

## **"NO ME ACUERDO", O LA NARRATIVA DE UNA ADOPCIÓN**

Presentación de un Protocolo integrativo de Psicoterapia Breve que combina la Terapia Narrativa con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) para el tratamiento de los recuerdos traumáticos disociados en niños con historia de trauma relacional temprano

---

## **"I DON'T REMEMBER", OR THE NARRATIVE OF AN ADOPTION**

Presentation of an Integrative protocol of Brief Psychotherapy which combines Narrative Therapy with EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) for the treatment of the dissociated traumatic memories of the children with early relational trauma history

### **Begoña Aznárez Urbieto**

Psicóloga Psicoterapeuta (EFPA). Presidenta de IDAE (Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR) y Vicepresidenta de la SEMPYP (Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia)

**Resumen:** en los últimos años, la investigación en neurociencias ha venido a demostrar y confirmar lo que los clínicos que trabajamos con trauma psíquico veníamos intuyendo y validando cada día de trabajo: que la experiencia traumática en los primeros años de vida deja una "herida" que se extiende y se expresa, de forma más o menos sutil, en modos diferentes pero relacionados: desde el sustrato más básico y nuclear de las estructuras cerebrales hasta el complejo sentir, pensar y narrarse correspondiente a la necesidad de encontrarle sentido a dicha experiencia. Y que este modo de expansión y expresión puede ser el responsable de la sintomatología que desarrollan algunas de estas personas sometidas a tales experiencias traumáticas.

Se revisan en este artículo los principales hitos de la investigación en neurociencias que podrían explicar esta patología postraumática y se presenta un nuevo protocolo terapéutico integrador basado en los principios básicos de la Psicoterapia Breve, las Terapias Narrativas y EMDR. Asimismo, y para ejemplificar el desarrollo del protocolo, se presenta un caso clínico de sintomatología disociativa asociado a conflictos en adopción internacional tratado por la autora.

*Palabras clave: adopción, trauma, protocolo, EMDR, terapias narrativas,*

**Abstract:** in the past few years, investigation in neuroscience has demonstrated and confirmed what clinicians who work on psychological trauma have already noted and verified each working day: that traumatic experiences during the first years of a person's life leave a "wound" that spreads and appears, with more or less subtlety, in different but related ways: from the most basic level of brain structures to the complex feeling, thinking and narrating which corresponds with the need to find the meaning of said experience. And that this way of expansion and expression can be responsible for the

symptomatology developed by some of these individuals, who have been through such traumatic experiences. In this article, the main points of the investigation in neuroscience that explain this post-traumatic pathology are revised; and the author presents a new integrative therapeutic protocol based on the basic principles of Brief Psychotherapy, Narrative Therapies and EMDR. Moreover, to give an example of the development of the protocol, the article ends with the exposition of a clinical case of dissociative symptomatology associated with conflicts related to international adoption.

*Keywords: adoption, traumatic experiences, protocol, EMDR, Narrative Therapies*

## INTRODUCCIÓN

Que creamos no recordar no significa que no recordemos. Que no tengamos una historia que contar sobre nosotros mismos, sobre lo que nos ocurrió, no limita, ni mucho menos anula, las posibilidades de que aquello ocurriese. En la adopción, el niño adoptado puede afirmar que no recuerda quién era o cómo era su vida antes de ser adoptado, quiénes eran sus padres biológicos o las personas que le cuidaron sus primeros días, meses o incluso años; puede afirmarlo, puede incluso estar convencido, pero no por eso podemos dejar de dudar de la "veracidad" de sus palabras...

Que no pueda acceder conscientemente a la información almacenada en su memoria no significa que ésta no exista. Es la memoria implícita, (somatosensorial, esa que "guarda" el cuerpo), la clave en estos casos. Y que la información está ahí es innegable, incuestionable. Como lo es también que, de alguna manera, busca contarse, narrarse... Y debe hacerlo. Y nosotros, profesionales de la psicoterapia, debemos contribuir a que ese acto (el paso que transforma el self somático en self reflexivo, capaz de entenderse y entender a los demás) se lleve a cabo. Pero para ello, y en especial en estos casos (como en todos aquellos en los que se han vivido experiencias traumáticas) es necesario encontrar la vía de acceso a esas experiencias pasadas que el paciente no puede poner en palabras, la manera de transformar esa memoria implícita en memoria explícita, en una narrativa cargada de experiencia consciente. Porque, además, y como decía Frieda Fromm-Reichmann: "el paciente necesita una experiencia, no una explicación".

Basándonos en estas premisas ofrezco un modelo de intervención sobre la memoria implícita traumática de estos niños que han sufrido una experiencia de trauma relacional temprano que combina enfoques basados en la óptica de las narrativas y los que consideran la necesidad de acceder al material traumático (la mayoría de las veces disociado, rechazado) a través de la experiencia emocional y corporal (enfoques llamados de procesamiento de abajo arriba) como lo es el basado en la técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (DRMO en español, EMDR en inglés).

Presento uno de los varios casos que he tratado ya desde esta perspectiva breve e integradora con unos resultados muy satisfactorios en un número reducido de sesiones. Es el caso de Manuel (nombre ficticio que emplearemos a lo largo del artículo), un niño de 10 años, adoptado a los 6 después de ser abandonado a los casi 3 años por su mamá biológica y habiendo vivido desde entonces en dos instituciones.

### UNA REVISIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS IMPRESCINDIBLES

Asistimos, en las últimas décadas sobre todo, a un diálogo muy productivo entre la psicología y las neurociencias. Y para describir el interés común que nos lleva a ese diálogo podemos recurrir a las palabras de A. Schore: "... el intento de crear una psicología que debe ser una ciencia natural al enfocarse de forma específica en el papel psicobiológico esencial del inconsciente en todos los afectos, cogniciones y conductas humanas (Schore 1997)".

