

TRABAJO CON PATRONES DE AUTOCUIDADO: UN PROCEDIMIENTO ESTRUCTURADO PARA LA TERAPIA EMDR

Anabel Gonzalez & Dolores Mosquera

RESUMEN

El concepto de autocuidado ha sido desarrollado por Gonzalez y Mosquera (Mosquera, 2004; González 2007; Mosquera & Gonzalez, 2011; Gonzalez & Mosquera, 2012) para describir el modo en el que un individuo se cuida a sí mismo en distintas áreas funcionales. Este artículo presenta un procedimiento estructurado para trabajar con patrones de autocuidado como parte de la fase de preparación en terapia EMDR. Diseñado inicialmente para trabajar con trauma complejo y disociación, puede ser empleado en diferentes problemas clínicos. Este protocolo debe ser usado únicamente por terapeutas EMDR acreditados, ya que requiere un sólido conocimiento del trabajo con EMDR.

ABSTRACT

Self-care is a concept developed by Gonzalez and Mosquera (Mosquera, 2004; González 2007; Mosquera & Gonzalez, 2011; Gonzalez & Mosquera, 2012) to describe the way in that an individual takes care of her or himself in different areas of functioning. This article presents a structured procedure for working with self-care patterns as part of the preparation phase in EMDR therapy. Initially designed for working with complex trauma and dissociation, it can be used in different clinical problems. This protocol should be only used by accredited EMDR therapists, since it requires a solid knowledge on EMDR.

INTRODUCCIÓN

El procedimiento de autocuidado para terapia EMDR está inspirado en el procedimiento de “mirar con amor” (loving eyes) propuesto por Knipe (2008). Partiendo de la experiencia clínica empleando este procedimiento (Gonzalez, Seijo & Mosquera, 2009; Mosquera & González, 2011; Gonzalez & Mosquera 2012) las autoras han diseñado un protocolo más elaborado. Este procedimiento es parte de un conjunto de intervenciones orientadas a restaurar un patrón de autocuidado saludable en pacientes que presentan distorsiones en esta área.

Un autocuidado positivo puede considerarse constituido por tres elementos: (1) una actitud o estado mental de valorarse y querer a uno mismo, actitud que motiva al individuo a cuidarse bien, (2) una

ausencia de actitudes de auto-rechazo y (3) acciones beneficiosas específicas, que hacen que el individuo crezca y se valore. De esos elementos, la actitud de autocuidado positiva parece intuitivamente ser primaria: una actitud de autocuidado positiva genera motivación para los otros dos elementos.

La negligencia y el trauma tempranos trastornan gravemente el modo en que la gente cuida de sí misma. Los pacientes que crecen en un entorno abusivo no han internalizado un patrón de autocuidado (Chu, 1998; Ryle, 2002). Las personas altamente traumatizadas no aprendieron a cuidarse porque, cuando eran niños, nadie les enseñó las conductas ni las actitudes de valorarse y cuidarse. En muchos casos, los adultos que se suponía que tenían que cuidar del niño lo maltrataron o no les proporcionaron los cuidados adecuados. Muchos aprendieron que el “necesitar” es “malo”, que necesitar cosas es “egoísta” y que no está permitido. A través del deficitario modelado de sus cuidadores, algunos incluso aprendieron a “castigarse” en lugar de a cuidarse. Estas personas suelen continuar mirándose a sí mismos a través de los ojos de sus figuras de apego negligentes o abusivas.

Al centrarnos en mejorar el autocuidado podemos trabajar en la reorganización del sistema de apego, y nos aporta un modo de acceder y procesar recuerdos relacionados con disrupciones de apego, a los que puede ser difícil aproximarse buscando directamente recuerdos. Una descripción más detallada del trabajo en autocuidado y otras intervenciones diferentes relacionadas con este concepto puede consultarse en *Introduciendo patrones saludables de autocuidado* (Gonzalez, Mosquera, Knipe & Leeds, 2012). En *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo*. Gonzalez & Mosquera, 2012).

