



Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 1 (2005) 27-38

Trauma, disociación y somatización

Beatriz Rodríguez Vega

Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid (España)

Alberto Fernández Liria¹

Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá (España)

Carmen Bayón Pérez

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Alcobendas (España)

RESUMEN

En este trabajo se describe un modo de contemplar la experiencia traumática, sus efectos sobre el individuo que la sufre y los modos de ayudar a su asimilación con una referencia especial a la somatización. Se contraponen al modelo médico vigente, organizado en base a las categorías nosológicas descritas en las clasificaciones como el DSM o la CIE, un modelo dinámico que las pone en relación con el sujeto que las sufre y los procesos por los que tanto el sujeto como la experiencia han llegado a ser lo que son. Se describe un modelo de desarrollo del sí mismo-en-relación que nos parece que permite dar cuenta del carácter y de la extensión del efecto de la experiencia a través de diversos sistemas de significado.

Palabras clave: trauma, disociación, conversión, somatización, terapia

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se intenta una comprensión teórica más allá de la referencia a las entidades nosológicas en las que habitualmente se intentan remitir, de las intervenciones que, desde la clínica, venimos realizando con personas que han sido víctimas de experiencias traumáticas. Se asume que estas entidades nosológicas representan, frecuentemente, más un obstáculo epistemológico para la comprensión de la experiencia y su asimilación por quien la ha vivido, que un instrumento útil para guiar la actuación terapéutica.

En las últimas décadas ha resurgido el interés por la disociación como mecanismo fundamental para la comprensión de las reacciones humanas, individuales y colectivas, ante el trauma. Las publicaciones derivadas de la neurobiología, han contribuido sin duda a ello.

En 1896 Freud (Laplanche y Pontalis, 1968), renunció a la etiología traumática como marco para la comprensión de los síntomas conversivos. Propuso entonces, una etiología para estos síntomas, más basada en el conflicto intrapsíquico ante impulsos inaceptables para la persona. Este cambio de pensamiento, influyó en que fuera decayendo el interés por la investigación sobre los antecedentes traumáticos en la infancia de los pacientes, mientras los terapeutas se volcaban en el estudio del mundo fantasmático del sujeto sintomático.

La llegada de las clasificaciones del sistema DSM, vino a acentuar la separación existente entre lo que se consideraba ahora, trastornos disociativos, frente a aquellos originados por estrés o a los llamados trastornos somatomorfos. Las nuevas clasificaciones no ayudaron a que se establecieran líneas de investigación que conectaran trastornos que se clasificaban en campos nosológicos diferentes.

La somatización se refiere a la tendencia a experimentar el estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales y/o experimentarse a sí mismo en términos físicos predominantemente. Los aspectos psicológicos y físicos de una experiencia no son integrados. En este sentido la somatización también supone una alteración del sentido del *self*.

¹ Dirección de contacto:
Dr Alberto Fernández Liria
Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Servicio de Psiquiatría). Carretera de Meco s/n. 28805 Alcalá de Henares (Madrid). E-mail: aliria@terra.es

La creencia de que la somatización puede relacionarse tanto con el trauma como con el mecanismo de defensa de la disociación no es nueva. Janet (1920) hipotetizaba que los recuerdos de las experiencias traumáticas que se almacenan fuera del campo de la conciencia pueden contribuir a la disociación y a la somatización en la forma de histeria. Freud hablaba del mecanismo de la conversión (Rodin, Groot y Spivak, 1998).

Actualmente, los nuevos desarrollos desde la neurobiología vienen a dar apoyo teórico a las hipótesis que señalaban la íntima conexión entre trauma, disociación y somatización.

Y así, en el DSM IV actual Van der Kolk *et al.* (1994; Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996) señalan que los síntomas disociativos se distribuyen no solo en la categoría de Trastorno de estrés postraumático, sino también en el de Estrés Agudo, Trastorno por somatización y trastornos disociativos. Van der Kolk (1994) apoya la consideración de la disociación, somatización y otros trastornos de la regulación afectiva como expresiones tardías del trauma, incluso aunque no existan criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Con esta postura se muestra de acuerdo con Nemiah (1998), quien plantea que el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, el trastorno conversivo y la disociación están conectados por el proceso mismo de la disociación y que su emplazamiento en diferentes categorías del DSM IV, dificulta la investigación de la psicodinámica del trauma. (Scaer, 2001 a,b).

La conexión entre somatización, trauma y disociación es apoyada por datos empíricos provenientes de la literatura (Rodin *et al.*, 1998) como:

- La asociación entre trastornos somatoformes (hipocondría, trastorno dismórfico corporal, dolor, somatización, conversión) con una historia previa de trauma y síntomas disociativos. Pribor, Yutzy, Dean y colaboradores (1993) encontraron que el 90% de las mujeres con trastorno por somatización refieren historia de abuso físico, emocional o sexual y el 80% algún tipo de abuso sexual.

- La asociación entre trauma sexual y trastornos somáticos funcionales.

- No se ha demostrado que el trauma o la disociación se asocien con más frecuencia a los trastornos somatoformes que a otros trastornos psiquiátricos.

- De los trastornos de la alimentación se ha señalado con frecuencia una disminución de la conciencia emocional (alexitimia).

- La asociación entre disociación y trastornos de la alimentación. También existe un aumento de prevalencia de trastornos de la personalidad múltiple. También se han citado cifras altas de abuso sexual (aunque para algunos no más frecuente que la de la población general).

- Estos hallazgos sugieren que el trauma y el abuso sexual más que ligarse a un trastorno específico, sean un marcador de riesgo no específico de morbilidad psiquiátrica.

- En los trastornos facticios se ha señalado que la enfermedad física podría ser una forma de concretar y validar una experiencia subjetiva de sufrimiento y necesidad de ayuda. La impostura médica puede aumentar el sentido de realidad, ya que los síntomas físicos se experimentan como más válidos y reales que

la experiencia emocional, incluso cuando se producen induciéndolos falsamente. Los mecanismos disociativos podrían contribuir a la fabricación de la impostura.

Todos estos datos dan apoyo empírico a la posible relación entre trauma, disociación y somatización. Es posible que todos ellos se relacionen porque todos están asociados con o representan trastornos en la naturaleza y procesamiento de la experiencia emocional. La literatura de la disociación tiende a fijarse sobre todo en el *gran trauma*, pero igualmente importante parece ser la capacidad premórbida y subsecuente, para experimentar, tolerar, confiar la experiencia emocional, así como la disponibilidad de los otros significativos para determinar los efectos del trauma.

Como clínicos, los autores de este texto hemos confluído en este tema desde diferentes experiencias. Ya sea desde la atención a las víctimas de situaciones traumáticas en catástrofes o desde el tratamiento de pacientes con dolor crónico o enfermedades oncológicas o desde la clínica de pacientes que manifestaban graves trastornos de la personalidad, nuestro interés se centró en la exploración de la disociación como mecanismo común a todos ellos. Tanto la somatización como la disociación reflejan dificultades en la organización e integración de la experiencia subjetiva.

También desde la clínica, surgía la observación de que los tratamientos psicoterapéuticos tradicionales, los basados en el presupuesto de que el “hablar cura”, no resultaban, con frecuencia, suficientes para el caso de las reacciones traumáticas y tampoco para el de la somatización en particular.