Así, un modelo explicativo completo del desarrollo del ser humano sólo puede ser psicobiológico. Y, en este sentido, dicho modelo sólo podrá ser el resultado de la integración de los aportes provenientes de diferentes disciplinas biológicas y psicológicas.

Se hace necesario pues, a la luz de los nuevos descubrimientos, un cambio de paradigma hacia uno que ofrezca una comprensión más completa, profunda y renovada de los procesos tempranos del desarrollo como aspectos centrales explicativos de la constitución del psiquismo humano. Con la incorporación de estos nuevos modelos explicativos obtendremos nuevas lecturas de viejos conceptos fundamentales en el ámbito psicoterapéutico, podremos otorgar el papel que se merece a la experiencia emocional dentro de la psicoterapia y resituaremos el cuerpo como "eje articulador de las funciones intelectuales" (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2008)

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

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

Parece que no queda más remedio que proceder a la revisión de algunos conceptos de influencia clave para el buen desarrollo del proceso psicoterapéutico. Veamos algunos de ellos con un poco más de detalle antes de exponer nuestras hipótesis:

### Memoria

Una moderna concepción de una ya muy antigua función psicológica como es la memoria, nos permitirá sustituir viejas definiciones de la misma por las que actualmente están alumbradas por descubrimientos provenientes de las disciplinas ya mencionadas más arriba. Y es que, memorizar no es solamente, o simplemente, la forma en la que almacenamos la información. Es más de lo que podemos recordar conscientemente. Es una cuestión de probabilidades. Es "el modo en que los acontecimientos pasados influyen sobre la función futura" (Siegel, 1999) La memoria es el modo en que la experiencia afecta al cerebro y a continuación, consiguientemente, altera sus respuestas futuras. Como nos insiste Siegel, no existe un "armario de almacenamiento", "el almacenamiento de la memoria es el cambio en la probabilidad de activar un patrón de red neural particular en el futuro".

El recuerdo es, por tanto, la activación real de ese perfil de red neural potencial que se parece al perfil activado en el pasado. Según el axioma de Hebb: "las neuronas que se excitan conjuntamente en un momento determinado tenderán a excitarse conjuntamente en un futuro". Este principio de vinculación conlleva tanto la asociación anatómica como la temporal e implica que el cerebro se prepara continuamente para el futuro basándose en lo que ocurrió previamente (y también que la experiencia moldea nuestro cerebro). Esto quiere decir que nuestro pasado moldea por completo nuestro presente y nuestro futuro. Un par de acontecimientos se han asociado una vez (recibir una gominola tras la clase de guitarra) y la tendencia será la de anticipar que se queden para siempre asociados (tras la siguiente clase de guitarra se esperará nuevamente una gominola). Los desencadenantes pueden ser internos (un pensamiento o un sentimiento) o externos (un acontecimiento externo relacionado con algún aspecto del pasado).

En definitiva, el ser humano necesita construir esquemas, modelos de explicación y de respuesta, que le permitan convertir el mundo en predecible. En la construcción de estos modelos mentales juega un papel fundamental lo que llamamos memoria implícita. "La investigación ha demostrado que los bebés son capaces de demostrar el recuerdo de experiencias en forma de aprendizaje conductual, perceptual y emocional" (Siegel, 1999). La memoria implícita implica partes del cerebro que no requieren el procesamiento consciente durante la codificación y la recuperación. Codificamos la memoria implícita a lo largo de toda nuestra vida pero en los primeros dieciocho meses sólo codificamos de esta manera. Es la que hace que "recordemos" con todo el cuerpo. Porque la memoria implícita crea algo llamado imprimación, que, en definitiva, no es más que la forma (como

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

La memoria implícita es, básicamente, un proceso evolutivo que nos mantiene a salvo y fuera de peligro pues nos permite reaccionar rápidamente, automáticamente incluso, en momentos catalogados de peligrosos sin necesidad de recordar de forma consciente e intencionada experiencias similares previas. Pero los recuerdos implícitos suponen una moneda con dos caras, pues, el sufrir una experiencia dolorosa, puede convertirse en un campo minado que puede limitarnos, condicionarnos, de manera muy significativa. Los recuerdos implícitos de experiencias dolorosas (no digamos traumáticas) pueden crear miedo, evitación, tristeza y otras emociones y sensaciones corporales muy dolorosas. Si un niño no es capaz de dar sentido a sus recuerdos dolorosos, puede presentar alteraciones a muy distintos niveles (somático, psicológico y cognitivo).

Aquí entra en juego la memoria explícita. Ésta es la que surge entre el segundo y el tercer año de vida cuando el niño ha ido desarrollando nuevas capacidades para hablar sobre los acontecimientos que se suceden en su día a día, e incluso, para recordar experiencias un poquito más lejanas en el pasado. Esta es la memoria a la que se refiere la mayoría de la gente al hablar de esta función psicológica. Aquí sí hay sensación de estar recordando.

La memoria explícita se construye sobre la base de la memoria implícita y se divide, a su vez, en dos tipos, semántica o factual y episódica o autobiográfica: recuerdo los hechos ocurridos y soy capaz de situarme a mí mismo dentro de esa secuencia de acontecimientos.

Lo más importante de todo esto es que la riqueza del auto-conocimiento y de las narraciones autobiográficas parece estar mediada por los diálogos interpersonales que se establecen entre los niños y sus figuras vinculares de referencia. De este modo podemos decir (con muy poco temor a equivocarnos) que las experiencias de apego pueden fomentar directamente la capacidad del niño para narrarse. "La comunicación compartida sobre los acontecimientos recordados fortalece la memoria" (Siegel, 1999). Y tener consciencia de lo ocurrido favorece la integración y la reducción del impacto doloroso de las experiencias perturbadoras.