EL PROCEDIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA TERAPIA EMDR

PREPARACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO

Se revisa la escala de autocuidado y la historia del paciente, sin profundizar en ningún evento traumático, de cara a elaborar con el paciente de modo colaborativo una reformulación de su problema. Le explicamos que una cuestión es lo mal que se siente, y otra muy distinta es qué hace con su malestar: cómo se trata, cómo se habla internamente, si busca o no ayuda cuando se siente mal y si se deja ayudar. También es importante saber cómo se cuida en general, explicándole que si no pedimos lo que necesitamos y nos protegemos de lo que nos hace daño de modo adecuado, es más fácil que tarde o temprano nos sintamos mal.

La historia de apego y trauma se relacionará con la escala de autocuidado (Gonzalez, Mosquera, Knipe & Leeds, 2012), de cara a que el paciente entienda cómo los problemas más relevantes que se ven en la escala pueden estar relacionados con su problema, y con la intensidad del mismo.

Una vez establecido esto, tratamos de ayudar al paciente a entender “dónde aprendió” sus patrones de autocuidado disfuncionales. Explicamos que con frecuencia, las personas que no se cuidan bien, lo hacen como un reflejo de cómo fueron cuidados cuando eran niños. Si nadie se daba cuenta de cómo nos sentíamos, aprendemos a desconectarnos de nuestras sensaciones o no sabemos qué hacer con ellas. Si cuando estábamos mal, o cuando mostrábamos alguna emoción en particular, esto se censuraba de algún modo, tendemos a reproducir lo mismo interiormente a lo largo de nuestra vida. Es preferible poner ejemplos concretos de la historia del paciente, conectándolos con el patrón de autocuidado actual. Se va elaborando así con el paciente una **reformulación de su problema**.

Durante todo el procedimiento, insistiremos en no entrar en recuerdos concretos, ya que el objetivo del trabajo es crear las bases para el procesamiento de los recuerdos traumáticos, pero no trabajar con ellos de modo directo. El paciente puede tener dificultades para hacer esto, y el terapeuta en este caso explicará que “una cosa es lo que nos pasó, y otra distinta quienes somos. Aquí estamos trabajando con la imagen de ti mismo, no con las cosas malas que te pasaron”. Con esta información tratamos de reforzar la diferenciación. En algunos casos podremos valorar dejar que el paciente haga algunas asociaciones de contenido traumático, pero nunca una cadena asociativa larga, introduciendo siempre la información sobre diferenciación y volviendo con frecuencia al blanco, que es la mirada del niño. El criterio para permitir estas asociaciones traumáticas es la valoración del clínico sobre si el paciente puede o no tolerar un cierto grado de procesamiento del trauma en ese momento del proceso terapéutico.

Si el paciente presenta un alto grado de idealización de sus cuidadores primarios, desculpabilizaremos a estos de cómo cuidaron de sus hijos diciendo: “los padres hacen lo que pueden, muchas veces no se dan cuenta de cómo se sienten sus hijos porque ellos mismos no están muy conectados con sus propias emociones, o cuando el hijo se siente mal, ellos se desbordan y se sienten muy mal, con lo que el niño o se desborda más, o tiene que preocuparse de regular al adulto para mantener ahí a su cuidador. Otras veces a los padres les han pasado cosas en su vida que los tienen bloqueados, y esto se dispara en presencia de sus hijos, reaccionando de modo automático. No tratamos de juzgarlos a ellos, sólo de entender cómo estas cosas pudieron afectarte, y tratar de aprender a hacer las cosas de otro modo dentro de ti, a romper ese ciclo.”

