



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Abordaje del trauma y la disociación en psicoterapia
psicoanalítica contemporánea**

Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Autora: Emma Albarracín Le Flohic

Director: Carlos Pitillas Salva

Mayo 2025

Resumen

Todas las personas experimentan experiencias que pueden llegar a ser traumáticas y dejar huella en sus vidas. Se conoce y se estudia especialmente el Trastorno por estrés postraumático, pero existe una variante con distinta sintomatología que no suele ser mencionada, este es el trastorno por estrés postraumático complejo. El trauma complejo tiene características distintivas que han dificultado su tratamiento desde los modelos terapéuticos clásicos usados para el abordaje del trastorno por estrés postraumático. El objetivo de esta revisión es recopilar los aspectos comunes y útiles de la terapia psicoanalítica contemporánea para el abordaje del trauma complejo y los síntomas disociativos que suelen acompañarlo. Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: *MEDLINE Complete*, *Psicodoc*, *PsycInfo*, *PubMed*, *Psychology & Behavioral Sciences Collection (P&BSC)* y *Scopus*. Los criterios de elegibilidad fueron: (a) publicaciones desde 2010 hasta 2024, (b) enfocadas a la intervención con población adulta, (c) artículos científicos excluyendo libros y abstracts, (d) enfoque psicodinámico, (e) abordaje del trauma, (f) abordaje de la disociación o de los trastornos disociativos y (g) en español o en inglés. Se obtuvo un total de 27 artículos. Los resultados y aspectos comunes del abordaje psicodinámico frente al trauma complejo han sido recopilados y clasificados en 4 categorías: “relación terapéutica”, “trabajo del propio analista”, “diálogo terapéutico informado en trauma” y “técnicas y modelos concretos”. Las conclusiones son que el modelo psicodinámico ofrece herramientas que pueden llegar a ser especialmente potentes frente al abordaje del trauma complejo. Sin embargo, existe cierto debate desde este modelo con respecto a la disociación como concepto y a lo que se puede considerar patológico o no. Por ello, es importante seguir investigando el trauma complejo, para dar visibilidad a este concepto tan poco estudiado y lograr su abordaje teniendo en cuenta las características de este tipo de trauma.

Palabras clave: Terapia Psicodinámica, Trauma complejo, Disociación, Abordaje.

Abstract

Everyone experiences events or situations that can become traumatic and leave a lasting impact on their lives. Post-traumatic stress disorder is well-known and extensively studied. However, there is a related condition with different symptoms that is not often discussed: complex post-traumatic stress disorder. Complex trauma has distinct features that have made it difficult to treat using traditional therapy methods designed for post-traumatic stress disorder. The aim of this review is to gather common and helpful aspects of modern psychoanalytic therapy for addressing complex trauma and the dissociative symptoms that often accompany it. A search was conducted in the following databases: MEDLINE Complete, Psycodoc, PsycInfo, PubMed, Psychology & Behavioral Sciences Collection (P&BSC), and Scopus. The criteria for including studies were: (a) publications from 2010 to 2024, (b) focused on treatment for adults, (c) scientific articles excluding books and abstracts, (d) a psychodynamic approach, (e) addressing trauma, (f) addressing dissociation or dissociative disorders, and (g) written in Spanish or English. A total of 27 articles were found. The results and common aspects of the psychodynamic approach to complex trauma have been collected and organized into 4 categories: “therapeutic relationship,” “the analyst’s own work,” “trauma-informed therapeutic dialogue,” and “specific techniques and models.” The conclusions are that the psychodynamic model offers tools that can be particularly effective for treating complex trauma. However, there is some debate within this model regarding dissociation as a concept and what can be considered pathological or not. Therefore, it is important to continue researching complex trauma to increase awareness of this less-studied concept and to develop treatment approaches that consider the unique characteristics of this type of trauma.

Keywords: Psychodynamic therapy, Complex Trauma, Dissociation, Approach.

Índice

Introducción	4
Método	8
Estrategia de búsqueda	8
Resultados	9
Relación terapéutica	10
Trabajo del propio analista	13
Dialogo terapéutico informado en trauma	14
Técnicas y modelos concretos	21
Discusión	24
Conclusión	29
Referencias	31
Anexo A	37

Introducción

El trauma es una experiencia universal del ser humano que puede acarrear consecuencias inmovilizantes y determinantes en el individuo. Desde un evento externo, a un daño relacional, pueden llegar a ser experiencias abrumadoras que la persona no logra integrar y acaben perdurando en el tiempo, convirtiéndose en una de las cadenas que arrastran y determinan nuestra dirección vital.

En el mundo de la psicología, cuando hablamos de trauma en términos más técnicos o diagnósticos, se suele hablar del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022). Este trastorno se caracteriza por una serie de síntomas tras la vivencia de un evento traumático concreto. Es un trastorno reconocido por los manuales de salud más importantes a nivel global y es el más estudiado, existiendo múltiples estudios que han encontrado y demostrado los tratamientos más efectivos para este fenómeno. Sin embargo, hay una variante con síntomas muy significativos y distintivos que no es tan reconocida ni abordada, esa variante es el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) pertenece a la categoría de “trastornos relacionados al estrés” del CIE-11, un diagnóstico diferencial e individual que solo es reconocido por este manual. Según el DSM 5, se trata de una modalidad no reconocida encasillada bajo el Trastorno por Estrés postraumático (TEPT), siendo este un punto de debate importante desde hace años (Cloitre, 2020).

El TEPT tiene una mayor prevalencia que el TEPTC, por ello es más estudiado y reconocido. En la población internacional se estima que aproximadamente 4% de la población ha experimentado TEPT (Crespo-Generelo et al., 2019). Un estudio en la población española estimó una prevalencia de 3,5% en la población general (Martín Jiménez et al., 2022). En veteranos de guerra, estadounidenses específicamente, la prevalencia aumenta hasta un 9,4% aproximadamente de los veteranos que experimentan el trastorno en algún momento de sus vidas (Wisco et al., 2022) y en víctimas de violencia sexual se trata de una prevalencia del 40% que cumplen los criterios del TEPT, presentando algún tipo de sintomatología el 66% de las participantes (Aguirre et al., 2010).

El TEPTC se caracteriza por experiencias traumáticas múltiples, crónicas y prolongadas que resultan en síntomas adicionales que afectan a la totalidad del individuo, tanto a la identidad, como a las relaciones interpersonales (Martínez & Casares, 2016). En cuanto a su prevalencia, un estudio utilizando las definiciones del CIE-11 estimó que aproximadamente el 4% de personas adultas presentaban TEPTC, mientras que un 3,4 % de adultos presentaba TEPT (Cloitre et al., 2019). En cuanto a víctimas de violencia de pareja, otro estudio estima que el 40% de las personas víctimas de violencia de pareja íntima desarrollan este trastorno (Fernández-Fillol et al., 2021).

Con respecto a la clasificación y definición de estos trastornos, en ambos manuales el diagnóstico del TEPT incluye cuatro factores centrales que se dividen en diferentes categorías: Intrusiones (es decir, reexperimentación del evento traumático, evitación (entendido como la conducta que permite evitar o anticipar situaciones desagradables que recuerden el trauma) , alteraciones negativas en la función cognitiva y el estado de ánimo (como desorientación, dificultades de concentración o memoria, estados emocionales negativos o sentimientos de culpa) y alteraciones de la excitación y la reactividad (hiperactivación, estado de tensión constante o sensación de peligro constante o dificultades del sueño) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022).

En cuanto al TEPTC, el CIE-11, único manual que lo reconoce como trastorno individual, incluye estos elementos, así como factores que son considerados interrupciones o dificultades dominantes en la organización del yo (por ejemplo, autoconcepto negativo) dificultades en la regulación emocional (respuestas emocionales extremas o inapropiadas ante distintas situaciones e inestabilidad emocional) y dificultades en las relaciones interpersonales (problemas para crear y mantener relaciones socialmente o emocionalmente significativas) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022; Cloitre, 2020). El TEPTC incluye, además, el manejo de las respuestas emocionales y fisiológicas a los estímulos relacionados con el trauma, caracterizado por la supresión (refiriéndose al mecanismo de defensa que provoca la ocultación o escape voluntario del contenido emocional) y, en muchos casos, la disociación (refiriéndose al mecanismo de defensa que actúa como la supresión, pero de forma involuntaria e inconsciente, provocando la ocultación del contenido manteniéndolo inaccesible) como manejo de los síntomas. Por lo tanto, se caracteriza por tener un efecto generalizado en el funcionamiento y la personalidad del individuo (Henley, 2023; Lanius et al., 2010).

Más allá de la etiqueta diagnóstica, lo que caracteriza y diferencia este trastorno es el concepto de trauma complejo. Se genera cuando una persona se encuentra en contextos traumatizantes de forma prolongada o se acumula el daño por la retraumatización constante (Martínez & Casares, 2016). El trauma se incorpora en la vida del individuo e impregna la personalidad, resultando en síntomas que impactan todos los aspectos vitales y funcionales (Henley, 2023). Un factor central es la evaluación subjetiva del trauma que puede llevar a una sensación de impotencia dominante. La capacidad del ego de mantener la sensación de seguridad e integridad puede verse abrumada, dando como resultado cambios persistentes en la organización psíquica (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016).

Las expresiones del efecto del trauma complejo son en muchos casos inconscientes y se pueden manifestar en forma de síntomas disociativos (Martínez & Casares, 2016). Estos son mecanismos de defensa inconscientes que protegen a la mente permitiendo evitar emociones, recuerdos y fantasías dolorosas, relacionadas con el trauma. La disociación es uno de los mecanismos más comunes relacionados con el trauma, y consiste en provocar que la persona se desconecte de la realidad, de los demás e incluso de sí mismo (Busch y Milrod, 2018). La disociación no se traduce en la eliminación del contenido, si no en la desconexión de las distintas capas de la psique que permite aislar contenidos afectivos entre sí (previando la integración de los mismos) y, así, mantener sin procesamiento (ocultar, de alguna forma) ciertos contenidos que son muy conflictivos o amenazantes para la mente consciente. Dichos contenidos existen como conocimientos importantes en la psique, pudiendo ser recuperados e introducidos en la consciencia para poder ser integrados posteriormente en el proceso de recuperación mediante la relación terapéutica (Gordon, 2013).