Es decir, parece necesario un marco comprensivo basado en la disociación y un marco psicoterapéutico basado en la integración de la experiencia emocional en el conjunto de la narrativa vital. Los tratamientos psicoterapéuticos habrían de dirigirse a lo emocional directamente cuando el “hablar simplemente, no cura” (Griffith y Griffith, 1996).

La idea de que los síntomas disociativos tienen que ver con experiencias traumáticas, está hoy generalmente aceptada (Nemiah, 1998; Rodin *et al.*, 1998) y, en este texto, la somatización va a ser considerada como una modalidad de respuesta disociativa ante una situación traumática.

1. TRAUMA E IDENTIDAD

Partimos de la consideración del “trauma” como aquella experiencia que tiene las características de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona. Es inasumible porque cuestiona el mundo relacional del sujeto. Porque cuestiona la identidad del sí mismo-en-relación.

Los seres humanos desarrollamos nuestro sentido de *ser únicos*, nuestro sentido de sí mismo a través de la construcción de una identidad narrativa única. Una identidad narrativa que, aunque vivida como única, incluye la idea de cambio y permanencia. Sin la experiencia de cambio, la persona no podría pensarse proyectada en un futuro sintiéndose, al mismo tiempo, como la misma. No podría ni siquiera concebir un futuro donde todo permanecería inmutable. Aunque tampoco podría reconocerse como persona distinta en el

pasado. Sin la experiencia de permanencia, no podríamos reconocernos como las personas que fuimos en el pasado, pero tampoco sentirnos como la misma persona proyectada en el futuro. Sin el sentido de ser “*el otro y el mismo*”, a la vez, el presente estaría compuesto de instantes aislados, sin conexión con el pasado ni con el futuro (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

Autores como Edelman y Tononi (2002) señalan que una de las propiedades que todos los estados conscientes tienen que ver con la integración o unidad. El sujeto de la experiencia no puede dividir un estado consciente en una serie de componentes independientes. Otra de las propiedades que estos autores señalan tiene que ver con la informatividad o dicho con otras palabras, con el extraordinario grado de diferenciación que le permite al organismo elegir uno entre los múltiples estados de conciencia posible en fracciones de segundo. Es decir, también desde un punto de vista neurobiológico se apoya la idea de que “*la unicidad encierra la complejidad*” o que “*el cerebro tienen que enfrentar la sobreabundancia (de información) sin perder la unicidad o coherencia*”. Para Edelman y Tononi (2002) aquellos aspectos comunes a todas las experiencias conscientes tienen que ver con la privacidad, la unicidad y la coherencia. Citando a William James, afirma: “*El hecho consciente universal, no es “los sentimientos y los pensamientos existen”, sino “yo pienso” y “yo siento*”.

Ricoeur (1991) ha desarrollado el concepto de identidad narrativa como propuesta para resolver el problema de la identidad personal. En palabras de Miró (en prensa): “Si el problema es el de dar cuenta del sentido de unicidad y continuidad temporal de cada cual, entonces, la narrativa ofrece un modelo que permite integrar la diversidad, la inestabilidad y/o la discontinuidad en la permanencia en el tiempo. El relato logra esta unidad temporal y de sentido por medio de la construcción de la trama, dentro de la cual podemos entender cómo A se transforma en B” (pág 107).

El acontecimiento es lo que hace avanzar la trama y es en ese sentido, concordante con ella, pero también es lo que cuestiona el argumento previo, discordantemente con la trama existente hasta entonces (Ricoeur, 1991). Incorporar el acontecimiento requiere darle sentido (Miró, en prensa). Es en esa dialéctica entre concordancia y discordancia donde el yo construye el significado del acontecimiento siempre en el marco de su experiencia intersubjetiva.

Los acontecimientos que aquí nos ocupan son los acontecimientos traumáticos y, por tales, entendemos no solo acontecimientos grandes y discretos, sino también daños emocionales microscópicos y repetitivos. Traumas sutiles, especialmente los que tienen que ver con el fracaso de los padres para atender y responder a las demandas y necesidades emocionales de sus hijos. Esta falta de respuesta puede tener efectos en la capacidad del niño para organizar afectos y percepciones. La comprensión y la respuesta de los padres o cuidadores principales, a la experiencia emocional del niño, como más adelante se señala, es de vital importancia para la adecuada integración emocional del niño.

Durante la disociación traumática ocurre una fragmentación de la experiencia que desafía directamente ese sentido de *unicidad* del sí mismo y hace

imposible la integración de dicha experiencia en una narrativa vital única.

Desde una perspectiva neurobiológica, la unidad de la experiencia consciente, que más arriba señalábamos como una de sus propiedades fundamentales, se encuentra estrechamente asociada a la coherencia de los eventos percibidos. Los ejemplos de la figura del Jarrón de Rubin o la joven mujer/madrastra, son algunos ejemplos de cómo no podemos ser conscientes de dos escenas u objetos mutuamente incoherentes al mismo tiempo porque nuestros estados conscientes están unificados y son internamente coherentes de modo que un determinado estado consciente impide la presencia simultánea de otro incoherente con el primero (Edelman y Tononi, 2002). La necesidad de construir una escena coherente a partir de elementos aparentemente dispares se aprecia en todos los niveles y modalidades de la conciencia. En otras palabras, la capacidad limitada y la sucesión seriada de estados conscientes constituyen el precio que hemos de pagar por la integración, por el hecho de que no sean reducibles a una simple suma de componentes independientes. Gracias a que la experiencia consciente se mantiene unida, sin soluciones de continuidad, la persona puede reconocer escenas con un significado y hacer planes y tomar decisiones. De hecho bajo situaciones de estrés neurológico, como señala Edelman y Tononi (op.cit.), y aquí apuntamos que también bajo estrés emocional en una situación traumática, la conciencia puede “doblar”, “encogerse” o incluso “dividirse”, pero lo que no soporta es que se rompa su coherencia. Al parecer el impulso hacia la integración es tan fuerte que, tras la experiencia traumática, lo que queda después de la fragmentación, tiende a unirse en un nuevo todo coherente, aún a costa de no percibir un vacío, allí donde existe. En palabras de Edelman y Tononi (2002) “*la sensación de una ausencia es mucho menos tolerable que la ausencia de una sensación*” (pág 41).

Las personas necesitamos recomponer nuestra narrativa, aún a costa de encogerla, reducirla o dividirla. La construcción de esa autonarrativa, de esa representación personal acerca de quienes somos se desarrolla en el marco de un proceso dialéctico relacional. Desde el nacimiento, la autonarrativa se desarrolla en construcción conjunta y recíproca con una figura de apego. Surge así la idea de las relaciones de apego como constructoras y reguladoras de la identidad.

2. LA RELACIÓN VINCULAR, MEMORIA Y TRAUMA

El sí mismo se configura entorno al eje conexión/desconexión emocional. Dice Humprey (1995) “lo más interesante ocurre siempre en los bordes”. Todo lo que resulta interesante en la naturaleza tiene lugar en los bordes: la superficie de la Tierra, la membrana de una célula, el momento de una catástrofe, el comienzo y el fin de una vida. Las páginas de un libro más difícil de escribir son la primera y la última” (pág 25).

Los límites son las zonas de separación o diferenciación, pero también de conexión del sí mismo con los otros y con el mundo. Los límites se configuran entorno a la experiencia de vinculación. En estas zonas de conexión tiene lugar el intercambio, la nutrición,

biológica y emocional, necesarias para conformar la mente y la experiencia de sí mismo.