Consciencia para la integración. Integración para ser conscientes. Imprescindible reunir las piezas implícitas para montar el rompecabezas a través de una narración que nos permita reflexionar y que pueda otorgar el necesario sentido a la experiencia ocurrida.

### Terapia narrativa

El concepto de Terapia Narrativa suele estar relacionado con un modelo terapéutico concreto que desarrollaron White y Epston en Australia y Nueva Zelanda desde la psicoterapia de familia. La emergencia, por tanto, de un enfoque terapéutico estructurado de base narrativo no se dio hasta la década de 1980.

Pero aquí hablaremos más de terapia de orientación narrativa o de la óptica de las narrativas como un modo de entender la práctica psicoterapéutica en general. Pues sabemos que el ser humano alcanza a dar sentido a su experiencia narrándose y "renarrándose" una y otra vez. Esta visión se encuadra dentro del marco conceptual del Constructivismo. Éste tiene su origen en la Filosofía: Kant afirma que nuestra mente construye el conocimiento a partir de los datos de la experiencia. La mente ordena estos datos mediante esquemas o reglas universales que le pertenecen a ella y no al mundo o a la realidad en sí misma. Es decir, el cómo se conoce determina lo que se conoce.

Según esta teoría, la realidad no se nos revela directamente sino que la vamos construyendo y por tanto, no habrá realidades esenciales sino que se van construyendo socialmente. Por supuesto, se construyen a través del lenguaje y se organizan y mantienen a través de las historias que nos contamos. Porque para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe relatarse. Es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia.

Así mismo, podemos decir que la actividad psicoterapéutica es una actividad narrativa desde el momento en que el cambio (que se presupone que ocurrirá) supondrá un manera diferente de "contarse" (un nuevo "quién soy" y "qué me pasó") para el paciente, una vez terminado el proceso. Así que el concepto Psicoterapia Narrativa resultaría casi redundante.

A comienzos de la década de 1970, Jerome Bruner advirtió y probó que los niños son capaces de organizar su mundo y comunicarse mediante historias sencillas. Primero están las que él llamó historias de "finalización": el bebé, mediante gestos dice "se acabó" cuando el biberón se vacía. El niño dice "¡Uh!" cuando cree haber cometido un error y "¡Oh!" cuando está sorprendido o contento. Bruner afirmó que los niños desarrollan los significados mediante la narración y que la necesidad de crear historias precede al lenguaje. Sugiere incluso que los bebés están motivados a aprender a hablar precisamente porque ya tienen historias dentro de sí mismos que quieren (y necesitan) compartir con los demás.

Parece, efectivamente, que contar historias es algo innato en la psique humana. Es algo que todos sabemos cómo hacer. De hecho, está tan integrado en nosotros que tiene su propio lugar en nuestro genoma: un gen llamado FOXP2. Descubierta en 2001 por el profesor Anthony Monaco y su equipo de investigación de la Universidad de Oxford, ahora se piensa que el FOXP2 es sólo el primero

de lo que los científicos consideran una constelación entera de genes que hacen posible el lenguaje y la narración. Esto implica que la narrativa que desarrollamos cada uno de nosotros para explicarnos posee un sustrato biológico que no puede eludirse. Las peculiaridades biológicas de cada uno de nosotros van a influir necesariamente en la forma de procesar la información. A su vez, la información se transmite a través de la relación con los otros y, así mismo, la cultura genera nuevas narrativas y nuevas historias y reprime algunas otras. Como dice Fernández Liria: "La narrativa es la resultante del crisol de experiencias sociales y biológicas. Por eso hablamos de narrativa neurobiológicamente informada".

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

#### Neurociencias, apego y experiencia

La investigación relacionada con los hemisferios cerebrales explica el porqué de la conciencia de nuestras diferentes formas de conocimiento sobre el mundo a partir de cada uno de ellos. La "teoría de la mente" o la capacidad para "ver la mente" y para representar los estados mentales de los demás y de uno mismo, parece ser la materia de las representaciones del hemisferio derecho. Michael Gazzaniga y sus colaboradores sugieren que el hemisferio izquierdo, sin embargo, es fundamentalmente responsable del razonamiento "silogístico", mediante el cual, la mente busca explicaciones causales sobre los acontecimientos y alcanza conclusiones basadas en información limitada. El hemisferio derecho carece de tal "impulso" a explicar, en su lugar, ve las cosas tal y como son. Gazzaniga emplea el término "el intérprete" para describir el intento del hemisferio izquierdo por recurrir a la razón para explicar las relaciones causa-efecto en las limitadas piezas de información de las que está provisto. Y es que parece que dicho hemisferio es bastante inepto para leer las claves sociales y emocionales no verbales de los demás.

Esta distinción de funciones tiene su origen en la infancia: el hemisferio derecho es dominante en su actividad y desarrollo los tres primeros años de vida. Schore (2002) constata inequívocamente que el desarrollo neuronal y psicológico sano en la primera infancia depende de la receptividad

