
DESAFÍOS EN PSICOTERAPIA: TRAUMA COMPLEJO, APEGO Y DISOCIACIÓN*

Challenges in psychotherapy: Complex trauma, attachment and dissociation

Diana Patricia Morales Aguilar**
Centro Clínico Humanitas, Roma - Italia

Resumen

En el siglo XXI la Psicoterapia sigue dando pasos agigantados con una perspectiva integradora. El tema de los actuales desafíos que tiene la Psicoterapia son muchos, el presente artículo muestra solo uno de ellos, el estudio de la relación entre el Trauma complejo, el Apego y la Disociación. Muchos colegas a nivel internacional como Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K., Van der Kolk B., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F., McFarlane A., Herman, J., entre otros, han dado una gran contribución científica que nos ayuda a generar un mejor diagnóstico dimensional y categorial siguiendo las nuevas indicaciones del DSMV, pero lo más importante, es que nos indican que el camino para resolver el problema que nos trae un paciente no es solo uno, eso quiere decir que hay una mayor exigencia para los que trabajan en el área clínica y sobre todo en la Psicoterapia, una actualización y estudio constante de nuevos abordajes de intervención.

Palabras clave: Trauma complejo, apego, disociación, terapia EMDR.

Abstract

In the 21st century, the Psychotherapy continues to take giant steps with a comprehensive perspective. The areas of the current challenges of Psychotherapy are numerous, this article presents only one of them, the study of the relationship between Complex Trauma, Attachment and Dissociation. Many international colleagues such as Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K., Van der Kolk B., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F., McFarlane A., Herman, J., inter alia, have given a great scientific contribution that helps us to generate a better dimensional and categorical diagnosis following the new indications of the DSMV, but more important, they indicate that the way to solve a problem that a patient brings us is not only one, it means there is a greater demand for those who work in the clinical area and especially in Psychotherapy, an update and constant study of new intervention approaches.

Keywords: Complex trauma, attachment, dissociation, EMDR therapy.

* Artículo basado en la Tesis de Licenciatura sustentada por la autora.

** Psicóloga. Centro Clínico Humanitas, Roma - Italia. psic.patriciamorales@gmail.com

Para poder evaluar cuán importante y valiosa ha sido y sigue siendo la investigación sobre el espectro de la psicopatología postraumática y su relación con los estilos de Apego y la Disociación y a la vez dar a conocer los resultados del abordaje terapéutico de la Terapia EMDR, veremos inicialmente algunos datos en los que se comprueba la variedad de diagnósticos que se dan a niños(as) con historias de maltrato o negligencia, luego veremos los planteamientos teóricos de los más importantes investigadores en el campo de la Psicotraumatología y plantaremos algunas conclusiones que tienen como objetivo buscar la continuación de la investigación.

Según Putnam (2003), en un estudio sobre 364 casos de niños que habían sufrido maltrato (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998), los diagnósticos más comunes en orden de frecuencia fueron: trastorno de ansiedad por separación, trastorno oposicionista desafiante, trastornos fóbicos, Trastorno de estrés postraumático (TEPT), y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), vemos entonces que el trastorno de estrés postraumático no era el diagnóstico psiquiátrico más común diez años atrás. Existe una nueva visión teórica sobre dicha relación y se puede notar un cambio importante del DSM IV al DSM V en donde el TEPT acepta los síntomas disociativos y propone la exposición continua o recurrente a eventos traumáticos, es decir, introduce ligeramente y sin mucha claridad el trauma complejo.

Hoy en día los clínicos sabemos que una historia de maltrato físico, abuso sexual y supervivientes de campos de concentración en la infancia, se asocia también a otros problemas psiquiátricos en la adolescencia y la edad adulta como lo dice Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon, & Portera, (2001): “abuso de sustancias, personalidad antisocial y límite, problemas alimentarios, disociación, problemas afectivos, trastornos somatomorfos, cardiovasculares, metabólicos, inmunológicos, y trastornos sexuales”, y no solo eso, estas personas dan muestras significativas de problemas a largo plazo en las áreas de la atención, la autorregulación y la estructura de la personalidad.