La experiencia de vinculación, en esa zona de conexión y diferenciación con los otros y con el mundo es la gran reguladora de la emoción. El ser humano necesita de la experiencia de vinculación como reguladora de su sistema emocional para un desarrollo armonioso del sí mismo (Bowlby, 1977; 1985; 1986; 1988; 1990 a,b; 1991).

La regulación afectiva implica tolerancia, conciencia, expresión y control de los aspectos fisiológicos, conductuales o emocionales de una experiencia afectiva. Cuando el afecto está subcontrolado, pueden surgir conductas de externalización y de estar fuera de control, cuando está hipercontrolado la persona puede manifestar conductas más internalizadas o constreñidas. La regulación del afecto incluye la regulación interna (self regulación o autoregulación) y externa (a través de la regulación social). Es decir que la regulación afectiva implica un proceso relacional que es co-construido inicialmente con los cuidadores como parte del proceso de vinculación (Keiley, 2002).

Se puede entender entonces, porqué el desarrollo de la capacidad y de la integración afectiva depende, al menos en parte, del grado en el cual los cuidadores han atendido y respondido a la experiencia subjetiva del niño. Los cuidadores, en condiciones óptimas, ayudan al niño a identificar y verbalizar los afectos que inicialmente se experimentan predominantemente en términos somáticos. De esta forma el niño aprende a distinguir la experiencia somática de la psicológica y empieza a comprender que afectos intensos y contradictorios pueden provenir de un mismo *self* (de un sí mismo único). A través de esta integración de la experiencia afectiva en la consciencia, se facilita la articulación progresiva de la experiencia de sí mismo.

El sistema de apego, como sistema regulador de la emoción, factor clave, a su vez, para la construcción de la identidad, se activa bajo situaciones estresantes. Esta activación bajo condiciones de tensión, tiene como objetivo reducir el estado de alerta y reinstaurar el sentimiento de seguridad (Bowlby, 1977; 1985; 1986; 1988; 1990 a,b; 1991).

El niño aprende, a través del proceso de vinculación, estrategias de regulación afectiva, para mantener la proximidad del cuidador, especialmente en situaciones estresantes.

Pero cuando los estados afectivos no son reconocidos por los cuidadores o se perciben como amenazantes, pueden ser defensivamente expulsados de la conciencia y/ o experimentados como no válidos o pobremente diferenciados.

Esta tendencia a excluir o a negar estados afectivos interfiere inevitablemente, con el desarrollo psicológico porque, como señalamos antes, los afectos son centrales para la organización de la experiencia de sí mismo y porque el compartir mutuamente los estados afectivos ayuda a establecer un sentido interno de relación emocional (Stern, 1985).

Cuando el niño depende emocionalmente de un cuidador que no está disponible cuando lo necesita o que reacciona con rechazo ante sus manifestaciones emocionales, o que resulta inconsistente en sus respuestas, el niño o niña puede ir desarrollando un estilo de apego inseguro o evitador o desorganizado, a través del cual se minimiza la importancia de la relación

vincular o se bloquea la comunicación de rabia o de malestar (Keiley, 2002).

A través de esa interacción repetida con las figuras de apego, se van conformando patrones de vinculación que son "recordados" en las diferentes modalidades de memoria y que van a influir no solo en aquello que el niño recuerda, sino en la forma en la que el proceso representacional se desarrolla. Aunque la memoria autobiográfica del niño, es explícita en torno a los tres años, la conducta, la emoción, las percepciones y sensaciones, los modelos de los otros, se van conformando a través de experiencias que ocurren antes de que esta modalidad de memoria esté disponible. Son elementos de memoria implícita que influirán en el desarrollo de la narrativa autobiográfica (Bremner y Marmar, 1998; Bremner, Scott, Delaney, Southwick, Mason, Jonson, Innis, McCarthy y Charney, 1993; Bremner, Southwick, Brett, Fontana, Rosinheck y Charney, 1992; Siegel, 1999).

El fracaso en el establecimiento de una relación de reciprocidad en las respuestas emocionales entre el niño y sus figuras de apego puede contribuir a la tendencia del niño a ser emocionalmente inconsciente o a expulsar de la conciencia ciertos contenidos emocionales. Esta es la característica central de la disociación. Es posible que, en estas situaciones, la disociación actúe como un mecanismo que defiende al individuo para no sentirse desbordado ante ciertos sentimientos molestos y pobremente diferenciados (Siegel, 1999).

Lo dicho hasta ahora nos puede ayudar a entender por qué el sujeto que ha vivido experiencias de privación afectiva o de abusos de otro tipo en la infancia puede ser más vulnerable para la presentación de sintomatología disociativa en general. Son personas que no han podido construir un sentido de *sí mismo-en-conexión o en relación* segura con otro.

Pero a esa situación de cuestionamiento del "*sí mismo en relación*", se llega también a través de otras situaciones que cuestionan ese *ser-en relación*. Recordemos que más a arriba, hemos definido el Trauma como aquella experiencia que cuestiona el *sí mismo-en relación* con el mundo. En ese sentido, el trauma tendría la capacidad conformadora de la identidad personal al mismo nivel que las experiencias de vinculación en la infancia.

Es decir, el trauma en la vida infantil o adulta se describe como aquella experiencia o experiencias que van a atentar directamente contra la construcción o el sentido del *sí mismo-en- relación*.

Observemos si no, cómo la experiencia traumática se describe como una vivencia fragmentada, congelada en el tiempo y en aislamiento. Con frecuencia los pacientes describen su experiencia en forma de fragmentos aislados, por ejemplo de diferentes percepciones sensoriales (el olor, un destello, la presión), que reaparecen con sensación de inmediatez, sin fluir en el tiempo (los *flashback*, las reviviscencias) y que dejan al sujeto aislado de los demás, a solas con su experiencia (no hay lenguaje narrativo a través del cual se conecte con los otros). Miró (en prensa) señala que en la en "la narración sintomática el sí mismo no es puesto en trama, como si no hubiera nadie que recogiera la queja".

Cuando el sujeto vive una experiencia traumática, imposible de integrar por el sí mismo con sus esquemas emocionales y cognitivos habituales,

aparece la disociación como mecanismo de defensa que facilita al sujeto poder seguir viviendo con sus esquemas anteriores pero a costa de expulsar de la conciencia una parte dolorosa de la experiencia (Kolb, 1987; Van der Kolk, 1994).

Sin embargo, estar fuera de la conciencia del sujeto no implica no tener influencia en su vida psíquica. De hecho, la experiencia traumática tiene una importante repercusión sobre diferentes aspectos del sí mismo. Uno de ellos es la repercusión que tiene sobre el recuerdo, sobre la memoria. Los fenómenos traumáticos relacionados con la memoria con frecuencia implican la memoria declarativa (explícita, semántica) en la forma de recuerdo verbal e imaginativo del trauma de una fiabilidad variable. La memoria declarativa es la forma de la memoria que relaciona los hechos y los acontecimientos. Desde el punto de vista neurobiológico, implica vías corticales frontales e hipocampo y juega un papel muy importante en el recuerdo consciente de los acontecimientos relacionados con el trauma. Es notablemente insegura y sujeta a declive. La otra modalidad de memoria es la memoria procedimental. Tiene que ver con la adquisición de hábitos y habilidades motoras, con el desarrollo de recuerdos emocionales y asociaciones y con el almacenamientos de respuestas sensoriomotoras condicionadas (Scaer, 2001 a,b).