sintónica de las figuras de apego. Desde un punto de vista neurobiológico y psicológico, la experiencia más crucial e influyente es la que ocurre en el contexto de los vínculos de apego (para bien o para mal). Necesitamos al "otro" para "construirnos". Y el modelo de apego del progenitor puede influir directamente en la sintonización emocional con el niño. Los hallazgos de Fonagy y sus colaboradores inciden también en que ciertas díadas de apego no favorecen el desarrollo de elementos del módulo de la "teoría de la mente". La mirada mutua entre la madre y el niño es un factor esencial para que éste pueda desarrollar un mundo interno donde la relación íntima con el otro es posible (Stern, 1985). Un apego seguro proporciona al niño la confianza básica necesaria para establecer relaciones y manejar situaciones difíciles en la vida. "Para hacer que crezca la mente del niño, alimenta el corazón del bebé" dice uno de los lemas de la Organización Cero a Tres ("Zero to Three", ONG destinada a informar, educar, y apoyar a los adultos involucrados en la educación de niños en el tramo de 0 a 3 años). La "función reflexiva" mediante la cual la mente de una persona es capaz de "mentalizar" o crear la mente de otra, es probablemente dependiente de procesos mediados a través del hemisferio derecho. Y, por lo general, cuanto más podamos movilizar la función reflexiva, más resilientes seremos. Los niños que experimentan una grave deprivación emocional durante este período pueden presentar mayores riesgos de tener pérdidas en los componentes estructurales de sus hemisferios derechos, especialmente en la región del córtex orbitofrontal. El bloqueo de los procesos del hemisferio derecho de la conciencia y de la vinculación en interacciones con otros puede ser una defensa adaptativa frente al sentimiento de ansiedad y la falta de control (tendencia a minimizar y/o negar el impacto) Las historias evolutivas y experienciales que nos han conducido a una falta de integración del funcionamiento de los dos hemisferios pueden convertirnos en vulnerables hacia los problemas emocionales y sociales. "Los traumas no resueltos, las historias de abandono emocional y las adaptaciones restrictivas pueden constituir una forma de constricción en el flujo de procesamiento de información entre los hemisferios. Esta propuesta del rol central del procesamiento hemisférico di-sociado en los trastornos emocionales se ve confirmada por el hallazgo según el cual los vínculos de apego inseguros, durante la infancia, pueden generar gran vulnerabilidad a la disfunción psicológica" (Siegel, 1999).

Cuando somos capaces de mentalizar el cuerpo (Damasio, 1994), tenemos acceso a una profunda autoconsciencia y una consciencia de los demás que, de otro modo, resulta inalcanzable. Schore (2002) constata inequívocamente que "el desarrollo neuronal y psicológico sanos en la primera infancia depende de la receptividad sintónica de las figuras de apego".

Existen hallazgos neurocientíficos que muestran que la mentalización activa no sólo el córtex prefrontal sino la amígdala (Allen y Fonagy, 2002; Lieberman en prensa). Una postura de mentalización crea el potencial de flexibilidad afectiva, cognitiva y conductual apropiado en parte porque permite crear distintas perspectivas sobre cualquier experiencia potenciando la probabilidad de

que se actualicen los modelos preexistentes y de que se "desautomaticen" los esquemas habituales. Esta apertura, junto con el carácter cuestionador de la postura mentalizadora, es decisiva para la generación de relatos coherentes. La mentalización posibilita tanto el esfuerzo consciente de conferir sentido a nuestra experiencia como la receptividad no consciente ante la experiencia sobre la base de los sentimientos, deseos y creencias que la sustentan. De este modo, "la postura mentalizadora potencia nuestra capacidad de identificar y modular los afectos y así que puedan servir para su función primaria de ayudarnos a evaluarla experiencia del mundo, y, sobre la base de dicha evaluación, guiar nuestras acciones de forma adaptativa" (Wallin, 2007).

Así, con el fin de ejercer verdaderamente la capacidad de mentalización en la psicoterapia, nuestros pacientes deben abordar sus sentimientos inquietantes mientras los sienten, de otro modo sería una pseudomentalización. En este sentido parecen concluyentes las investigaciones que demuestran que si se consigue que el lenguaje influya en la experiencia angustiosa (rasgo esencial de la mentalización explícita), se puede reducir su impacto neuronal. Los sujetos a los que se mostró imágenes inquietantes y se les pidió que las describieran mostraron mucha menor activación en la amígdala que aquellos expuestos a las imágenes sin la instrucción de verbalizarlas (Hariri, Bookheimer y Mazziotta, 2000). De igual manera, existen indicios de que la reevaluación o reformulación de la experiencia emocional difícil puede modular la reactividad de la amígdala (Ochsner y Gross, 2005). Este tipo de estudios aboga por un enfoque integrado (descendente-ascendente) para el tratamiento psicoterapéutico.

Como ya decíamos más arriba y citando a Frieda Fromm-Reichmann: "el paciente necesita una experiencia, no una explicación". Y en esta línea es en la que hemos desarrollado nuestro protocolo de intervención, complementando el trabajo de arriba-abajo que supone la óptica de las narrativas con el de abajo-arriba que propicia el uso de EMDR.

### **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

La Desensibilización y el Reprocesamiento por el Movimiento Ocular constituye una poderosa herramienta para el procesamiento de los recuerdos traumáticos. Fue creada por Francine Shapiro en 1987 y propone la estimulación bilateral (que se consigue procurando el movimiento sacádico de los ojos que imitaría al que se produce en sueño REM) como la base para conseguir dicho procesamiento. Basado en la existencia de un sistema de procesamiento innato de la información en todo ser humano destinado a la sanación, sería el bloqueo producido a este nivel el responsable de la patología.

Pero dejemos que sea la propia Francine Shapiro quien nos lo explique:

"EMDR fue introducido en 1989 con la publicación de un estudio aleatorizado controlado (Shapiro, 1989) donde se evaluaban los efectos de una sesión de tratamiento con individuos traumatizados. Por aquel entonces, se llamaba desensibilización por movimientos oculares (EMD) porque se basaba en una orientación conductista y se pensaba que los movimientos oculares causaban una desensibilización particularmente efectiva. Desde este punto de vista, los efectos del tratamiento se entendieron principalmente como una reducción del miedo y la ansiedad consecuencias de la traumatización. En los años siguientes, se descubrió que otras formas de estimulación bilateral (por ejemplo, toques, tonos) también eran efectivas (Shapiro, 1991 b, 1994a). Además, se vio que los cambios en la ansiedad y el miedo, y de hecho todo el proceso de desensibilización, no eran únicamente subproductos de un amplio reprocesamiento de la experiencia. Durante el tratamiento, las emociones negativas eran reemplazadas por otras positivas, surgían nuevos *insight*, cambiaban las sensaciones corporales y aparecían espontáneamente nuevos comportamientos junto a un nuevo sentido del *self*. En resumen, los traumas se transformaban en experiencias de aprendizaje que rápidamente cambiaban y hacían más fuerte a la víctima, convirtiéndola en una superviviente y posteriormente la impulsaban a evolucionar. El EMD se transforma en EMDR al añadirse la palabra «reprocesamiento» (Shapiro, 1991a, 1994b) para mostrar dichos cambios. Este concepto de la experiencia almacenada que se transforma a través de un proceso rápido de aprendizaje es la clave para comprender la base y la aplicación de EMDR y el modelo de procesamiento adaptativo de información (PAI) que lo guía.