TRAUMA COMPLEJO

Trauma Complejo es la exposición continua tanto

en niños como en adultos, a traumas interpersonales crónicos prolongados, que en su curso presentan trastornos psicológicos que no se ven recogidos en los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J., 2005). Los sucesos no son traumáticos en sí mismos; antes bien, lo que puede ser traumático es el efecto que ejercen sobre un individuo determinado. Así no toda la persona que pasa por un acontecimiento extremadamente estresante quedará necesariamente traumatizada. El grado en que una persona será afectada por un trauma se debe a dos series de factores interrelacionados; las características objetivas del suceso y las características subjetivas que definen la energía mental y la eficiencia mental del individuo. Hay factores de vulnerabilidad inherentes tanto en adultos como en niños (Van der Hart, et al. 2008).

Para profundizar el tema de Trauma complejo empezaremos por citar a los dos grupos que dieron origen al ahora llamado “Trastorno por Estrés Extremo no especificado o DESNOS”. Uno con base en Nueva York (Spitzer, Kaplan & Pelcovitz, citado en Pelcovitz et al., 1997), y el otro en Boston (ver Herman & Van der Kolk, 1987). Spinazzola, Blaustein y Van der Kolk (2005) indicaron que a pesar de la omnipresencia de numerosos problemas postraumáticos, además del TEPT, se le ha prestado sorprendentemente muy poca atención a la relación entre el TEPT y todos estos otros síntomas asociados con traumas tempranos y prolongados.

Entre el 1990 y 1992 se llevó a cabo un estudio de campo del DSM-IV sobre el TEPT que tuvo como finalidad:

(a) investigar la definición correcta del criterio A y ubicar los variados síntomas del TEPT en el cluster de síntomas adecuado (Kilpatrick et al., 1998) y

(b) indagar si, como grupo, las víctimas de traumas interpersonales tienden a reunir criterios diagnósticos para el TEPT o cuando su psicopatología se describiría con más precisión en base a otro grupo de síntomas, habitualmente mencionados en las investigaciones sobre maltrato infantil, víctimas de campos de concentración, y violencia doméstica que no estaban

descritos en los criterios del TEPT (Van der Kolk B., et al., 2005).

El comité de la DSM IV para TEPT, revisó a conciencia las investigaciones de estos grupos de población y organizó los síntomas inespecíficos más frecuentes en los estudios bajo la denominación de trastornos por estrés extremo no especificado, DESNOS (Herman, 1992), que aún no son consideradas en el DSM V y que podría asemejarse al llamado Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado (DSM V 309.9 F43.9).

En el artículo del 2005, Van der Kolk et al., reescribe lo que se demuestra en el estudio de campo: (a) la traumatización interpersonal temprana da lugar a un psicopatología postraumática más compleja que en la victimización interpersonal tardía; (b) estos síntomas se presentan de forma adicional a los síntomas de TEPT y no constituyen necesariamente un cluster aislado de síntomas; (c) cuanto más temprana sea la edad de comienzo del trauma, tanto más probable es que uno sufra el cluster sintomático del DESNOS además de los síntomas del TEPT; (d) cuanto más se prolongue la exposición a los efectos traumáticos más probabilidades habrá de desarrollar los síntomas de ambos TEPT y DESNOS; y (e) mientras que la muestra comunitaria y la de los que buscaban tratamiento tenían aproximadamente la misma prevalencia de síntomas de TEPT, casi la mitad de la muestra de los que buscaban tratamiento cumplían criterios del DESNOS, esto sugiere que la causa de que los pacientes busquen tratamiento puede ser la combinación de los síntomas de DESNOS mas los de TEPT.

Las víctimas de traumas interpersonales prolongados, particularmente con traumas en los primeros ciclos de vida, tenían un alto índice de problemas en relación con: la regulación del afecto y los impulsos, la memoria y la atención, la autopercepción, las relaciones interpersonales, la somatización, y los sistemas de significado. Esto plantea importantes cuestiones acerca de la naturaleza categórica como opuesto a la naturaleza dimensional del estrés postraumático, así como respecto al tema de las comorbilidad en el TEPT (Van der Kolk B. et al., 2005).