En cuanto al tratamiento, la distinción de estos diagnósticos es importante ya que el procedimiento y la efectividad de este varía según el tipo de trauma y sus manifestaciones. Se ha demostrado la efectividad de las terapias basadas en el modelo de la exposición para el TEPT, sin embargo, cuando se trata del TEPTC, la efectividad de estas terapias se ve reducida por las características únicas del trastorno (Ehlers et al., 2013; Lanius et al., 2010). Las características disociativas del TEPTC intervienen en el compromiso afectivo de la persona, siendo este uno de los primeros pasos de los modelos de exposición. El contenido emocional es inaccesible, incapacitando la activación de las estructuras relacionadas con el miedo, siendo este un requisito en dichas terapias. Por ello

se han considerado tratamientos basados en otros modelos terapéuticos para abordar la complejidad del trastorno, y uno de los modelos que ha mostrado potencial y efectividad, logrando provocar el compromiso y participación afectiva necesario en el paciente y desbloquear las barreras para establecer una relación de confianza, ha sido la terapia psicodinámica. Esta terapia aporta diversas intervenciones que abordan los déficits de mentalización, los trastornos de apego, que subyacen la condición de trauma complejo, y las disfunciones de las funciones del ego, como pueden ser la alteración de la regulación emocional y de la regulación interpersonal (Alessi y Kahn, 2019; Henley, 2023; Herman, 1992; Wöller et al., 2012).

El enfoque psicodinámico tiene herramientas y elementos que pueden ser de gran utilidad al abordar el trauma complejo, dada la visión y priorización que hace este enfoque sobre material emocional conflictivo, los patrones interpersonales que resultan de las trayectorias relacionales difíciles, el papel y los efectos de las defensas en la salud mental de las personas, o el foco sobre la relación terapéutica como herramienta privilegiada de intervención. La tradición psicodinámica, desde sus orígenes en los primeros trabajos de Freud con la histeria, ha puesto el foco en la comprensión y el tratamiento de los cuadros psicopatológicos que resultan de un procesamiento incompleto de experiencias traumáticas. Buena parte de la teoría y el quehacer psicoanalítico se han construido sobre la comprensión del funcionamiento de la mente que disocia o reprime contenidos (mnémicos, emocionales) ligados a experiencias que, por impactantes, no pudieron ser procesadas. Se trata, en ese sentido, de una tradición estrechamente ligada a la psicotraumatología y que ha evolucionado en paralelo a nuestros conocimientos evolutivos, neurocientíficos y terapéuticos sobre el trauma, hasta nuestros días.

El objetivo es realizar una revisión de la literatura sobre intervenciones psicodinámicas frente al trauma y la disociación en el período 2010-2024, centrada en los aspectos que pueden ser útiles frente al abordaje del trauma complejo y los síntomas disociativos. El propósito es recopilar, identificar y difundir las herramientas comunes encontradas en la literatura del periodo 2010-2024 y las posibles alternativas o técnicas específicas que podrían tener potencial frente al abordaje del trauma complejo. Por lo tanto, la pregunta que pretende responder esta revisión es la siguiente: ¿Cuáles son las herramientas del enfoque psicodinámico frente al abordaje del trauma complejo y los síntomas disociativos?

Método

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en seis bases de datos bibliográficas: *MEDLINE Complete, Psycodoc, PsycInfo, PubMed, Psychology & Behavioral Sciences Collection (P&BSC) y Scopus*. Por cada base de datos se utilizaron ecuaciones de búsqueda distintas adaptando los siguientes términos de lenguaje libre: *psychodynamic therapy, psychodynamic approach, dynamic therapy, psychoanalytic, psychoanaly*, psychodynamic, analytic, approach, treatment, treat*, therapy, therap*, interv*, intervention, technique, trauma, dissociation, dissociate, dissociative*. Además, los términos que compusieron la ecuación de búsqueda en lenguaje documental fueron *Psychoanalysis, Psychodynamic Psychotherapy, Emotional Trauma, Stress and Trauma Related Disorders, Trauma, Psychological, Stress Disorder, Traumatic, Traumatic Stress Disorder, Traumatic Stress Disorders, Dissociative Disorders, Dissociative, Dissociative Reaction, Dissociative Disorder, Dissociation y Fugue*. Se conectaron los términos con los operadores *AND* y *OR*.

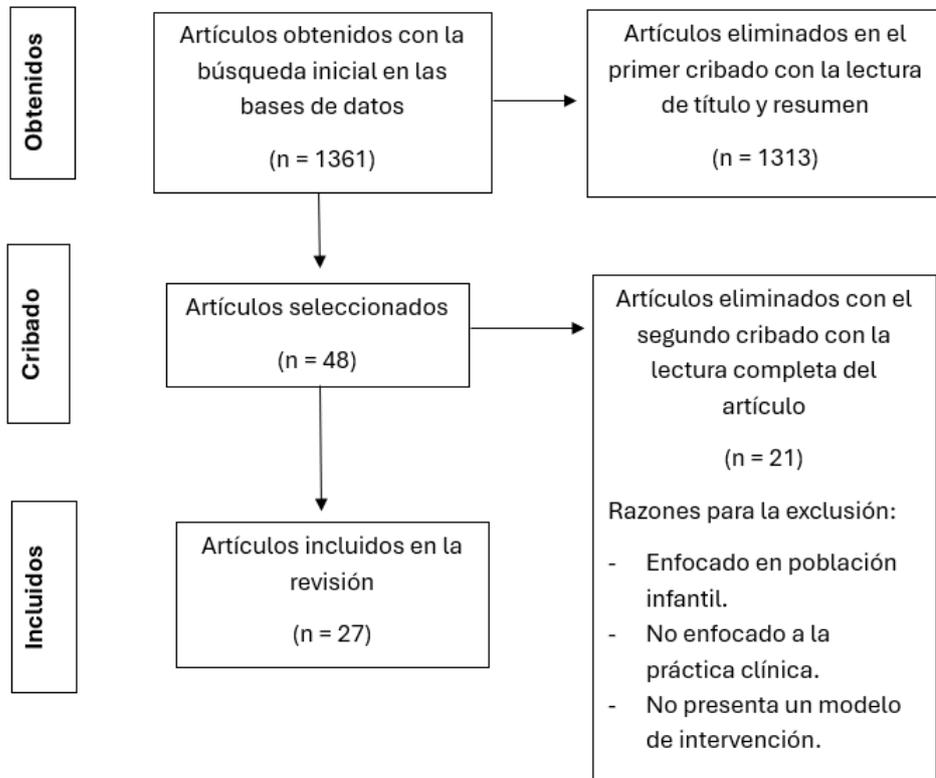
Como criterios de elegibilidad se consideraron los siguientes: (a) publicaciones desde 2010 hasta 2024, (b) enfocadas a la intervención con población adulta, (c) artículos científicos excluyendo libros y abstracts, (d) enfoque psicodinámico, (e) abordaje del trauma, (f) abordaje de la disociación o de los trastornos disociativos y (g) en español o en inglés.

Tras lanzar las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos se obtuvo un total de 1361 publicaciones. Se realizó un primer cribado con la lectura de los títulos y resúmenes de las publicaciones obtenidas. Se descartaron los artículos que (1) no incluyesen formulación explícita del trabajo terapéutico, (2) estudiaran población infantil, (3) fueran de corrientes distintas a la psicodinámica y (4) fuesen exclusivamente estudios de caso.

Los criterios de exclusión mencionados del primer cribado permitieron reducir el número de artículos a un total de 48. A continuación, se realizó un segundo cribado mediante la lectura completa de los artículos seleccionados previamente para comprobar que seguían los criterios de elegibilidad mencionados. Tras el segundo cribado se incluyeron un total de 27 artículos en la revisión (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



Resultados

Los hallazgos recurrentes que emergen del análisis de la literatura seleccionada sobre el abordaje del trauma complejo revelan un consenso significativo en torno a la importancia de cuatro categorías centrales. Estas categorías corresponden a dimensiones que se presentan como fundamentales en una importante cantidad de los estudios analizados, y, con formulaciones diversas y en diferentes grados de preeminencia según el autor o el trabajo, se distinguen como elementos cruciales para una intervención terapéutica eficaz. Las categorías a las que nos referimos comprenden la **relación terapéutica**, el **trabajo del propio analista**, el **diálogo informado en trauma** y las **técnicas específicas**. Estas dimensiones fundamentales del trabajo psicodinámico centrado en el trauma, identificadas de manera consistente a través de diversos estudios, configuran un marco esencial para guiar la práctica clínica en el tratamiento de las secuelas del trauma complejo.

Relación terapéutica

El trauma complejo, al ser en muchas ocasiones causado por eventos acumulativos o relacionales, causa que la persona adopte una posición protectora frente a la red perceptiva, es decir, la persona pone una barrera inconsciente que regula la percepción del individuo dejando una profunda sensación de inseguridad. La base de seguridad se rompe, convirtiendo el mundo en una amenaza constante y en un lugar que se siente como peligroso (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Music, 2021). Por ello es esencial destacar el **establecimiento de la seguridad y la confianza**, la seguridad en el espacio terapéutico como prioridad, siendo fundamental para trabajar con trauma. Establecer un entorno terapéutico seguro sienta las bases para que el paciente pueda confrontar y resignificar sus experiencias traumáticas. Esto facilita un trabajo gradual hacia la tolerancia del impacto y el significado de dichas vivencias, en muchos casos disociadas y reprimidas (Busch y Milrod, 2018; Gordon, 2013; Rufenacht et al., 2023, Teicholz, 2014; Woller et al., 2012).