Explicaremos con un ejemplo cuál es el proceso del apego seguro, contando la siguiente historia (con el niño del mismo sexo que el paciente):

Imagina a una niña pequeña que se cae y se hace daño. Su rodilla está sangrando, así que va corriendo a casa. Su padre la mira con cariño (mirada cariñosa, sin reproche, de preocupación proporcionada sin angustia) y le dice “Pobrecita, te duele ¿no? (reconocimiento del sufrimiento de la niña) Ven aquí (la acoge). Voy a lavarte la herida (hace un gesto o ritual de cuidado). ¡Sí, claro que duele! Te pondré una venda. Ven y siéntate en mis rodillas un ratito (la consuela a través del contacto hasta que se calma)”. En poco tiempo la niña se aburrirá y querrá salir a jugar. Si el padre le pregunta si su rodilla aún le duele, ella probablemente le dirá “no”, mientras sale por la puerta.

Y ahora piensa en otra niña en esa misma calle, un poquito más abajo, y que también se hace daño en la rodilla de la misma manera que la otra. Corre hacia su casa, pero su padre le dice “¡Para de llorar o te voy a dar un motivo para llorar de verdad!. O sin ser tan extremo, le dice “no pasa nada, eso no es nada, venga, no llores” o el padre se pone nerviosísimo y se angustia cuando ve llorar a la niña. Así, la segunda niña ahora tiene dos problemas. Su rodilla aún le duele pero ahora es mala si llora o no parece tener autorización para sentirse mal. Si en el futuro se cae y se hace daño de nuevo, no es muy probable que vaya a casa buscando ayuda. Esta niña puede culparse cada vez que está mal (poner ejemplo del paciente si le ocurre ahora con su estado depresivo), o decirse que no pasa nada, como si su sufrimiento no fuera importante o legítimo (poner ejemplo del paciente). Esto hace más fácil que las emociones se acumulen y que la niña no sepa qué hacer con ellas, por lo que puede tratar de desconectarlas o desbordarse cada vez que las nota. Arrastraremos con facilidad estos patrones hasta nuestra edad adulta.

Basándonos en la información obtenida de la historia y la escala de autocuidado, buscamos dónde y cuándo aprendió el paciente a cuidarse como lo hace. El paciente puede hablar de un suceso determinado o de una época de su vida. Si dice que “siempre fue así” le pediremos un ejemplo representativo de cuando era pequeño, o que piense en una imagen de sí mismo de niño, preguntándole después cómo es de mayor ese niño, cuántos años cree que tiene.

Paso 1. Imagen

Aunque el paciente nos hable de un recuerdo, pediremos que se centre en la imagen de sí mismo, diciéndole: Vamos a trabajar para que superes todas esas situaciones, pero ahora tratamos de ver cómo te ves y te tratas a ti mismo, eso es lo que simboliza este ejercicio. Por ello deja a un lado el recuerdo concreto y céntrate sólo en el niño, en la imagen de ese niño. Tu, como adulto, sentado aquí en el despacho conmigo, mirando al niño de ... años que fuiste

Trae a tu mente una imagen de ese niño de ... años. Una imagen de ese niño que vivía esas situaciones. Tal como la veas

Si el paciente es incapaz de visualizar una imagen, le pediremos que piense en alguna foto que tenga de esa edad.

Paso 2. Reacción ante la imagen y grado de conexión.

Le decimos al paciente: Aquí sentado, como el hombre o mujer adulto que eres ahora, ¿puedes simplemente mirar a ese niño?