El conjunto de síntomas del DESNOS fue resultado de un esfuerzo colaborativo, dicho equipo revisó la literatura existente sobre investigaciones de trauma en la infancia, mujeres víctimas de violencia doméstica y supervivientes de campos de concentración y lograron crear una lista de 27 síntomas a los que con frecuencia se hace referencia pero no han sido expuestos en el estudio DSM-III-R sobre el TEPT. Judith Herman (1992) ordenó estos 27 síntomas en 7 categorías:

- *Alteración en la regulación de emociones e impulsos:* Regulación emocional, modulación de la ira, conductas autodestructivas, preocupaciones suicidas, dificultad para implicarse en relaciones sexuales y correr riesgos excesivos.
- *Alteraciones de la atención o de la conciencia:* Amnesia y episodios transitorios de disociación y despersonalización.
- *Somatización:* Sistema digestivo, dolor crónico, síntomas cardiopulmonares, síntomas conversivos, síntomas sexuales.
- *Alteraciones en la autopercepción:* Sentimiento de ineficiencia, sensación de daño permanente, culpa y responsabilidad, vergüenza, nadie puede entenderme, minimización.
- *Alteración en la percepción del perpetrador:* Adopción de creencias distorsionadas, idealización del perpetrador, preocupación por hacer daño al perpetrador.
- *Alteración en las relaciones con los demás:* Incapacidad para confiar, re-victimización, victimización de otros.
- *Alteración en los sistemas de significado:* Desesperación y desesperanza, pérdida de creencias previamente arraigadas.

Ver el trastorno de estrés postraumático como núcleo psicológico de las consecuencias del trauma da lugar a un tratamiento centrado en el impacto específico de eventos pasados y en el procesamiento de memorias traumáticas específicas, en contraposición, en pacientes traumatizados con historia de maltrato temprano y DESNOS, la principal prioridad puede ser el tratamiento de otros problemas, como la falta de regulación emocional, la disociación y los problemas interpersonales, porque estos tienen mayor repercusión

funcional que los síntomas de TEPT (Ford, Courtois, Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2005).

Recientemente, la emergente literatura de investigación ha comenzado a demostrar la importancia de ayudar a los pacientes a manejar sus problemas actuales de disociación, regulación emocional y relaciones alteradas consigo mismos y con los demás antes de exponerlos al trauma (Cloitre, Chase Stovall-McClough, Miranda, & Chemtob, 2004; Ford et al., 2005).

APEGO

Por otro lado, partiendo del presupuesto que la Teoría del Apego presenta polaridades equivalentes como son la aproximación y la evitación, la seguridad y la inseguridad, el apego y la pérdida (Holmes, J., 2011), nos acercaremos a descifrar si hay una relación estrecha entre las personas con traumatización crónica, los estilos de apego y los síntomas disociativos.

Bowlby (1988) contrasta la búsqueda de proximidad con la huida cuando el individuo percibe o teme el peligro, que, en circunstancias normales, sería una huida 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, si la supuesta base segura es en sí misma la fuente de la amenaza.

Los cuidadores que expresan miedo y agresión en situaciones que no tienen peligro, generan en los niños un “miedo sin solución”, porque el cuidador es al mismo tiempo “la fuente y la solución de la alarma del niño” (Main & Hesse, 1990). Una interacción marcada por el miedo sin solución, aun cuando esté desprovista de violencia o abuso, es semejante a un evento traumático. Por tanto, el miedo sin solución se conceptualiza aquí como un trauma relacional temprano (Schore, 2003) típico de la transmisión intergeneracional de traumas (Liotti, G., 2006).

Holmes, J. (2011), postula que la defensa y la integridad del organismo individual son elementos centrales en la salud física. La teoría del apego adopta como punto de partida una necesidad similar de seguridad psicológica, y considera que gran parte

de la enfermedad psicológica se debe al peligro a que se exponen los sistemas de seguridad. Para Bowlby (1988), la clave de la seguridad psicológica se encuentra en el vínculo de apego. El bebé vulnerable en la sabana ancestral necesitó garantizar la proximidad hacia sus cuidadores para poder defenderse de la depredación. Y finalmente Winnicott (1965), nos dice: “no hay algo como un bebé, sino sólo madre y bebé juntamente”. Nuestra seguridad física y psicológica depende completamente de nuestras conexiones con las demás personas.

Los estilos de apego con sus respectivos patrones conductuales son los siguientes:

Estilo de Apego Seguro, En este apego aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Se interpreta como un Modelo de Funcionamiento Interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta (Fonagy, 2004). Un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005).

