

El papel de la relación terapéutica en el tratamiento del trauma relacional complejo: una perspectiva integrativa

The role of the therapeutic relationship in the treatment of complex relational trauma: an integrative perspective

Damaris Janeth Samaniego Quintero

Universidad de Panamá, Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Panamá.

E-mail: dsamaniegoq@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1869-3268>

Fecha de recepción: 1 de mayo de 2025

Fecha de aceptación: 22 de octubre de 2025

DOI <https://doi.org/10.48204/red.v5n2.1037>

Resumen

En consulta, es frecuente encontrar personas que además de la situación emocional/mental que le ha llevado a buscar ayuda, manifiestan múltiples sintomatología física, o un conjunto de síntomas mentales que no se adscriben específicamente a un cuadro clínico, o aun habiendo un diagnóstico clínico, existen aspectos (especialmente relacionales) que permiten la identificación de experiencias traumáticas complejas, como base de dichas condiciones de salud. En este ensayo, abordaremos un aspecto trascendental para la elaboración, el reprocesamiento, la transformación y el crecimiento del trauma relacional complejo: la relación terapéutica, desde la experiencia de integración de tres modelos terapéuticos, a saber, terapia EMDR, Psicodinámica (en su vertiente de las Relaciones Objetales) y Terapia Individual Focalizada en las Emociones. Los objetivos de esta revisión documental y reflexión integrativa del trabajo terapéutico son: sensibilizar a los psicoterapeutas en los cuidados sensibles al trauma, favorecer una mirada amplia, profunda y contenedora en la clínica actual y exhortar la introspección y asunción del terapeuta como su más importante instrumento de trabajo, el cual se nutre y cuida a través de la teoría, la supervisión y la psicoterapia personal, para así sintonizarse mejor con su paciente y juntos construir la sanación.

Palabras clave: abordaje integrativo; apego seguro; relación terapéutica; reprocesamiento de traumas; trauma relacional complejo.



Abstract

In clinical practice, it is common to meet individuals who, in addition to the emotional or mental issues that led them to seek help, also present with multiple physical symptoms or a set of mental symptoms that do not clearly fit a specific clinical picture. Even when a clinical diagnosis is present, there are often aspects, particularly relational ones, which reveal complex traumatic experiences as the underlying basis of these health conditions. This paper explores a fundamental aspect in the elaboration, reprocessing, transformation, and growth through complex relational trauma: the therapeutic relationship. It is approached by integrating three therapeutic models: EMDR, Psychodynamic (specifically Object Relations theory), and Emotion-Focused Individual Therapy. The goals of this literature review and integrative reflection on therapeutic work are to raise awareness among psychotherapists about trauma-sensitive care, to encourage a broad, deep, and containing clinical perspective, and to promote introspection and the acknowledgment of the therapist as their most important tool—one that is nurtured and cared for through theory, supervision, and personal psychotherapy. This, in turn, allows the therapist to attune more effectively to the patient and co-construct healing together.

Keywords: integrative approach; secure attachment; therapeutic relationship; trauma reprocessing; complex relational trauma.

Introducción

Cuando recibimos a una persona en consulta, viene acompañada de sus múltiples memorias, insertada en un contexto sociocultural único que hace de su mundo interno un universo complejo, al que estamos llamados a honrar; y en especial cuando hablamos de trauma, como muchos conocen, todo lo que hace, dice, siente, piensa esa persona es parte de las estrategias que su cerebro ha logrado accionar para sobrevivir al dolor profundo que ha emergido de dichas experiencias traumáticas, es decir que todo síntoma ha sido funcional (Marín, 2023; Maté, 2023; Atwood, 2012; Horowitz y otros 1996, como se citó en Payás, 2010).

De las necesidades más básicas que tiene un bebé al nacer es el contacto físico y emocional con su madre, pues es lo que permitirá la programación cerebral en cada uno, que posibilita la supervivencia de la cría y determina marcadores epigenéticos hacia la resiliencia o la enfermedad (Bergman, 2024), en otras palabras, el desarrollo del cerebro se sostiene en el marco de un apego seguro (Schoore, 2012; Wallin, 2012; Holmes, 2009; Bowlby, 1998; Winnicott, 1992a, 1998), en esa construcción, el cerebro del individuo manifestará su biología, genética, ambiente y espiritualidad (Carmona, 2024). Por tanto, es necesario para la maduración y el bienestar psicobiológico sentirse aceptado, cuidado, amado, perteneciente y afiliado a otros (Cozolino, 2014; Siegel, 2007), lo que a su vez fortalecerá la resiliencia de la persona (Tomé, 2022; Cyrulnik, 2016; Marrone, 2009).

Como lo intersubjetivo es inherente a la existencia humana, todos necesitamos experimentar seguridad relacional para crecer en capacidad emocional (Marrone, 2009); siendo la emoción como



la música, la fuerza que organiza de una manera fundamental, la danza entre los íntimos (Johnson, 2019ab). A la vez, necesitamos tener distancia en el vínculo y no del vínculo, es decir, sostenernos en la mente al separarnos físicamente y diferenciarnos psíquicamente para involucrarnos en nuestro propio trabajo, sabiéndonos, aun así, conectados con el otro (Lutereau, 2024; Dipaola y Lutereau, 2024).

Pero también, el daño más grande que puede ocurrir a un ser humano es con o por otro ser humano (Maté, 2023; Frankl, 2015; Dworkin, 2005; Herman, 1992). Y esta contradicción es la que se vivencia cuando el trauma sucede en el contexto de las relaciones, sobre todo si ocurre a tempranas edades donde el niño, niña o adolescente depende de sus figuras parentales. Por esta razón, es que la relación terapéutica cobra aún más relevancia para el trabajo, pues si se hirió en el contexto relacional, es en un contexto relacional en donde se sanará (Herman, 2023); como en otras ocasiones he reflexionado: *“con la vinculación, construimos sanación”* (Samaniego, D.J., 2025). Esta relación terapéutica va más allá de una alianza colaborativa sólida, de un rapport que permita trabajar, pues introduce la necesidad de ser un terapeuta genuinamente presente e involucrado que brinde ese maternaje que permita la seguridad suficiente para transitar poco a poco, el camino de la recuperación y el crecimiento.

El Trauma Relacional Complejo: conceptos, importancia de la relación terapéutica y reflexión de un abordaje integrativo.

Los manuales diagnósticos tienden a ser escuetos al definir el concepto trauma y recoger sus diferentes manifestaciones; aunque sí aparece el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionado 11ª revisión, con el código 6B41 (CIE-11, 2019/2022), no se incluye como diagnóstico al Trauma Relacional Complejo. No obstante, muchos estudiosos han aportado una concepción del mismo más amplia y fenomenológica: trauma es el resultado de una desbordante y abrumadora experiencia amenazante hacia el sí mismo, que se vive con indefensión, terror, inadecuación e impotencia porque no se puede procesar, tiene más que ver con cómo lo experimenta la persona que con el evento objetivo, es decir, lo que pasa adentro por lo que pasó afuera, emerge al no contar con alguien que pueda ayudar a metabolizar, a contenerlo empáticamente (LeDoux y Pine, 2016; Olza y otros, 2014; Liotti, 2012; F. Shapiro, 2013; R. Shapiro, 2010 como se citó en Nieto y López, 2016; Schore, 2003b, 2007, 2009; C.T. Beck, 2015; Dworkin, 2005; Winnicott, 1960), compromete la capacidad de vinculación y reemplaza los patrones de conexión por patrones de protección (Porges, 2006), y, se encarna en el cuerpo (Arizmendi y Mauro, 2025; Maté, 2020, 2023; Levine y Frederick, 2022; Salvador, 2009); o como diría Bowlby (1998), es la soledad, la que nos derrota. Por eso, no todas las experiencias potencialmente traumáticas producen traumas, resulta de cómo se vive que a su vez depende de con quién se contó (si pudo contener o no), si existían otros recursos disponibles, el sistema de apego dominante, la presencia de disociación o conexión/integración



entre los elementos de la experiencia... en síntesis, la percepción de la realidad está basada en una representación interna (Gazzaniga, 2019; Solomon y F. Shapiro, 2012; Piaget, 1992; Freud, 1948a).