Además de la reducción en la perturbación emocional y los síntomas evidentes, los pacientes de EMDR experimentan una variedad de respuestas que reflejan la emergencia de una reorganización global que puede reflejarse en cambios en la regulación emocional y las características de personalidad (Brown y Shapiro, 2006; Korn y Leeds, 2002; Zabukovec, Lazrove y Shapiro, 2000), en el cese del dolor crónico y otras reacciones somáticas disfuncionales (Grant y Threlfo, 2002; Gupta y Gupta, 2002; Ray y Zbik» 2001; Schneider, Hofmann, Rost y Shapiro, 2006) y en cambios en la organización cognitiva que se evidencian en la cantidad de recuerdos positivos que se pueden recordar después del tratamiento (Sprang, 2001)".

El procesamiento de abajo-arriba representa una forma particular de procesar la información. Se trata de focalizar sobre sensaciones y emociones. En comparación con la evitación, la toma de conciencia de los estados internos (sensaciones y emociones) permite utilizar estas últimas como guías para la acción.

La eficacia de EMDR en el tratamiento del trauma ha sido demostrada en diferentes estudios controlados en los cuales se comparaba con tratamientos farmacológicos y diversos métodos de psicoterapia. Avals obtenidos hasta el día de hoy:

- La Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (ISTSS): en 2003, valoró EMDR como método de categoría A/B. En la revisión de 2009: categoría A.
- A.P.A. (U.S.A.) (2004): "*EMDR parece ser efectivo en la mejora de los síntomas del TEPT agudo y crónico*". Situándolo en la categoría de más alta eficacia y aval empírico.
- Departamento de asuntos de Veteranos y de Defensa (U.S.A.) (2004): la misma calificación.
- Centro Australiano de Salud Mental Postraumática (2007): las mismas conclusiones.
- Comité Directivo Holandés para Salud mental (2007): las mismas conclusiones
- Instituto Nacional de Excelencia Clínica (U.K.) (2005): las mismas conclusiones

Así mismo, en 2010 fue reconocido como una "psicoterapia basada" en la evidencia por el National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), integrado en el U. S. Department of Health and Human Services (U.S.A.). Y en 2012, el Comité Revisor de los Protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado formalmente la recomendación para emplear el protocolo EMDR en adultos y niños con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Se han propuesto diversos modelos que pudieran dar cuenta de cuáles son los mecanismos de acción subyacentes al buen funcionamiento de EMDR. En relación con la investigación llevada a cabo para explicar sus innegables efectos positivos quiero destacar tres hallazgos a mi juicio fundamentales:

1. "Recientes estudios realizados con neuroimagen han revelado que, en el TEPT, la activación talámica exhibe un reducción constante con respecto de los controles sin TEPT, lo que indicaría que determinadas zonas del tálamo están operando a un nivel bajo de funcionamiento. Se ha demostrado, así mismo, que el tálamo, junto con sus funciones de enlace, constituye una plataforma sobre la cual se produce la integración perceptiva, somatosensorial, cognitiva y memorística..." (Uri Bergman, 2000). En investigaciones posteriores se han ido comprobando los efectos de la estimulación bilateral sobre las diferentes estructuras límbicas y parece que los estímulos auditivos, visuales y táctiles producidos con EMDR contribuirían a aumentar la actividad talámica, concretamente a través de los núcleos ventrolateral y centrolateral. Esto permitiría, a nivel clínico, reparar la función de integración somatosensorial, cognitiva y memorística.
2. Los estudios neurobiológicos llevados a cabo con personas diagnosticadas de TEPT han demostrado claramente (como ya hemos expuesto anteriormente) una marcada lateralización derecha. Parece que la estimulación bilateral, a través de la reinicialización de las células marcapasos septales producirían la resincronización de los hemisferios cerebrales.

3. Activación de la amígdala y sus consecuencias. LeDoux, 1996: "una vez que la amígdala ha sido condicionada a considerar determinados sonidos, olores, sensaciones corporales, etc. como peligrosas, es probable que el cuerpo reaccione frente a estos estímulos como disparador del retorno del trauma. El desafío para cualquier psicoterapia eficaz consistirá, por tanto, en "descondicionar" a la amígdala de manera que los recuerdos inocuos no sean considerados como un retorno del trauma".

Esta estimulación excesiva de la amígdala interfiere con el funcionamiento del hipocampo, produciendo una inhibición en la evaluación cognitiva de las representaciones experienciales y semánticas realizadas. Los recuerdos son luego almacenados en forma de modalidades sensoriomotoras, de sensaciones somáticas y de imágenes visuales (Van der Kolk & Van der Hart, 1989).

Parece bien demostrado que la estimulación bilateral produce una clara disminución del *arousal* amigdalóideo que podría producirse por la activación del parasimpático y que inhibiría la respuesta de lucha-huida favoreciendo una respuesta exploratoria-orientadora más adaptativa.