Estilo de Apego Inseguro Evitativo, En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005), su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (Oliva, 2004). Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005). Respecto a las conductas maternas, Aizpuru (1994) nos dice que las madres de niños con estilo inseguro-evitativo pueden ser sobre estimulantes e intrusivas.

Estilo de Apego Inseguro Ambivalente, el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Sus respuestas emocionales iban desde la

irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004).

Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a estas madres es el no estar siempre disponibles o el estarlo pero solo cuando están emocionalmente estables.

Estilo de Apego Desorganizado o Desorientado, Este tipo de apego, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). Como destaca Botella (2005) estos niños pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales. Main (1991) indica que este estilo de apego, implica la construcción temprana en la mente del niño de representaciones múltiples, incoherentes y desagregadas de los aspectos de la realidad (de sí mismo y un único cuidador). Las respuestas y las narraciones desorganizadas carecen de cualquier estrategia coherente y clara de auto-protección. Tienden a surgir cuando el cuidador mismo es la fuente de la amenaza, siendo el abuso infantil un ejemplo extremo de este caso. Versiones menos peligrosas surgen cuando el cuidador mismo ha sido objeto de trauma, y por lo tanto parece incapaz de afrontar la angustia del bebé. En ambos casos, la criatura puede 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).

Cabe mencionar que el trauma, sobre todo aquel que tiene que ver con la ruptura de relaciones interpersonales tempranas, tiene un poderoso impacto sobre el estilo de apego del niño. En relación con el tema, se puede indicar que los niños que han sufrido experiencias de abuso son propensos a presentar apegos desorganizados y estilos de narración incoherentes (Holmes, 2011).

Heard y Lake (1997) subrayan el cambio desde las interacciones seguras/agradables a esas que están

organizadas alrededor del dominio/sumisión. Fonagy (1997) especifica que hay una relación estrecha entre el vínculo desorganizado y los trastornos disociativos, que son comunes en las personas que han sufrido abusos sexuales.

DISOCIACIÓN

Gonzalez (2008), comenta que encajan en el concepto de disociación horizontal tanto los conceptos de consciente/inconsciente como la conceptualización neurológica de los “niveles de conciencia”: Conciencia Normal, confusión, estupor y coma. En cambio, la concepción vertical de la disociación implica una fragmentación entre distintos estados de conciencia, no necesariamente graduables en función de un nivel (Fairbairn, 1952).

Los trastornos disociativos serían el extremo patológico de un continuum que va desde fenómenos cotidianos y universales como la absorción a la disociación patológica. En este extremo nos encontraremos con síntomas que serán diferentes cuantitativamente (el trance podría considerarse el extremo de la absorción) o cualitativamente (estados mentales disociados) respecto de las experiencias disociativas presentes en la población general. El principal criterio para ubicar un caso dentro de los “trastornos disociativos” será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional. (Gonzalez, 2008). Las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo.

La disociación, la escisión, puede ocurrir en distintos aspectos del yo. Puede producirse una desconexión entre el yo y el entorno que se refleja en los síntomas de desrealización y despersonalización. Puede producirse una inconsistencia entre conducta, percepción y expresión verbal: una persona dice una cosa pero hace conductualmente otra distinta, o cree que algo no le afecta pero muestra con su reacción que no es así. Estos conceptos nos resultan más familiares, ya que enlazan en parte con los conceptos de consciente/inconsciente (disociación “horizontal”), que todos manejamos independientemente de que tengamos o no una orientación psicoanalítica.

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

La personalidad normal se consideraría la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones características (Allport, 1961; Janet, 1907). Estos sistemas biosociológicos o sistemas de acción son básicamente de dos tipos: unos orientados a la supervivencia (vinculación, cuidado hijos, alimentación, etc.) y otros a la defensa frente a la amenaza (lucha, huida, sumisión) (Gonzalez, 2008). En la disociación se produce una escisión entre ambos sistemas. Una o más de las partes disociadas de la personalidad del sujeto evitan los recuerdos traumáticos y desempeñan las funciones de la vida diaria mientras que una o más partes de ella siguen fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas.