Si el paciente dice que sí, le pedimos que nos describa cómo lo ve. Tomamos nota de indicadores de **desconexión** (no puede verlo, no puede hacer el ejercicio, es una foto estática que no le dice nada...) que nos hablan de disociación o de un apego primario distanciante, de **excesiva conexión o “contagio emocional”** (al mirar al niño se desborda con la misma emoción de éste, o muestra señales de evitación) que nos hablan de disociación o de un apego primario preocupado, de una **alta autonomía mental** en el niño (el niño actúa de modos que sorprenden al paciente como adulto: se da la vuelta, se esconde, el adulto dice que el niño no quiere hablar con él o describe cualquier reacción emocional en el niño que no parece vivir como propia), lo que indica disociación. En cada situación habremos de ayudar al paciente a superar su dificultad:

- Si hay **desconexión**, ayudaremos a tomar contacto con el niño: Que ves en ese niño, cómo crees que se pudo sentir, por su postura qué entiendes de lo que le ocurre... (los cambios en este caso requieren una actitud paciente de apoyo por parte del terapeuta)
- Si hay **una conexión extrema**, le preguntaremos, cómo podríamos ayudar a un niño con su dolor sin sentir el dolor que él siente.
- Si hay un **alto grado de autonomía mental**, habrá que establecer procesos de negociación propios del trabajo con partes disociativas

Paso 3. Sensación física y emoción

Pediremos al paciente que mire a ese niño a los ojos, sin juzgarlo, y que simplemente note su sensación física y emoción cuándo lo hace. Tanto si el paciente expresa rechazo, o afirma ver bien al niño, pediremos al paciente localizar la sensación en el cuerpo cuándo lo hace. La sensación corporal es más fiable que la emoción, porque muchas veces en las que el adulto tiene escasa conciencia de su rechazo por el niño que fue, a nivel somático si puede localizar alguna sensación perturbadora.

Mediremos en una escala SUDs el nivel de perturbación de 0 a 10

Cuando hay una evitación marcada a hacer el ejercicio, o a notar la sensación del cuerpo, el terapeuta podría preguntar: “¿Qué tiene de bueno no mirar a ese niño?” Respondiendo a esta pregunta, el cliente podría decir algo como “Si aparto la mirada, no tengo que sentir esos sentimientos”, o “Si no miro, no tengo que ver lo horrible que fue”. Cualquiera que sea la respuesta del cliente, el terapeuta puede responder “piensa en eso” acompañado por estimulación bilateral.

En este caso mediremos el **nivel de evitación en una escala de 0 a 10** donde 0 sería “ninguna evitación” y 10 sería la máxima evitación.

Paso 4: Procesamiento

Todo impedimento para que el paciente como adulto pueda mirar a los ojos al niño que fue, con aceptación y cariño, se procesará con estimulación bilateral, de modo similar a la fase 4 del protocolo estándar, partiendo de la sensación física.

Si el paciente empieza a asociar recuerdos negativos, podemos seguir la secuencia, pero sin entrar en una cadena larga de asociaciones. No interesa entrar en un prolongado proceso asociativo en este momento, por eso volveremos al blanco con frecuencia. Del mismo modo, si el paciente va a un recuerdo de SUDs muy alto, en el que el terapeuta considera que no ha de entrar en este momento de la terapia, se dirá al paciente: “este es un recuerdo muy importante, y lo vamos a trabajar cuándo estés preparado, pero ahora estamos trabajando con **el niño que tú fuiste**, no con **lo que le pasó** a ese niño” (aquí estamos remarcando la diferenciación entre “quién soy yo” y “lo que me pasó”). Si el procesamiento se mantiene en la ventana de tolerancia, y el terapeuta considera que es adecuado, se puede seguir hasta que se consiga una asociación positiva o neutra. Pero ante la duda, es mejor volver al blanco: la mirada del niño.

Al volver al blanco pedimos de nuevo al paciente como adulto que vuelva a mirar al niño y que nos diga lo que ve, qué es distinto ahora (potenciamos el cambio), y de qué se da cuenta ahora (potenciamos la toma de conciencia y la significación). Se vuelve a pedir que note la sensación corporal (nos interesa reforzar la toma de contacto) y se continúa con EBL hasta que el SUDs sea 0. Si hubo que procesar la defensa de evitación, es de esperar que más tarde se puede acceder a la perturbación y procesarla, hasta llegar igualmente a SUDs 0.