Autores como Scaer (op.cit.) proponen que los síntomas y signos neurológicos atípicos que caracterizan la conversión constituyen alteraciones perceptivas basadas en traumas previos y representan la misma escisión de la conciencia que produce los trastornos de la percepción del tiempo, espacio, realidad y sí mismo que caracterizan a otros síntomas disociativos. De esta forma la conversión podría pertenecer al mismo espectro de fenómenos del trastorno de estrés postraumático y de otros síntomas disociativos, como la analgesia/dolor o parálisis/crisis.

3. LA SOMATIZACIÓN COMO EXPRESIÓN DE LA EXPERIENCIA CORPORAL DEL TRAUMA

El concepto de somatización es confuso (Scaer, 2001 a,b). En las clasificaciones actuales, dentro de esta categoría se incluirían tanto los síntomas de somatización, como los llamados conversivos, histéricos, psicológicos o psicósomáticos dentro de un contexto patológico somático.

La somatización como la disociación podrían estar asociados con una tendencia a sentirse desbordados por estados afectivos intensos y pobremente diferenciados. Los síntomas somáticos pueden representar un intento de organizar y hacer concretos estados afectivos internos caóticos (Goodsitt, 1983) o apoyarse en experiencias corporales que se consideran más reales o más auténticas.

La somatización puede entenderse desde el paradigma mente-cuerpo. Como en el título de un artículo de Scaer (2001b), *es el cuerpo el que soporta la carga* de una experiencia emocional que no ha sido adecuadamente descargada, o procesada o integrada en una narrativa vital. Por ello, para intentar la comprensión de la somatización, se hace necesario entender cómo opera el mundo interno y su conexión con el mundo externo. Para Scaer (2001 a,b) el cerebro es el principal organizador de esa conexión. Según este

autor cerebro está interpuesto entre ambos mundos y su tarea principal es la de mediar entre ellos. Para entender entonces cómo se produce la experiencia subjetiva de la somatización hemos de comprender los mecanismos de regulación del medio interno en relación con el medio externo.

Scaer propone una definición somática de la disociación (2001 a,b). Este autor plantea un modelo de alteración de la función cerebral precipitada por un acontecimiento traumático cuya resolución ha sido truncada o abortada por no haberse resuelto espontáneamente una respuesta de inmovilización / congelación, un fenómeno cercano al estado psicológico clínico de la disociación. Este estado se asocia con un conjunto de síntomas somáticos caracterizados por una alteración de la regulación autonómica cíclica y un estado de dominancia vagal. El trastorno de regulación simpática incluye sobre todo vasoconstricción con cambios regionales distroficis e isquémicos, especialmente en regiones del cuerpo que han sido objeto de disociación, debido a la representación residual de mensajes sensoriales de amenaza almacenados en la memoria procedimental. El modelo experimental del *kindling* sería el responsable de la autoperpetuación de este proceso patológico, dirigido por pistas internas derivadas de recuerdos procedimentales de amenaza no resueltos. La liberación endorfinica inherente tanto a la respuesta inicial de amenaza como a la respuesta de inmovilización / congelación va a potenciar todo el proceso. En este contexto se han postulado una gran cantidad de enfermedades crónicas que supondrían una expresión somática tardía del trauma (Toomey, Hernández, Gittelman y Hulka, 1993; Waylonis y Perkins, 1994). Esas enfermedades son variadas en su expresión clínica, pero con un factor común de inestabilidad autonómica cíclica, signos isquémicos y vasoconstrictivos sutiles y con frecuencia dolor.

Después de una experiencia de trauma único o de relación de apego desorganizado, que cumpliría las funciones igualmente de trauma, la toma de decisiones, el proceso por el que se selecciona una conducta puede adquirir especial importancia y, después de todo lo que llevamos dicho, estar más intensamente dirigido por "pistas" provenientes de la memoria procedimental, por tanto no conscientes, por tanto alojadas en el terreno somático del sujeto.

Damasio (1996) propone la hipótesis del marcador somático como método del organismo para hacer elecciones rápidas, basándose en todo lo que este conoce. La cuestión es que el organismo *no conoce todo lo que sabe*, es decir, *no todo lo que sabe, sabe que lo sabe*, y sus elecciones buscan acercar a la persona a situaciones gratificantes y a alejarla de estímulos peligrosos o aversivos. La hipótesis tradicional basada en que la conducta humana decide y selecciona sus conductas en base a la "razón elevada", dejando fuera lo emocional, parece imposible. En palabras de Damasio: "...la fría estrategia por la que Kant entre otros, abogaba, tiene más que ver con la manera en que deciden los pacientes con lesión prefrontal que con la operación usual en las personas normales" (op.cit., pág. 165).

Damasio se refiere al marcador somático como a un sentimiento corporal que aumenta probablemente la precisión y la eficiencia en el proceso de elegir. Funciona como una alarma que permite

decidir en base a un número menor de alternativas y rechazar inmediatamente el peligro o servir como una guía de incentivo cuando se trata de estímulos considerados gratificantes. Según Damasio "...los marcadores somáticos son un caso especial de sentimientos generados a partir de emociones secundarias. Estas emociones y sentimientos han sido conectadas, mediante aprendizaje a resultados futuros predecibles de determinados supuestos" (op.cit., pág. 166).

A veces los marcadores somáticos pueden funcionar fuera de la conciencia y también utilizar un bucle "como si". De esta forma, el pensamiento o la imagen del acontecimiento, sin que esté sucediendo en el mundo exterior en ese momento, puede disparar el mismo estado somático corporal. Este mecanismo abre una vía explicativa para el fenómeno de la somatización.

La mayoría de los marcadores se crearon probablemente en el cerebro durante el proceso de educación (a través de la experiencia de vinculación) y socialización, pero el proceso de aprendizaje es continuo a lo largo de toda la vida. Los marcadores somáticos conectan determinados eventos con un estado corporal determinado. "El elemento decisivo es el tipo de estado somático que se produce en un individuo determinado en un punto determinado de su historia, en una situación dada" (Damasio op. cit., pág. 171).

Si hablamos de estímulos traumáticos el marcador somático restituiría el estado corporal doloroso y funcionaría como un recuerdo automático de las consecuencias negativas que se seguirían.

La zona neural más importante para el aprendizaje de marcadores somáticos es la corteza prefrontal, que, como se sabe, en primer lugar, recibe señales procedentes de todas las zonas sensoriales, incluidas las cortezas somatosensoriales en las que se representan continuamente los estados corporales actuales y pasados. Ya sea que las señales surjan a partir de percepciones del mundo exterior o a partir de pensamientos acerca del mundo exterior o de nuestro cuerpo, las señales se reciben en las cortezas prefrontales. En segundo lugar, las cortezas prefrontales reciben señales desde varios sectores biorreguladores del cerebro humano (tallo cerebral, prosencéfalo, amígdala, cíngulo anterior e hipocampo).

En tercer lugar las cortezas prefrontales están implicadas en las categorizaciones de las experiencias, es decir, las categorizaciones de las contingencias únicas de nuestra experiencia vital. Las cortezas prefrontales, envían a su vez, señales al sistema nervioso autónomo y promueven respuestas químicas asociadas a la emoción. Como señala Damasio, de esta forma: "el piso de arriba y el sótano se unen armoniosamente" (op cit., 174).