Esta alternancia y coexistencia entre la reexperimentación del trauma y la evitación del mismo serían para estos autores características patognomónicas del trastorno de estrés postraumático. La parte de la personalidad fijada a la defensa y la reexperimentación del trauma se denominan parte de la personalidad emocional (PE). Esta parte contiene recuerdos traumáticos que son diferentes de la memoria autobiográfica, en cuanto a que se trata de experiencias primariamente somatosensoriales, emocionalmente intensas, alucinatorias, fragmentarias e involuntarias (Brewin, 2003; Van der Kolk & Van der Hart, 1991).

Por el contrario, otra parte de la personalidad debe seguir con la vida cotidiana, y para ello evita los contenidos traumáticos. Esta parte es denominada por estos autores parte de la personalidad aparentemente normal (PAN). Los síntomas disociativos negativos del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del TEPT complejo (DESNOS), se relacionan generalmente con la PAN y estos constituyen pérdidas de funciones o fenómenos. Los síntomas positivos se relacionan generalmente con la PE y estos representan fenómenos de intrusión. (Gonzalez, 2008).

En base a estos planteamientos, Van der Hart, O; Nijenhuis, E & Steele, K. (2008), señalan varios

niveles de disociación: primaria, secundaria y terciaria. Es importante conocer toda esta literatura con el fin de poder abordar casos de traumatización compleja con síntomas disociativos.

El trauma por sí solo no es un factor suficiente para explicar por qué un individuo acaba desarrollando un trastorno disociativo. Algunas personas sufren situaciones de maltrato grave saliendo adelante sin presentar problemas importantes. Uno de los principales factores de esa resiliencia es el haber tenido al menos una figura de apego seguro.

Tilman, J.; Nash, M & Lerner, P. (1994), recogen diversos estudios que avalan el papel fundamental de entorno familiar en este tema. Las familias en las que ocurren abusos suelen ser más disfuncionales a todos los niveles. Los límites son confusos, hay un control conductual más rígido y menos cohesión y adaptabilidad.

Barach (1991) señala que aparte del abuso y el maltrato, el fallo de los padres en responder a las necesidades del niño influye profundamente en el desarrollo de la psicopatología disociativa. Esto incluiría el fallo de los padres en proteger al niño del abuso y la tendencia de los padres a disociarse o desconectarse de algún modo de la implicación emocional con el niño.

Los niños con un patrón de apego Desorganizado-Desorientado, tienden a construir múltiples modelos del yo, que son incoherentes o incompatibles. Sus madres están a veces asustadas y a veces agresivas con el niño. Este puede ver al cuidador como desamparado y vulnerable y a sí mismo como malo por causar malestar en la madre. En otras ocasiones ven a la madre como amenazadora y elaboran en consecuencia una imagen de sí mismos como vulnerables y desamparados (Gonzalez, 2008).

Por otro lado, la tendencia del cuidador a invertir los roles con el niño y a buscar en él tranquilización y consuelo, genera en el niño un rol de rescatador del padre/madre asustado. En definitiva, no se desarrolla una visión de sí mismo en el niño consistente y sólida (Liotti, 2006).

La disociación entendida como defensa, puede servirle para mantener estas imágenes de las figuras de apego y la del yo fuerte, absolutamente incompatibles, separadas. La introyección de las figuras abusivas puede ser el germen de estados disociados en el Trastorno de Identidad Disociativo (Blizard, 1997).

MODELO TERAPÉUTICO EMDR

El modelo EMDR nació para trabajar con personas con un diagnóstico de TEPT, muchos de ellos ex militares con una historia de eventos traumáticos impactantes. El agente de cambio del EMDR es el reprocesamiento de la información, proceso de construcción de nuevos eslabones entre la información disfuncional almacenada y la información adaptativa, resultando en un procesamiento de información completa y una solución adaptativa (Shapiro, F., 2005; Shapiro & Forrest, 2007).

EMDR es un abordaje terapéutico integrativo y complejo con el que se interpretan los fenómenos clínicos y en base a estos se establecen procedimientos adecuados a la práctica clínica, científica y rigurosamente comprobados (Shapiro, F. & Forrest, M., 2007).

