seguro: El niño protesta en la separación y es rápidamente reconfortado al regreso.

-Inseguro – evitativo: el niño no protesta ante la separación y evita activamente a la madre a su regreso.

-Inseguro-ambivalente: El niño protesta, pero no es fácilmente consolado al regreso de la madre.

-Desorganizado-Desorientado: algunos niños no mostraban una conducta coherente en su patrón de apego. Lo esencial de tal desorganización y la simultaneidad de actitudes

de acercamiento y evitación hacia el cuidador. (Aburto, 2007, p.99)

En posteriores investigación, la estabilidad de la última clasificación ha sido la más alta frente a otras alternativas (Fonagy, 2044)

Mary Main (2000) y sus colaboradores desarrollaron la AAI (Entrevista de apego adulto) que explora los recuerdos autobiográficos de los adultos sobre sus relaciones de apego. Tal procedimiento, a través de un complejo sistema de puntuación, permite una clasificación basada en la coherencia de los relatos (el centro del sistema lo constituye el principio cooperativo del discurso racional del P. Grice), que discrimina los siguientes tipos de “estado de la mente con respecto al apego”:

-Autónomo: Relacionado con un apego seguro en la infancia. Discurso coherente, con consistencia interna y clara. Se le ve cómo valoran el apego sin referirse concretamente a una relación o episodio en particular. La descripción y evolución de experiencias relacionadas con el apego es consistente, tanto si estas son positivas como negativas.

-Rechazante: Idealizado o despectivo (inseguro- evitativo).

-No coherente: Rechazo de experiencias relacionales con el apego y las relaciones. Normalizador (“una madre excelente, muy normal”) con una presentación general de la historia no respaldada o en franca contradicción con episodios recordados. Excesivamente breve y omite figuras.

-Preocupado: Enfadado o pasivo (inseguro- ambivalente).

-No coherente: Preocupado con o por experiencias de apego pasadas. Aparece enfadado, pasivo o asustado. Frases con frecuencia largas, gramaticalmente enrevesadas, o plagadas de expresiones vagas.

-No resuelto: En relación a pérdidas o abusos sufridos. Durante el diálogo acerca de pérdidas o abusos, el sujeto muestra llamativos fallos en el control del razonamiento o en propio discurso. (Aburto, 2007, p.100)

Siempre que, a lo largo de la vida, la persona se enfrenta a una situación potencialmente traumática, se activa su sistema de apego (es decir, la búsqueda de ayuda y seguridad). Se activan, por tanto, lo que los teóricos de apego denominan “modelo de trabajo internos”, esa memoria de la relación aprendida por vía procedimental. Estos modelos representan en definitiva, el tipo de apego que ha prevalecido, En palabras de Lyons-Ruth: “las estrategias de apego, con sus componentes defensivos y conflictivos, son ejemplo de las representaciones no conscientes, implícitas, que se desarrollan en la infancia antes de estar disponible el sistema de memoria explícita asociado con las imágenes recordadas de forma consciente”(2003). Los investigadores detectan dos tipos de relación defensiva ulterior en niños desorganizados: el “punitivo-dominante” y el “cuidador”. (Aburto, 2007, p.101)

Desde el punto de vista del apego ¿Qué se puede considerar como estresor capaz de crear un TEPT? Según la clasificación DSM el factor traumatizante puede ser tan diverso como un acontecimiento que afecta directamente al individuo, o la simple visión de una amenaza para otros. La respuesta de la teoría del apego es la vulnerabilidad al trauma en función del tipo de apego donante que determina los modelos de trabajo internos. Esa vulnerabilidad se manifiesta tanto en la situación de amenaza a la propia integridad (miedo a no recibir ayuda) como en la de ser testigo del drama del otro (miedo a perder la fuente de ayuda). Queda claro que la diferencia esencial desde este punto de vista es si el trauma proviene de las figuras de apego o de una fuerza anónima, el potencial traumatizante-disociativo es mucho mayor en el primer caso. (Aburto, 2007, p.102)

Allan Schore ha dedicado gran parte de su obra a la integración de la psicoterapia, la neurobiología y el apego. De un modo específico analiza las consecuencias del trauma temprano sobre los procesos de desarrollo de las estructuras neurológicas implicadas en la regulación afectiva.

Si un niño, especialmente si es congénitamente reactivo desde el punto de vista neuropsicológico, no tiene experiencias adecuadas de formar parte en un sistema

dinámico, abierto con un adulto emocionalmente responsivo, su organización corticolímbica será poco capaz de afrontar las dinámicas caóticas estresantes que son inherentes a toda relación humana. Un tal sistema tiende a volverse estático y cerrado, dotándose de estructuras defensivas para protegerse anticipadamente contra asaltos interactivos que potencialmente provoquen estados psicobiológicos desorganizados y emocionalmente dolorosos. Debido a su evitación de situaciones nuevas y a la disminuida capacidad para afrontar situaciones de cambio, no se expone a experiencias de aprendizaje emocionalmente nuevas, que son necesarias para el continuo desarrollo dependiente de la experiencia del cerebro derecho. Esta limitación estructural, a su vez, incide negativamente en el desarrollo de la organización del self (Schore, 1997).