Paso 5. Instalación

Si el modo en el que el adulto mira al niño que fue va evolucionando hacia un patrón adaptativo: mirarlo a los ojos con cariño, con comprensión, dándose cuenta de cómo se sintió, le pedimos que note en el cuerpo la sensación que le produce verlo así, y si es positiva, la instalamos con EBL. De surgir alguna perturbación, se vuelve al paso 3 hasta completarlo y de nuevo se trata de instalar. Esto puede llevar más de una sesión y no ha de forzarse en modo alguno.

Paso 6. Reforzamiento

Se pide al adulto que trate de **darse cuenta de qué necesita** ese niño. Para ello puede preguntar al niño si tiene una edad en la que el niño pueda hablar y entender lo que se le pregunta (no sería adecuado preguntar a un niño de un año qué necesita, porque no tiene edad para saberlo, pero en entornos traumáticos suele pedirse al niño cosas no adaptadas a su edad). En cualquier caso, el terapeuta ayudará al paciente como adulto a “darse cuenta” más allá de lo que el niño pueda ver, a desarrollar lo que se denomina mirada mental (mindsight). Para ello se introducirá toda la información adaptativa necesaria. Por ejemplo, si el niño dice no necesitar nada, el terapeuta dirá: “ves que ese niño se tuvo que acostumbrar a hacerse el fuerte, a olvidarse de lo que le apetecía o necesitaba porque su mamá

estaba siempre tan preocupada... Pero tú ves que sería mejor que como niño pudiera simplemente no tener que preocuparse de nada y disfrutar y dejar que le cuiden... ¿Cómo le explicarías eso?... Que tuvo que tratar de no preocupara a los mayores tanto tiempo... pero que no tiene que hacer eso contigo, que tu quieres que pueda permitirse ser un niño ahora...”

Aunque el paciente como adulto sólo pueda darse cuenta de una pequeña parte de esto, sobre esa nueva comprensión, se hará EBL para reforzar

Paso 7. Estimulando la capacidad de cuidar en el adulto.

Se pedirá al paciente cómo adulto que note cuánto de capaz se siente de cuidar a ese niño en una escala de 1 a 7, siendo 1 “no me siento capaz en absoluto” y 7 “me siento completamente capaz de cuidarlo”. Si el nivel es de 5 o mayor, pediremos al paciente que se centre en ello, y lo reforzaremos con EBL.

Si el nivel es inferior a 5, ayudaremos al paciente a localizar un rol de cuidador eficiente. Si el paciente tiene algún niño a su alrededor que le despierte el impulso de cuidar o al que le guste o se sienta bien cuidar, le pediremos que describe en detalle cómo lo hace, cómo se siente haciéndolo, qué sensaciones le da, y qué siente a nivel somático pensando en ello. Reforzaremos este rol cuidador con EBL. Si el paciente no es un cuidador sano de ningún niño, puede recurrirse a cualquier rol cuidador: de un adulto, de una mascota, de cualquier animalito... y se sigue el mismo procedimiento.

Una vez reforzada la capacidad de cuidar, le diremos al paciente que sintiendo esa capacidad de cuidar, mire hacia el niño, y la dirija hacia él. Le pediremos al paciente que vuelva a medirnos la capacidad de cuidar del niño en una escala de 1 a 7, pedimos que se centre en lo capaz que se siente de hacerlo, sea mucho o poco. Por ejemplo, si el paciente nos da un nivel de 2, le pediremos que se centre en esa capacidad de cuidar de su niño, que siente a nivel de 2, y haremos EBL. Podemos hacer algunos sets adicionales, bien para procesar obstáculos que surjan, bien para reforzar las sensaciones positivas.