Según el enfoque EMDR existe un Sistema de Procesamiento de información a estados adaptativos (SPIA) que es la piedra angular. Es un sistema de procesamiento de la información física, semejante a otros sistemas corporales, orientados hacia la salud, este sistema mueve las perturbaciones hacia una resolución adaptativa, creando así memorias y redes de memoria funcionales (Shapiro, F., 2006).

Dentro del desarrollo del tratamiento EMDR se encuentran los componentes del recuerdo ICES (I: Imágenes; C: Creencias y pensamientos; E: Emociones; S: Sensaciones) de donde se obtendrá información de la experiencia traumática y de cuánto, tal experiencia ha impactado en el paciente (Shapiro, F., 2004).

Shapiro, F. (2004) postula las ocho Fases del tratamiento EMDR:

Fase 1: Historia clínica. Conceptualización del caso. Plan de tratamiento.

Fase 2: Preparación: Explicación teórica del modelo. Evaluación de las habilidades del consultante para afrontar el material perturbador que pueda surgir y capacitación, si fuera necesario.

- Imagen, representativa de la situación que va a ser el foco inicial.
- Cognición negativa, una interpretación de sí mismo, por lo general irracional.
- Cognición positiva, le verbalización del estado deseado.
- Emoción, que corresponde a la convergencia de la imagen y la cognición negativa.
- Sensación corporal, que acompaña a esa emoción.

Fase 3: Evaluación. Se selecciona el blanco (la situación traumática o perturbadora) que se va a reprocesar y sus componentes asociados. Se estructura la información en un Protocolo Básico. Se utilizan además dos Escalas Subjetivas: La Escala de Validez de la Cognición (VoC), creada por F. Shapiro y la Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS), creada por J. Wolpe y abreviada por F. Shapiro.

Fase 4: Desensibilización. Se aplica la estimulación sensorial bilateral para activar el SPIA. En particular, los movimientos oculares horizontales que realiza el consultante siguiendo el desplazamiento de los dedos del/la terapeuta, que ejecutan un camino de ida y vuelta barriendo el campo visual. Se produce una transmutación de la información a medida que las redes adaptativas se conectan, hasta que progresivamente se llega a una resolución realista y adaptativa.

Fase 5: Instalación (de la Cognición Positiva). Como consecuencia del reprocesamiento se produce un cambio de perspectiva del sí mismo.

Fase 6: Chequeo corporal. Se confirma que las sensaciones físicas displacenteras hayan desaparecido.

Fase 7: Cierre. Se trata de que al final de cada sesión, el consultante presente un estado de equilibrio emocional.

Fase 8: Reevaluación. El objetivo de esta fase es lograr un seguimiento después de una sesión

reprocesada, asegurarse que el paciente esté integrado exitosamente en un sistema social más amplio.

El modelo EMDR abarca las tres dimensiones temporales, con las que se trabaja secuencialmente (Shapiro, F., 2006): pasado: el o los incidentes que establecieron el problema; presente: los síntomas y disparadores que lo mantienen e intensifican; y futuro: desarrollando recursos y habilidades necesarias para establecer la conducta deseada.

CONCLUSIONES

El trauma complejo y la disociación están conectados, pero esta conexión no es directa ni exclusiva ya que el trauma ocurrido en la infancia se ha asociado con patologías muy diversas.

Mientras los eventos traumáticos sean más impactantes y constantes en la infancia, la disociación será más severa, llegando a desarrollarse el extremo de la disociación que es el Trastorno de Identidad Disociativo.

Las interacciones de búsqueda y aporte de cuidados entre niños desorganizados y sus padres están fuertemente influenciadas por procesos disociativos que están ligados a los traumas interpersonales no resueltos del cuidador.

La disociación es una respuesta al trauma. El abordaje de los Trastornos Disociativos, teniendo en cuenta los distintos aspectos a los que se ha hecho referencia, implica el trabajo con el trauma. Pero ello no quiere decir que debemos empezar el tratamiento por el trauma, sino que deberemos dedicar un tiempo a establecer una relación terapéutica adecuada (tarea de gran complejidad debido a los problemas de apego temprano en estos pacientes) y a fortalecer y estabilizar al paciente.

El logro de superar los síntomas de la traumatización compleja, así como el mejoramiento de sus vínculos de apego y el manejo de sus síntomas disociativos, es un indicador de que la terapia EMDR y el manejo terapéutico de los síntomas y síndromes disociativos permiten grandes avances en el campo de la psicoterapia y en la resolución de patologías complejas.