Expresándolo en otras palabras, podríamos hacer nuestra la afirmación que dice: "El corazón tiene razones, que la razón ignora".

4. IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SOMATIZACIÓN

En un lenguaje cercano al cuerpo, algunos autores han querido reflejar la repercusión neurobiológica de los tratamientos psicoterapéuticos refiriéndose al objetivo de estos como el de "ampliar la

esfera de influencia del lóbulo frontal" (Solms y Turnbull, 2002).

Los todavía pocos estudios de imagen funcional en psicoterapia señalan que hay un cambio en la actividad funcional cerebral y que los cambios específicos se localizan esencialmente en lóbulos prefrontales (Solms y Turnbull, op.cit.). Para revisar los tratamientos utilizados en las situaciones de respuestas a trauma recomendamos consultar la magnífica recopilación de Foa (Keane y Friedman, 2003).

Parece pues, lógico que los tratamientos psicoterapéuticos cuando son exitosos y provocan o facilitan cambios en el plano psicológico y social, estos se reflejen también en el plano neurobiológico.

Sin embargo, no se ha tenido en cuenta esta íntima conexión en el diseño de muchos de los programas psicoterapéuticos, de forma que las terapias que buscan curar a través de la palabra, no han incluido, con frecuencia, la conversación "con el cuerpo". El propio cuerpo, se ha tenido en cuenta solo para "conversar sobre él" y no "con él".

Los tratamientos han de integrar entonces, la conversación con el cuerpo para no seguir despreciando la parte de la experiencia corporal de la vivencia traumática.

Surgen técnicas terapéuticas novedosas, algunas poco conocidas como las que buscan la regulación cerebral a través del neurofeedback y la regulación autonómica a través del control de la variabilidad cardíaca (HRV, *Heart Regulation Variability*) que pueden llegar a tener importantes implicaciones (Scaer, 2001 a,b). Sin embargo cualquiera de estas técnicas tendrá que incluirse en un programa de tratamiento más amplio.

En el proceso de recuperación de lo que Janet llamó una "enfermedad de la síntesis", las memorias traumáticas necesitan ser integradas y pertenecer a un único estado mental (Van der Kolk, 1994; Van der Kolk *et al.*, 1996). Pero ya sea que hablemos de síntomas disociativos que se manifiestan como somatización o síntomas disociativos que se manifiestan como fragmentación de la conciencia de sí mismo (desrealización, despersonalización, trastornos de la identidad), la afirmación anterior puede ser válida.

Muchos autores señalan también la conveniencia de que los tratamientos estén orientados por fases (Horowitz, 2003; Pérez Sales, 2004; Van der Kolk, 1994; Van der Kolk *et al.*, 1996).

Van der Kolk (1994; Van der Kolk *et al.*, 1996) señala las siguientes:

1. Fase de Estabilización y reducción de síntomas
2. Fase de Tratamiento de las memorias traumáticas
3. Fase de Reintegración y rehabilitación.

Las metas del tratamiento psicoterapéutico, tal como las describe Horowitz (2003) serían:

1. Ayudar a la persona a recuperar un equilibrio emocional
 2. Procesar el significado del evento traumático
 3. Reestructurar su identidad y sus relaciones.
- Incluyendo la ayuda para recuperar un sentido de sí mismo estable, coherente y valioso.

Horowitz (op.cit.) diferencia los síntomas centrados en la negación: el embotamiento afectivo y la conducta inhibida; de los síntomas intrusivos: la hipervigilancia, o los trastornos del sueño y pesadillas, las exacerbaciones indeseadas de sentimientos, imágenes y pensamientos intrusivos.

Sugerimos que cualquier abordaje terapéutico se diseñe en fases e incluya de forma específica para el caso concreto la evaluación de qué tipo de síntomas son dominantes: ya sea aquellos basados en la negación e inhibición o aquellos basados en la hiperalerta y la reviviscencia de la experiencia. Es probable que esta diferenciación sea la base para incluir dentro del programa terapéutico amplio: técnicas más abreactivas desde el punto de vista emocional o de mayor soporte, respectivamente.

La vivencia de congelación e inmovilidad que supone el trauma requiere de descarga emocional para completar la experiencia, pero cuando la angustia y el miedo del paciente es muy intenso, el terapeuta ha de estar seguro de haber construido, a través de la alianza terapéutica, un lugar suficientemente seguro, donde la persona pueda volver cuando la tormenta emocional sea muy fuerte.

El tratamiento ha de centrarse en conseguir o recuperar la autorregulación y en la reconstrucción. La terapia ha de procurar reestablecer un sentido de seguridad y predictibilidad. Es por eso que habrá que cuidar que no se produzca una abreacción emocional temprana que desborde al paciente cuando no se haya establecido aún la capacidad de reestabilización. Una situación así puede tener resultados adversos como la retraumatización del paciente.

5. FASES DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LAS REACCIONES AL TRAUMA

A continuación describimos el proceso psicoterapéutico a través de sus fases: de indicación, iniciales, intermedias y de terminación. Como el desarrollo del proceso psicoterapéutico en general lo hemos descrito en otros lugares, remitimos al lector interesado a esos trabajos anteriores (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). En el texto actual nos limitaremos a señalar los aspectos más relevantes de cada una de las fases cuando nos referimos a las Intervenciones psicoterapéuticas en las reacciones al trauma. Aunque nuestro interés más específico es el de la somatización, el trabajo con esta sintomatología tienen que estar integrado en la intervención psicoterapéutica más amplia.

5.1 Fases Iniciales

En el caso de la experiencia traumática, el establecimiento de la alianza terapéutica puede tener que anteponerse a cualquier otra tarea exploratoria típica de esta fase.

Si entendemos la alianza terapéutica como una relación vincular, el establecimiento de esta relación puede tener características especiales en el caso de víctimas de experiencias traumáticas. Por ejemplo, será diferente en un adulto que fue abusado sexualmente de niño durante mucho tiempo, que en una persona que sufrió un robo con violencia en el metro. En ambos casos hay un desafío a la experiencia de seguridad, pero es probable que en el primero será más difícil el establecimiento de una alianza de trabajo desde el principio.

Paralelamente, la relación terapéutica cumplirá en la situación de estrés traumático un papel fundamental por su dimensión de experiencia

emocional reconstructiva. La relación vincular terapéutica se convertirá en un instrumento poderoso de ayuda en la regulación emocional de modo que la persona experimente de novo o vuelva a hacerlo, la vivencia de alineamiento emocional con otro (la terapeuta) que puede ser receptivo y responder a sus necesidades.

Las fases iniciales terminan cuando terapeuta y paciente están en condiciones de establecer un contrato que incluya la formulación del problema que el paciente trae a terapia, las condiciones del encuadre en el que van a trabajar y el foco sobre el que versará el trabajo terapéutico. Para todo ello, el terapeuta se implica con el paciente en la construcción de la pauta-problema que, en el caso de la experiencia traumática viene, con frecuencia, más claramente delimitado que en otras intervenciones terapéuticas.

5.2 Fases Intermedias. La construcción de la pauta problema

Aunque parte del trabajo que aquí se incluye dentro de las fases intermedias se ha iniciado ya en las fases iniciales, hemos preferido hacer la descripción del proceso dentro de las fases intermedias por entender que el trabajo sobre la pauta problema se lleva a cabo preferentemente en esta fase de la terapia

Se trata en definitiva de conocer lo que ocurrió, lo que implica: 1) A quién le ocurrió. A qué persona o personas dentro de qué marco relacional o social determinado, 2) Qué significa para esa o esas personas y para su contexto relacional o cultural el incidente traumático y, por fin, 3) Cómo se afrontó el hecho traumático y sus consecuencias.

