

# **Disociación y trauma: abordaje clínico desde una perspectiva integrativa. Análisis teórico-clínico y propuesta de intervención desde EMDR, ACT y DBT.**

Alvarez Iturain, Analía Roxana.

Cita:

Alvarez Iturain, Analía Roxana (2025). *Disociación y trauma: abordaje clínico desde una perspectiva integrativa. Análisis teórico-clínico y propuesta de intervención desde EMDR, ACT y DBT. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/833>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/49C>

# DISOCIACIÓN Y TRAUMA: ABORDAJE CLÍNICO DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA. ANÁLISIS TEÓRICO-CLÍNICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EMDR, ACT Y DBT

Alvarez Iturain, Analía Roxana

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La disociación representa un fenómeno clínico frecuente en personas con historia de trauma complejo y crónico. Este trabajo propone una lectura integradora del fenómeno disociativo desde un enfoque neuropsicológico y psicodinámico, y presenta una intervención terapéutica combinada basada en EMDR, ACT y DBT. Se expone un análisis clínico de tres niveles de disociación (leve, moderado y severo) y se discuten los resultados terapéuticos a partir de casos clínicos. Se concluye que el abordaje integrativo facilita el trabajo con pacientes con fragmentación psíquica, promoviendo el desarrollo de una identidad más cohesiva y funcional.

## Palabras clave

Disociación - Trauma complejo - EMDR - Clínica del trauma

## ABSTRACT

DISSOCIATION AND TRAUMA: CLINICAL APPROACH FROM AN INTEGRATIVE PERSPECTIVE THEORETICAL-CLINICAL ANALYSIS AND INTERVENTION PROPOSAL BASED ON EMDR, ACT, AND DBT Dissociation is a common clinical phenomenon in individuals with a history of complex and chronic trauma. This paper offers an integrative perspective on dissociative phenomena from a neuropsychological and psychodynamic approach, and presents a combined therapeutic intervention based on EMDR, ACT, and DBT. A clinical analysis of three levels of dissociation (mild, moderate, and severe) is provided, and therapeutic outcomes are discussed through clinical case studies. The paper concludes that an integrative approach facilitates work with patients experiencing psychological fragmentation, promoting the development of a more cohesive and functional identity.

## Keywords

Dissociation - Complex trauma - EMDR - Trauma therapy

La disociación es una respuesta adaptativa ante experiencias traumáticas abrumadoras, que puede cronificarse e interferir significativamente en el funcionamiento psicológico. Lejos de ser un fenómeno exclusivamente psicopatológico, la disociación puede entenderse como un intento de preservación del yo ante situaciones donde no fue posible luchar ni huir. En el contexto de los trastornos por trauma complejo, la disociación suele presentarse en forma de amnesias, despersonalización, desrealización, automatismos y fragmentación de la identidad.

En este trabajo se propone:

- Abordar el fenómeno disociativo desde una perspectiva clínica integradora.
- Presentar una estrategia de tratamiento basada en EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular), ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y DBT (Terapia Dialéctica Conductual).
- Analizar su aplicación y resultados en distintos niveles de disociación.

La disociación puede concebirse como un continuo, desde fenómenos leves (desconexión atencional, embotamiento afectivo) hasta cuadros graves como el Trastorno de Identidad Disociativo (Spiegel et al., 2013). Desde la teoría del procesamiento adaptativo de la información (Shapiro, 2001), los recuerdos traumáticos no procesados pueden quedar “encapsulados” y generar síntomas disociativos persistentes.

ACT aporta una visión funcional del sufrimiento: no se trata solo del contenido interno, sino de cómo nos relacionamos con él. La disociación puede entenderse como una forma extrema de fusión con el contenido traumático o, paradójicamente, de evitación experiencial rígida. Por su parte, DBT ofrece herramientas de regulación emocional y tolerancia al malestar, fundamentales para estabilizar a pacientes con alta reactividad emocional y conductas impulsivas asociadas.