La experiencia de vinculación, de conexión y diferenciación con los otros y con el mundo es la gran reguladora de la emoción. El ser humano necesita de la experiencia de vinculación como reguladora de su sistema emocional para su desarrollo armonioso de sí mismo (Bowlby, 1977, 1985, 1986; 1988; 1990 a, b; 1991).

La regulación del afecto incluye la regulación interna (autorregulación) y externa (a través de la regulación social). Es decir que la regulación afectiva implica un proceso relacional que es co-construido inicialmente con los cuidadores como parte del proceso de vinculación (Keily, 2002).

Lo dicho hasta ahora nos puede ayudar a entender porque el sujeto que ha vivido experiencias de privación afectiva o de abuso de otro tipo en la infancia puede ser más vulnerable para la presentación de sintomatología disociativa en general, son personas que no han podido construir un sentido de si-mismo-en –conexión o en relación segura con otro.

Es decir el trauma en la vida infantil o adulta se describe como aquella experiencia o experiencias que van a atentar directamente contra la construcción o el sentido del sí mismo-en- relación. (Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005, p.30)

A PROPÓSITO DE UN CASO

A continuación se aparecen retazos de la entrevista de apego adulto realizada a la paciente e información recogida en diversas entrevistas que ponen de manifiesto que cuando un menor depende emocionalmente de un cuidador que no está disponible cuando lo necesita o reacciona con rechazo ante sus manifestaciones emocionales, o resulta inconsistente en sus respuesta, el niño o niña puede ir desarrollando un estilo de apego inseguro, evitador o desorganizado a través del cual se minimiza la importancia de la relación vincular o se bloquea la comunicación de rabia o de malestar.

La paciente es una mujer de 50 años, separada, con una hija, con un nivel académico medio y actualmente se encuentra de baja por incapacidad temporal por contingencias comunes.

La paciente es remitida al servicio de urgencias del hospital por su MAP a petición de la propia paciente que refiere dolores generalizados y se niega a volver a su domicilio.

Antecedentes personales:

- NRAMC: No refiere alergias medicamentosas conocidas.
- Asma ha padecido varios ingresos.
- Cefalea crónica
- Fibromialgia.
- Poliartrosis (Diagnosticada en reumatología H. G de defensa).
- Sobrepeso.
- Vejiga hiperactiva.
- HTA hipertensión arterial.
- Cirugía por hernia discal lumbar

Relaciones de pareja:

Soltera. Ruptura de relación de pareja hace 9 años. Es la segunda de una fratría de dos. Su hermano jubilado por enfermedad, casado. Acude a urgencias con un cuadro de afección respiratoria y refiere que no quiere vivir así,

Exploración al ingreso:

Consciente. Contacto difícil. Animo deprimido. Ideación autolítica. Angustia psicótica. Refiere alucinaciones auditivas muy vividas y visuales.

Juicio clínico:

- Sintomatología ansioso-depresiva.
- Trastorno mixto de la personalidad.
- Hipertiroidismo primario.
- Problemas relacionados con el entorno social.
- Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo.
- Reconocido grado de discapacidad física por operación hernia discal L4-L5 y posterior fibrosis y fibromialgia. Discapacidad psíquica por depresión y ansiedad.

El caso fue derivado al Área de Servicios Sociales para la valoración de posibles situaciones de desprotección de su hija menor. Una vez valorado el riesgo se inició la intervención con la unidad familiar, en este artículo únicamente se hace referencia a diversos momentos de la intervención realizada con la madre.

-Describe la relación con tus padres remontándote tan atrás como sea posible recordar: *“De corazón nunca se han preocupado de mí. Mi padre siempre ha trabajado mucho incluso las fiestas de navidad no las ha pasado con nosotros, Mi madre nunca me ha dicho cuéntame, que tal ha ido el colegio nunca, cuando no hacia los deberes en vez de comprenderme me regañaba, me mandaban deberes a mediodía y no me daba tiempo a hacerlos, siempre rápido a comer a hacer los deberes a peinarse, por eso no me duele cuando me tiran del pelo estaba acostumbrada a los tirones que me daba mi madre.... Cuando llegaba mi padre a la hora de la comida la tenía que tener preparada, es agobiante porque no podía aguantar 5 minutos”.*

“En lo material sí, siempre me han dado todo sin pedirlo.... no he visto pegarse ni regañar mucho, pero sin hablar, venga friega como si fuéramos robots que no tuviéramos sentimientos ni alma, uno siempre trabajando, ella pendiente de que fuéramos limpios y bien”.

-Describe 5 adjetivos que reflejen la relación con tu madre: *“Hostil, sin cariño, nunca besos ni caricias, sin preocuparnos emocionalmente unos de otros, con muchos castigos, pegarnos no”.*

-Describe 5 adjetivos que reflejen la relación con tu padre: *“Egoísta sentimentalmente, si ni le veía, sin cariño”.*

-¿A cuál de los dos te sentías más unida y por qué? ¿por qué crees que no existía ese sentimiento con el otro?: *“Me sentía más unida a mi madre porque estaba más tiempo con ella, yo siempre la intentaba agarrar de la mano, un día cruzando un parque la agarré del brazo y se calló, mi madre dijo que yo la había tirado, y siempre me dice que ella tiene que estar a favor de mi padre. Él siempre nos ha habado muy fuerte, cuando tenía libre no levanta la vista del periódico si la levantaba era para regañarnos”.*