Según Guidano (1991), citado también por Miró (en prensa), la clave para entrar en el significado personal del paciente, consiste en delimitar bien la interfaz entre la acción (lo que ha sentido, la experiencia inmediata) y el personaje (la explicación, el tipo de persona que se ha sentido ser).

A. La re-visión del acontecimiento traumático

Cuando se aborda esta tarea, el terapeuta ha de estar muy pendiente de explorar las tres esferas: cognitiva, emocional y conductual. Cuando ocurrió "aquello" la persona pensó, sintió o actuó de una forma determinada. Muchas veces los pensamientos intrusivos que se pueden suceder más tarde, están escondiendo algunas emociones conflictivas que surgen en este momento. Por ejemplo, una mujer víctima de maltrato por parte de su pareja, vivió un terremoto durante el que perdió la vida su marido. Ella había deseado que eso ocurriera. Fueron unos instantes en los que a esta mujer se le había pasado por la cabeza que su vida cambiaría si el marido moría. Después de la catástrofe, la mujer entró en una fase depresiva muy severa, durante la cual, se presentaba intrusiva y obsesivamente, el pensamiento "tenía que haberle ayudado".

La revisión biográfica, individual y relacional pretende:

– Facilitar a la persona un marco en el que poder expresar y compartir emociones. Reconocer los sentimientos es siempre una tarea de ayuda más o menos dolorosa o más o menos reconfortante, pero el hacerlo con otra persona, ayuda a ponerlo en perspectiva y puede ser más eficaz a la hora de producir un desahogo emocional.

– Facilita a la persona la experiencia de aceptación y la validación como víctima de algo. Se trata de buscar la propia aceptación y la del otro. Una y otra están íntimamente conectadas.

– La narración del hecho traumático, junto con la experiencia cognitiva, emocional y conductual de la persona, puede ser el primer paso hacia la facilitación de una verdadera re-visión, en la que los hechos y las propias reacciones y las de los demás, son vistos con ojos distintos. Cuando se narra una experiencia, la persona se coloca en el lugar del narrador y gana en perspectiva con respecto a su papel de protagonista durante el hecho traumático. Es una experiencia muy común, que cuando se gana en perspectiva, se aprecian elementos que no se habían tenido en cuenta, cerrada como estaba la persona a una única explicación de los hechos.

La revisión biográfica ayuda:

– A la recuperación, o mejor a la evolución, de la identidad de la persona.

– Al inicio de la exploración de los significados

– A la facilitación de secuencias de vida “sentidas”

– A explorar el impacto sobre el mundo relacional del paciente

– A detectar en lo individual y en lo relacional, fuerzas y debilidades a trabajar durante nuestras intervenciones

B. La exploración de la cultura familiar y social en la que ocurrió el incidente traumático

Los profesionales son agentes de ayuda importante cuando el estrés es alto, pero no pueden suplantar la red de relaciones significativa del paciente, usualmente la familia.

Las intervenciones deben de tener en cuenta el nivel familiar o relacional. Animar a la familia a que comparta sus sentimientos, sus recuerdos y experiencias, mejor que a evitarlos, a estar disponible para el miembro que más lo necesite, a que resuman sus funciones de modo que la situación de duelo familiar no lleve a hacer más daño a la red familiar, que en ese momento también ha de estar disponible para el apoyo emocional y práctico.

Cuando en desastres que afectan a una colectividad, quedan destruidas las redes sociales naturales habituales, el duelo es un proceso colectivo y el sistema de ayuda tendrá que prever la forma de facilitar rituales colectivos para ayudar a esa sociedad en la elaboración del duelo.

Cuando el trabajo conjunto de terapeuta y paciente ha permitido llevar a cabo todas las tareas anteriores, será posible la enunciación de una pauta-problema. El problema no puede enunciarse como “Ocurrió un terremoto” “sufrí una agresión” (esas experiencias, son, sin duda, una desgracia).

Tras la conversación en una, dos o tres sesiones, dentro de las fases iniciales y de forma más elaborada en las intermedias, la terapeuta y la paciente podrían ser capaces de construir un discurso como el que ejemplificamos más abajo y que contiene la pauta-problema:

“Yo que tenía aquella vida... (conclusión de la exploración biográfica), cuando ocurrió... (acontecimiento traumático), ... (hice, pensé, me comporté)... y, desde entonces,... (siento, pienso, actúo)... De forma que... (influencia sobre la persona y

su contexto significativo, en cuanto a pensar, sentir y actuar)”.

En el caso de víctimas infantiles, cuando el incidente traumático ocurre antes de que se conforme un recuerdo o una experiencia de vida anterior, la misma frase tendría que adaptarse para poder servir a las víctimas más pequeñas:

“Yo que hubiera tenido aquella vida... (conclusión de la exploración biográfica), cuando ocurrió... (acontecimiento traumático)... (hice, pensé, me comporté)... y, desde entonces... (siento, pienso, actúo)... De forma que... (influencia sobre la persona y su contexto significativo, en cuanto a pensar, sentir y actuar).

C. Elementos claves y recursos técnicos especiales:

La congelación experiencial que se produce tras el trauma genera respuestas psicobiológicas características, como son las reviviscencias, los recuerdos, las pesadillas y otros, que sugerimos abordar con técnicas específicas.

En general, como señala Apellaniz en su excelente revisión (Pérez Sales, 2004) la exposición, en sus diferentes variantes parece ser un ingrediente fundamental en cualquier tratamiento. Esta autora revisa técnicas de exposición con prevención de respuesta inundación, inoculación o de desensibilización al trauma.

Más recientemente se ha hecho hincapié en la facilitación durante la terapia de *experiencias emocionales sentidas*, que el sujeto recupera durante el proceso terapéutico reconstruyéndolas e integrándolas dentro de su narrativa vital (Rodin *et al.*, 1998).

De especial importancia se hace este trabajo cuando lo que aparecen son síntomas de somatización, donde las tradicionales intervenciones centradas en la interpretación no se han mostrado muy útiles.

Algunos autores plantean la necesidad de focalizar durante las sesiones en fragmentos concretos de la experiencia emocional. Rodin *et al.* (1998) señalan que es más útil focalizar sobre momentos concretos de la experiencia del paciente que sobre la experiencia global.

Con pacientes que tienden a somatizar y a permanecer desvinculados del afecto hay que prestar atención especial a *sentir la experiencia y el sentido de realidad*, evitando que la terapia se reduzca a un ejercicio intelectual. Utilizar un lenguaje de experiencia corporal profundamente sentida sería el camino para trabajar con las emociones. Como terapeutas, esto nos coloca en la necesidad de entrenar un lenguaje evocador de emociones, un lenguaje que atienda a todos los canales sensoriales de la experiencia, los canales de percepción del mundo externo: vista, oído, gusto, olfato, tacto y los canales de percepción del mundo interno: información kinestésica y propioceptiva, quizás resumida en el marcador somático de Damasio. Sugerimos que los programas de formación de terapeutas incluyan ejercicios y técnicas dirigidas a entrenar estas capacidades (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

La elaboración progresiva y repetida de la experiencia emocional puede ayudar a los pacientes a aumentar su capacidad para experimentar a sí mismos en términos psicológicos, distinguir en las experiencias, los aspectos físicos de los emocionales y tolerar e integrar los diferentes estados emocionales.