Van der Kolk (2015) y Rothschild (2000) coinciden en señalar que el trauma no solo es un hecho psicológico, sino que deja una huella duradera en el cuerpo: altera el sistema nervioso autónomo, impacta la percepción del presente y fragmenta la integración mente-cuerpo. En palabras de Van der Kolk, “*el cuerpo*

*lleva la cuenta*” del sufrimiento no verbalizado, y muchas veces los síntomas disociativos emergen como una desconexión somática más que exclusivamente cognitiva.

Rothschild aporta que la memoria somática es central en los cuadros disociativos: los cuerpos recuerdan sin que haya una narrativa verbal o accesible. Por eso, intervenciones que trabajen desde la conciencia corporal (anclaje, regulación desde el cuerpo, límites físicos no invasivos) son cruciales para facilitar la “presentificación” y restablecer seguridad interna.

Para esto, resulta oportuno tomar en cuenta ejemplos de pacientes con disociación severa, con quienes el trabajo de “anclar el presente” desde el cuerpo —como propone Rothschild— permitió disminuir respuestas automáticas de desconexión durante la exposición a memorias traumáticas, incluso antes de trabajar con EMDR.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO CLÍNICO

Se trabajó con tres pacientes adultos que presentaban síntomas disociativos con diferente intensidad. Se seleccionaron para el abordaje desde una estrategia integrativa secuencial, adaptada a su nivel de disociación:

- **Paciente A (nivel leve):** síntomas de desconexión leve, sensación de “nublamiento” frente a emociones intensas.
- **Paciente B (nivel moderado):** episodios esporádicos de despersonalización y amnesias parciales frente a situaciones de conflicto interpersonal.
- **Paciente C (nivel severo):** posible fragmentación de la identidad, alteraciones sensoperceptivas y amnesias disociativas consistentes con un diagnóstico de trastorno disociativo. Antecedentes de epilepsia.

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La intervención se organizó en **tres fases adaptativas**, siguiendo el modelo de tratamiento para trauma complejo:

### Fase 1: Estabilización y psicoeducación

- **Objetivo:** Reconocimiento del síntoma disociativo como respuesta adaptativa.
- **Herramientas:** mindfulness y regulación emocional desde DBT, metáforas y valores desde ACT, recursos seguros desde EMDR.

En esta fase se trabaja en la reconstrucción de la seguridad interna. Tomando el concepto de Rothschild (2000) se focaliza en “*el cuerpo como ancla*”, el uso de la conciencia somática y límites físicos para reducir la desregulación. Se brinda psicoeducación sobre trauma, abuso sexual siendo que los pacientes de este trabajo han sufrido estas experiencias y recursos de terapias DBT (mindfulness, autorregulación, tolerancia al malestar) y ACT (clarificación de valores como motivación interna).

### Fase 2: Procesamiento del trauma

- **Objetivo:** Acceso controlado a recuerdos traumáticos con anclaje en el presente.
- **Herramientas:** protocolo EMDR modificado (instalación de partes adultas), trabajo de defusión cognitiva desde ACT.

Van der Kolk subraya la efectividad de la terapia EMDR para restablecer la conexión entre mente y cuerpo mediante el reprocesamiento de experiencias traumáticas desde un enfoque no verbal.

En esta fase, se da prioridad al abordaje de memorias implícitas —de carácter sensorial y corporal— que emergen sin necesidad de ser narradas verbalmente. Este punto es de suma importancia, donde se respeta el ritmo del paciente además del estado emocional que experimenta al estar en contacto con las memorias traumáticas.

Se utilizan protocolos especialmente adaptados para pacientes con partes disociadas, respetando cuidadosamente el ritmo de integración de cada persona.

### Fase 3: Reconexión e integración

- **Objetivo:** Construcción de sentido, fortalecimiento de la agencia personal.
- **Herramientas:** intervención narrativa, acciones comprometidas y enfoque en valores desde ACT.