La reducción del ritmo cardíaco y aumento de la temperatura corporal apoya la hipótesis de la activación del parasimpático.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO

Como ya he comentado, el caso que voy a exponer es el de Manuel, un niño de 10 años. Quien lo trae es su mamá y será ella sola quien participe en el tratamiento puesto que quedó viuda con anterioridad a la adopción de Manuel.

De la entrevista con mamá:

El motivo de consulta que trae a la mamá de Manuel a verme es doble y podríamos resumirlo así: por un lado refiere que el niño miente y esconde cosas y, por otro, dice estar preocupada porque siente a Manuel afectivamente muy lejano. *"Sé que es un niño muy sensible pero no puedo llegar a él. No muestra sus afectos"*, dice su madre. Su recuerdo acerca de uno de los primeros abrazos a Manuel es este: *"lo recuerdo frío como si me asomara a un pozo muy oscuro, negro. Me dejó helada. Me asusté. Pensé que era un niño que había recibido poco afecto"*

Para salvaguardar la identidad del niño haré un resumen muy conciso de la historia de Manuel en el que aparecerán los datos imprescindibles:

- Nace en Colombia en julio de 2001.
- Es entregado por su madre biológica a una institución a los 3 años. La madre reconoce no quererle y someterle a malos tratos.

- Vive en una residencia con otros niños en circunstancias similares los siguientes casi cuatro años hasta que es adoptado en junio de 2008 cuando está a punto de cumplir los 7 años.

- Mamá describe a Manuel cuando le recoge en Colombia: era un niño bueno, que se hacía querer. Hizo una regresión y perdió el control nocturno de los esfínteres (enuresis secundaria) durante un año y medio, a partir de la segunda noche que pasó con ella. Enseguida empezó a mentir y a esconder cosas. Se escondía en el armario. Presentaba cierto retraso físico (sobre todo respecto a la talla en relación con la media de niños de su edad) y cognitivo (no sabía leer ni escribir bien) aunque, en este sentido, enseguida se puso a la altura de los demás niños y no ha perdido ningún curso.

- En el momento de la evaluación Manuel es descrito así: como un niño muy sensible aunque no muestre sus afectos. Orgulloso, rígido y cabezota. Metódico, disciplinado y controlador. Inteligente y muy creativo *"es un musicazo"*. Posee una gran imaginación con la que inventa muchas historias. Es un niño que cae bien, presumido. *"Y con un ritmo muy suyo; yo digo que parece que es de Canarias porque todo le llega una hora más tarde"*.

De las entrevistas de evaluación mantenidas con Manuel lo más importante es que cuando le pregunto por qué cree que ha venido a verme me dice: *"creo que es por lo de mis enfados"*. Le pido que me hable sobre ello y me hace un dibujo muy representativo donde ejemplifica diversos episodios relativamente recientes en los que ha "explotado" con uno de sus enfados que, claramente, parecen la expresión de una emoción, la ira, disociada. No siempre es plenamente consciente de lo que ha ocurrido, no es capaz de controlarla y surge así, como una explosión, como si algo encendiese un interruptor de puesta en marcha. Cuando se calma (para lo que suele necesitar la soledad y el alejamiento) es capaz de pedir perdón y se arrepiente de lo que ha hecho.

En resumen, la evaluación nos hace pensar que el Trauma Relacional Temprano y la experiencia de abandono ha dejado huella en Manuel a muy diversos niveles: alexitimia, frialdad afectiva, emociones disociadas que se descargan de forma automática ante determinados disparadores del presente, necesidad de un control exhaustivo y exagerado de determinadas situaciones cotidianas e inseguridad (manifestándose por ejemplo con sus mentiras y su conducta de esconder objetos y comida) principalmente.

### **Protocolo de intervención con Terapia Narrativa y EMDR**

En primer lugar pedimos a la madre (en este caso es solo la madre porque es viuda y ha adoptado ella sola; en otros casos, son ambos progenitores los que deberán participar en la redacción) que redacte la historia de su hijo. El objetivo es obtener un relato exhaustivo de la experiencia vital completa del niño que, de una parte conocemos, y de otra, imaginamos.

Así, es necesario que cuente con los elementos oportunos en relación a sensaciones y emociones que damos por sentado que ha experimentado aunque no haya constancia o recuerdo explícito de ello.

Comenzamos desde el principio... Esto puede parecer una obviedad pero no lo es tanto... Ese principio no siempre se ha manejado convenientemente con estos niños que, a pesar de conocer su historia, quizá no han tenido la oportunidad de hablar suficientemente de ella (y no sólo suficiente sino adecuadamente, o sea, en los términos necesarios para obtener una narrativa integradora) ya sea por sus miedos o por los de sus padres adoptivos o, seguramente, por ambos. Así que, muy probablemente será la primera vez que escuchen de la manera en que lo van a hacer y lo que van a escuchar. Aunque, como decíamos, no será nada nuevo, ya saben "lo sabido impensado" y, seguramente, nunca narrado.

Decíamos pues, que comenzamos desde el principio, que queremos los primeros momentos de la vida del niño con sus padres biológicos y los queremos cargados de emoción, de sensaciones, de sentimientos, de emotividad. En fin, nada que, seguramente, no ocurriese.

Mamá y papá lo escriben y después, juntos, lo rehacemos para asegurarnos de que efectivamente cumple los requisitos necesarios.

El texto lo dividimos en párrafos cortos para ir haciendo paradas que permitan al niño darnos *feedback* de lo que está sintiendo, recordando, recuperando... Una vez que el texto está preparado, programamos las sesiones en las que será narrado. Solemos programar dos o tres sesiones: la primera parte del relato llega hasta que se produce el encuentro con los padres adoptivos; la segunda, la llegada a España y la incorporación a la familia. Después, programaremos las sesiones necesarias en función del motivo de consulta y la sintomatología. Podemos avanzar hasta momentos relativamente recientes si lo consideramos necesario.