-Cuando eras niña ¿te sentías triste o preocupada? ¿Recuerdas que hacías?: *“Me sentía triste porque no me dejaban salir a la calle para que mi madre no estuviera pendiente de mí en la ventana porque tenía que fregar y ya estaba preocupada por mi hermano que era muy malo se peleaba con todo el mundo y mi madre creía que yo era igual. Mi madre tenía que ir a buscarle al colegio 10 minutos antes para que no se peleara, me sentía preocupada cuando no me daba tiempo a hacer los deberes”.*

-¿Recuerdas que alguno de tus padres, padre o madre te abrazase y consolase en los momentos que te sentías triste y preocupada, herida o enferma?: *“No tengo recuerdo de abrazos ni de besos, ni de consuelo”.*

-¿Te sentiste rechazada alguna vez siendo niña?: *“Mi padre me ha dicho que no tenía que haber nacido que si lo llega a saber cuándo nació me había ahogado porque siendo adolescente no llegaba a las 9,30 sino a la 10 menos cuarto. Mi madre también me rechazaba siempre decía “yo tengo que hacer lo que me diga mi marido y no puedo estar a favor vuestro”. A mi hermano siempre le molestaba lo que yo hacía”.*

“Sentí rechazo de los niños en el colegio porque tenía el pelo muy largo y era muy fea, de pequeña siempre mi madre me hacia una trenza y me ponía una diadema, me llamaban frontón y tenía las cejas muy anchas, muy rechazada, no me

sentía querida por las amigas. (En las fotos niña agraciada). Yo no hacía bromas todo el día en casa metida”.

-¿Cuánto crees que las experiencias en tu infancia con tus padres han afectado a tu personalidad adulta?:” Creo que estoy así por no haber tenido cariño”.

-¿Quién te ha dado cariño?: “Mis novios he tenido 10 /11 hasta que he tenido a la niña pero los he dejado a todos. Para mí los hombres son todos iguales muy egoístas”.

-Además de algunas de las experiencias difíciles que me ha comentado, ¿recuerdas alguna otra cosa que haya sucedido en tu vida que pueda ser considerada como potencialmente traumática?” Lo peor haber conocido a tantos chicos y cuando mi padre le pego un bofetón a mi madre, yo tenía 8-9 años. Estábamos en casa en su habitación haciendo la cama, era festivo, no recuerdo porque se enfadó mi padre y pego un bofetón a mi madre, me dijo que me fuera de la habitación, no me fui y agarre a mi padre chillando muy fuerte, él se fue al salón, mi madre se quedó en la habitación, yo me quedé en la habitación con ella y siguió la cosa normal como si no hubiera pasado nada”.

“Hago las cosas mal, soy una niña difícil, de pequeña era tan fea, tan alta, tan larguirucha, nadie me decía que guapa, que pinto aquí. Doy asco, era repelente por el físico y por el carácter”.

En su relato la paciente define las relaciones personales como el paraíso y el infierno “busco en las relaciones la salida y siempre repitiendo encuentro el mismo infierno. He tenido más de veinte relaciones con distintos hombres, muchos trabajos y siempre repitiendo la misma manera de relacionarme. Siempre huyo, comenta que sus relaciones interpersonal se caracterizan por huida tras un cierto grado de intimidad.

Tanto de la información reflejada anteriormente como de la recogida durante la elaboración del genograma, la línea de vida y de la corrección de diversos test proyectivos deducimos que la sintomatología presentada por la paciente pertenece al TEPT por trauma complejo que suele coincidir con negligencia y rechazo por parte de los progenitores, la paciente relata sentirse poco querida, sin muestra de afecto...este relato nos hace pensar

de alguna de las necesidades físicas pero no hay afecto. La suma del apego evitativo donde lo emocional no es valorado unido a la agresividad masculina componen un cuadro en el que no se puede hablar de apego desorganizado pero si de una mezcla de apego evitativo y agresividad.

Sistemáticamente en la familia existe una falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradores de proximidad e interacción iniciadas por la menor, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de los padres.

En la familia existe violencia y agresividad unidas al no afecto y a la negación de la expresión de lo emocional para las figuras femeninas, las emociones cuando surgen son reprimidas, y solo es admitida y tolerada la rabia para las figuras masculinas (el hermano es agresivo desde pequeño pero no se hace nada por transformar esa conducta, cuando el padre pega el bofetón a la madre ve como la madre no protesta...).

La única emoción que ha estado presente en su historia es la agresividad descontrolada.

Alan Schore acuñó la expresión de Trauma Relacional Temprano para referirse al trauma que viene causado por el progenitor (o cuidador primario) intimidante o intimidado, negligente física y/o emocionalmente e incapaz de ofrecer protección a su descendencia. Este trauma viene provocado por la falta de protección, de afecto manifiesto, por los sentimientos de miedo y de inseguridad.

Cyrlunik, (2002) afirma: Cuando se abandona a un bebé para que lllore, deberá asimilar la experiencia emocional sin amortiguar; a un bebé, esta soledad se le hace insoportable, pues todavía no ha aprendido a sustituir a su figura de apego como fuente de seguridad ¿cómo va a aprender a reconocer su angustia y a gestionarla si nadie le ayuda?.