La relación segura y empática facilita que el paciente desarrolle una **base de seguridad interna** que les permite manejar y abordar sentimientos fuertes, como la envidia, la rabia o la vergüenza, sin llegar a ser abrumados, evitando activar patrones y comportamientos autodestructivos (Alessi y Kahn, 2019; Goldblatt, 2013). Un sólido sentido de seguridad interna en el paciente cataliza el desarrollo de su agencia personal y su percepción de control sobre el proceso terapéutico. Este empoderamiento resulta un objetivo primordial en la construcción de una relación terapéutica segura y colaborativa. En consecuencia, se vuelve fundamental para el terapeuta fomentar activamente y reforzar continuamente este sentido de agencia en el individuo a lo largo de su recorrido terapéutico. A diferencia de lo que sucede en terapias centradas en trastornos no ligados al trauma, esta necesidad intrínseca de control por parte del paciente no debe interpretarse como resistencia, sino más bien como una estrategia fundamental de autoprotección o medida de seguridad que, al ser reconocida y respetada, allana el camino hacia la confianza plena en la relación terapéutica. Al sentirse partícipe activo y con capacidad de influencia en su propio proceso, el paciente experimenta una mayor sensación de seguridad, lo que a su vez profundiza su compromiso y facilita una exploración más abierta y significativa, así como, su adaptación (Alessi y Kahn, 2019; Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Knox, 2013; Woller et al., 2012).

Para aportar ese entorno de seguridad, es importante establecer un ambiente de “**holding**” o **sostén**, entendido como la aportación de un soporte físico y psicológico estable para las partes fragmentadas y posiblemente disociadas del paciente. Este soporte es el espacio y el contexto bajo el que se realiza el trabajo terapéutico, siendo la base y paso previo al procesamiento de la memoria traumática. Este espacio de sostén simboliza la estabilidad que crea el cuidador al bebé, para dicha estabilidad, el terapeuta identifica y se adapta a las necesidades del cliente, como lo haría la figura de cuidado con el bebé. Cubriendo las necesidades básicas del paciente permite que se sienta comprendido y pueda llegar a integrar esas partes fragmentadas (Alessi y Kahn, 2019; D’Agostino, 2011; Haliburn et al., 2017).

Ese sostén inicial sienta las bases necesarias para llegar a la **contención**, también elemento esencial en la relación terapéutica. El analista desempeña un rol activo al escuchar atentamente los sentimientos y pensamientos que el paciente verbaliza, para luego ordenarlos y reformularlos de una manera que facilite su comprensión y, progresivamente, su tolerancia. La contención promueve esa seguridad interna del paciente ayudando a procesar y expresar los sentimientos difíciles e indeseados. Esta función de contención por parte del analista ayuda al paciente a dar sentido a su mundo interno, a desarrollar la capacidad de integrar experiencias emocionales desafiantes y facilitar la adaptación al estrés (Alessi y Kahn, 2019; Goldblatt, 2013; Katz, 2015; Teicholz, 2014).

Otro elemento importante a tener en cuenta en el espacio terapéutico es **la transferencia y la contratransferencia** que ocurren en dicha relación. Los sentimientos, conflictos y defensas pueden resurgir dirigidos al terapeuta, lo que permite abordar dichos fenómenos y hacerlos visibles, pudiendo identificar las necesidades y miedos del paciente. La transferencia es un puente entre el pasado y el presente, llevando las experiencias del pasado a la relación terapéutica actual (Busch y Milrod, 2018; Haliburn et al., 2017). Las experiencias traumáticas tempranas del paciente se reactualizan y reconstruyen en la relación terapéutica, por lo que entender y ser consciente de la transferencia es clave para contener patrones destructivos y elaborar una relación funcional y segura (West, 2013). Además, cuando hablamos de transferencia es inevitable no hablar de contratransferencia, ya que los dos fenómenos van de la mano, siendo este un fenómeno mutuo dado en la co-construcción de la relación (Kilborne, 2014; West, 2013). La contratransferencia del terapeuta, incluyendo sus propias sensaciones

corporales y resonancias emocionales, se considera una herramienta diagnóstica y terapéutica crucial para identificar las partes disociadas del paciente y sus necesidades. Dichas sensaciones y emociones sentidas por el terapeuta permiten acceder a la experiencia fragmentada del paciente y a las necesidades que este no es capaz de expresar, son la vía de acceso que se crea mediante la relación terapéutica. Por ello es esencial poder identificar esas reacciones contratransferenciales, ya que esta herramienta permite ver más allá del lenguaje verbal y no verbal del paciente, pudiendo guiar la intervención, ya que dichas sensaciones sentidas por el terapeuta son mensajes y pistas inconscientes expresados por el paciente que permitirán descubrir las huellas del trauma y la posible presencia de disociación (D'Agostino, 2011; Waldron, 2010). El analista debe manejar y ser consciente de sus propias reacciones contratransferenciales para promover un ambiente seguro y evitar caer en la sobreidentificación o poner excesiva distancia emocional con el paciente (Woller et al., 2012). En esa danza de transferencia y contratransferencia ocurren ciertas actuaciones o “**enactments**” de patrones y experiencias disociadas, que pueden llegar a ser herramientas útiles para el tratamiento. Estos “enactments” actúan como una comunicación preverbal y afectiva, siendo ventanas hacia el mundo interno del paciente, transmitiendo mensajes implícitos y permitiendo vías de acceso a la experiencia real del paciente. Mediante estas actuaciones la persona expresa (de forma inconsciente) sus deseos insatisfechos y heridas primarias, así como, los patrones defensivos que ha desarrollado para sobrevivir a las experiencias traumáticas, buscando ser visto, validado y cuidado. (Standish, 2015; West, 2013). Tanto la transferencia como la contratransferencia aportan información valiosa y necesaria para el establecimiento seguro relacional y para la efectividad del tratamiento (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Katz, 2015; Kilborne, 2014).

Por último, para asegurar el vínculo terapéutico seguro es importante destacar el **respeto, la empatía y la flexibilidad**, es decir, el poder adaptarse a las defensas y circunstancias del paciente, respetando además dichas defensas y formas de comunicación. Respetar el silencio como forma de comunicación del paciente y ajustar el lenguaje del analista según las necesidades del paciente (Gaddini y Riefolo, 2020; Gordon, 2013; Haliburn et al., 2017; Levy y Shalgi, 2022). Para ello es esencial la **escucha empática** para poder, además, validar y reconocer el impacto del trauma en el individuo (Diamond, 2020; D'Agostino, 2011).

Trabajo del propio analista

El trauma, especialmente el complejo, suele acarrear síntomas disociativos que se interponen e interrumpen la experiencia emocional del individuo, sin poder integrarla en su identidad y subjetividad. Aquí es donde entra la importancia del trabajo del propio analista, ya que, para reparar esas interrupciones o rupturas en la experiencia vivencial y emocional del paciente, es necesario la construcción mutua de la relación de seguridad y confianza. Para establecer dicha relación, se necesita la participación mutua, tanto del analista, como del paciente, en los intercambios subjetivos experienciales, es decir, se trata de una relación en la que hay una influencia recíproca y mutua, necesitando compartir la subjetividad de ambas partes para establecer esa confianza. Por ello es esencial que el analista sea consciente de sus limitaciones y de su propia subjetividad, realizando un trabajo propio para poder establecer dicha relación, poder acceder a experiencia subjetiva del paciente y protegerse a sí mismo manteniendo su propio bienestar.

El propio analista también debe realizar un trabajo sobre sí mismo para poder abordar efectivamente el trauma y construir la relación de confianza y seguridad necesaria. Para ello, el analista debe poder gestionar su propio afecto para acceder, tolerar, procesar y poder comunicarlo, no necesariamente de forma explícita al paciente. La **autorregulación del analista** necesita de conciencia somática y corporal para poder identificar y manejar sus propias respuestas contratransferenciales, llegando además a manejar la desregulación afectiva inducida por el material traumático del paciente (Bush y Milrod, 2018; Diamond, 2020; Goldblatt, 2013; Teicholz, 2014).

Relacionado con la **contratransferencia**, los analistas deben estar atentos a dicho fenómeno ya que pueden llegar a identificarse con emociones del paciente como, por ejemplo, la indefensión, afectando por lo tanto a su capacidad y al proceso terapéutico. Por consiguiente, es importante evitar la identificación proyectiva de roles traumáticos como el agresor o la víctima, pudiendo identificarlos, pero sin llegar a actuarlos. Además, esta conciencia de la contratransferencia también debe tener en cuenta la propia participación en los “enactments” o actuaciones para entender las dinámicas inconscientes que se pueden estar perpetuando en la relación, entendiéndolos como oportunidades para acceder a las necesidades, heridas y deseos del paciente. Entender las dinámicas en las que se está formando parte permite identificar los patrones defensivos,

frenar las interacciones que estén propiciando dichos patrones y guiar la intervención para cubrir las necesidades del paciente y reformular su experiencia (Busch y Milrod, 2018; Diamond, 2020; Katz, 2015; Waldron, 2010; West, 2013).

Mediante la relación transferencial el analista sirve de receptor de mensajes del paciente que indican las necesidades y sensaciones de este, llegando a ser una herramienta útil en el proceso para entender el mundo interno del individuo. El analista recibe esos mensajes y los interpreta analizando sus propias reacciones contratransferenciales, ya expuestas anteriormente, y las actuaciones o “enactments” que pueden estar ocurriendo (Busch y Milrod, 2018; Waldron, 2010). Sin embargo, hay que enfatizar el **bienestar del terapeuta** siendo conscientes de la posibilidad de traumatización vicaria que puede conllevar. Por ello es esencial tener en cuenta esa contratransferencia y poner cierta distancia emocional, manteniendo siempre la empatía (Woller et al., 2012).