De forma general, se puede diferenciar entre dos grupos de trauma, los de “T mayúscula” para referirse a eventos de tal envergadura que amenazan directamente la vida (y por lo general son simples en el sentido que ocurren una sola vez); y los de “t minúscula” que hace referencia a las vivencias continuadas en el tiempo que amenazan la identidad e integridad de la persona, experimentados durante la evolución y maduración psicobiológica del individuo (también llamadas experiencias adversas en la infancia según Felitti y otros, 1998), por ende, entre más temprano ocurren más se compromete el desarrollo sano y la construcción del Yo (Wesselmann y F. Shapiro, 2013; Salvador, 2009; Marrone, 2009); estos son acumulativos o complejos (Van der Kolk, 2020; Lourie, 1996; Khan, 1963). Otros especialistas sostienen que un solo evento es capaz de producir un trauma complejo si mantiene al sistema nervioso activo, en estado de alerta, por mucho tiempo (Galleguillos, com. pers., 2021); según Salvador (2009), las experiencias sensomotoras, vestibulares y oculares de un solo acontecimiento altamente impactante y amenazante, puede ser suficiente para que se establezca una respuesta condicionada y quede registrada en la memoria procedimental a través del condicionamiento operante traumático. Dicho de otro modo, es la experiencia interna de activación sostenida lo que podría devenir en un trauma complejo.

El trauma es además relacional, cuando ocurre especialmente en el marco de un vínculo que tenía la misión de cuidar, y por el contrario, daña por comisión: maltratos y abusos, u omisión: negligencia, carencias significativas... (Schore, 2003b), donde se experimenta la sensación de no poder escapar, una dificultad para sostener intimidad emocional, regulación de afectos, existe autodevaluación y síntomas somáticos (Lau, com. pers., 2022). Los traumas en la infancia representan también una ruptura de la matriz relacional del niño o niña (Atwood, Orange y Stolorow, 2002) y limitan el desarrollo de su vía vagal ventral, relacionada a la experiencia sensorial de seguridad y confianza, que permiten óptimamente las funciones de los lóbulos frontales y la conexión con el disfrute y el placer (Arizmendi y Mauro, 2025).

Begoña Aznárez (2023) describe el trauma psíquico como:

la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional, que debieran 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, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje (diapositiva 15).

Cuando quienes causan el trauma son las figuras de apego las secuelas son mucho más profundas. Ferenczi (2008) sostiene que el trauma se da en dos tiempos: primero, la experiencia de conmoción psíquica que incluye el sacrificio de su propia percepción de la vivencia y la identificación con la



culpa del agresor, como mecanismo para sostener el vínculo, pues depende de él, y segundo, la escisión que se produce en el niño o niña porque el adulto no asume su responsabilidad y porque otros adultos significativos no reconocen la agresión y la afectación producida. Lo cual enfatiza que es la falta de contención y acción lo que consolida las consecuencias del trauma, entre ellas, la disociación en el niño o niña.

Estas definiciones ayudan a puntualizar las lesiones que se ocasionan en la matriz psico-fisio-emocional y relacional del individuo, y permite reflexionar sobre las pautas necesarias a tomar en cuenta para su tratamiento, fundamentalmente, dan las claves para la construcción de una relación terapéutica suficientemente buena que permita realizar el trabajo. Siguiendo una analogía, en una consulta odontológica, con mucha frecuencia las personas tienden a sentirse muy vulnerables, pero si el doctor les habla, pone música, les explica lo que hace y lo que se puede sentir, da respuestas a sus dudas, la persona se sentirá acompañada durante proceso; además, si antes de realizar el procedimiento le coloca la anestesia tópica gingival, favorece la tolerancia de la anestesia local infiltrada, la que a su vez permite sentir la movilización, la presión, con un mínimo o ausencia de dolor.

De forma similar, se puede concebir a la relación terapéutica como aquella donde interactúan y se expresan de manera particular y genuina actitudes y afectos, que permiten que ese trabajo duro, doloroso, sea sostenible, tolerable y devenga gratificante, al ir sanando; en otras palabras, es el medio que hace posible el reprocesamiento, la transformación y el crecimiento. A veces puede considerarse confusa por lo particular que es, pero se distingue de una relación familiar o de amistad, pues aunque es muy íntima es también profesional, el paciente no le debe nada a su terapeuta, no hay reciprocidad social porque lo que se trabaja en sesión es el mundo interno del consultante y no el del profesional, y a través de esa distancia óptima, la relación se convierte en el vehículo que permite y pone en ejecución la sanación, por ello, es importante la teoría y la técnica para que el psicoterapeuta se mantenga en su rol.

Atwood (2012) sostiene que la psicoterapia es siempre un diálogo entre dos universos personales, un diálogo que los transforma a ambos, un vínculo humano reasegurante que no puede construirse desde el desapego. Siguiendo esa línea, Pearlman y otros (2014) puntualizan sobre las características de un terapeuta para trabajar duelos traumáticos: presencia (estoy aquí), permiso (puedes sentir lo que sea que sientes, está bien), paciencia (tomaremos el tiempo que necesites), previsibilidad (cuentas conmigo), perseverancia (me quedaré mientras me necesites); un terapeuta sensible será capaz de ofrecer la validación y contención que al paciente le fueron negadas inicialmente por su familia y su entorno (Lapsley y otros, 2002 y Vellenga y Christenson, 1994, como se citó en Josselson, y Mattila, 2014). Brito (com. pers., 2021) afirma que la forma más potente de promover el cambio es utilizando el poder de la emoción del paciente, especialmente las referentes a la necesidad de vincularnos.



Múltiples autores (Maté, 2023,2020; Marín, 2023, 2018; Levine y Frederick, 2022; Olza y otros, 2021, 2014; Sweeney y otros, 2018; Escobar y Rondanelli, 2018; Nieto y López, 2016; Cyrulnik, 2016; Siegel, 2016, 2007; Pearlman y otros, 2014; Wallin, 2012; Atwood, 2012; Garriga, 2011; Schore 2012, 2003ab; Marrodán, 2010; Marrone, 2009; Holmes 2009; Salvador, 2009; Schore y Schore, 2007; Fonagy, 2001; Fonagy, 2008 en Wallin, 2012; Spezzano, 2007; Read, 2004 y Mitchell, 1998, como se citó en Josselson y Mattila, 2014; Bowlby 1998; Winnicott, 1997; Bion, 1962; Alexander y French, 1946, como se citó en Fonagy, 2001) convergen en las siguientes prioridades terapéuticas cuando se trabaja con trauma relacional:

1. Cuidados sensibles con el trauma, es decir, el proceso se centra en la relación y está informada en trauma (sobre todo para evitar la retraumatización), respetando el ritmo del paciente, legitimando el dolor y el relato, los duelos y el deseo de ser feliz-conectar con la esperanza.
2. Intensificar los esfuerzos para garantizar la seguridad emocional y física a través de la confianza en una íntima y auténtica relación terapéutica; en palabras de Dworkin (2005): *“el grado de miedo del consultante es idéntico al grado de conexión que necesita con su terapeuta para sentirse seguro”*. Por ello, reparar la matriz relacional es una tarea central. Además, es importante evaluar el riesgo interno y externo para establecer planes oportunos.
3. Esta relación terapéutica debe favorecer la sintonización empática para tejer una sensación de seguridad emocional que regule el intenso peligro que amenaza al paciente; mediante la escucha activa y curiosa, la contención, confianza, empatía, comprensión y respeto es posible construir una nueva narrativa, metabolizada, que ayude al paciente a restaurar su sensación de control, autoestima y seguridad. Por tanto, resulta necesario que haya espacio para el cuestionamiento crítico de nuestro trabajo, que sienta derecho a disentir y dar su opinión.
4. Proveer el maternaje del cual se careció posibilita ser base segura para dar lugar a la experiencia emocional correctiva que favorezca la transformación de los modelos operativos internos y evocar una imagen como un ser que piensa y siente. Maternaje es una conceptualización de las TRO, utilizado también en psicología perinatal para referirse a todas las tareas de cuidado psíquico, emocional, físico y relacional que realiza una mamá a su bebé, que le permite a éste construir su psiquismo y desarrollarse.
5. Seguir el estado emocional/mental y sus manifestaciones somáticas. Facilitar que el paciente los pueda reconocer, evaluar, contextualizar y regular.
6. Favorecer que el paciente se reconecte con su cuerpo y sus sensaciones corporales, para que pueda o vuelva a sentirlo como un lugar seguro. Para ello, es beneficioso utilizar estrategias somáticas, de regulación vagal (fortalecer la red vagal ventral), recordando también, que la terapeuta es una modelo de coregulación en sesión.



7. Abordar con delicadeza la disociación que se presenten en sesión, así como el congelamiento.
8. Psicoeducar sobre su dinámica interna, la dinámica del trauma, las emociones, aumentando su ventana de tolerancia y favoreciendo un diálogo mentalizador reflexivo.
9. Hacer una historia clínica más allá de la sintomatología, debe recogerse los aspectos contextuales que han acompañado el desarrollo del individuo y el sostenimiento del malestar, su historia vincular y la traumática; valorar las vulnerabilidades socioeconómicas. Asociar las dificultades actuales con las memorias traumáticas, para hacer la integración.
10. Desarrollar estrategias para gestionar el estrés de forma más adaptativa (incluyendo técnicas corporales), estabilizar síntomas disruptivos, finalizar las sesiones lo más regulado posible.
11. Mejorar las competencias básicas para la vida para su bienestar y satisfacción
12. Incluir la red de apoyo social y promover el cambio cultural.
13. Trabajar colaborativamente con otros especialistas, como en grupo de pares, supervisiones y de forma transdisciplinaria. Es saludable para el terapeuta conectar con otros significativos y realizar actividades enriquecedoras distintas a su rol profesional.

Estos aspectos que sugieren los autores pueden desarrollarse en sesión a través de las aproximaciones terapéuticas EMDR, Psicodinámica (en su rama de las Relaciones Objetales y Teoría del Apego) y Terapia individual focalizada en las emociones basada en las Teorías del Apego (EFIT), integrándolas en lo que llamo un *“lente progresivo o transition”*: ¿recuerdan esos lentes que permiten ver de lejos, medio y cerca, que a la vez pueden proteger del sol y que están graduados acorde a la capacidad visual de la persona?

De manera similar, las miradas de las relaciones objetales y del apego junto a la mirada del trauma, no son lentes que se intercambian o que tengan un corte abrupto, sino más bien, un mismo lente que sigue una suave transición de enfoque y agudeza según la particularidad única de la historia de vida de la persona, de la diada terapéutica y del momento terapéutico. Este *lente transition* que les invito a colocarse, permite palpar cómo estos modelos terapéuticos pueden ser complementarios y ayudarnos a estar allí, donde el paciente nos necesita, mientras va recuperando su autoeficacia, autonomía, potenciando sus recursos y la interdependencia, al construir confianza y límites saludables consigo mismo y con los demás.

Al mismo tiempo, les exhorto a integrar una mirada perinatal que significa colocar en el centro las necesidades psicobiológicas y evolutivas de una diada (mamá-bebé), para puntualizar lo que es esperado en el marco de las relaciones y así poder identificar las carencias o conflictos que puedan



estarse movilizando en la actualidad del paciente. A su vez, pensando en Bronfenbrenner (1987), a tener una mirada ecosistémica, para reconocer la inserción del individuo en otros sistemas que le influye, modela, retroalimenta, y en los que también puede impactar, ayudándonos a entender el entretrejo de los diferentes sistemas que dinámicamente participan en la estructuración de su sí mismo.

De forma muy sucinta, algunos conceptos y consideraciones de cada modelo terapéutico que pueden guiar el trabajo son los siguientes:

A. Teoría de las Relaciones Objetales- Modelo Psicodinámico (algunos autores destacados para su estudio: Bowlby, Winnicott, Bion, Fonagy, Ferenczi, Ogden, Klein, Freud, Holmes, Fairbairn, Scharff, Lemma).

1. Madre Objetal (holding): hace referencia a la persona que se relaciona, en ese sentido prestamos nuestra mente y cuerpo al servicio del otro, existe una relación genuina y única para cada diada Terapeuta-Paciente.
2. Madre ambiental (handling): hace referencia a los cuidados físicos que proporcionan los cuidadores, por tanto, al cuidado del ambiente clínico físico, que sea cálido, contenedor, seguro, estructurado.
3. Apego / Relaciones objetales: importancia de las relaciones primarias, porque preconfiguran las sucesivas relaciones y establece la forma de ver el mundo, relacionarse con él y consigo mismo; convirtiéndolo en un mapa que organiza e integra la experiencia humana. La estructuración de un apego seguro impacta en la resiliencia y la salud del individuo (Bergman, 2019; Schore, 2003a). Este modelo operativo interno es dinámico, con nuevas experiencias más sanas/ seguras, es modificable (p.ej. en un proceso psicoterapéutico, en la interacción con un docente cálido y respetuoso).
El terapeuta representa una figura de apego seguro transitorio, lo cual favorece la reedición de los patrones y el procesamiento de las experiencias dolorosas; pero, a la vez insta a la diferenciación (capacidad de tener mente propia). Esta teoría permite entender la problemática del individuo como una estrategia de supervivencia que tuvo que desarrollar para adaptarse a un mundo hostil, y sortear las vicisitudes durante el tratamiento.
4. El terapeuta realiza una función materna (sostén, entendimiento y cuidados) y paterna (dirigidas a la individuación), se convierte en base segura desde donde explorar una nueva forma de relacionarse consigo mismo, con los otros, y resignificar las vivencias. Richard Bowlby, hijo de John Bowlby (como se citó, en Newland y Coyl, 2010) sostiene que el apego seguro desempeña dos roles: proveer amor y seguridad y experiencias emocionantes y desafiantes.