Cuando el cuidador responde ante las demandas del bebé asustado, nervioso o enfadado, el bebé va a ver reflejada en sus padres una emoción mal gestionada, sin un atisbo de regulación afectiva.

A este bebé toda presencia le resulta insoportable, pues provoca más angustia que seguridad y su mundo interno comienza a desorganizarse (Cyrlunik, 2002).

Debemos comprender que un bebé no sabe manejar sus emociones, por lo que requiere de sus padres para esta misión. Necesita que sus experiencias emocionales desagradables le sean devueltas de una manera soportable; necesita que sus padres recojan su emoción, la metabolicen y se la devuelvan en forma de pensamientos y expresiones asimilables; que se la devuelvan digerida. De este modo, el niño podrá recoger esa experiencia e interiorizarla, desarrollando así sus primeras estrategias de regulación emocional y de su capacidad reflexiva (capacidad para reflexionar sobre sus propias emociones, intenciones y pensamientos y los de los demás), e incorporando ciertos aspectos de su identidad personal (Fonagy, 2008).

Si el niño ha sido maltratado, lo más normal es que interiorice un modelo de relación en el que existen dos roles: el de víctima, con fuertes sentimientos de indefensión, y el de abusador como forma de eliminar esos desagradables sentimientos y tomar el control de su vida; si no se pone remedio, el niño crecerá oscilando entre estos dos roles, construyendo así una personalidad inestable y frágil y un modo de relacionarse disfuncional y doloroso en el que reaccionará una y otra vez está limitada vivencia de las relaciones. (Seligman, 1999).

Si el niño interioriza partes de su cuidador que son amenazantes, sus estados emocionales internos se volverán amenazantes también; en este contexto, aprender a reflexionar sobre las intenciones de los demás (e incluso de las propias), resulta tan doloroso que los niños se inhiben. El hecho de no poder desarrollar esta capacidad reflexiva será la causa de que en el futuro, les cueste reconocer en los demás otras intenciones distintas a las propias y a que falle seriamente su empatía (Fonagy, 2008).

Como problema añadido, estas situaciones tempranas van a truncar la base de la resiliencia, haciendo al niño mucho más vulnerable a futuras adversidades.

Tras este primer y temprano trauma, se puede abrir una herida profunda que podría reabrirse ante futuras dificultades, siendo un segundo golpe (como el fallecimiento de un ser querido o sufrir acoso escolar), la gota que colma el vaso (Cyrułnik, 2002).

Analizando la información recogida en las diversas entrevistas desde este marco teórico pensamos que el Trauma Relacional Temprano unido a las diversas situaciones traumáticas vividas han dejado en la paciente “heridas” a muy diversos niveles: Aislamiento afectivo. Esquizotimia. TEPT. Emociones disociadas que se disparan automáticamente ante determinados disparadores del presente. Creencias negativas sobre si misma (desde una mente infantil no se puede conectar con lo agresividad de los progenitores por tanto la agresiva soy yo, como no puedo demostrar mi rabia mejor me recluyo afectivamente que quedarme sola). La paciente intenta sobrevivir en un ambiente hostil aislándose de sus emociones. Es el aislamiento afectivo el mecanismo de defensa predominante, aislamiento de su mundo interno y de sus relaciones externas.

En relación a la disociación autores como Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005) postulan que la traumatización conlleva esencialmente un grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad del sujeto: “El TEPT complejo implica un grado más complejo de disociación estructural que el TEPT simple”.

El patrón básico de la respuesta del estrés post-traumático simple puede ser descrito como una alteración entre una parte disociada única de la personalidad mediada por sistemas de acción de la vida diaria y una segunda parte (bastante limitada y rudimentaria) mediada por la defensa.

Cuando la parte disociada principal de los sujetos traumatizada. Parafraseando una metáfora hecha por Myers (1940) que describía las alternaciones inducidas por el trauma que se producían en los soldados que combatieron en la I Guerra Mundial, hablamos de Parte Aparentemente Normal de la personalidad (PAN) para referirnos al funcionamiento de la persona traumatizada mediado en gran proporción por sistemas de acción de la vida diaria.

De igual forma, hablamos de la Parte Emocional de la personalidad (PE), Myers describe que esta parte se evidencia cuando las emociones vehementes se hacen dominantes cuando se reexperimenta el trauma.

Como hemos dicho anteriormente el TEPT complejo implica un grado más complejo de disociación estructural.

La disociación de la personalidad más allá de una única PAN y PE puede extenderse a divisiones adicionales entre dos o más subsistemas defensivos. Los pacientes con TEPT complejo tienen a menudo diversas PE fijadas en el llanto de apego (la parte triste, desprovista de, experimentada algunas veces como un “niño”), en la evitación del rechazo social (socialmente sumisa, la parte “feliz”) y en la defensa física y relacional (rabioso, temeroso, sumiso, partes paralizadas, etc.) acompañado de una o varias PAN influidas por los sistemas de acción de la vida diaria. Como ya se ha indicado anteriormente, los sistemas de acción de la vida diaria pueden, sin embargo, estar también organizadas de forma mal adaptada contribuyendo, así, a la persistencia de los problemas caracterológicos y a problemas en la vida diaria. Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005).