Relacionado con el bienestar del analista, este debe ser consciente de **sus propias vulnerabilidades y reacciones**. En muchas ocasiones, el terapeuta deberá conectar con esas vulnerabilidades y disociaciones propias para adentrarse al mundo interno del paciente y permitir un encuentro intersubjetivo, por lo que es importante el rol de la **supervisión** para evitar dinámicas disfuncionales (Gordon, 2013; Levi y Shalgi, 2022; Kilborne, 2014; Standish, 2015)

Además, el analista debe activar la **escucha analítica** para ir más allá de las palabras expresadas por el paciente, siendo consciente del lenguaje no verbal del paciente y de sus propias sensaciones corporales, mediante la relación transferencial (D’Agostino, 2010). Esta escucha analítica permite que el analista se adapte a las necesidades y ritmos del paciente, adaptando la interpretación y manteniendo una **flexibilidad activa** llegando a modificar las técnicas, los roles y el enfoque cuando es necesario (Dent, 2020; Standish, 2015).

Diálogo terapéutico informado en trauma

Para abordar la complejidad del trauma se necesita una base sobre la que sustentar nuestro dialogo terapéutico, así como, ciertos elementos a tener en cuenta para la efectividad del tratamiento. Lo primero cuando abordamos un trauma complejo es la **estabilización**, establecer una sensación de seguridad interna, que comprenda lo corporal

y psicológico, antes de llegar al contenido traumático para evitar la retraumatización del paciente (Bush y Milrod, 2018; Dent, 2020; Music, 2021; Woller et al., 2012). Para la estabilización es necesario fomentar los recursos personales intrínsecos del paciente y trabajar para lograr cierta coherencia y continuidad en la persona. Sin embargo, es necesario tener en cuenta la ventana de tolerancia del paciente para evitar la sobreestimulación y el desbordamiento de sus límites de activación. Además, se subraya la importancia de fomentar y fortalecer tanto la regulación emocional como los mecanismos de afrontamiento adaptativos para aportar el sentido de agencia y seguridad necesarios para alcanzar esa estabilidad (Dent, 2020; Haliburn et al., 2017, Woller et al. 2012). Por lo tanto, en este establecimiento de estabilidad uno de los objetivos principales es aliviar la ansiedad y la desconfianza de la persona, validando los sentimientos y miedos que este pueda tener. Es crucial recalcar que este apoyo y acompañamiento se debe realizar sin forzar la narración y el desahogo, respetando su ritmo para mantener esa base de confianza y desarrollar una base relacional segura (Bush y Milred, 2018).

Una vez llegados a cierto nivel de estabilización podemos empezar a abordar el trauma con el objetivo final de poder integrar las experiencias traumáticas y partes disociadas en una narrativa y un sentido del self e identidad coherente (Bush y Milred, 2018; Gordon, 2013; Waldron, 2010). Para **abordar y reconstruir la historia traumática** el analista debe tener varios elementos en cuenta para poder identificar y ayudar a integrar el contenido narrativo, emocional y vivencial que ha sido aislado por las experiencias traumáticas (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Diamond, 2020).

Para empezar, hay que ser conscientes del riesgo de **retraumatización** del paciente, por eso es importante cuidar los tiempos y evitar forzar la exposición excesiva o acelerada a la historia traumática. Para adaptar los tiempos y el ritmo a las necesidades del paciente es fundamental atender al lenguaje no verbal del paciente y las posibles manifestaciones disociativas, teniendo en cuenta las vulnerabilidades del paciente y manteniéndolo en su ventana de tolerancia (Alessi y Kahn, 2019; Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Bush y Milrod, 2018; Dent, 2020; Diamond, 2020; Music, 2021; Woller et al., 2012).

Teniendo en cuenta este riesgo y la necesidad de adaptar el ritmo al paciente, pasamos a hablar del **abordaje del trauma**. Cuando hablamos de abordar el trauma, no se trata exclusivamente de abordar el contenido traumático explícito, también de sus efectos y manifestaciones inconsciente atendiendo a las expresiones inconscientes del

trauma que se manifiestan a través de gestos, hábitos o síntomas somáticos. Se **reconstruye la historia traumática** para explorar el significado de los síntomas y su relación con la historia traumática. La construcción de la narrativa del trauma se desarrolla de forma gradual, es importante ser conscientes de la probabilidad de lagunas e inconsistencias al iniciar el proceso, pudiendo señalarlas desde la empatía y la sensibilidad, armados de paciencia cuando el paciente no pueda describir las experiencias. Lo esencial es abordar el trauma sin obligar. Por ejemplo, según el tratamiento basado en la mentalización de Rufenacht et al. (2023), también se podría identificar con los pacientes los aspectos que les resultan más fáciles de abordar con respecto a las memorias traumáticas para poder empezar a trabajar con el contenido traumático (Bush y Milrod, 2018; Gordon, 2013; Henley, 2023; Katz, 2015; Waldron, 2010; Woller et al., 2012).

Para abordar las experiencias traumáticas es esencial la **validación y comprensión** de los sentimientos del paciente frente al trauma, es decir, el reconocimiento de la experiencia del paciente, lo que implica comprender que las reacciones y sentimientos de la persona son respuestas comprensibles al trauma. La validación contrarresta el sentimiento de soledad y aislamiento que suelen acompañar a las personas que han experimentado vivencias traumáticas. Es común que las personas experimenten, además, vergüenza, culpa, indefensión e ira. La empatía y el reflejo por parte del terapeuta facilitan la **recontextualización de la vivencia traumática**, fomentando la confianza y manteniendo la estabilización del paciente. Estos sentimientos se deben abordar siempre desde la aceptación y la empatía, respondiendo a las partes rechazadas del self del paciente y abordando los mecanismos de defensa que los mantienen. Dichos sentimientos y mecanismos se suelen manifestar mediante la **transferencia y la contratransferencia**, evidenciando la necesidad de trabajar con estos fenómenos para poder identificar dichos afectos y responder adecuadamente (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Bush y Milrod, 2018; Cates, 2014; Rufenacht et al. 2023).

El **fenómeno transferencial** ocurre cuando el paciente transfiere o proyecta los estados emocionales y deseos inconscientes, originalmente direccionados a otros individuos, hacia el terapeuta. La **contratransferencia** son los estados emocionales o reacciones somáticas del terapeuta frente la transferencia y comportamiento del paciente. Muchos estudios indican que este fenómeno se da, en cierta medida, por el rol que tienen las neuronas espejo, las cuales permiten a los seres humanos identificarse inmediatamente con el estado mental y el comportamiento observado en otros. El analista por lo tanto

procesa y conecta inconscientemente los estados emocionales y conductas del paciente con sus propios estados emocionales y experiencia vital. Es importante destacar que esta dinámica es una co-construcción, es decir, ambas partes participan en la relación, influyendo el uno en el otro y retroalimentándose, por lo tanto, el cambio por una de las partes influirá y aportará la oportunidad de cambio al otro (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Kilborne, 2014; West, 2013),

En la dinámica hay partes de la experiencia traumática que se activan y aparecen, siendo reactualizados a la experiencia actual expresándose y viviéndose de forma menos traumática, pudiendo mostrar dichas experiencias y volverlas accesibles para el analista. Esa reactualización permite que la experiencia actual pueda ser curativa mediante la relación terapéutica, aportando una vivencia distinta a la originalmente traumática. Para poder acceder a esas necesidades y vivencias traumáticas del paciente, el analista deberá ver más allá de lo expresado por la persona, tanto verbal como no verbal, y analizar la dinámica relacional, así como, sus propios estados y reacciones, es decir, analizar la contratransferencia. Es importante poder analizar las dinámicas en las que el analista se encuentra formando parte en la relación terapéutica, prestando atención a los roles en los que, de forma inconsciente, el paciente le asigna en función de sus necesidades y heridas inconscientes (es decir, los roles en los que nos está colocando el paciente dadas sus necesidades o heridas inconscientes fruto de las experiencias traumáticas). Dichas necesidades y heridas se expresan en ocasiones mediante **actuaciones o “enactments”**, por ello es esencial, ver más allá de esas actuaciones para entender el funcionamiento y el objetivo inconsciente que tienen para el paciente. Esto permitirá al terapeuta entender el funcionamiento psíquico del paciente y las motivaciones que impulsan sus patrones relacionales y defensivos. Paralelamente, es esencial que el analista sea consciente de sus propias actuaciones, ya que estas pueden ser una reacción directa a los estados emocionales proyectados o inducidos por la dinámica transferencial del paciente. Estas actuaciones podrían fomentar o perpetuar los patrones disfuncionales presentes en la persona, bloqueando la intervención y el cambio terapéutico. Por lo tanto, al comprender la función de los “enactments” del paciente y al gestionar conscientemente las propias respuestas contratransferenciales, el terapeuta puede facilitar un espacio de comprensión y cambio para el paciente, evitando la perpetuación de patrones disfuncionales y proporcionando una exploración más profunda de sus necesidades y heridas (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Busch y Milrod, 2018; Goldblatt, 2013; Diamond, 2020;

Haliburn et al., 2017; Katz, 2015; Kilborne, 2014; Standish, 2015; Waldron, 2010; West, 2013)

En síntesis, resulta fundamental integrar la comprensión de la transferencia y la contratransferencia como herramientas terapéuticas esenciales. Su importancia va más allá del establecimiento de la relación de confianza y seguridad que constituye la base indispensable para el trabajo analítico, también sostienen el dialogo terapéutico significativo que guía la intervención clínica y permite llegar al mundo interno de la persona. Al mantener una atención constante a estos fenómenos relacionales, el terapeuta puede prevenir el estancamiento y bloqueo del proceso terapéutico, así como, promover un avance hacia el cambio. Este progreso se fundamenta en una profunda consciencia de la propia contribución del terapeuta a la dinámica relacional, lo que permite una intervención más reflexiva y adaptada a las necesidades del paciente.