Todos los datos que tengamos de la partida de nacimiento, de la vida del niño en la institución donde estuviera, de nombres de cuidadores, amigos... todo lo que sepamos (y también lo que intuyamos) debemos incorporarlo al relato.

Una vez todo preparado citamos a los tres. Solemos sentar al niño entre los papás y pedimos que uno de ellos sea quien lea el relato mientras el otro abraza (y "sostiene") al niño. Nosotros, frente al niño, procedemos con la Estimulación Bilateral mientras él escucha. Previamente le hemos explicado que vamos a contarle una historia que hemos preparado con mucho cariño para él. En las sesiones individuales mantenidas con anterioridad con el niño debemos haber trabajado el vínculo y según la edad, le habremos explicado lo más sencillamente posible, lo que es EMDR.

El relato debería comenzar con algo parecido a lo siguiente:

*Esta es la historia de Juanito, un niño que nació en Uruguay una calurosa mañana del mes de julio del 2003. Juanito era un niño de grandes ojos negros, pelo moreno y lindos mofletes.*

**PARADA**

*El pueblito donde nació se llamaba Así y está situado en una zona muy bella, con grandes bosques y hermosas playas... Su mamá se llamaba De tal manera y su papá De tal otra.*

**PARADA**

*Ambos querían a Juanito y se sentían muy contentos de tener a su hijito pero eran muy pobres y no podían cuidarle así que, con todo el dolor de su corazón, tuvieron que entregarle a una institución para que pudieran encontrarle otros papás que sí pudieran proporcionarle todo lo que él necesitaba y se merecía.*

**PARADA**

*Juanito tuvo miedo al separarse de mamá y papá. Mucho miedo. Aunque en donde estaba había cuidadores que le querían mucho, él echaba mucho de menos a sus papás y se sentía, a veces, muy solito..."*

Aprovechamos cada parada para permitir al niño que nos explique cualquier cosa que necesite comentar: qué le parece lo que está escuchando, cómo se siente, dónde experimenta la emoción, si le ha llegado algún recuerdo nuevo... Obviamente, la primera parte del relato es la que más les impacta y ahí es conveniente estar atentos a su lenguaje corporal pues éste será el mejor indicador del grado de reexperimentación de la experiencia. Los comentarios de los niños en este punto pueden ser muy variados: sorpresa, incredulidad y confusión en un principio; susto, congoja y miedo después; y mientras vamos llegando al punto en que termina el período de amnesia infantil (alrededor de los tres años) lo más frecuente es que su expresión facial y corporal vaya cambiando, el cuerpo se relaje, vayan desapareciendo el susto y la tensión y entre en juego la recuperación de recuerdos.

La primera sesión termina, como decíamos, en el momento de la historia en que se produce el encuentro con los papás adoptivos. Cuando hemos terminado lo programado, le explicamos al niño que vamos a volver a leerlo pero, esta vez, sin paradas. Entonces papá o mamá leen, el niño escucha y el terapeuta continúa con la Estimulación Bilateral (preferiblemente con *tapping*). En el caso de Manuel, al hacerle esta propuesta comentó: "quiero leerla yo". Así que, así lo hicimos. Él leyó mientras mamá le abrazaba y yo le hacía *tapping* en sus rodillas. La lectura fue muy productiva y supuso un momento perfecto de trabajo de recuperación y "renarración" de su historia que, sin duda, favoreció la integración puesto que se produjo en un contexto de seguridad, en los brazos de su principal figura de apego, mamá, quien mantuvo una actitud sostenedora, conectada, sintonizando con

sus emociones y ayudándole a regularlas, devolviéndole una mirada incondicional, escuchando activamente, ofreciéndole una explicación cuando era precisa...

Judith Herman (1970), ratificando la teoría del maestro Pierre Janet, resume el tratamiento del trauma en los siguientes pasos: estabilización, procesamiento de los recuerdos traumáticos y reconexión o integración. Esta última parte de la sesión con Manuel que hemos descrito corresponde, nos parece, a esa tercera fase que, aunque no termina ahí (las fases se redactan secuencialmente pero deben ser entendidas más en espiral, pues se vuelve una y otra vez, sobre todo tras el procesamiento de los recuerdos traumáticos, a necesitar integrar y estabilizar) es muy importante que se produzca. Procuramos terminar la sesión con ese tipo de "conversación integradora" y, además, debemos advertir a los padres de que, aunque la sesión termine, el procesamiento no, puesto que el cerebro del niño va a seguir haciendo su trabajo y puesto que dicha integración no se produce sólo en la consulta sino que seguirá produciéndose a lo largo de los días siguientes, en casa, mientras realiza las tareas cotidianas, mientras habla de ello, piensa en ello o sueña con ello...

Es conveniente intercalar, entre las realizadas con la narrativa de su historia, el número de sesiones con el niño que creamos oportuno para conseguir el objetivo terapéutico marcado previamente. En ellas habremos de continuar con el trabajo señalado más arriba de estabilización y reconexión pertinente. La participación de los padres es siempre oportuna y bien recibida. Puede ser procedente también trabajar, con EMDR (y sus protocolos específicos), otras experiencias perturbadoras como pesadillas (con frecuencia presentes en estos niños) y los disparadores del presente que estén activando la memoria implícita y generando perturbación. También habrá de ser valorada la oportunidad de trabajar con la ansiedad anticipatoria en relación con la posible ejecución exitosa, en un futuro, de diferentes retos relacionados con el motivo de consulta. Éstos se podrán manejar igualmente con protocolos específicos de EMDR.