Si recordamos la información aportada por la paciente podremos identificar las diversas PE fijadas en el llanto de apego (la parte triste) y en la evitación y en la defensa física y relacional (miedosa, rabiosa). En general la tristeza es la PE mas difícil de manejar ya que esta asociada con el llanto triste de apego, es la PE que tiene que hacer el duelo de no haber sido querida ni protegida y tiene que asumir frases de su padre como “Si lo llego a saber te habría ahogado”.

Steele, Van der Hart y Nijenhuis (2004) destacan que el sentido del yo en el niño se haya en un estado importante de dependencia (Wolf, 1990: Wolf, 1987) y es dentro de la interacción diádica positiva y segura con el cuidador que los niños adquieren habilidades de mantener, modular, e integrar estados conductuales discontinuos (ej. Putnam,1997; Siegel 1999; Schore, 2003) que llevarían a la formación de una personalidad relativamente integrada. Bajo estas condiciones, las redes neurológicas relacionadas con los sistemas de acción de la vida diaria se vuelven más complejas e interactivas a través de un uso constante y consistente, llevando a una personalidad más cohesiva y el individuo está bien adaptado a la convivencia con los otros (Lyons-Ruth, 2003).

Los pacientes traumatizados crónicamente presentan a menudo una falta de habilidades de auto-regulación, tanto mentales como conductuales. Éstas incluirían capacidades como una conciencia atenta, competencia interpersonal, regulación afectiva; tolerancia al distress; capacidad de distinguir entre realidad interna y externa, capacidad de tolerar la soledad; capacidad de regular las emociones auto-conscientes (ej.: el odio hacia uno mismo, vergüenza, culpa, humillación), capacidad de tranquilizarse a uno mismo; capacidad de reflexionar más que reaccionar; y la capacidad de mentalizar (o sea, imaginar que podrían pensar o sentir otros; ej. Fonagy & Target, 1997; Gold, 2000; Linehan, 1993). Cuando estas habilidades esenciales tienen carencias o no existen, la integración es más difícil de adquirir o de mantener, contribuyendo a la disociación estructural crónica.

Durante la disociación traumática ocurre una fragmentación de la experiencia que desafía directamente ese sentido de unicidad del sí mismo y hace imposible la integración de dicha experiencia de una narrativa vital única.

La construcción de esta autonarrativa, de esa representación personal acerca de quiénes somos se desarrolla en el marco de un proceso dialéctico relacional. Desde el nacimiento la autonarrativa se desarrolla en construcción conjunta y reciproca con una figura de apego. Surge así la idea de las relaciones de apego como constructoras y reguladoras de la identidad. Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005).

DISOCIACIÓN Y SOMATIZACIÓN

La somatización se refiere a la tendencia a experimentar el estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales y/o reexperimentarse a sí mismo en términos físicos predominantemente.

Rodríguez, Fernández y Bayón afirman que los aspectos psicológicos y físicos de una experiencia no son integrados adecuadamente, en este sentido la somatización también supone una alteración del sentido del self. La creencia de que la somatización puede relacionarse tanto con el trauma como con el mecanismo de defensa de la disociación no es nueva.

Janet (1920) hipotetizaba que los recuerdos de las experiencias traumáticas que se almacenan fuera del campo de la conciencia pueden contribuir a la disociación y a la somatización en la forma de histeria. Freud hablaba del mecanismo de la conversión (Rodin, Groot y Spivak, 1998).

La somatización como la disociación podrían estar asociadas con una tendencia a sentirse desbordados por estados afectivos intensos y pobremente diferenciados. Los síntomas somáticos pueden representar un intento de organizar y hacer concretos estados afectivos caóticos (Goodsitt, 1983) o apoyarse en experiencias corporales que se consideran más reales o auténticas.

En este contexto se han postulado una gran cantidad de enfermedades crónicas que supondrían una expresión somática tardía del trauma (Toomey, Hernández, Gittelman y Hulka, 1993; Waylonis y Perkins, 1994). Estas enfermedades son variadas en su experiencia clínica, pero con un factor común de inestabilidad autonómica cíclica, signos isquémicos y vasoconstrictivos sutiles y con frecuencia dolor. (Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005, p.31)

Como dice Aznárez asistimos, en las últimas décadas sobre todo, aun dialogo muy productivo entre la psicología y las neurociencias. Se hace necesario pues, a la luz de los nuevos descubrimientos, un cambio de paradigma hacia uno que ofrezca una comprensión mas completa, profunda y renovada de los procesos tempranos del desarrollo como aspectos centrales explicativos de la constitución del psiquismo.

De los estudios de autores como Damasio y LeDoux obtenemos conclusiones que son clave para entender todo lo anteriormente expuesto. Algunas de ellas: el papel básico y central de la emoción en la actividad del organismo (disposición y guía para la acción, centro de la construcción del significado) y el innegable sustrato corporal (en forma de patrones neurales), de la misma. Así: "el contenido esencial de los sentimientos es la cartografía de un estado corporal determinado; el sustrato de sentimientos es el conjunto de patrones neurales que cartografían el estado corporal y del que puede surgir una imagen mental del estado del cuerpo" (Damasio, 1996).

Este mismo autor introduce el término "marcador somático" (sentimiento corporal especial que conecta una determinada situación con un estado corporal) para explicar por qué la activación de recuerdos alojados en la memoria corporal evocan en nosotros un determinado estado de ánimo. En conclusión: que pensamos con el cuerpo. (Aznárez, 2013, p.3).