Acerca de los **patrones defensivos** que se muestran mediante la dinámica transferencial, son mecanismos de afrontamiento que se generan inconscientemente para la protección y supervivencia del individuo, pero que se pueden volver disfuncionales o destructivos. Estos mecanismos tienen como objetivo proteger a la persona de experiencias o emociones abrumadoras e intolerables, eventos externos peligrosos, conflictos internos y proteger del impacto del trauma. Estas estrategias de afrontamiento, útiles en su momento, se pueden volver disfuncionales ya que pueden llegar a bloquear o separar partes y experiencias intrínsecas en el paciente, impidiendo un funcionamiento saludable y obstaculizando la integración y la curación (Blass, 2015; Craige, 2023; Dobrich, 2024; Gaddini y Riefolo, 2020; Goldblatt, 2013; Knox, 2013; Waldron 2010).

Los **mecanismos de defensa** se pueden manifestar de muchas formas, tanto explícitamente como implícitamente. Los más comunes, especialmente frente al trauma, son los siguientes: **la disociación** (entendido como la separación o desconexión de la persona frente a sus propios estados emocionales, corporales y frente a la realidad, así como, la fragmentación de la experiencia o identidad en diferentes estados identitarios. Esto incluye los bloqueos, la intelectualización y el adormecimiento emocional y corporal), **la escisión** (entendido como la división o polarización de experiencias, de la propia identidad o de los otros en dos categorías extremas, “todo bueno” o todo malo” para proteger lo bueno de lo destructivo), **la represión** (entendido como el bloqueo o retención de los pensamientos y emociones intolerables fuera de la consciencia), **la evitación** (entendido como el comportamiento activo que permite alejarse de los

recuerdos traumáticos o emociones abrumadoras) y **la autoagresión** (es decir, la internalización de la culpa o la responsabilidad del trauma para darle sentido y contrarrestar la sensación de impotencia ante el trauma). Esto son los mecanismos comunes encontrados en la literatura y relacionados con el trauma, especialmente el complejo, pero existen más patrones defensivos que pueden llegar a surgir (Blass, 2015; Bohleber y Leuzinger- Bohleber, 2016; Cates, 2013; Craige, 2023; Dobrich, 2024; Gaddini y Riefolo, 2020; Knox, 2013; Rufenacht et al., 2023; Waldron, 2010).

En esta revisión, nos vamos a centrar especialmente en **la disociación**, mecanismo de defensa especialmente característico en el trauma complejo. La disociación es la interrupción en la integración de la consciencia y la identidad, es el proceso mental que crea desconexión en la persona frente a sus pensamientos, emociones, memoria, acciones y sentido de la identidad (Blass, 2015; Craige, 2023; Gordon, 2013; Rufenacht et al., 2023; Waldron, 2010). Se puede entender como un espectro, es decir, la disociación existe como mecanismo de defensa funcional, por una parte, siendo flexible y puntual, pero puede llegar a presentarse de forma severa, rígida y excesiva, llegando al otro extremo del continuo en el que estaríamos hablando de la disociación como un proceso que estructura y fragmenta la personalidad e identidad. Cuando se trata de la disociación como proceso estructurante, la identidad, memoria y experiencia vivida quedan encapsuladas en la mente, separándolas de la consciencia del individuo, llevando por lo tanto a esa falta de integración. Los síntomas disociativos pueden incluir la memoria fragmentada, desconectada de la narrativa y de la consciencia, la desregulación emocional, un sentimiento de vacío o ausencia, confusión con respecto a la propia identidad personal y posiblemente confusión en la percepción temporal, llegando a sentirse en el pasado (Bohleber y Leuzinger- Bohleber, 2016; Craige, 2023; Diamond, 2020; Dobrich, 2024; Gaddini y Riefolo, 2020; Gordon, 2013; Knox, 2013; Rufenacht et al., 2023; Waldron, 2010).

Para **abordar los procesos disociativos** es esencial la base relacional de seguridad y confianza ya mencionada previamente. Esta base permitirá fomentar la **estabilización** del paciente, siendo necesaria para **abordar las defensas**, pudiendo empezar por el manejo de los síntomas disociativos que permitirán avanzar en el procesamiento de la memoria traumática. Para el manejo de los síntomas disociativos es importante identificar la naturaleza y los detonantes de las experiencias disociativas. Para empezar, se debe educar al paciente, utilizando la psicoeducación, sobre la disociación y los síntomas para

reducir la vergüenza frente a dichos síntomas, normalizarlos, entenderlos y que el paciente desarrolle la habilidad de reconocer y manejar sus manifestaciones. Este manejo le aportará la sensación de control y de agencia sobre sus síntomas, reduciendo así la indefensión característica del trauma. Los síntomas disociativos se van materializando y exponiendo en la relación terapéutica, por ello es crucial prestar atención a los cambios de la dinámica relacional, la dinámica transferencial y los “enactments”, ya que estos nos permitirán identificar material disociado que no puede ser expresado verbalmente por el paciente. Mediante la relación terapéutica y el dialogo informado en trauma y disociación, se buscará **mejorar la regulación emocional** del paciente para que pueda llegar a tolerar y manejar las emociones intensas asociadas al trauma, permitiendo frenar la disociación como estructuración o mecanismo de defensa rígido y de uso excesivo. El objetivo mediante el dialogo informado en trauma y disociación es lograr **la integración** de la identidad, memoria y estados emocionales de la persona. Para ello, se necesita reconocer y trabajar comunicando con las distintas partes disociadas del paciente, aumentando y promoviendo la comunicación y colaboración entre dichas partes para lograr la integración de la persona (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016; Cates, 2014; Craige, 2023; Dobrich, 2024; Gaddini y Riefolo, 2020; Gordon, 2013; Knox, 2013; Rufenacht et al., 2023; Waldron, 2010).

Como herramientas en el dialogo informado en trauma se pueden usar **la interpretación y la integración narrativa**. Sin embargo, hay que prestar especial atención a los tiempos de interpretación, sobre todo, cuando aún no se ha logrado estabilizar los síntomas disociativos, ya que la interpretación prematura puede precipitar y fomentar la desconexión de las partes disociadas. La interpretación en el contexto del trauma psicológico facilita la reconstrucción de la historia traumática del individuo. Este proceso permite establecer conexiones significativas entre las vivencias pasadas y las dificultades que experimenta en el presente. Asimismo, la interpretación permite hacer consciente lo inconsciente, contribuye a la creación de una narrativa vital coherente y cronológicamente organizada, lo que posibilita la distinción entre los eventos ocurridos en el pasado y la realidad actual del paciente (Dobrich, 2024; Gaddini y Riefolo, 2020; Knox, 2013).

Por otra parte, se ha mencionado previamente **la vergüenza**, este es un sentimiento crucial para tener en cuenta a lo largo del proceso, ya que a menudo acompaña al trauma llegando a ser una emoción central en la experiencia de la persona,

especialmente en el trauma insidioso y el trauma complejo. Con frecuencia, los pacientes que han experimentado un trauma desarrollan sentimientos intensos de **vergüenza y culpa**, llegando a cuestionar su posible responsabilidad en el evento traumático. Además, es común en pacientes de trauma complejo la escisión de sentimientos abrumadores como pueden ser la vergüenza y la culpa, es decir, la separación y encubrimiento inconsciente de dichos sentimientos. En el abordaje terapéutico, es fundamental que el terapeuta esté dispuesto y sea capaz de tratar estos sentimientos de manera no enjuiciadora, facilitando la comprensión de las reacciones del paciente como respuestas comprensibles ante una situación extrema. Por lo tanto, se subraya la importancia de identificar y abordar la vergüenza que comúnmente acompaña al trauma. El terapeuta debe mostrar sensibilidad ante los sentimientos de vergüenza del paciente y guiarlo en la comprensión de sus orígenes dentro del contexto de la experiencia traumática para poder así profundizar la relación terapéutica (Alessi y Kahn, 2019; Busch y Milrod, 2018; Cates, 2014; Dobrich, 2024; Goldblatt, 2014; Haliburn et al., 2017; Rufenacht et al., 2023).

Por último, para adoptar un dialogo informado en trauma es crucial considerar la transmisión intergeneracional del mismo. El trauma puede ser transmitido de una generación a otra a través de la comunicación, generalmente, no verbal, a esto se le llama **trauma intergeneracional**. Este se produce cuando el trauma inicial no ha sido procesado e integrado psicológicamente, por lo que los supervivientes de ese trauma pueden llegar a transmitirlo a la siguiente generación. Este trauma transmitido se aloja significativamente en el inconsciente, vehiculizado a través del silencio y generando una traumatización vicaria en el entorno cercano al superviviente. Es esencial tener este fenómeno en cuenta frente al abordaje integral del trauma para poder reconocerlo, procesarlo y frenar su transmisión (Gordon, 2013; Katz, 2015; Kilborne, 2014).

Técnicas y modelos concretos

Una vez asentadas las bases para la intervención psicoanalítica general del abordaje del trauma y la disociación, a continuación, vamos a exponer las distintas técnicas y modelos concretos que se han encontrado para dicho abordaje, siempre desde el marco psicodinámico.

Para empezar, hablaremos de la **terapia basada en la mentalización focalizada en el trauma (MBT-TF)**. Esta terapia novedosa se enfoca en el abordaje de la

desconfianza, la disociación, la vergüenza, las experiencias del self extraño o alienado (es decir, de una identidad en la que la persona no se reconoce) y en promover la mentalización corporalizada (entendida como la autoconsciencia de las sensaciones y experiencias físicas de la persona, especialmente de las sensaciones relacionadas a estados disociativos) que permite a los pacientes comprender la relación entre sus experiencias corporales y sus emociones y pensamientos. Esto se logra mediante la estabilización, la psicoeducación y el procesamiento de memorias traumáticas e integración. Es una intervención orientada en fases y basada en intervenciones grupales con sesiones individuales (Rufenacht et al., 2023).