Una vez que el paciente como adulto (con la ayuda necesaria del terapeuta) pueda identificar qué necesidad hay en el niño, tratará de darle respuesta en imaginación. Por ejemplo, si el niño necesita cariño, pediremos al paciente como adulto que se imagine dándole el cariño que necesita, del modo que vea más adecuado. Reforzaremos esto con EBL

No buscaremos que la capacidad de cuidar llegue forzosamente al nivel de 7, sólo conseguir que se incremente en la medida que sea posible en ese momento. Algunos pacientes pueden llegar a decir únicamente “puedo aprender a cuidarme mejor”, y trabajaremos con esta frase como una creencia adaptativa asumible.

Paso 8. Corporalizando el procedimiento

Dado que este procedimiento tiene mucho que ver con la conexión positiva con uno mismo, centrar al paciente en el cuerpo se reforzará a lo largo de todo el procedimiento. Si el proceso se desarrolla hasta llegar a un adulto que es capaz de mirar a los ojos del niño que fue con cariño y aceptación incondicional, entendiendo su necesidad esencial y atendiéndola, reforzaremos la corporalización de este recurso fundamental.

Pediremos al paciente que localice en su cuerpo “¿dónde notas a ese niño dentro de ti, en que parte del cuerpo lo localizarías?”. El paciente puede decir por ejemplo “en el pecho”

Le pediremos entonces que mire su mano de adulto, sus manos capaces de cuidar, y que coloque su mano sobre esa zona del cuerpo donde nota a ese niño interior, con gesto de cuidar de él.

Vigilaremos que el gesto sea realmente de cuidado, y que la persona no esté presionando o tratando de “arrancarse” la sensación, ayudando al paciente a darse cuenta de esto.

Si la sensación y el gesto son positivos, haremos EBL

Manteniendo el gesto y la sensación introduciremos la información que, junto con el paciente, veamos más adaptativa: “Deja que el niño se dé cuenta de que tú estás ahí, deja que se dé cuenta de que tu entiendes cómo tuvo que sentirse, deja que note lo importante que es para ti...”

Paso 9: Potenciando la Toma de Conciencia

Muchas veces a lo largo del procedimiento, el paciente tiene interesantes insights acerca de sí mismo, de su problema, y de su autocuidado. En esta etapa recogemos estos insights, y remarcamos además la información adaptativa que el paciente necesita reforzar.

Estimulamos además las funciones mentales reflexivas preguntando: ¿De qué te das cuenta haciendo este ejercicio? ¿Qué significa para ti esto que has experimentado? ¿Entiendes algo más sobre ti mismo ahora? ¿Entiendes algo más sobre tu problema o sobre cómo superarlo? Podemos potenciar cualquier nueva toma de conciencia con EBL

Paso 10: Cierre

En pacientes con un problema de apego importante, el completar este proceso puede llevar varias sesiones, y puede no llegar a terminarse por completo antes de pasar a la fase de procesamiento del trauma. Se considerarán positivos cualquier tipo de cambios en la línea de restaurar un autocuidado sano, y se comentarán con el paciente en el cierre.

Se explicará al paciente que en los días o semanas siguientes puede experimentar cambios, y que es importante que los observe sin analizarlos, y tome nota de ellos. Puede sentir emociones más intensas, tanto positivas como negativas, como resultado del incrementado contacto consigo mismo. Puede sentir un estado de bienestar y un cambio positivo de la sensación hacia sí mismo. Pueden venir nuevos recuerdos de la infancia, a veces asociados a un cambio de perspectiva. En ocasiones puede verse que las conductas que indican un peor autocuidado disminuyen, incrementándose las más funcionales. Si el paciente sabe que este trabajo le puede remover, pero que generalmente el efecto sedimentará al cabo de poco tiempo, llevará mejor posibles sensaciones perturbadoras.