## Resultados clínicos observados

Paciente	Nivel disociativo	Mejoras observadas	Recursos clave
A	Leve	Mayor conciencia emocional, reducción de desconexión automática	Mindfulness (DBT), ejercicio del estado tranquilo mediante estimulación bilateral (EMDR)
B	Moderado	Reducción de amnesias, mayor tolerancia a conflictos	Reprocesamiento con EMDR, defusión desde ACT
C	Severo	Mejora en el vínculo terapéutico, aumento de la autorregulación y de la percepción de unidad del yo	Trabajo de partes (EMDR), metáforas de ACT, contención desde DBT

En esta etapa, Van der Kolk propone incorporar experiencias somáticas reparadoras —como el yoga, la respiración consciente o el teatro— que ayuden a restablecer una relación segura con el cuerpo. Complementariamente, se integran herramientas provenientes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) orientadas a la reconstrucción del sentido de identidad y de propósito vital. Tal como sugiere en el capítulo 17 de *El cuerpo lleva la cuenta*, se busca “unir las piezas” para favorecer un sentido de continuidad personal, promoviendo así la integración de la experiencia traumática dentro de una narrativa coherente y propia.

## DISCUSIÓN

La integración de estas tres terapias permitió intervenir de forma gradual, respetuosa y flexible, adaptándose al nivel de disociación y a las capacidades del paciente en cada etapa. EMDR ofreció un marco potente para el reprocesamiento del trauma; DBT aportó estabilidad y recursos; ACT ayudó a reconectar con valores y sentido vital.

Los casos muestran que el tratamiento del trauma no puede abordarse de forma reduccionista ni lineal. La clínica de la disociación requiere escucha compleja, intervenciones graduadas y acompañamiento a largo plazo.

Diversos desarrollos teóricos y clínicos han enriquecido significativamente el abordaje del trauma desde una perspectiva integradora. Uno de estos aportes es el concepto de conciencia dual, desarrollado por Rothschild, que propone acompañar al paciente en el sostenimiento de la experiencia traumática desde una posición segura y presente. Esta conciencia permite que el paciente “sienta desde el presente” en lugar de revivir el pasado, lo cual reduce el riesgo de retraumatización y favorece un reprocesamiento gradual y regulado.

Otro aporte esencial es el reconocimiento del cuerpo como recurso terapéutico. Tanto Rothschild como Van der Kolk coinciden en la importancia de que el paciente aprenda a habitar su cuerpo, reconocer señales físicas y autorregularse antes de abordar contenidos traumáticos de forma directa. Este trabajo corporal previo no solo favorece la estabilidad, sino que fortalece la capacidad del yo para tolerar y elaborar la experiencia emocional. En esta línea, la teoría polivagal, citada por ambos autores, aporta una comprensión neurofisiológica del trauma. Según esta perspectiva, solo cuando el sistema nervioso se encuentra en un estado de seguridad —activación del circuito ventral vagal— es posible un procesamiento emocional efectivo. Crear y sostener condiciones que promuevan este estado es fundamental para que el trabajo terapéutico no se convierta en una repetición del trauma, sino en una vía de integración y transformación.

## CONCLUSIONES

El trabajo con trauma complejo y disociación requiere de una intervención no lineal, neuroinformada y profundamente compasiva, que integre mente, cuerpo y relaciones además de la psicoeducación. Como sostienen Van der Kolk y Rothschild, la cura no está solo en recordar, sino en sentirse seguros y presentes en el cuerpo.

Una clínica integrativa que respete la corporalidad, los límites, la relación terapéutica y la secuenciación adecuada del tratamiento puede lograr resultados profundos y sostenibles.

La disociación como manifestación del trauma puede abordarse eficazmente desde una mirada integrativa. El entrelazamiento de EMDR, DBT y ACT brinda herramientas concretas y teóricamente fundamentadas para acompañar procesos terapéuticos profundos y sostenibles. Se resalta la importancia de la formación continua del terapeuta en trauma, así como de una actitud compasiva y flexible frente a los mecanismos de defensa de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Rothschild, B. (2000). *El cuerpo recuerda: La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma* (M. J. Coutiño Bosch, Trad.). Editorial Eleftheria. (Obra original publicada en 2000)
- Shapiro, F. (2001). *EMDR: Eye movement desensitization and reprocesing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.



Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.

Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la sanación del trauma* (M. Foz Casals, Trad.). Editorial Eleftheria. (Obra original publicada en 2014)