El siguiente modelo es **el modelo conversacional**, este enfoque psicoterapéutico avanzado se dirige a individuos que padecen trastornos graves de la personalidad, frecuentemente marcados por experiencias traumáticas previas. Su singularidad radica en la convergencia de principios de la teoría psicoanalítica, la comprensión del trauma psicológico, los hallazgos de la investigación sobre la memoria, la lingüística y la neurofisiología. Un aspecto central de esta terapia es la promoción del desarrollo del self del paciente a través de la interacción verbal terapéutica. Esta interacción se inspira en los patrones comunicativos tempranos observados en la conversación y el juego simbólico, elementos fundamentales en el desarrollo infantil. En la práctica clínica, se emplean técnicas lingüísticas específicas dentro del diálogo terapéutico, con un enfoque particular en el procesamiento de la experiencia en el momento presente (Haliburn et al., 2017).

El siguiente modelo es **la psicoterapia psicodinámica manualizada para TEPT**, relacionado específicamente con abuso infantil. Este modelo psicoterapéutico, originario en Alemania, se fundamenta en la teoría psicodinámica y se organiza en distintas fases del tratamiento. Incorpora hallazgos de la neurobiología para comprender mejor el impacto del trauma. Su enfoque central integra una perspectiva relacional psicodinámica, que considera la importancia de las relaciones interpersonales en el desarrollo y la psicopatología, con la activación de recursos internos del paciente a través de técnicas imaginativas. Además, el modelo usa técnicas específicas diseñadas para abordar el trauma, facilitando la estabilización del paciente, el procesamiento de las experiencias traumáticas y la reintegración de estas en la narrativa vital. Un aspecto crucial de este enfoque es su énfasis en la prevención de la traumatización vicaria en los terapeutas (Woller et al., 2012).

El último modelo concreto mencionado es **la psicoterapia psicodinámica intensiva breve (ISTDP)**. Considerada una terapia influyente, destaca especialmente por la comprensión de las manifestaciones corporales de las emociones. En particular, diferencia y trabaja con la tensión en la musculatura estriada (es decir, la tensión muscular), la cual se asocia con la preparación y disposición para experimentar afectos como la ira. Esta se distingue de las presentaciones en la musculatura lisa, que se vinculan con estados disociativos o de evitación. Este modelo destaca por su enfoque en las manifestaciones corporales (Music, 2021).

En cuanto a las técnicas que se pueden emplear para abordar el trauma complejo, relacionado con el modelo anterior se encuentran **las técnicas somáticas y de consciencia corporal**. Estas técnicas promueven la atención a las sensaciones corporales, las posturas, la respiración y la tensión muscular como fuentes de información de los estados emocionales internos, así como, medios de regulación física y emocional (D'Agostino, 2011; Knox, 2013; Music, 2021; Rufenacht et al., 2023).

Las siguientes técnicas que mencionar son las **técnicas de anclaje y calma**. Estas técnicas están orientadas a facilitar la conexión con el presente y la realidad. Para ello se usan estrategias que se centran en la **estimulación sensorial focalizada**. Esta técnica implica dirigir la atención del paciente hacia la experiencia inmediata a través de sus sentidos. Por ejemplo, se puede indicar y dirigir al individuo a concentrarse en las sensaciones físicas que experimenta, como el contacto de sus pies con el suelo. Esta simple acción puede servir como un anclaje tangible al momento presente, interrumpiendo la rumiación ansiosa o la sensación de desconexión característica de la disociación. El objetivo común es redirigir la atención del paciente desde sus pensamientos o sentimientos abrumadores hacia la información sensorial concreta y verificable del entorno actual. Estas técnicas de **puesta a tierra (grounding)** se fundamentan en la capacidad del sistema nervioso para procesar información sensorial tangible y accesible, lo cual puede contrarrestar la naturaleza abstracta, y a menudo perturbadora, de los estados de angustia y disociación. Al promover una mayor conciencia del "aquí y ahora" a través de las sensaciones físicas y los estímulos sensoriales, se busca fortalecer la sensación de realidad y facilitar la recuperación del equilibrio emocional en el paciente. Un ejemplo de esta técnica sería el uso de un **objeto de seguridad**, utilizando dicho objetivo para mantener la conexión con el presente aportando esa sensación de

seguridad durante los flashbacks o recuerdos traumáticos (Knox, 2013; Music, 2021; Rufenacht et al., 2023; Standish, 2015; Woller et al., 2012).

Por último, resulta interesante mencionar **las técnicas imaginativas**. Entre estas técnicas se encuentra la técnica del contenedor, en la cual se coloca el material abrumador y angustiante en un recipiente o contenedor para permitir cierto distanciamiento emocional, la técnica del lugar seguro, en la que se crea en la imaginación la imagen de un lugar que se asocie a seguridad, la técnica de la pantalla, la cual consiste en ver recuerdos traumáticos como en una pantalla para poder ponerse en la perspectiva del observador y poner cierta distancia, y la técnica del niño interior, que permite que la persona en su versión adulta interactúe con su parte infantil traumatizada mediante la imaginación (Woller et al., 2012).

Discusión

Los aspectos comunes del abordaje del trauma y la disociación desde el enfoque psicodinámico son bastante claros y se pueden integrar en distintos enfoques y modelos para formar un modelo integrador del abordaje del trauma, especialmente del trauma complejo. No obstante, a pesar de estas áreas de consenso, persisten divergencias conceptuales entre los autores en relación con ciertos aspectos específicos del trauma y la disociación, lo que subraya la complejidad de estos fenómenos y la necesidad de una continua reflexión teórica y clínica.

Existe un debate significativo en la literatura académica en torno a la clasificación precisa de **las experiencias disociativas** y la delimitación del punto en el que estas se consideran patológicas. Se reconoce que diversas manifestaciones de la disociación son observables en la población general y pueden funcionar como mecanismos de afrontamiento adaptativos en determinadas circunstancias. Esta realidad complica la distinción entre la disociación considerada “normal” o adaptativa y aquella que con carácter patológico o desadaptativa (Rufenacht et al., 2023). Dobrich (2024) destaca un uso extendido y, en ocasiones, impreciso del término "disociación" en las formulaciones clínicas. En este sentido, defiende la necesidad de una mayor especificidad en el lenguaje clínico y científico al referirse a este fenómeno. Es crucial diferenciar si la disociación se conceptualiza como un proceso psicológico, como una estructura inherente del self (o de

la identidad), como una capacidad cognitiva ordinaria o como un mecanismo de defensa específico que se activa durante o inmediatamente después de un evento traumático (lo referido como defensa peritraumática). Esta diferenciación conceptual resulta fundamental para una comprensión más precisa y un abordaje clínico más eficaz de las experiencias disociativas.

Además, con respecto a la **disociación**, Gaddini y Riefolo, (2020) debaten también la concepción de la disociación de Freud, que considera la disociación como defensa, frente a la concepción de Janet, que considera la disociación como una posibilidad para soluciones nuevas y creativas, considerando el ego como una dimensión inestable que tiende continuamente hacia la unidad. Al final los autores proponen unir ambas perspectivas y entenderlas como polaridades de un proceso disociativo.

Por otra parte, Levy y Shalgi (2022) hablan acerca de la imaginación y la fantasía, distinguiendo estos dos conceptos y relacionándolos con el trauma, describiendo la **disociación como fantasía**. La imaginación se conceptualiza como un fenómeno dinámico y recreativo que se manifiesta tanto en la esfera intrapsíquica como en el entorno del individuo, siguiendo el movimiento psíquico de la persona y fomentando la creación de significado. Mientras que la fantasía la conceptualizan como un fenómeno causado por el trauma y relacionado con la disociación, siendo la consecuencia de la disociación frente al trauma, configurándose como un estado de aislamiento que escinde al individuo de la realidad y de los otros, limitando la construcción de significado intersubjetivo. El abordaje terapéutico se plantea como un tránsito entre estos dos dominios, con la finalidad de promover su comunicación y la influencia mutua. Esto implica la posibilidad de incorporar las experiencias disociadas al ámbito de la imaginación para establecer conexiones, otorgarles significado e integrarlas, facilitando así una existencia más fundamentada en la imaginación.

Por otro lado, Gordon (2013) introduce un concepto nuevo bastante interesante relacionado también con la disociación, se trata del **vínculo disociativo**. Este vínculo se caracteriza por un desapego compartido por el terapeuta y el paciente, una disociación mutua formada por el entendimiento compartido que se establece de forma no verbal dentro del inconsciente relacional. La función de este vínculo es la de espacio transicional que ofrece una conexión curativa, centrándose en el afecto y la conexión relacional, sin necesariamente integrar el conocimiento disociado. El terapeuta debe estar dispuesto a entrar en esa disociación compartida y respetar al paciente sin sacarle de su estado

disociativo. Se reconocen las heridas y el dolor del paciente evitando abordarlo directamente, respetando la disociación. Sin embargo, este vínculo se puede convertir en una trampa psíquica, ya que la relación formada no facilita la reconstrucción de una narrativa coherente ni la integración de los estados emocionales ocultos, permitiendo solamente la integración parcial del trauma. Por lo tanto, este concepto de vínculo disociativo introducido por Gordon (2013) ofrece una oportunidad para conectar desde el vacío que puede dejar el trauma y la disociación, aportando una experiencia relacional curativa, sin embargo, puede suponer un riesgo para la integración del trauma y de los estados emocionales del paciente. Esto, además, genera cierto debate con respecto a otros autores como Katz (2025), Teicholz (2014), Woller et al. (2012) o Dobrich (2024), que ponen el enfoque en la integración de las partes disociadas, de los estados emocionales y de la historia traumática.