Además se considera importante mencionar que para la intervención terapéutica de estos casos, se evalúe una intervención integral, es decir, una intervención psicoterapéutica donde se considere trabajar el trauma, los síntomas disociativos y en donde se reconstruya una relación que regenere los vínculos de apego dañados durante la historia de vida del/la paciente. El psicoterapeuta hoy en día tiene que estar preparado para enfrentar este tipo de casos complejos por lo que no se debe limitar a tener una sola orientación o escuela de psicoterapia, es importante contar con varias herramientas de intervención para poder guiar al paciente hacia el bienestar. Por lo tanto se recomienda avalarse de la Terapia EMDR para trabajar el trauma complejo, para los trastornos disociativos se podría proponer la psicoterapia orientada por fases de Steele en la que se trabaja la adquisición de una seguridad terapéutica y la seguridad en otras relaciones interpersonales significativas además de los síntomas disociativos. Es importante considerar otras más que hoy en día gracias a la investigación y al estudio de casos salen a la luz, como la Schema Therapy, la Hipnoterapia, la Terapia Psicósomática y el Mindfulness, éstas dos últimas sobre todo para el trabajo sobre la regulación emocional.

REFERENCIAS

- Ackerman, P., Newton, J., McPherson, W., Jones, J., & Dykman, R. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 22(8), 759–774.
- Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2, 1, 37-44.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Barach, P. (1991). Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder. *Dissociation*. Vol IV. N°3. Sept.
- Blizard, R. (1997). The origins of Dissociative Identity Disorder from an Object Relations and Attachment Theory Perspective. *Dissociation*, Vol 2, n°4. Dec.

- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*; nº 3, 28-34.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Londres: Routledge.
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, Yale University Press.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P., Leon, A., & Portera, L. (2001). Consequences of childhood abuse among male psychiatric inpatients: Dual roles as victims and perpetrators. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 47-61.
- Fairbairn, W. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge.
- Fonagy, P. (1997). "An attachment theory approach to the treatment of the difficult patient". En *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147-169.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Spaxs, S.A.
- Ford, J., Courtois, C., Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2005). Treatment of complex posttraumatic selfdysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447.
- Gonzalez, A. (2008). *Tratamiento de los Trastornos Disociativos*. Recuperado de Interpsiquis 2008 www.psiquiatria.com
- Heard, D. & Lake, B. (1997). *The Challenge of Attachment for Care-Giving*. Londres: Routledge.
- Herman, J., & Van der Kolk, B. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. *Psychological trauma* 111-126.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Holmes, J. (2011). *Teoría del Apego y Psicoterapia: En busca de la base segura* 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Janet, P. (1907). *The mayor symptoms of Hysteria*. London & New York: McMillan.
- Kilpatrick, D., Resnick, H., Freedy, J., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S., et al. (1998). Posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct—Criteria A through E. In T.A. Liotti, G. (2006). Disorganized/Disoriented Attachment in the etiology of Dissociative Disorders. *Dissociation*, Vol V, nº1. Dec.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. in C.M.Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. Routledge, London, 127-159.
- Main, M & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: Chicago University Press, 161-182.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1):65-81.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 269-278.
- Shapiro, F. (2004). *Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular*. México: Pax
- Shapiro, F. (2005). *Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular. Principios básicos, protocolos y procedimientos*. 2da. ed. México: Pax.
- Shapiro, F. (2006). Conferencia de EMDRIA, California.
- Shapiro, F. & Forrest, M. (2007). *EMDR. Una terapia innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma*. Buenos Aires: SAPSI.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Norton: New York.

- Spinnazola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress, 18*, 425–436.
- Tilman, J.; Nash, M & Lerner, P. (1994). Does Trauma cause Dissociative Pathology? En *Dissociation, Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Van der Hart, O; Nijenhuis, E & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. España: Desclée de Brouwer.
- Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. (2005) *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, 389–399.
- Van der Kolk, B., & Van der Hart, O. (1991). *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma*. New York. Fromm International.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press.

Fecha de recepción: 1 de noviembre 2018

Fecha de aceptación: 16 de noviembre 2018