Lo que hace que "recordemos" con el cuerpo es la memoria implícita. La memoria implícita implica partes del cerebro que no requieren el procesamiento consciente durante la codificación y la recuperación. La memoria implícita crea algo llamado imprimación, que, en definitiva, no es más que la forma en que el cerebro se prepara para responder de una manera determinada.

Eso explica que en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) el recuerdo implícito de una experiencia perturbadora se codifica en el cerebro de la persona que lo sufre y un sonido o una imagen desencadenan el recuerdo sin que la persona se esté dando cuenta siquiera de que está recordando.

La memoria implícita es, básicamente, un proceso evolutivo que nos mantiene a salvo y fuera de peligro pues nos permite reaccionar rápidamente, automáticamente incluso, en momentos catalogados de peligrosos sin necesidad de recordar de forma consciente e intencionada experiencias similares previas.

Pero los recuerdos implícitos suponen una moneda con dos caras, pues, el sufrir una experiencia dolorosa, puede convertirse en un campo minado que puede limitarnos, condicionarnos, de manera muy significativa. Los recuerdos implícitos de experiencias dolorosas (no digamos traumáticas) pueden crear miedo, evitación, tristeza y otras emociones y sensaciones corporales muy dolorosas. Si un niño no es capaz de dar sentido a sus recuerdos dolorosos, puede presentar alteraciones a muy distintos niveles (somático, psicológico y cognitivo). (Aznárez, 2013, p.4-5).

Haciendo referencia a la sintomatología que aparece en el caso presentado observamos que la paciente relata fuertes dolores de espalda desde los 14 años y a los 21 años es sometida a cirugía por hernia discal lumbar.

Recordemos que la canalización de las emociones a través de los síntomas es una de las características del apego evitativo, en este caso el dolor que se está manifestando en la actualidad desde el diagnóstico de fibromialgia, se remonta a dolor de espalda, hernia discal, fibrosis quística...

En 1995 inicia tratamiento psiquiátrico por intento autolítico, relata como motivo el insoportable dolor de espalda que padecía y la mala relación con sus padres (a pesar de vivir sola la seguían controlando, su padre la acusaba de promiscuidad, algo que la sorprendía ya que ella en las entrevistas iniciales solo recordaba tres relaciones amorosas). Este intento autolítico coincide con su traslado a otro domicilio con la intención de vivir sola. Es muy probable que desde la ambivalencia de su deseo de protección y cuidado y su deseo de autosuficiencia toma la decisión de abandonar el domicilio paterno y vivir sola, sin embargo la falta de protección y cuidado la resulta insoportable y ante la falta de la pseudo seguridad que sus progenitores la han ofrecido toma el control la PE relacionada con el llanto triste de apego que conecta con una tristeza profunda y una sensación de vacío donde la vida deja de tener sentido.

En 2015 es diagnosticada de fibromialgia y ese mismo año se produce un nuevo intento autolítico, en este momento la paciente relata que estuvo motivado por los fuertes dolores que soportaba y las graves dificultades de relación con su hija de 12 años, expresa sentirse no cuidada y rechazada por su hija.

TRATAMIENTO SECUENCIADO EN FASES

Tal y como apuntan Steele y colaboradores en su artículo sobre tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural los clínicos que trabajan con pacientes crónicamente traumatizados admitirán rápidamente que tales pacientes son a menudo extraordinariamente miedosos de los contenidos mentales internos como también de indicios externos que sirven de recordatorios del trauma. Aunque las fobias relacionadas con algo interior ciertamente pueden tener un sentido psicodinámico que debería ser captado por el clínico, ellas también resultan de un déficit de habilidades fundamentales, como son

la regulación afectiva y la mentalización (por ej. Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Schore, 2003; Siegel, 1999).

Como he reflejado anteriormente estas habilidades son adquisiciones evolutivas que necesitan una regulación diádica adecuada y un apego seguro en la infancia temprana, lo que muchos individuos crónicamente traumatizados no recibieron. (por ej. Fonagy y col., 2002; Forrest, 2001; Schore, 2003).

Según Janet, la fobia central en la disociación estructural relacionada con el trauma consiste en la evitación de la comprensión completa del trauma y sus efectos sobre la vida de uno (o sea la fobia de los recuerdos traumáticos). La evitación conductual y mental elevada que mantiene la disociación estructural es necesaria para impedir lo que es percibido como comprensiones inaguantables de uno mismo, de su vida, de su significado.

Posteriormente, todo lo que podrían abarcar las fobias resulta de una fobia fundamental de los recuerdos traumáticos, incluyendo la fobia de otros contenidos mentales y de partes disociativas. La superación de este complejo de fobias es esencial para un tratamiento exitoso. Janet (1909) afirmó que todas las fobias tienen en común miedos de (ciertas) acciones.

Las fobias relacionadas con el trauma son, de esta manera, tratadas en un cierto orden, para que los pacientes experimenten un desarrollo gradual de la capacidad de implicarse en acciones adaptadas, bien dirigidas y de alta calidad, tanto mentales como físicas. Entonces, el aumento de las experiencias más complejas y difíciles (tanto pasadas como presentes) puede ser tolerado e integrado y se puede conseguir la mejoría de la vida cotidiana.