Otro concepto que ha generado debate es **la escisión**. Normalmente se considera un mecanismo de defensa como tal, un concepto único, pero Blass (2015) divide la escisión en cuatro tipos: la escisión como disociación, la escisión como desautorización, la escisión de representaciones y la escisión de la mente. La escisión como disociación implica la fragmentación de la personalidad. Estas partes disociadas, conceptualizadas como "grupos psíquicos", poseen la particularidad de mantener un cierto grado de accesibilidad a la conciencia del individuo. Esta condición puede manifestarse clínicamente a través de fenómenos como la "doble conciencia", donde coexisten estados mentales diferenciados, o incluso en la emergencia de múltiples identidades o personalidades distintas. Otros autores, categorizarían este fenómeno directamente como disociación. La escisión como desaprobación se centra en la respuesta del ego ante una realidad insoportable, se percibe dicha realidad, pero se niegan sus implicaciones. La escisión de representaciones implica la división y polarización de las representaciones mentales en categorías de "todo bueno" o "todo malo", concepto que se acerca a la concepción de escisión de otros autores como Goldblatt (2013) o Horowitz (2018). Por último, la escisión de la mente que implica la división de uno mismo con el objetivo de preservar lo bueno. Blass (2015) plantea la siguiente pregunta, ¿tienden los analistas, en su práctica clínica, a abrazar genuinamente las complicadas manifestaciones de la escisión en sus pacientes, explorando las coexistencias de partes aparentemente inconexas y contradictorias del self? O, por el contrario, ¿existe una tendencia implícita, quizás inconsciente, a buscar una narrativa coherente y unificada de la psique del paciente,

minimizando o integrando prematuramente las disociaciones innatas de la escisión? Esta disyuntiva plantea un debate significativo en relación con la concepción misma de la psique. Si los analistas priorizan la búsqueda de una unidad psíquica, esto podría generar que pasen por alto la realidad psíquica fragmentada y conflictiva que la escisión revela. Esta omisión podría limitar la comprensión de las dinámicas inconscientes y las ansiedades primitivas que subyacen a la organización psíquica del paciente. Por otro lado, una inmersión profunda en las complejidades de la escisión requiere una capacidad analítica para tolerar la ambigüedad, la contradicción y la ausencia de una narrativa lineal inmediata. Por lo tanto, la manera en que los analistas se posicionan frente a la escisión moldea su abordaje terapéutico y su comprensión de la psique.

Por último, un concepto importante que no se suele mencionar tanto es **la traumatización vicaria** del terapeuta. Este fenómeno se refiere a la transformación profunda, a menudo negativa, en la experiencia interna (del terapeuta en este caso, pero se puede dar en otras personas) que resulta de la exposición indirecta al material traumático del paciente a través del compromiso empático al escuchar las historias de trauma de la persona. En esencia, la traumatización vicaria describe el impacto que el testimonio del sufrimiento asociado a eventos traumáticos tiene en el observador. Se distingue del trauma directo en que no implica la vivencia personal del suceso, sino la afectación derivada de la exposición al trauma de otro individuo. Este proceso puede generar cambios significativos en la experiencia interna del testigo, afectando sus esquemas cognitivos, respuestas emocionales e incluso su bienestar físico. Es uno de los elementos reconocidos especialmente por Woller et al. (2012) y Diamond (2020), los cuales lo consideran un riesgo innato y una consideración para tener en cuenta al trabajar con pacientes que han experimentado eventos traumáticos. Diamond (2020) además de considerarlo un riesgo, lo considera una posible herramienta terapéutica necesaria para representar e interpretar el significado del contenido inconsciente del paciente. Bajo esta perspectiva, se requiere que el terapeuta desarrolle una receptividad hacia el afecto y las emociones que emanan del paciente, permitiendo ser impregnado por dicho afecto y logrando la inmersión empática en su experiencia subjetiva.

Los debates sobre los diferentes síntomas del trauma complejo y la conceptualización de los mismos, como la disociación o la escisión, dificultan diferenciar lo que se puede considerar como adaptativo o patológico. Estas discusiones son valiosas, ya que impulsan una profunda reflexión sobre la naturaleza de la psique humana y la

posible influencia de factores innatos en las respuestas al trauma. Dichas cuestiones nos invitan como profesionales de la psicología a examinar críticamente nuestras propios sesgos y enfoques terapéuticos. Con ello se plantea una cuestión fundamental sobre las prioridades con respecto a la intervención y objetivos con el paciente: ¿se busca genuinamente el bienestar integral del paciente, aceptando la complejidad y la posible adaptabilidad de ciertos mecanismos defensivos, o se persigue una concepción de integración y unicidad completa de la psique como referencia de bienestar, incluso a expensas de estrategias de afrontamiento que, aunque no convencionales, pueden ser esenciales para la regulación y estabilidad del individuo? Esta reflexión continua me resulta crucial para asegurar que la intervención psicológica se centre verdaderamente en las necesidades del paciente, respetando su singularidad, siendo necesario flexibilizar y adaptar nuestro concepto de bienestar cuestionando los límites que delimitan la patología y la salud.

En cuanto al bienestar del propio terapeuta y la posibilidad de traumatización vicaria, me parece fundamental reconocer que el analista se encuentra expuesto a un riesgo real de poder llegar a internalizar el sufrimiento ajeno, por lo que las estrategias de protección se vuelven una necesidad imperante. Ser conscientes de las propias debilidades implica una profunda comprensión de los propios límites, permitiendo así establecer una barrera protectora saludable, sin que esto implique sacrificar la conexión empática y la comprensión de la experiencia subjetiva del paciente. Estas estrategias de protección y autoconocimiento son esenciales para evitar que el proceso terapéutico se convierta en una relación dañina para ambas partes. El objetivo es promover una relación sanadora que permita al paciente explorar su mundo interno, por lo que una relación terapéutica comprometida por la falta de autocuidado del terapeuta puede derivar en dinámicas dañinas. Es por eso que la atención consciente del bienestar del propio terapeuta y la prevención de la posible traumatización vicaria no son solo actos necesarios para el terapeuta, sino también bases fundamentales para la construcción y el mantenimiento de una relación terapéutica sólida y sanadora.

Conclusión

En conclusión, el abordaje psicodinámico ofrece herramientas destacables para el abordaje del trauma complejo. La relación terapéutica es el motor principal que permite introducir y construir una relación reparadora mediante la empatía y las interacciones cuidadosamente analizadas. Al ser la relación terapéutica el motor principal, el abordaje psicodinámico permite ir más allá, teniendo en cuenta los subcontextos que se dan en las interacciones y en la propia relación, como los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, permitiendo la construcción de una alianza en la que poder destapar y expresar las heridas más profundas del paciente.

Además, el analista realiza un trabajo sobre sí mismo para poder conectar y aportar posibles resonancias y mensajes que se estén transmitiendo en la relación, ayudando así al paciente a entender sus patrones y sus mecanismos inconscientes. El analista debe ser consciente de sus propias limitaciones para poder autorregularse y manejar dichas resonancias para poder trabajar con ellas y evitar dañar la relación terapéutica, así como, protegerse y cuidarse a sí mismo enfatizando su propio bienestar como parte elemental del proceso.

Mediante la relación, se realiza un dialogo terapéutico que por medio de las bases de la empatía y la escucha analítica busca en primera instancia regular y estabilizar a la persona, fomentando la alianza terapéutica y fortaleciendo los recursos internos y regulación emocional del paciente. Esa estabilización permitirá poder abordar el contenido traumático evitando efectos contraproducentes como la retraumatización, siendo clave adaptar el ritmo y los tiempos a las necesidades del paciente buscando cierto equilibrio para mantenerlo en la ventana de tolerancia sin que resulte desbordado. A lo largo del dialogo terapéutico estarán presentes los fenómenos relacionales de transferencia y contratransferencia, herramientas fundamentales a tener en cuenta para el abordaje del trauma y fortalecimiento de la relación terapéutica. Estos fenómenos transferenciales nos ayudaran a entender el trasfondo de las posibles actuaciones que se den en el dialogo terapéutico y los mecanismos de defensa que vayan manifestándose, logrando hacerlos conscientes y abordarlos como parte del proceso terapéutico. Dicho proceso tiene como objetivo último la integración de la persona, logrando una identidad y una historia personal coherente que logre cierta regulación de los estados emocionales,

permitiendo, además, frenar la transmisión intergeneracional del trauma que se haya podido dar y que se pudiese dar en el futuro.

Hay ciertos modelos y técnicas específicas que aplican distintas herramientas concretas y constan de bases particulares en las que centrarse para abordar el trauma complejo, convirtiéndose en posibles referencias para tener en cuenta para el proceso terapéutico que cada analista pueda desarrollar. Algunas técnicas, como, por ejemplo, las técnicas somáticas o las de anclaje, pueden ser de gran utilidad para manejar los síntomas del paciente y fomentar la regulación emocional evitando el desbordamiento físico y emocional.

El modelo psicodinámico, por lo tanto, tiene un gran potencial para abordar el trauma complejo, sin embargo, tiene varias limitaciones como las constantes discusiones y debates acerca de distintos conceptos teóricos. La falta de concreción y los desacuerdos con respecto a los procesos disociativos o la escisión, por un lado, fomentan un debate que da pie a la reflexión y la investigación de estos procesos, pero, por otro lado, dificultan el planteamiento de un abordaje común y de la conceptualización de los síntomas y de lo que se llega a considerar adaptativo o patológico en las personas. Además, la falta de estudios empíricos dificulta el análisis de la eficacia de este modelo frente al trauma complejo, añadiendo la dificultad de la propia conceptualización del trauma complejo que no es reconocido como un diagnóstico diferencial como tal en los manuales más usados como el DSM V. Por ello es fundamental abogar por un diagnóstico diferencial que permita seguir investigando y especificar los procesos y abordajes más adecuados para este tipo de problemática. En cuanto al abordaje psicodinámico, sería importante llegar a un consenso con respecto a los aspectos considerados patológicos o desadaptativos e investigar para probar su eficacia demostrando el enorme potencial que tiene este enfoque frente a las características específicas de este tipo de trauma, logrando diferenciarse de otros enfoques.