5. Espacio terapéutico y espacio transicional: interrelación de dos mundos internos sumado a lo creado entre ambos (un tercero). Es el espacio donde se interrelacionan lo interno y externo. Son dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta.
6. Función metabolizadora y de Rêverie: es una forma de mentalización para hacer sentido el mundo interno del sujeto (que ayude a integrar diferentes elementos), ¿han visto a una mamá gallina alimentar a su pollito?: ella tritura el alimento para que a ellos se les haga más fácil digerirlo; de manera analógica, el terapeuta ofrece una mirada que se acompaña de pensamientos, donde lo que recibe, lo devuelve de forma más gestionable para que pueda ser utilizada, reflexionada.
7. Asociación libre y atención flotante: invitación a pensar, expresar y a conectar puntos, todo es válido, bienvenido y analizable (nuestros actos y los de ellos); especialmente se invita a traer las incongruencias, los sinsentidos, lo que molesta de nosotros/del proceso, nuestros errores, todo ello moviliza hacia el crecimiento.
8. Madre/ terapeuta suficientemente buena: que nutre emocional, cognitiva y físicamente pero que no busca la perfección, en las fallas hay oportunidad de crecimiento para el individuo; pone en realce la capacidad de reparar (que ha sido negada en el trauma).
9. Capacidad Negativa: tolerar el no saber, la incertidumbre (el paciente es quien tiene la respuesta, nosotros acompañamos, es un trabajo en conjunto). Ayuda a que la persona también pueda manejar la incertidumbre en su vida y a desarrollar fortaleza emocional (aumentar su tolerancia a los múltiples matices emocionales y a sobreponerse a lo adverso).
10. Énfasis en seguir el afecto y en la Contención: en un marco de curiosidad, sin juicio, acompañamiento y sostén, se presta atención al afecto latente y manifiesto asociado a cualquier pensamiento o fantasía singular para que al ser explorado vívidamente pueda ser reelaborado.
11. Aquí y ahora, allá y entonces: el trauma está en el presente y se vivencia en la relación trasferencial y contratransferencial (analizable), en la repetición de patrones en las diferentes áreas de la vida, y en el uso de defensas para intentar hacerle frente. Se tiene en cuenta la disociación. La exploración de las relaciones actuales del paciente incluye la relación con el terapeuta, que se entiende como una actualización de las relaciones de objetos internalizados (Lemma, 2003).
12. Transferencia y Contratransferencia: funciones psíquicas presentes en la comunicación e interacción. Lo que pasa en el paciente y lo que vivencia (emocionalmente) el terapeuta en su cuerpo y mente a propósito del material del paciente y de la vivencia entre ambos.



Funcionan como brújula en el quehacer terapéutico, son herramientas que permiten reflejar la experiencia afectiva del individuo, facilitando el entendimiento de sus motivaciones, construcciones y resoluciones. La comprensión detallada de la relación de transferencia que se desarrolla con el paciente en cuanto al afecto, y los temas interpersonales entrelazados de forma particular, permiten abordar las vicisitudes que acontecen en la relación terapéutica; interpretar lo que ocurre en esta relación, alienta la exploración de los conflictos y las relaciones con los objetos internalizados.

13. La interpretación como experiencia emocional correctiva en el marco de la relación: es una intervención que permite al paciente tomar conciencia del significado inconsciente de sus comunicaciones (lo que hace o no, dice o no, los silencios y vacíos, la vivencia afectiva, lo no verbal y corporal, el uso de las defensas para hacerle frente al dolor psíquico...). Es poder ligarle aspectos de su pasado que están dinámicamente integrados con las situaciones presentes y sus construcciones a futuro, para que al ampliar y profundizar su comprensión pueda accionar desde otra posición, y vivir las relaciones en clave actual y no en vestigios del pasado (lo traumático). Las interpretaciones solo tienen sentido en el contexto de la relación terapéutica y en el momento oportuno, una vez que se haya vivenciado reiteradamente el mismo patrón cabe ofrecer la inferencia que permita al paciente reflexionar sobre el significado que tiene o no para sí mismo (observar su propio proceso de pensamiento y hacer uso de lo que recibe), favoreciéndose la posibilidad de un entendimiento emocional distinto y reparador.
- B. EMDR (algunos autores destacados para su estudio: F. Shapiro, Solomon, M. Dworkin, J. Herman, Baita, Parnell, Van der Kolk).
1. Énfasis en la relación terapéutica: proveer un espacio y vinculación segura es de vital importancia en cada fase; la misma es dinámica.
 2. Existe una interrelación horizontal (el terapeuta No ostenta el saber), el consultante puede disentir.
 3. Prima la mirada compasiva.
 4. Toma en cuenta el sistema de apego y los modelos operativos internos (representaciones internas cargadas de emociones que funcionan como referencias rápidas para relacionarnos), permitiendo entender que los tipos de apegos son estrategias de adaptación que surgen para hacerle frente al dolor de las heridas en el vínculo, como una forma de supervivencia. El terapeuta presta también su mente y cuerpo, es decir, que el reprocesamiento ocurre acompañado, favoreciendo la correulación, siendo un testigo empático.



5. Modelo de Procesamiento de la información adaptativa o a estados adaptativos (PAI): sistema fisiológico que permite el aprendizaje, el desenvolvimiento funcional del individuo en la vida y participa en la autocuración del sistema. Su función puede alterarse al interrumpirse la homeostasis psicofisiológica por acción del trauma, por lo que la información adquirida (sonidos, olores, imágenes, afectos, sensaciones corporales, cogniciones, elementos sensoriomotores) quedan almacenadas en su estado perturbador/ desadaptativa y fragmentada. EMDR busca la integración de memorias traumáticas a la red de memoria adaptativa por medio de la estimulación bilateral, para que la experiencia pueda ser asimilada y acomodada; es un reprocesamiento de abajo hacia arriba.
6. A través del reprocesamiento de blancos, se palpa el dolor acompañados, sin inundarse en él, manteniendo siempre la atención dual: allá, y aquí y ahora. Siempre es importante explorar con el consultante qué necesita conservar y qué puede dejar ir.
7. Existen varios medios para la estimulación bilateral: ocular, auditivo, táctil, kinestésico (en nuestro caso ha predominado el abrazo de mariposa); incluso, en algunos protocolos se utiliza la doble estimulación bilateral a través del movimiento ocular y el tapping, para que al sobrecargar la memoria del trabajo, se procure un mayor distanciamiento de la experiencia traumática y así sea más tolerable el procesamiento (E. Shapiro y Laub, 2020).
8. Ventana de tolerancia: rango de emociones, pensamientos y sensaciones corporales agradables o desagradables que son tolerables para la persona, se refleja en calma, presencia, curiosidad para pensar y acceder a la red de memorias adaptativas; se procura aumentar la misma para que exista una zona óptima de activación fisiológica que permita reprocesar las experiencias traumáticas sin revivirse de una forma tan destructiva. Al centrarse en el cuerpo y en los niveles subyacentes a las palabras, del sistema nervioso, se puede favorecer la gestión de los estados de hiperactivación o de hipoactivación. La gestión de nuestra propia ventana de tolerancia sirve de modelado para el consultante.
9. Entretejido cognitivo: intervenciones verbales (frase breve o pregunta) realizada por el terapeuta para movilizar el reprocesamiento cuando hay un bloqueo (imitando el procesamiento espontáneo), también ayuda a mantener la atención dual durante los momentos de perturbación intensa; atiende a las informaciones de responsabilidad, seguridad y poder.
10. Se integra la Teoría Polivagal de Porges (2003, 2001).
11. Hace énfasis en ir al cuerpo, a la emoción y directamente al sustrato traumático (redes neuronales) y no solo a la cognición.