Le pediremos que sin decidir si los cambios son buenos o malos, tome nota de ellos, tanto los que ocurran en el periodo inmediatamente posterior a la sesión, como unos días más tarde, una vez que las emociones se regulen y los efectos se asienten.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Las dificultades que surgen cuando aparecen emociones abrumadoras en el trabajo con patrones de autocuidado pueden superarse, e incluso convertirse en logros enriquecedores, a través del trabajo de modelado y psicoeducativo del terapeuta. Por ejemplo, si el paciente se desborda y el terapeuta se mantiene presente y sereno, manteniendo un tono de voz calmado y cercano, dirigiéndose siempre al paciente como adulto capaz, sugiriendo posibles modos de regular al niño, el paciente incorporará este patrón a sus redes neurales un nuevo modelo de regulación emocional. El terapeuta dirá “los niños a veces tardan en calmarse, ya sabes, los adultos tenemos que tener paciencia, saber que si simplemente notan que estamos ahí, sosteniéndoles, ellos se van a ir regulando. A veces hay que darles tiempo,

simplemente estar ahí". La EBL puede ser introducida mientras se hacen estas verbalizaciones o no, según el criterio clínico del terapeuta (en algunos pacientes refuerza la asimilación de la información, en otros añade demasiada activación emocional).

Dos circunstancias precisan atención especial:

A veces la **disociación estructural** es más marcada de lo esperado, y el trabajo con autocuidado dispara la aparición de una parte disociativa hostil en forma de voz, pensamiento o sensación física, que se genera en la creencia de que el niño no merece ser cuidado, que la atención es peligrosa y malintencionada, o que se corre el riesgo de que el niño desvele un secreto inconfesable. Esta circunstancia requiere trabajo adicional de negociación con el sistema interno.

La segunda es el paciente con **dificultades extremas para conectar con su propia vulnerabilidad**. Su supervivencia se ha cimentado en "ser fuerte". Estos pacientes pueden vivir este procedimiento como altamente perturbador, y verse abrumados durante o después de la sesión. En caso de valorar que esta es la situación, el terapeuta reconducirá el trabajo a la instalación de recursos de autocuidado. Es decir, se trabajará con situaciones recientes o presentes, donde el paciente haya sido capaz de cuidarse de un modo más adecuado, en distintas áreas.

BIBLIOGRAFÍA

Chu, J.A. (1998). *Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorders*. John Wiley & Sons. NY.

González, A (2007). *Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento*. Editorial Lulu. 2ª Ed 2010. Ed. Pléyades.

González, A & Mosquera, D (2009). Escala de autocuidado. Unpublished document.

Gonzalez, A & Mosquera, D. (2012) 1º Corso Internazionale. *Nuove Frontiere Nella Cura del Trauma. Attenzione, Memoria, Modulazione de' l arousal e Rapporto Terapeutico*. Venezia.

Gonzalez, A & Mosquera, D (2012). *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo*. Ed Pléyades. Madrid.

González, A, Mosquera, D, Leeds, A & Knipe, J (2012). *Self-care Scale*. Unpublished document.

Gonzalez, A. & Seijo, N. & Mosquera, D. (2009). *EMDR in complex trauma and dissociative disorders*. Paper presented at the annual meeting of the EMDR International Association, Atlanta, GA.

Gonzalez, A; Mosquera, D; Knipe, J & Leeds, A (2012). En Gonzalez, A. & Mosquera, D. (2012). *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo*. Ed Pléyades. Madrid.

Knipe, J. (2008). *Loving Eyes: Procedures for therapeutically reverse Dissociative Disorders while preserving emotionally safety*. In Forgash & Copeley (Eds). *Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy*.

Mosquera, D (2004). *Diamantes en Bruto II. Manual Psicoeducativo y de Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Programa estructurado para profesionales*. Ediciones Pléyades. Madrid.

Mosquera, D & Gonzalez, A (2011). Trastorno límite de personalidad y EMDR. Curso impartido por la Asociación Española de EMDR. Madrid.

Ryle, A. & Kerr, I.B. (2002). Introducing Cognitive Analytic Therapy. Principles and Practice John Wiley & Sons.