El objetivo más general de la terapia es aumentar la capacidad integradora del paciente para mejorar su funcionamiento y resolver la disociación estructural y los comportamientos inadaptados relacionados (Steele y col., 2004). Durante este proceso serán tratadas varias fobias relacionadas con el trauma.

En primer lugar, los niveles de activación psicofisiológicos tienen que ser supervisados y controlados manteniendo la activación dentro de un marco de tolerancia para el paciente. Este marco está definido por los niveles de excitación máximos y mínimos que permiten

todavía acciones adaptativas de calidad suficiente, incluyendo la integración de las experiencias y de funcionamiento diario. La hiperactivación ocurre cuando la capacidad integradora no es suficiente para permitir la integración de la estimulación estresante. Se manifiesta como pánico (emociones vehementes y acciones reflejas), disociación estructural continua, y un campo de conciencia excesivamente estrecho. La hipoactivación (por ejemplo, debido al agotamiento físico y mental) como también las estrategias mentales de evitación, implican un nivel (muy) bajo de conciencia que obstaculiza la percepción adecuada y el procesamiento más elevado de los estímulos. Estos niveles bajos, a menudo confundidos con la disociación (Van der Hart y col, 2004) se reflejan en soñar despierto, estados de trance, pérdida de la concentración, incapacidad de acabar acciones, etcétera.

En segundo lugar, la capacidad de funcionamiento en la vida diaria, tiene que ser mantenida y mejorada. Esto supondrá aumentar la capacidad de modular y coordinar sistemas de acción. El terapeuta, por lo menos al principio, tiene que ofrecer modulación diádica de las reacciones emocionales del paciente y asistirle en desarrollar o fortalecer sus capacidades en este aspecto a través de modelado, instrucciones, ensayos y deberes para casa. En otras palabras, se tiene que adquirir un funcionamiento coordinado y flexible de los diversos sistemas de acción.

En tercer lugar, las asociaciones entre los efectos del condicionamiento tienen que ser extinguidas para prevenir la disociación estructural y otras conductas de evitación. Por ejemplo, los pacientes deben aprender que sólo unos, no todos los seres humanos, representan una amenaza y que las emociones que para un niño traumatizado eran intolerables, pueden ser toleradas por un adulto que ha sobrevivido a un trauma y que puede recibir apoyo. Este aprendizaje contextual viene de una reexposición gradual y controlada a estímulos condicionados relacionados con el trauma y a todas las fobias resultantes.

En cuarto lugar, la psicoeducación y el entrenamiento de habilidades son usados cuando el conocimiento y las habilidades faltan, cuando las creencias están en desacuerdo con la realidad y las formas de actuar son ineficaces o dañinas para el

paciente y los demás. El desarrollo de algunas habilidades será el resultado no sólo del entrenamiento sino también de una regulación diádica consistente de la relación terapéutica. Estas habilidades permiten el aumento del desarrollo y de la coordinación de los sistemas de acción resultando una manera de afrontamiento más adaptada. Es más, los pensamientos y las acciones autodestructivas como autolesionarse, suicidio, abuso de sustancias, violencia y comportamientos temerarios tienen que ser incisivamente tratados en la Fase 1. Un lema del tratamiento es siempre la seguridad primero. Las habilidades de disminuir o eliminar las tendencias autodestructivas incluyen la habilidad de tolerar y modular emociones y la activación fisiológica.

Más específicamente, estas habilidades consisten en experimentar emociones (por ejemplo, rabia, miedo, vergüenza, soledad) y activación (palpitaciones, sudoraciones, etcétera) para calmar el impulso de reaccionar automáticamente de maneras inadaptadas (o sea, con acciones sustitutivas).

Las habilidades también pertenecen a la modulación de los estados interpersonales a través, por ejemplo, de auto-tranquilizarse, de la búsqueda de ayuda en amigos de confianza (Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990) e implicarse en una relación terapéutica segura. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar a menudo y observar que las reacciones corporales y los comportamientos no verbales para determinar si el paciente se vuelve excesivamente activado y parar inmediatamente lo que se está haciendo o hablando para enfocar para ayudar al paciente a regular su nivel de activación (Ogden & Minton, 2000; Rothschild, 2000). (Steele, Van der Hart, Ellert y Nijenhuis, 2005)

Los tratamientos han de integrar la conversación con el cuerpo para no seguir despreciando la parte de la experiencia corporal de la vivencia traumática. (Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005, p.32)

La intervención con esta paciente se ha abordado desde un protocolo terapéutico integrador propuesto por B. Aznárez basado en los principios de la Psicoterapia Breve, las Terapias Narrativas y EMDR.

A lo largo de la exposición se ha reseñado en

en varias ocasiones el hecho de que durante la disociación traumática ocurre una fragmentación de la experiencia que desafía directamente el sentido de unicidad del sí mismo y hace imposible la integración de las experiencias traumáticas en una narrativa vital única.