12. Esta agudeza se acompaña de mucha contención al individuo a través de la instalación de recursos positivos y de estabilización.
 13. El trauma está en el presente, la red de memorias desadaptativas está activa y las pistas contextuales la vivifican, nos hacen escoger/ decidir según ese filtro; tiene presente la disociación como aspecto frecuente en el trauma.
- C. Terapia focalizada en las emociones (algunos autores destacados para su estudio: S. Johnson, L. Greenberg, G. Palmer, R. Elliot, S. Jinich).
1. Basada en la teoría del Apego: enfatiza que las necesidades de apego son universales y requeridas durante toda la vida. La ausencia de la conexión es percibida como amenaza, por tanto, se protesta a través de la hiperactivación (estrategias ansiosas), desactivación (estrategias evitativas) o una combinación de ambas (común en trauma); todas, con la esperanza de sobrevivir a tal amenaza para volver a conectar. Esto permite entender el desarrollo sano, el sentido coherente del yo, la disfunción y cómo reencauzar.
 2. DIR (disponibilidad, receptividad e involucramiento emocional): características necesarias en el cuidador (o pareja o terapeuta) para establecer un apego seguro, en otras palabras, significa que existe presencia, sintonía y resonancia. Se entiende que todo lo que hacen las personas son estrategias desplegadas para volver a conectar, aunque en la práctica provoquen más alejamiento (ciclo negativo).
 3. Importancia de seguir el afecto a través del tango; las emociones son vistas como un recurso valioso, se invita al enojo asertivo y se honran las defensas, especialmente en el trauma.
 4. PRISSEL del terapeuta: palabras del consultante, repetir, uso de imágenes, frases simples, tono de voz suave, específico y ritmo lento; lleva al terapeuta a estar genuinamente presente, a poner la mente. Las intervenciones las presentamos como sugerencia de lo que podría ser, no como verdad absoluta. Existe una mirada compasiva.
 5. Experiencia emocional correctiva: acción transformacional de memorias traumáticas, es entrar al dolor a través de las recreaciones estando acompañados esta vez; el terapeuta representa una figura de apego seguro transitorio donde se reedita y actualiza la vivencia dolorosa, es ir más allá de la técnica. “*Para conectar con el anhelo hay que conectar con el dolor*” (Johnson, 2011).

En la acción, este *lente transition* nos ayuda a identificar que cuando hay mucha activación somática o intrusión, es necesario ir al cuerpo, estabilizarlo, para luego poder abrir curiosamente el espacio para pensar, asociar, re-narrar, colocándose desde otro sitio; tal vez realizar una



instalación de recursos, aumentando la preparación antes de un reprocesamiento con estimulación bilateral. O cuándo, se necesita precisamente priorizar el verbalizar, pensar curiosamente y sin juicio, para no repetir la estrategia defensiva de silenciar, disociar, que colapsa el espacio reflexivo, el contacto con los demás y las respuestas más adaptativas. O también si prima la necesidad del paciente de ser escuchado, poner nombre, entender, antes de “dejar ir”, porque históricamente han sido invalidados.

A través de una transferencia-contratransferencia, podemos marcar una ruta que permita la asociación de lo actual a una memoria traumática, identificar la sensación corporal y emoción disociada de esa experiencia, para luego, reencuadrar la narrativa y el sentido personal, realizar estimulación bilateral para reprocesar, facilitando la integración de esa red de memoria traumática a la adaptativa y fortalecer una creencia positiva, favoreciendo la regulación y el fácil acceso a la información, pero ahora integrada, no como una herida, sino como huella que recuerda una victoria. En muchos casos tener herramientas para la regulación y acceder a la calma no se logra tan fácil porque la calma es interpretada como amenazante, como el preámbulo del caos, o “estar bien” puede significar traicionar el sistema familiar, o da miedo “perder” una parte de su sí mismo (“*P: es que he querido morirme por tanto tiempo, que no tener esa idea se siente raro ¿quién soy?*”) o de su fortaleza actual, por lo que también se indica aumentar la ventana de tolerancia a las emociones, sensaciones y pensamientos agradables, y desensibilizar esas creencias.

Desde EMDR se entiende que el PAI se altera y emerge la memoria desadaptativa carente de espacio y tiempo (Múgica, 2021), lo cual resulta curioso porque cuando se estudia el concepto del inconsciente, también se señala que carece de espacio y tiempo (Freud, 1948ab) y a mí me hace pensar, en dos miradas de una correspondencia de procesos, referentes a una vivencia abrumadora y desbordante, que no fue capaz de digerirse, porque no había recursos suficientes y por tanto, queda actuando vívidamente en el presente, desde una red neuronal aislada y memorias implícitas (Shapiro, 2001, Van der Kolk, 2020, Garriga, 2019).

En muchas ocasiones la medicación hace menos lento el proceso psicoterapéutico porque libera espacio para el trabajo mental, pero, he observado que al utilizar la estimulación bilateral, ya sea como desensibilización o reprocesamiento y la activación vagal, se disminuye la necesidad de medicación. Obviamente cada caso es particular.

Entonces, puede haber divergencias entre los modelos, tal vez en algunos momentos del proceso si se opta por una acción se excluye la otra, sin embargo, utilizar este *especial lente transition* puede contribuir a:

1. Como psicoterapeutas, manifestar una presencia real, genuina, involucrada emocionalmente, responsiva, disponible, paciente, flexible, previsible, perseverante y tener calidez con distancia óptima, lo que facilita el despliegue afectivo del paciente.



2. Establecer un espacio seguro, fundamentado en el respeto mutuo, el no juicio, el poder compartido, en la co-creación.
3. Sintonizar nuestra mente y cuerpo con la persona con quien trabajamos, ponerlos a su servicio, para regular, procesar, entender y transformar.
4. Conectar la sintomatología con la historia traumática y vincular del paciente.
5. Reconocer que el trauma también está en el cuerpo y hay que acceder a él con diversas estrategias, incluyendo el poner en palabras, para que no haya somatización ni actuación. Por tanto, es indispensable leer si su sistema nervioso se siente seguro o no en ese espacio, aunque la persona verbalice lo contrario.
6. Entender que las experiencias adversas de la infancia se internalizan a través de la neurocepción como amenazantes (Porges, 2006), por lo que, incluso, la intimidad del mismo proceso terapéutico puede percibirse como tal al activar los profundos miedos de rechazo y abandono, tenerlo en mente facilita su gestión, los estancamientos o salidas prematuras, al propiciar una neurocepción de seguridad.
7. Restituir o desarrollar la confianza, seguridad y conexión con su propio cuerpo, su sí mismo y sus vínculos, reflejado en la capacidad para reconocer las señales corporales, establecer y sostener vínculos enriquecedores.
8. Restablecer la Red Neuronal por Defecto (Buckner, Andrews-Hanna y Schacter 2008) que se traduce en una mayor capacidad de introspección, para conectar sistemas de memorias, para realizar juicios autorreflexivos, favoreciendo la cognición social y la adaptación (Carmona, 2024).
9. Reparar los patrones relacionales disfuncionales, dando lugar a una nueva narrativa, historia integrada, donde se honra la misma y sus necesidades.
10. La conexión intrapsíquica e interpersonal que al inicio de la vida se puede representar con la frase de Nils Bergman (2024, 2019): *"lo que hace y no hace el bebé solo se entiende en el cuerpo de su madre "*; es decir, somos, en relación con otros.
11. Acceder al placer de la vinculación y a la conexión con la vida.
12. Recuperar la prueba de realidad, esto es, la confianza en que sus percepciones son objetivas pues muchas veces fueron erosionadas.
13. Desarrollar más y mejores recursos para hacerle frente a la adversidad. El cambio es interno, desde allí hay posibilidad de decidir libremente y es sostenible en el tiempo.