Referencias

- Aguirre D, P., Cova S, F., Domarchi G, M. P., Garrido C, C., Mundaca Ll, I., Rincón G, P., ... Vidal S, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2). doi:10.4067/s0717-92272010000300004
- Alessi, E. J., & Kahn, S. (2017). Using psychodynamic interventions to engage in trauma-informed practice. *Journal of Social Work Practice*, 33(1), 27–39. <https://doi.org/10.1080/02650533.2017.1400959>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (quinta edición, texto revisado). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Blass, R. B. (2015). Conceptualizing splitting: On the different meanings of splitting and their implications for the understanding of the person and the analytic process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(1), 123–139. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12326>
- Bohleber, W., & Leuzinger-Bohleber, M. (2016). The Special Problem of Interpretation in the Treatment of Traumatized Patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(1), 60–76. <https://doi.org/10.1080/07351690.2016.1112223>
- Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2018). Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(2), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.005>
- Cates, L. B. (2013). Insidious Emotional Trauma: The Body Remembers ... *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1080/15551024.2014.857751>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>

- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. doi:10.1192/bjp.2020.43
- Craige, H. (2023). At Home in Oneself: Self-States and the Treatment of Trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 43(6), 468–481.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2023.2235305>
- Crespo-Generelo, T., Camarillo-Gutiérrez, H., & de Diego-Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12(84), 4918-4928.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- D'Agostino, G. (2010). Analytic listening as a holding function of the dissociated parts of the patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 20(1), 31–37.
<https://doi.org/10.1080/0803706X.2010.514944>
- Dent, V. (2020). When the Body Keeps the Score: Some Implications of Trauma Theory and Practice for Psychoanalytic Work. *Psychoanalytic Inquiry*, 40(6), 435–447.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2020.1782144>
- Diamond M. J. (2020). Return of the Repressed: Revisiting Dissociation and the Psychoanalysis of the Traumatized Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(5), 839–874.
<https://doi.org/10.1177/0003065120964929>
- Dobrich, J. (2024). Expanding dissociation informed psychoanalytic practice: How to make conceptual sense of Not-Me, No-Me, and Many-Mes. *Psychoanalysis, Self and Context*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/24720038.2024.2400216>
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., Handley, R., Albert, I., Cullen, D., Hackmann, A., Manley, J., McManus, F., Brady, F., Salkovskis, P., & Clark, D. M. (2013). Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 742–752.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.006>
- Fernández-Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez-Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: risk factors

- related to symptoms and diagnoses. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 2003616. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>
- Gaddini, A., & Riefolo, G. (2020). “I-ness” and the dissociative process. Working with defensive and creative dissociations in the analytic process. *American Journal of Psychoanalysis* 80(1), 53–68. <https://doi.org/10.1057/s11231-020-09240-4>
- Goldblatt, M. J. (2013). Shame in psychodynamic psychotherapy of post-traumatic states. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 36(2), 104–111. <https://doi.org/10.1080/01062301.2013.852877>
- Gordon, N. (2013). The Dissociative Bond. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(1), 11–24. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.694595>
- Haliburn, J., Stevenson, J., & Halovic, S. (2018). Integration in the Psychodynamic Psychotherapy of Severe Personality Disorders: The Conversational Model. *Journal of personality disorders*, 32(1), 70–86. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_290
- Henley, B. M. (2023). Psychodynamic techniques elicit emotional engagement in complex post-traumatic stress disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(3), 231–242. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2231059>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Horowitz M. (2018). Redefining Identity after Trauma or Loss. *Psychodynamic psychiatry*, 46(1), 135–144. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.1.135>
- Katz, G. (2015). Repressed Ghosts and Dissociated Vampires in the Enacted Dimension of Psychoanalytic Treatment. *The Psychoanalytic Quarterly*, 84(2), 389–414. <https://doi.org/10.1002/psaq.12006>
- Kilborne B. (2014). Trauma and the unconscious: double conscience, the uncanny and cruelty. *American journal of psychoanalysis*, 74(1), 4–20. <https://doi.org/10.1057/ajp.2013.35>
- Knox, J. (2013). The Mind in Fragments: The Neuroscientific, Developmental, and Traumatic Roots of Dissociation and Their Implications for Clinical

Practice. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(5), 449–466.

<https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815063>

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American journal of psychiatry*, 167(6), 640–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>

Levy, D., & Shalgi, B. (2022). Imagination and Fantasy: The Dialectic Nature of the Encounter with Trauma and Dissociation. *Psychoanalytic Dialogues*, 32(1), 54–69. <https://doi.org/10.1080/10481885.2021.2011731>

Martín Jiménez, V., Pejenaute Labari, E., López Company, P., & López Juan, J. (2022). Trastorno por estrés postraumático. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(8), 416–421. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.05.007>

Martínez, I. N., & Casares, M. C. L. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. <https://doi.org/10.5093/cc2016a7>

Music, G. (2021). Being safe and being brave: new thoughts on trauma, and adaptations to technique. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 35(4), 318–334. <https://doi.org/10.1080/02668734.2021.1992490>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11.^a ed.). <https://icd.who.int/>

Rüfenacht, E., Shaverin, L., Stubbley, J., Smits, M. L., Bateman, A., Fonagy, P., & Luyten, P. (2023). Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(4), 467- 491. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2272765>

Standish, L. (2015), Where is the Baby From, Why is it Here? *British Journal of Psychotherapy*, 31(1), 107-119. <https://doi.org/10.1111/bjp.12124>

Teicholz, J. G. (2014). Treating Trauma: The Analyst's Own Affect Regulation and Expression. *Psychoanalytic Inquiry*, 34(4), 364–379. <https://doi.org/10.1080/07351690.2014.899790>

- Waldron S. (2010). A curious metaphor. Engaging with trauma: an analytical perspective. *The Journal of analytical psychology*, 55(1), 74–90.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2009.01825.x>
- West, M. (2013), Trauma and the transference-countertransference: working with the bad object and the wounded self. *Journal of Analytical Psychology*, 58(1), 73-98. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2013.02018.x>
- Wisco, B. E., Nomamiukor, F. O., Marx, B. P., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2022). Posttraumatic Stress Disorder in US Military Veterans: Results From the 2019-2020 National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 83(2), 20m14029.
<https://doi.org/10.4088/JCP.20m14029>
- Wöller, W., Leichsenring, F., Leweke, F., & Kruse, J. (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse-- Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(1), 69–93. <https://doi.org/10.1521/bumc.2012.76.1.69>

Anexo A

Tabla A1

Resumen de elementos comunes del abordaje del trauma complejo

	Relación terapéutica	Trabajo del propio analista	Diálogo terapéutico informado el trauma
Elementos comunes	<ul style="list-style-type: none">- Establecimiento de confianza, de respeto y de empatía, mediante escucha empática y validación.- Aporte de base de seguridad interna.- Aporte de soporte físico y psicológico.- Contención y reformulación de sentimientos difíciles.- Trabajo con la transferencia y contratransferencia como herramientas para establecer relación terapéutica segura.- Flexibilización del terapeuta según las necesidades del paciente.	<ul style="list-style-type: none">- Autorregulación del analista.- Atención a la contratransferencia para regular reacciones propias, entender y cubrir las necesidades del paciente.- Atención al bienestar del terapeuta para evitar traumatización vicaria.- Consciencia de las propias vulnerabilidades.- Flexibilización del terapeuta según las necesidades del paciente.	<ul style="list-style-type: none">- Estabilización del paciente como primer objetivo mediante trabajo de recursos personales y regulación emocional.- Abordaje y reconstrucción de historia traumática.- Adaptación y flexibilización del ritmo para evitar la retraumatización y desbordamiento.- Uso de transferencia y contratransferencia como herramientas para el abordaje del trauma.- Abordaje de mecanismos de defensa, como los procesos disociativos y de sentimientos desbordantes, como la vergüenza.- Integración como objetivo final, logrando identidad coherente.- Atención a transmisión intergeneracional del trauma.

Tabla A2

Resumen de debates abiertos e intervenciones específicas del abordaje del trauma complejo

Debates abiertos:

- Conceptualización de la disociación, clasificación de experiencias disociativas y distinción entre la disociación patológica o adaptativa.
- Vínculo disociativo caracterizado por una disociación compartida entre el terapeuta y el paciente en el que no se saca al paciente del estado disociativo, frente al abordaje común de la disociación que requiere sacar al paciente del estado disociativo.
- Conceptualización de la escisión y posible tendencia de los psicoanalistas a buscar la unificación de la psique ignorando las disociaciones innatas o adaptativas.
- Traumatización vicaria del terapeuta entendido como riesgo innato del proceso o herramienta necesaria para la inmersión empática.

Intervenciones muy específicas:

- Terapia basada en la mentalización focalizada en el trauma (MBT-TF).
- Modelo conversacional.
- Psicoterapia psicodinámica manualizada para TEPT.
- Psicoterapia psicodinámica intensiva breve (ISTDP)

Técnicas específicas:

- Técnicas somáticas y de consciencia corporal para la regulación física y emocional.
- Técnicas de anclaje y calma para facilitar conexión al presente y la realidad a través de los sentidos evitando el desbordamiento.
- Técnicas de puesta a tierra (grounding) para fortalecer conexión al presente y la regulación emocional.
- Técnicas imaginativas para mantener cierta distancia emocional y evitar el desbordamiento frente al contenido traumático.