En el caso de Manuel, un número limitado de sesiones (10 concretamente) fue suficiente para alcanzar los objetivos terapéuticos. Nueve meses después (febrero de 2013) y tras una sesión de reevaluación y seguimiento, hemos podido comprobar no sólo que los resultados positivos se mantienen, sino que, la evolución es la esperada y deseada (deseada por mamá, esperada dentro del desarrollo evolutivo normal de un niño de su edad) y que dicha evolución continúa poniéndose de manifiesto cada día con cada pequeño detalle de interacción entre Manuel y su mundo.

¡Mucha suerte Manuel!

## ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO

### 1. Creación de la narrativa:

- Llevada a cabo entre los padres y el terapeuta.
- Debe contener el máximo de información veraz e imaginada acerca de la vida del niño desde su nacimiento, así como de su experiencia emocional.
- Dividida en varias partes o capítulos y éstos, a su vez, en pequeños párrafos separados claramente por la palabra PARADA.

### 2. Lectura de la narrativa:

- Preferiblemente con el niño sentado entre su papá y su mamá.
- Uno de los padres lee mientras el otro abraza al niño.
- Durante la lectura el terapeuta procede a la Estimulación Bilateral (E.B.)
- En las PARADAS no hay E.B. y se recoge la información que el niño quiera aportar.

3. Una vez terminada la primera lectura del capítulo correspondiente se vuelve a leer, esta vez sin PARADAS. Durante esta segunda lectura haremos E.B.

4. Fomentamos el diálogo integrador entre los padres y el niño tras esta lectura y antes de dar por terminada la sesión.

5. Explicamos que, aunque la sesión haya terminado, el procesamiento continúa y eso significa que pueden aparecer nuevos recuerdos, emociones o sensaciones.

Recomendamos que "registren" de la manera que consideren más oportuna ese material nuevo que va apareciendo y que si surge alguna duda o problema, contacten con nosotros (Fase 7 del protocolo estándar de EMDR).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergman, U. *The Neurobiology of EMDR*. Journal of EMDR Practice and Research. 2008. Vol, 2  
Número 4, páginas 300-314.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: psicoanálisis of the unthought known*. New York  
Columbia University Press.
- Bruner, J. (1972) *Hacia una teoría de la Instrucción*. México: Uteha.
- Bruner, J. (1984) *Acción pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Bruner, J. (1986) *El habla del niño*. Barcelona: Paidós.
- Damasio, A. R. (1996) *El error de Descartes*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Damasio, A.R. (2005) *Buscando a Spinoza*. Barcelona: Crítica.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2005) *La óptica de las narrativas en psicoterapia*. Rev:  
Monografías de Psiquiatría (2-8).
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001) *La práctica de la psicoterapia: la construcción de  
narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. *El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia*. Rev:  
Átopos.
- Fonagy, P., Allen, J.G. y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice* Washington: American  
Psychiatric Publishing.
- Fromm-Reichmann, F. (1960). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: The University of  
Chicago Press.
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Síntesis.
- Gazzaniga, M.S., Eliassen, J.C., et al. *Collaboration between the hemispheres of a callosotomy patient.  
Emerging right hemisphere speech and the left brain interpreter*. Brain, 119, 1255-1262
- Hariri, A.R., Bookheimer, S.Y., y Mazziotta, J.C. (2000) *Modulating emotional responses: effects of a  
neocortical network on the limbic system*. Neuroreport, 11, 43-48.
- Herman, J. (2004) *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Hebb, D.O. (1949) *The organization of behavior: a neuropsychological theory*. Nueva York: Wiley
- Holmes, J. (2011). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de  
Brouwer.
- Kandel, E. R., Brunelli, M., Byrne, J., & Castellucci, V. (1976). *A common presynaptic locus for the  
synaptic changes underlying short-term habituation and sensitization of the Gill withdrawal  
reflex in aplysia*. Biology, 40, 465-582.
- Lanius, R.A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., Gati, J. S., & Menon,  
R. S. (2004). *The nature of traumatic memories: A MRI functional connectivity analysis*.  
American Journal of Psychiatry, 160,

- Lanius, R. A., Williamson, P. C., & Densmore, M. (2001). *Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: A functional MRI investigation*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1920–1922.
- LeDoux, J. (1999) *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.
- Maxwell, R.; Dickman, R. (2010). *Convencer a la gente contando historias*. Barcelona: Planeta.
- Monaco, A.P., Newbury, D.F., Bonora E., Lamb, J.A., Fisher, S.E., *et al.* (2002). FOXP2 is not a major susceptibility gene for autism or specific language impairment. *Am J Hum Genet*, 70 (5), pp. 1318-1327.
- Ochner, K.N. y Gross, J.J. (2005). *The cognitive control of emotion*. *Trends in Cognitive Science*, 9, 242-249
- Ogden, P.; Minton, K. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez Vega, B.; Fernández Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Siegel, D.J. y Payne Bryson, T. (2012) *El cerebro del niño*. Barcelona: Alba
- Siegel, D. J. (2007). *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Schore, A. *Una perspectiva neuropsicoanalítica del cerebro/mente/cuerpo en psicoterapia. Perspectiva neuropsicoanalítica*. (2008) *Rev: Subjetividad y Procesos Cognitivos* (144-168)
- Schore, A. *Affect regulation and disorders of the self*. (2003) Nueva York: Norton
- Schore, A. *El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias*. *Revista Psiquiatría Universitaria (Rev GPU 2010; 6; 3: 296-308)*
- Shapiro, F. (2004) *EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Mexico: Pax Mexico.
- Stern, D. (1997) *La constelación maternal: la psicoterapia de las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Stern, D. (1985) *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2009) *El yo atormentado*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A., Brown, P. (1989) Pierre Janet's Treatment of Post-traumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 2,4.
- Van der Kolk, B. A. (1994) *The body keeps the score: Memory and the evolving Psychobiology of posttraumatic stress*. *Harvard review of psychiatry*,1 (5), 253-265
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- White, M., Epton, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona. Paidós.