14. Fortalecer la resiliencia.

15. Potenciar el crecimiento postraumático.

Lo anterior se logra través de:

1. La profunda sinergia entre la relación y la técnica terapéutica (Dworkin, 2005).
2. Validar, reflejar y ser base segura (madre objetal y ambiental, construcción de apego seguro, presencia genuina en la relación terapéutica) desde donde poder clarificar, confrontar, asociar con las experiencias tempranas y traumáticas, para transformar los viejos patrones neuronales y consolidar nuevos (el paciente internaliza una nueva manera de verse a sí mismo, su mundo interno, su forma de relacionarse, su respuesta al estrés...) porque el terapeuta provee otra forma de relación y se reconocen las subjetividades diferenciadas.
3. La estimulación bilateral y la atención dual (en el presente notando el pasado)- atención flotante (en el presente asociando al pasado). Poco a poco esa red de memoria aislada que produce síntomas, guardada como fotos y no como videos que pueden ser actualizados, empieza a integrarse a la red de memoria adaptativa, remitiendo síntomas y gestionando nuevos recursos de afrontamiento.
4. Reprocesar como debió darse en el momento original gracias a la estimulación bilateral que utiliza el EMDR, restaurando así, la capacidad integradora del cerebro referente al procesamiento emocional y cognitivo, es decir, se restituye el equilibrio neurológico subcortical a través del adecuado funcionamiento del PAI, siguiendo un protocolo integrador de los elementos de la experiencia bloqueada (ICES+ impulsos de acción), que permite reinscribir el recuerdo original evocando otro significado con una resolución adaptativa. Esta resignificación positiva sucede gracias a la labilidad de la memoria en ese momento (Bleichmar, 2001).
Reprocesar por medio de la relación terapéutica es fundamental en la Terapia Psicodinámica (Relaciones Objetales), gracias a la escucha de la asociación libre, el análisis de la transferencia y contratransferencia, la interpretación del inconsciente y de la función de las defensas, se promueve la integración de las partes del yo y de los elementos disociados de la experiencia, como emociones, cogniciones, deseos, necesidades, fantasías, conducta...; y por tanto, la resignificación de la misma y el crecimiento de la persona. La EFIT también reprocesa a través de la relación, favorecido por el PRISSEL del terapeuta y los pasos del tango, logrando también la integración de los estados del Yo y la modificación del MOI de la persona. En otras palabras, el EMDR tiene un enfoque ascendente y los otros dos modelos, uno descendente, y pueden complementarse entre sí.
5. El respeto del tiempo del paciente, los tres modelos siguen un timing. Así como en EMDR no se va a la fase 4 sin haber primero consolidado una fase 1, 2 y 3 o no se toma una historia clínica si el paciente está muy desregulado (se hace primero la fase 2); en el Psicodinámico no se ofrece una interpretación sin antes haber vivenciado repetidamente el mismo patrón, sin tener una



relación terapéutica lo suficientemente sólida, sin percibir que la persona está lista para recibirla, tal como versaba Winnicott (1997): *“solo la interpretación realizada en el momento adecuado ofrece una verdadera posibilidad de cambio”*. Así mismo en EFIT, se "baila el tango" muy en sintonía con el paciente; no se trabajan de forma per se los problemas que le trae a consulta (etapa 3) sin antes haber entendido su ciclo negativo y reestructurado el patrón relacional (etapa 1 y 2).

6. El énfasis en el apego y el trauma relacional temprano que contemplan los tres modelos. EFIT y EMDR a través de sus técnicas calman el cerebro límbico para lograr conexión con el neocórtex e integrar la experiencia. Esto también se logra desde las Relaciones Objetales, al acentuar en la función contenedora y de metabolización del terapeuta y por ende, en la correulación emocional del paciente, quien luego tiene espacio cognitivo y recupera la función reflexiva, simbólica e integrativa para elaborar la experiencia. Lo que a su vez favorece intrínsecamente los procesos de individuación y diferenciación.
7. El trabajo por medio del modelo Psicodinámico y EFIT se solaparía con las fases 2 y 8 del EMDR, ayudando a dar sentido y establecer una nueva narrativa. El EMDR además potencia los encuentros, recreaciones, construcción de recursos y el reprocesamiento del material traumático. Los tres enfoques están presentes en la toma de historia clínica y en la construcción de la relación terapéutica.

Conclusiones

1. EMDR trabaja con múltiples canales de experiencia (PAI): integra pasado con presente (memoria traumática- con creencias actuales), actualiza el sistema de creencias sobre sí mismo (tanto positivas como negativas), conecta el mundo emocional y el cuerpo (foco en emociones, sentimientos, sensaciones corporales) de manera sistemática y rápida, dentro de un contexto relacional centrado en el consultante; esta focalización multicanal que a la vez mantiene una parte del Yo como observadora, es compatible con otros modelos teóricos (Garriga, 2019).
2. El modelo Psicodinámico de las Relaciones Objetales aporta al EMDR: mantenernos centrado en la relación terapéutica y en lo que pasa en ella, siguiendo el afecto y al paciente, para sostener la incertidumbre, el no saber, para poder quedarse allí, acompañando lo innombrable hasta que logre ser elaborado, en palabras de Lea de Setton (com. pers., 2021): *“buceando en las profundidades con tiburones”*. La contención es la que permite que lo intolerable sea reconocido, tolerado, expresado, regulado psicobiológicamente, puesto en perspectiva, tramitado y resignificado (Nieto y López, 2016; Josselson y Mattila, 2014). Valerse de todo lo que acontece en la sesión, intersesión y dentro del terapeuta, como brújula que guía el camino para movilizar el procesamiento y el cambio, es el poder de la herramienta transferencial/contratransferencial.



3. El modelo EMDR le aporta al Psicodinámico: atender lo agudo y lo crónico de forma más eficiente, facilitar la conexión del paciente con su cuerpo para volver a confiar en su potencial (los recursos de estabilización del sistema nervioso son muy poderosos). Proporciona una entrada más accesible para procesar elementos preverbales, muchas veces almacenados en el cuerpo; ayuda a sostener la esperanza de que todo trauma es sanable, y a potenciar con el uso de la estimulación bilateral la construcción de recursos, los insights, verbalizaciones de creencias positivas, y la preparación de escenarios futuros. Es decir, integrar el EMDR al enfoque psicodinámico, facilita y acelera la recuperación del individuo. (Garriga, 2019).
4. La EFIT coloca al apego como piedra angular del proceso terapéutico, facilitándolo, especialmente en casos con presentaciones complejas. Este enfoque insta al terapeuta a estar humana y genuinamente presente en el trabajo, sirviendo como figura de apego seguro transitoria; realzar esta perspectiva es un valor agregado en cualquier modelo terapéutico.
5. Integrar la mirada perinatal-ecosistémica con los *lentes transition* de trauma y apego desplegado en las Teorías de las Relaciones Objetales (Psicoterapia Psicodinámica), la Terapia EMDR y la Terapia individual focalizada en las emociones, es poner en relieve la importancia de los vínculos en el desarrollo de un individuo y sus constantes interacciones dinámicas entre los diferentes sistemas de los que forma parte, por tanto, en la relación terapéutica como vehículo para el reprocesamiento, la transformación y el crecimiento.
6. Los pilares para afinar nuestro instrumento de trabajo más importante: *Nosotros Mismos*, son: el estudio de las teorías y las técnicas, la psicoterapia personal y la supervisión. Las tres permitirán que sintonicemos mejor con el mundo interno de la persona, aumentará nuestra ventana de tolerancia para seguir el afecto y desarrollar nuestra capacidad negativa para sostener la incertidumbre; facilitará también la reparación de lo acontecido en la misma relación terapéutica, lo que representa un diferencia significativa para esa persona que vivenció a solas su trauma, sin que nadie reparara el daño causado. Además, nos movilizará a cultivar el autocuidado para evitar el trauma vicario y nos brindará contención, incluyendo el no sentirnos solos, para así poder contener mejor a nuestros consultantes/ pacientes/ *hacientes*. Al trabajar en nuestra vulnerabilidad seremos capaces de sostener y acompañar mejor la del otro, pues, “*con la vinculación, construimos sanación*” (Samaniego, D.J., 2025).