Sabemos que el ser humano alcanza a dar sentido a su experiencia narrándose y “renarrándose” una y otra vez. (Aznárez, 2013,p.6)

Así pues, el sí mismo va siendo construido en forma de narración y a través de la misma. Nuestro sentido de un yo coherente dependerá de las historias que nos contemos sobre nosotros mismos y de la posibilidad de que éstas puedan sostener nuestra identidad o conflictuarla. Así, la experiencia traumática puede contribuir a construir un yo vulnerable e indefenso y las historias vitales estarán cargadas de amenazas y peligros. Además, la organización de la experiencia implica simultáneamente (y como ya hemos referido) vivenciar lo que ocurre simultáneamente a distintos niveles: un nivel emocional con su sustrato corporal (que suele ser más o menos inconsciente), y un nivel más explícito o cognitivo que constituirá la narrativa que se contará en forma declarativa. Ambos niveles deben integrarse en una narrativa autobiográfica coherente, cohesionada y adaptativa. (Aznárez, 2013, p.7)

Por otro lado la Desensibilización y el Reprocesamiento por el Movimiento Ocular (DRMO en español y EMDR en inglés) constituye una poderosa herramienta para el procesamiento de los recuerdos traumáticos.

Integrando lo expuesto, desde el inicio del proceso de intervención en todo momento los niveles de activación psicofisiológicos han sido supervisados y controlados manteniendo la activación dentro de un marco de tolerancia para la paciente. La reexposición gradual a los acontecimientos vividos se ha realizado utilizando únicamente estimulación bilateral auditiva con el objetivo de iniciar la desensibilización (EMD) e ir aumentando la ventana de tolerancia de la paciente.

A través de EMD la paciente ha ido accediendo paulatinamente a sus recuerdos, conectando con las emociones, reconociendo las sensaciones corporales, tolerándolos y

narrándolos durante breves periodos de tiempo. Su narrativa ha ido evolucionando y lentamente se va produciendo la integración de los acontecimientos vividos en su narrativa vital. Lentamente conecta y comprende que lo que la ocurrió en el pasado explica lo que ocurre en el presente, que hay gran cantidad de su historia sin mentalizar y que la somatización es el mejor ejemplo de la no mentalización.

Recordemos que cuando hablamos de personas que han sufrido Trauma Relacional Temprano hablamos de personas que desde muy tempranamente conectan con una gran sensación de vacío y el asomarse a esa sensación supone para ellas ponerse en contacto con la gran tristeza de un ser muy pequeño con una realidad muy amarga y por tanto existe gran cantidad de historia vital sin mentalizar, a través de EMD la paciente se ha ido poniendo en contacto con su niña triste, miedosa, rabiosa, dolorida.

El nivel de activación, durante las sesiones, ante el recuerdo y relato de los acontecimientos vividos determina continuar con EMD. Paso a paso la paciente se va haciendo cargo de su historia y aumentando ventana de tolerancia.

El avance es lento, a través de la vinculación, la psicoeducación y “las conversaciones integradoras” la paciente va entendiendo, comprendiendo y en ocasiones legitimando las distintas PE, poco a poco (siempre con estimulación bilateral auditiva) aumenta ventana de tolerancia, relata más retazos de su historia. Su narrativa es dolorosa pero acepta mantenerse en ella y reconocer las emociones para avanzar en su proceso, va comprendiendo que las emociones que para una niña miedosa, triste y rabiosa eran intolerables pueden ir siendo toleradas por una adulta que ha sobrevivido a esas situaciones y que está dispuesta a recibir apoyo.

Su capacidad de funcionamiento en los distintos roles de la vida diaria ha mejorado y actualmente la paciente pertenece a una organización de voluntariado.

En palabras de J. Barudy diríamos que la paciente se encuentra en proceso desde la resistencia hacia la resiliencia secundaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aburto M. (2007) *Psicotraumatología (I) El trauma temprano*. Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de psicoterapia. Vol. 1 (1) p.91-109

Alvarado R. *La teoría del apego, el apego y su evaluación*.

Aznárez B. (2013) “No me acuerdo”, o la narrativa de una adopción. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol.3 n°1.

Aznárez B. (2016) *Curso Experto en Clínica e Intervención en Trauma*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

Bowlby, J. (2006) *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y perdida*. Madrid: Ediciones Morata.

Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Ed: Gedisa.

De Santiago F.J., Fernández M.J., Guerra L.R. (1999). *Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas*. Salamanca: Amaru Ediciones.

Grupo de Trabajo OPD (2009) *Diagnostico Psicodinámico Operacionalizado (Opd-2): Manual para el Diagnóstico, Indicación y Planificación de la Psicoterapia*. Editorial Herder.

Fonagy, P., y Bateman, A. (2008). The Development of Borderline Personality Disorder – A Mentalizing Model. *Journal of Personality Disorders*, 22 (1), 4-21.

Seligman, S. (1999). Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva del infante: observando la identificación proyectiva. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4

Rodríguez B., Fernández A., Bayón C. (2005) *Trauma , disociación y somatización del Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 1 27-38.

Van der Hart O., Nijenhuis E. y Steele K. (2004), *Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: Superar las fobias relacionadas con el trauma* *Journal of Trauma & Dissociation* 6 (3) , 11 - 5 3.

Van der Hart O., Nijenhuis E.y Steele K. (2005) *Disociación : Una característica principal del TEPT complejo insuficientemente reconocida*. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.

Van der Hart O., Nijenhuis E., Solomon R. (2010) *EMDR y Disociación de la Personalidad en Trastornos Relacionados con Trauma Complejo: Consideración Teóricas*. *Revista de Investigación y Práctica de EMDR*, volumen 4, numero 2.