Técnicas como la hipnosis y el EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing* traducido al castellano, Reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular rápido de los ojos) persiguen la integración emocional y cognitiva de la experiencia y pueden resultar útiles. Las técnicas se describen más minuciosamente en otros lugares (Ironson, Freund, Strauss y Williams, 2002; Manfield, 1998; Maxfield, 1999; Pérez Sales, 2004; Shapiro, 2001; 2002). Lo que nos interesa destacar es que son técnicas fácilmente integrables dentro del proceso terapéutico que aquí se describe.

En palabras de Shapiro (2002), el modelo EMDR o de proceso de información adaptativo, facilita al clínico un procedimiento para identificar los acontecimientos pasados que contribuyen al problema, los acontecimientos actuales que la desencadenan y las habilidades y recursos internos que necesitan ser incorporados para una vida plena y saludable.

Se han comunicado muy buenos resultados utilizando EMDR con personas víctimas de un único acontecimiento traumático (Maxfield, 1999; Rubin, 2003). Shapiro recoge cifras entre el 85 y el 100% (Ironson *et al.*, 2002) de tratamientos exitosos en estudios controlados con tres sesiones de 90 minutos. Sin embargo, los mismos autores afirman que cuando se trata con personas que han sido víctimas de repetidos abusos en la infancia, que han influido profundamente en la configuración de la personalidad, el tratamiento es más largo y complicado (Manfield, 1998). La explicación es que las emociones y sensaciones infantiles pueden ser desencadenadas por multitud de circunstancias en la vida cotidiana. No obstante, una de las afirmaciones del paradigma del proceso de información es que los constructos de la personalidad cambian cuando las memorias son adecuadamente procesadas (Shapiro, 2002).

Fundamentalmente, el EMDR considera que el acontecimiento etiológico es codificado de modo disfuncional en el sistema de memoria de la persona. Utilizando EMDR se facilita, a través del procedimiento estructurado propuesto por los autores, el procesamiento de esa información. Muy brevemente, al paciente se le pide que se centre en un foco elegido por él, que represente la experiencia traumática. Al mismo tiempo se le pide una cognición negativa, junto con las emociones acompañantes de la experiencia y una cognición positiva hacia donde terapeuta y paciente puedan trabajar. Se utilizan diferentes modalidades de estimulación bilateral: movimiento de los ojos, estímulos auditivos o pequeños golpecitos en ambos lados del cuerpo del paciente mientras se le pide al paciente que se centre en el foco prefijado y comience a dejar llegar las emociones, imágenes, pensamientos etc... que libremente vaya asociando. El terapeuta actúa como facilitador y guía de la experiencia, pero el proceso es del paciente. Durante el proceso, el paciente realiza conexiones y asociaciones que tienen como consecuencia el cambio de las percepciones disfuncionales en otras más adaptativas y saludables (Van der Kolk *et al.*, 1996). Los nuevos aprendizajes requieren que se hayan hecho conexiones, dentro de las redes de memoria asociativa, entre las experiencias del presente y las del pasado. El núcleo del trabajo con EMDR consiste en potenciar las conexiones a través de esos canales asociativos de la memoria.

El EMDR se centra en la experiencia corporal del afecto, ya que considera que la expresión verbal del mismo está limitada por el propio lenguaje. Esta característica, junto con la integración progresiva de lo emocional dentro de la nueva experiencia que vaya surgiendo durante la terapia, la construcción de la narrativa emergente, lo puede hacer especialmente útil en pacientes somatizadores.

Con respecto a la otra técnica mencionada más arriba, la hipnosis, es una técnica que puede facilitar la recolección del evento traumático e integrarse coherentemente en diferentes modelos terapéuticos. La hipnosis facilita al paciente técnicas para apaciguar y controlar la intensidad y el estrés de la memoria traumática. Y puede facilitar el acceso a memorias relacionadas con el trauma, y que han permanecido encerradas en esa experiencia si la persona sufre en ese momento un estado disociativo (Cardeña, Maldonado, Van der Hart y Spiegel, 2003; Erickson, 2003; Grinder y Bandler, 1997; Maldonado y Spiegel, 1998; Putnam y Carlson, 1998; Yapko, 1999; Zeig, 1992).

La hipnosis facilitaría la reestructuración simbólica de la experiencia traumática, un acceso controlado a las experiencias disociadas o a los recuerdos reprimidos y ayudaría al paciente a reestructurar sus recuerdos (Bremner y Marmar, 1998; Maldonado y Spiegel, 1998). Algunos autores han considerado la hipnosis como una forma controlada de disociación, que por un lado, facilita la recuperación de recuerdos, mientras que por otro permite que algunos de ellos permanezcan disociados de lo cognitivo hasta que el paciente esté preparado para trabajar con ellos.

Maldonado y Spiegel (1998) consideran que la hipnosis estaría indicada durante las diferentes fases del proceso terapéuticos. Así:

Durante las fases iniciales: La hipnosis ayudaría a establecer la relación terapéutica y el marco, facilitar alivio a corto plazo, hacer más manejables los síntomas y mejorar las habilidades de afrontamiento. La hipnosis puede ayudar induciendo relajación, haciendo sugerencias para síntomas específicos, ansiedad, dolor etc..., estableciendo un *lugar seguro* o usando procedimientos de fortalecimiento del yo. El terapeuta puede entrenar al paciente en técnicas de autohipnosis, de modo que este las pueda poner en práctica cuando las necesite sin requerir la presencia del terapeuta.

Durante las fases intermedias: la hipnosis estaría indicada como método de elaborar e integrar los acontecimientos traumáticos. Después de conseguir una sólida alianza terapéutica, la meta más importante es la integración de las memorias traumáticas y no solo su abreactión. Es probable que mediante la hipnosis puedan surgir nuevos recuerdos o recuperar más detalles dentro de los recuerdos ya conscientes. También serviría de ayuda para profundizar en la integración y desarrollo relacional y del *self*. Después de la recuperación de los recuerdos traumáticos, la persona necesita llevar a cabo una reestructuración de la experiencia y una incorporación de ésta en el contexto de su biografía. Conseguir la integración de la memoria traumática dentro de un sentido adaptativo del *self* y del mundo potenciando el desarrollo relacional y personal.

Durante las fases de terminación: El entrenamiento en técnicas de autohipnosis puede ayudar al paciente a conseguir un afrontamiento personal de situaciones futuras potencialmente ansiógenas sin la ayuda directa del terapeuta.

En la mayoría de las ocasiones tras el trabajo terapéutico la persona puede llegar a admitir que “hizo todo lo que pudo” bajo aquellas circunstancias. Durante las técnicas de “imaginación hipnótica”, el terapeuta puede animar a la “persona de ahora”, con sus recursos y capacidades a reunirse, a abrazar o a confortar a la “persona de entonces” que estaba siendo abusada o traumatizada. Con la aceptación del “sí mismo victimizado”, la persona puede empezar también a reconocerse un “sí mismo superviviente” que realizó activos esfuerzos por controlar la experiencia, seguir adelante y llegar a ser la que ahora es.

En esta fase la hipnosis es de ayuda al facilitar formas de afrontamiento, como es la autohipnosis u otras técnicas como la progresión en la edad, que ayuda a romper la desesperanza en el futuro y facilitar una meta de futuro personal, realista y que ofrezca más posibilidades de desarrollo para la persona.