Referencias

- Arizmendi, A. y Mauro, R. (23 de abril de 2025). Los trastornos de la conducta alimentaria bajo el lente de la teoría Polivagal. [Webinar]. Comunidad Hispanohablante de Terapia Focalizada en las emociones. Guatemala. <https://www.youtube.com/@eftlatino465/videos>



- Atwood, GE. (2012). Psychotherapy as a Human Science: Clinical Case Studies Exploring the Abyss of Madness. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 8 (1), 1–24. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v8i1.1118>
- Atwood, GE., Orange, DM. y Stolorow, RD. (2002). Mundos destrozados/estados psicóticos: Una perspectiva poscartesiana de la experiencia de aniquilación personal. *Psicología Psicoanalítica*, 19 (2), 281–306. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.19.2.281>
- Aznárez, B. (2023). Trauma complejo y somatización: un estudio clínico sobre fibromialgia y un protocolo de intervención psicoterapéutica. [Diapositivas de Power Point]. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_complejo_y_somatizacion_COPM_23.pdf
- Beck, CT. (2015). Teoría de rango medio del parto traumático: El efecto dominó, cada vez más amplio. *Global Qualitative Nursing Research*, 1-13, doi: 10.1177/2333393615575313.
- Bergman, NJ., Ludwig, RJ., Westrup, B. y Welch, MG. (2019). Nurturescience versus neuroscience: un caso para repensar las conductas y la relación madre-hijo perinatal. *Birth Defects* 111(15):1110-1127. doi: 10.1002/bdr2.1529.
- Bergman, NJ. (2024). Las nuevas políticas sobre el contacto piel con piel justifican una perspectiva basada en la oxitocina en la atención de la salud perinatal. *Front Psychol*. doi:10.3389/fpsyg.2024.1385320.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. Basic Books
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, 9. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes>
- Bowlby, J. (1998). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Brito, N. (11-12 de junio de 2021). Terapia individual focalizada en las emociones (EFIT): extendiendo un modelo de psicoterapia de pareja basado en el apego al trabajo con individuos, segundo nivel.[Entrenamiento]. *Terapia Focalizada en las emociones Costa Rica e International Center for Excellence in Emotionally Focused Therapy*, Costa Rica.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del Desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Ediciones Paidós.
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R. y Schacter, D. L. (2008). The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 1–38. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.011>
- Carmona, S. (2024). *Neuromaternal. ¿Qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad?* Ediciones B Penguin Random House Grupo Editorial.



- Cozolino, L. (2014). *La neurociencia de las relaciones humanas: el apego y el cerebro social en desarrollo* (2.ª edición). WW Norton & Company
- Cyrulnik, B. (2016). Adaptación y resiliencia. *Temas de psicoanálisis* N°12 <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/BORIS-CYRULNIK.-Adaptacion-y-resiliencia.pdf>
- Dipaola, E. y Lutereau, L. (2024). *Contactos frágiles*. Paidós Argentina
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: the therapeutic relationship in EMDR treatment*. Routledge Taylor and Francis Group.
- Escobar, V. y Rondanelli, P. (2018). Habilidades clínicas y desarrollo de un vínculo seguro en psicoterapia. *Vincularte. Revista Clínica y Psicosocial*. Año 3, N° 3 (73-89). <https://revistavincularte.cl/index.php/ojs/article/view/56/45>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Ferenczi, S. (2008). *Sin simpatía no hay curación: El diario clínico de 1932*. Amorrortu Editores España SL (Original publicado en 1932, en español 1997).
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. KARNAC
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder Editorial. Trad. Comité de traducción al español
- Freud, S. (1948a). *La interpretación de los sueños 1929 8ª Ed, Obras Completas*. Trad. Luis López-Ballesteros
- Freud, S. (1948b). *El Yo y el Ello 1923, Obras Completas*. Trad. Luis López-Ballesteros
- Galleguillos, P. (20-21 de marzo de 2021). Trauma complejo, disociación y EMDR online. [Curso avanzado]. Asociación chilena de terapeutas en EMDR y Psicotrauma, Chile.
- Garriga, C. (2011). Reflexiones acerca de la “cura” y de los mecanismos de acción terapéutica desde un enfoque de género, viñetas clínicas. *Aperturas Psiconalíticas*, (7). <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000692#contenido>
- Garriga, C. (2019). Incorporación del EMDR a la psicoterapia psicoanalítica, un caso vinculado al trauma histórico y su transmisión transgeneracional *Aperturas Psicoanalista* (62) (2019), e7, 1-18. <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn062a3.pdf>
- Gazzaniga, M. (2019). *El instinto de la conciencia, cómo el cerebro crea la mente*. Editorial Planeta. Trad. Francisco Ramos.
- Herman, J. (1992). *Trauma y recuperación, las secuelas de la violencia: del abuso doméstico al terrorismo político*. Basic Books
- Herman, J. (2023). *Truth and repair, how trauma survivors envision justice*. Basic Books



- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclée de Brouwer. Trad. Jeremy Bilbao.
- Johnson, S. (2011). *Emotionally Focused Couple Therapy with Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bonds*. The Guilford Press
- Johnson, S. (2019a). *Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. The Guilford Press
- Johnson, S. (2019b). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection 3ª*. Routledge
- Josselson, M. y Mattila, H. (2014). La Humanidad del Paciente Psicótico y el Enfoque Humano del terapeuta: Un Encuentro Relacional e Intersubjetivo. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 339-356. <https://doi.org/10.21110/19882939.2014.080303>
- Khan, MMR (1963). El concepto de trauma acumulativo. *El estudio psicoanalítico del niño*, 18 (1), 286–306. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>
- Lau, J. (26 de octubre de 2022). Aproximación integral al trauma. [Discurso Principal]. Centro de Aprendizaje Online Sanar del Trauma, Panamá.
- LeDoux, J. y Pine, D. (2016). El uso de la neurociencia para comprender el miedo y la ansiedad: un marco de dos sistemas. *Revista Americana de Psiquiatría Vol. 173 , Núm. 11*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Lemma, A. (2003). *Introducción a la práctica de la terapia psicoanalítica*. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex
- Levine, P. y Frederick, A. (2022). *Curar el trauma*. Diana Editorial Planeta. Trad. Antonio Rodríguez.
- Liotti, G. (2012). *Apego desorganizado y la relación terapéutica con personas en estados de ruptura*. En J. Yellin y K. White (Eds.), *Estados de ruptura: Apego desorganizado y su reparación* (pp. 127-156). Karnac Books.
- Lourie JB. (1996). Trauma acumulativo: El problema no problemático. *Revista de Análisis Transaccional* 26(4):276-283. doi: 10.1177/036215379602600402
- Lutereau, L. (2024). *Palabras de esperanza*. Urano Argentina
- Malpartida, D. (2013). De la Capacidad Negativa de Keats a la Capacidad Negativa del Psicoanálisis. *Revista Psicoanálisis N°11*. https://spp.com.pe/wp-content/uploads/2019/12/Malpartida_11.pdf
- Marín, J. (2018). El trauma relacional temprano y los trastornos de personalidad. [Diapositivas de Power Point]. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. https://psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_relacional_temprano.pdf
- Marín, J. (2023). La realidad clínica del trauma. [Diapositivas de Power Point]. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/La_realidad_clinica_del_trauma_marzo_23.pdf