5.3 Fases de Terminación

Durante esta fase, el terapeuta tendrá que estar atento a los temas relacionados con la elaboración del duelo por la finalización del tratamiento.

La longitud e intensidad del tratamiento variará en función de muchos factores como son la naturaleza del trauma, la existencia de comorbilidad con otros trastornos y el tiempo de inicio del tratamiento, entre otros.

El tratamiento de los síntomas somáticos, entendidos como síntomas disociativos tras experiencias traumáticas, tendría como objetivo completar el circuito abortado de congelación / inmovilidad permitiendo la descarga de la energía necesaria que está bloqueada generando síntomas corporales.

Las emociones, las cotidianas y las extraordinarias, tienen una vía de expresión preferida, que es la no verbal, la corporal. Es sorprendente cómo hasta hace poco tiempo y en contadas excepciones, la mayoría de propuestas terapéuticas han minimizado la experiencia somática o corporal del trauma, en aras de terapias verbales que en muchos casos solo acceden a los recuerdos de la memoria declarativa.

La terapia tiene que incluir estilos y técnicas terapéuticas que integren la experiencia cognitiva construida por recuerdos incluidos en la memoria declarativa, junto con la experiencia emocional somatosensorial, construida por recuerdos, en forma de marcadores somáticos incluidos en la memoria procedimental.

Lejos de plantear una terapia que se centre exclusivamente en la experiencia corporal, planteamos un modelo terapéutico que tenga en cuenta la experiencia psicocorporal del sí mismo-en relación. El objetivo terapéutico es la elaboración, en el marco de la relación constructiva terapéutica, de una narrativa emergente en la que sea posible la integración de la experiencia traumática.

REFERENCIAS

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.

Bowlby, J. (1985). *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1986). Efectos de la ruptura de un vínculo afectivo sobre el comportamiento, en *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida* (pp 90-105). Madrid: Morata.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.

Bowlby, J. (1990a). *El Vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós (2ª reimp.).

Bowlby, J. (1990b). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1991). Postscript. En J. Stevenson-Hinde y P. Marris P. (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp 293-298). Parkes CM, London and New York, Tavistock/Routledge.

Bremner, J., Scott, T., Delaney, R., Southwick, S., Mason, J., Johnson, D., Innis, R., McCarthy, G. y Charney, D. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1015-1019.

Bremner, J., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosinheck, R., Charney, D. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.

Bremner, J.D. y Marmar, C.A. (1998). *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington American Psychiatric Press.

Cardeña, E., Maldonado, J.R., Van der Hart, O. y Spiegel, D. (2000). Hypnosis. En E.B. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman, *Effective treatments for PTSD* (pp 247-280). New York: Guilford Press (Trad cast.: *Tratamiento del Estrés Postraumático*, Barcelona. Ariel psicología, 2003).

Damasio A. (1994). *Descartes's Error. Emotion, reason and the human brain*. Nueva York: Grosset/ Putnam Book (Trad cast: *El error de Descartes*. Barcelona, Crítica, 1996).

Edelman, G.M. y Tononi, G.A. (2000). *Universe of consciousness* (Trad cast: *El Universo de la conciencia*. Barcelona, Crítica, 2002).

Erickson, M.H. (2003). *Clínica con Hipnosis*. L.M. Gómez (Ed.). Madrid. Grupo Hispano.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford. (Trad. cast.: *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona, Ariel, 2003).
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51-60.
- Griffith, J.L. y Griffith M.E. (1996). El cuerpo habla: Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo. Amorrortu, Buenos Aires.
- Grinder, J. y Bandler, R. (1993). *Trance-formations. Neurolinguistic programming and the structure of Hypnosis*. Real People Press: Utah (Trad. cast.: *Trance Fórmate*. Madrid, Ediciones Gaia, 1997, 3ª ed.).
- Guidano, V. (1991). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
- Horowitz, M.J. (2003). *Treatment of stress response syndromes*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Humphrey, N. (1992). *A history of the mind*. New York: Simon & Schuster (Trad. cast.: *Una Historia de la mente*. Barcelona: Gedisa, 1995).
- Ironson, G.L., Freund, B., Strauss, J.L. y Williams, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress. A pilot study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.
- Janet, P. (1920). *The Major Symptoms of Hysteria*. New York: McMillen.
- Keiley, M. (2002). Attachment and affect regulation: A frame work for family treatment of conduct disorder. *Family Process*, 41 (3), 477-493.
- Kolb, L. (1987). Neurophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 474-478.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Labor.
- Maldonado, J.R. y Spiegel, D. (1998). Trauma, dissociation and hypnotisability. En J.D. Bremner y C.A. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp 57-107). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Manfield, P. (1998). *Extending EMDR*. New York: WW Norton.
- Maxfield, L. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing: a review of treatment efficacy for Posttraumatic Stress Disorder. *Traumatology-e*, 5(4), Article 1. <http://www.fsu.edu/~trauma/a1v5i4.htm>
- Miró, M.T. (en prensa). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de Psiquiatría*.
- Nemiah, J. (1998). Early concepts of trauma, dissociation and the unconscious: Their history and current implications. En J.D. Bremner y C.A. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp 1-27). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pérez Sales, P. (coord) (2004). *Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas* (3 vols). Madrid: You and Us.
- Pribor, E.F., Yutzy, S.H., Dean, J.T. et al. (1993). Briquet's Syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1507-1511.
- Putnam, F.W. y Carlson, E.B. (1998). Hypnosis, dissociation and trauma: Myths, metaphors and mechanisms. En J.D. Bremner y C.A. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp 27-56). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ricoeur, P. (1991). *Sí mismo como otro*. Madrid: SXXI.
- Rodin, G., Groot, J. y Spivak, H. (1998). Trauma, dissociation and somatization. En J.D. Bremner y C.A. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp 161-179). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rubin, A. (2003). Unanswered questions about the empirical support for EMDR in the treatment of PTSD: a review of research. *Traumatology-e*, 9(1), Article 1, 4-30. http://www.fsu.edu/%7Etrauma/V9/v9i1_EMDR_Evidence.PDF
- Scaer, R.C. (2001a). The Neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91.
- Scaer, R.C. (2001b). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. The Haworth Medical Press: New York. London. Oxford.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press (2ª ed).
- Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach*. Washington: American Psychological Association.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford.
- Solms, M. y Turnbull O. (2002). *The brain and the inner world*. New York: Other Press.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Toomey, T., Hernandez, J., Gittelman, K. y Hulka, J. (1993). Relationship of sexual and physical abuse to

pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain*, 53, 105-109.

Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, Jan/Feb.

Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., Herman, J. (1996). Dissociation, affect dysregulation and somatization: the complex nature of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl), 83-93.

Waylonis, G. y Perkins, R. (1994). Post-traumatic fibromyalgia: A long-term follow-up. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(6), 403-412.

Yapko, M.D. (1995). *Essentials of Hipnosis*. New York: Brunnel-Mazel. (Trad Cast.: *Lo esencial de la hipnosis*. Barcelona: Paidós, 1999).

Zeig, J.K. (1980). *A teaching seminal with Milton H Erickson*. New York: Brunnel-Mazel.(Trad cast.: *Un seminario didáctico con Milton H Erickson*. Buenos Aires, Amorrortu, 1992).