- Marrodán, JLG. (2010). La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 49, (187-204). https://sepypna.com/revistas/revista_49.pdf
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego, un enfoque actual*. (2ª Ed.). Psimática.
- Maté, G. (2020). *Cuando el cuerpo dice no: la conexión entre el estrés y la enfermedad*. Gaia Ediciones. Trad. Rubén Cervantes
- Maté, G. (2023). *El mito de la normalidad: trauma, enfermedad y curación en una cultura tóxica*. Tendencias
- Música, E. (23 de junio de 2021). Integración y complementariedad de EFT y EMDR: mejorando el proceso. [Webinar]. Comunidad Hispanohablante de Terapia Focalizada en las emociones. Guatemala. <https://www.youtube.com/watch?v=V7QmlwSVA-g>
- Newland, LA., y Coyl, DD. (2010). El rol del padre como figura de apego: Una entrevista con Sir Richard Bowlby. *Desarrollo y Cuidado Infantil Temprano*, 180 (1-2), 25-32. <https://doi.org/10.1080/03004430903414679>
- Nieto, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea Vol. 7, nº 2, (87-104)*. Doi:<http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Olza-Fernández I., Marín, MA., Gil-Sánchez A., García-Segura, LM., Arevalo, MA. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol. Oct;35(4):459-72*. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.007>
- Olza-Fernández, I., Fernández, P., González, A., Herrero, F., Carmona, S., Gil, A., Amado, E., y Dip, M. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352021000100023
- Organización Mundial de la Salud (2019/2022). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11.ª ed.). <https://icd.who.int/>
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo, psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Paidós.
- Pearlman, L., Wortman, C., Feuer, C., Farber, C., y Rando, T. (2014). *Treating Traumatic Bereavement: A Practitioner's Guide*. The Guilford Press
- Piaget, J. (1992). *La construcción de lo real en el niño*. Grijalbo
- Porges, S.W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 42, 123-146. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(01)00162-3)
- Porges, S.W. (2003). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503–513. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00156-2](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00156-2)



- Porges, SW (2006), Compromiso social y apego. *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York, 1008*: 31-47. <https://doi.org/10.1196/annals.1301.004>
- Salvador, M. C. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista De Psicoterapia, 20(80)*, 5-16. Doi:10.33898/rdp.v20i80.835 <https://psykebase.es/ejemplar/251313>
- Samaniego Quintero, D. J. (2025). Intervención psicoterapéutica grupal en la ansiedad del docente. *REDEPSIC, 4(1)*, 77-93. <https://doi.org/10.48204/red.v4n1.6615>
- Schore, JR y Schore AN (2007). Teoría moderna del apego: el papel central de la regulación del afecto en el desarrollo y el tratamiento. *Clin Soc Work J. 36*:9-20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Schore, AN (2003a), Efectos de una relación de apego seguro en el desarrollo del hemisferio derecho del cerebro, la regulación afectiva y la salud mental infantil. *Infant Ment. Health J.*, 22: 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Schore, AN (2003b), Los efectos del trauma relacional temprano en el desarrollo del hemisferio derecho del cerebro, la regulación afectiva y la salud mental infantil. *Infant Ment. Health J.*, 22: 201-269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
- Schore, AN (2009). *Trauma del apego y el desarrollo del hemisferio derecho del cerebro: Orígenes de la disociación patológica*. En PF Dell, JA O'Neil, PF Dell, JA O'Neil (Eds.). *Disociación y trastornos disociativos: DSM-V y más allá* (pp. 107-141). Nueva York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group. https://www.allanschore.com/pdf/_SchoreDissociation09.pdf
- Schore, AN. (2012). Psicoterapia de hemisferio derecho a hemisferio derecho: avances científicos y clínicos recientes. *Ann Gen Psiquiatría 21* , 46 <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00420-3>
- Shapiro, E. y Laub, B. (2020). Protocolo de episodio traumático reciente (R-TEP): protocolo integrativo para la intervención temprana con EMDR. Manual de entrenamiento.
- Shapiro, F. (2001). *Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular: Principios Básicos, Protocolos, y Procedimientos 2ª edición*. The Guilford Press
- Shapiro, F. (2013). *Redefiniendo el trauma y sus conexiones ocultas: Identificando y reprocesando los factores experienciales que contribuyen a una amplia variedad de trastornos*. En M. Solomon y DS Siegel (Eds.). *Momentos de sanación en psicoterapia: Conciencia plena, integración neuronal y presencia terapéutica*. Norton.
- Siegel, D. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée de Brouwer. Trad. Jasone Aldekoa Arana



- Siegel, D.(2016). *Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal, un manual integrativo de la mente*. Editorial Eleftheria, S.L Trad. Marta Milian
- Solomon, R. y Shapiro, F. (2012). *EMDR y procesamiento adaptativo de la información: El desarrollo de la resiliencia y la coherencia*. En K. Gow y M. Celinski (Eds.), *Trauma: Recuperación de heridas profundas y exploración del potencial de renovación*. Nova Science Publishers.
- Spezzano C. (2007). A home for the mind. *The Psychoanalytic quarterly*, 76 Suppl, 1563–1583. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2007.tb00321.x>
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., y Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319–333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>
- Tomé, S. (2022). Una revisión bibliográfica sobre apego y resiliencia en mujeres víctimas de Violencia de Género en las relaciones de pareja. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Una_revision_bibliografica_sobre_apego_y_resiliencia_en_mujeres_victimas_de_Violencia_de_Genero_en_las_relaciones_de_pareja.pdf
- Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma 3ª Ed.* Editorial Eleftheria
- Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer. Trad. Marta Pino
- Wessellmann, D. y Shapiro, F. (2013). *EMDR y el tratamiento del trauma complejo en niños y adolescentes*. En J. Ford y C. Courtois (Eds.). *Tratamiento de los trastornos de estrés traumático complejo en niños y adolescentes*. Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1960). *The theory of the parent–infant relationship*. In *The maturational process and the facilitating environment*. International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1992a) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. (Original publicado en 1965)
- Winnicott, D.W. (1997). *Realidad y Juego*. Gedisa. (Original publicado en 1971).
- Winnicott, D.W. (1998). *Preocupación maternal primaria*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 397-404). Paidós, (Original publicado en 1956).

Bibliografía

- Aznárez, B. (2021). *El trauma psíquico es de todos. Rompe el silencio*. Amazon
- Aznárez, B. (2022). Fibromialgia, trauma y EMDR; un protocolo exitoso y una experiencia maravillosa. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. https://www.psicociencias.com/pdf_noticias/volumen_12.pdf
- Bergman NJ. (2014). The neuroscience of birth--and the case for Zero Separation. *Curationis*. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i2.1440>



- Gilbert, P. (2010). *Terapia centrada en la compasión 2ª Ed. Características distintivas*. Desclée de Brouwer.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. Routledge
- Jinich, S. (2018). Manual de trabajo del Externship de terapia de pareja focalizada en las emociones. San Francisco Center for Emotionally Focused Therapy.
- Kazdin, A. (2001) *Métodos de investigación en psicología clínica*. 3ª Ed. Prentice Hall Pearson Educación de México, S.A.
- Leahy-Warren, P., Coleman, CH., Bradley, R. y Mulcahy, H. (2020). The experiences of mother with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level depressive symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20:260 <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02956-2>
- Molina, V. (2025). Abordar el trauma desde la complejidad: el enfoque trifocal como un modelo integrador [Conferencia]. Asociación Iberoamericana de Psicotrauma. <https://esp.aibapt.org/courses/traumawebinar012>
- Muller, R. (2020). *El trauma y la lucha por abrirse: de la evitación, a la recuperación y el crecimiento*. Desclée de Brouwer. Trad. Fernando Mora.
- Palmer, G. y Johnson, S. (2002). *Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist*. The Haworth Press
- Scharff, D. (2005). *Object Relations Theory and Practice, an introduction*. Rowman & Littlefield Edition
- Siegel, D. y Payne, T. (2020). *Realmente ves a tus hijos*. NYT Parenting.
- Winnicott, D.W. (1992b). *La capacidad para estar solo. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. (Original publicado en 1958).

