

2.3. Proceso emocional y terapia narrativa tras experiencias traumáticas

Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria y Carmen Bayón Pérez

INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones diagnósticas más utilizadas para describir el trauma lo definen esencialmente como un acontecimiento experimentado o atestiguado por una persona que conlleva una amenaza de muerte o desafío a la integridad física de si misma o de otras personas vivido con un intenso miedo e indefensión¹. En este texto nos vamos a referir al “trauma” como aquella experiencia que tiene las características de ser inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona. Trauma sería cualquier acontecimiento que produce un efecto negativo y duradero sobre el self. Es inasumible porque cuestiona la identidad del ser humano como un ser relacional, pone en cuestión el sí mismo-en-relación.

Siguiendo esta línea, nos referiremos a experiencias traumáticas no sólo las producidas por eventos discretos e intensos, sino también a las experiencias menores, sutiles, casi microscópicas y repetitivas, que inciden en el mundo emocional de la persona. De esta forma, las experiencias de abuso y negligencia que se podrían concretar como el fracaso de los padres para atender y responder a las demandas y necesidades emocionales de sus hijos se consideran experiencias traumáticas. También deben ser incluidos los estados de miedo generados por situaciones sociales de opresión política o de guerra^{2, 3}. Como sostiene Gertz “No solo las ideas, sino también las emociones son artefactos culturales en el hombre”⁴. Las guerras provocan una respuesta de miedo crónico entre la población, de forma que el miedo deja de ser una respuesta a una situación de alarma concreta para con-

vertirse en un estado habitual de la vida cotidiana. Cuando miles de sujetos son los amenazados, la amenaza y el miedo caracterizan también las relaciones sociales, influyendo sobre la conducta de los sujetos⁵.

En este texto nos proponemos revisar lo que ocurre dentro de la persona y de su entorno tras una o varias experiencias traumáticas y las estrategias más importantes para el tratamiento que se derivan de ello. Para conseguir esto es necesario revisar, a su vez, cómo está equipado el organismo humano y como se produce la respuesta para la que está preparado ante situaciones estresantes.

NEUROBIOLOGÍA Y TRAUMA

La experiencia traumática es, además de una experiencia psicológica y social, una experiencia psicofisiológica incluso cuando el incidente no causa daño corporal directo. Conocer cómo se procesa la experiencia, sobre todo a nivel subcortical, es importante para orientar el tratamiento.

El sistema nervioso central del ser humano está preparado para responder ante el peligro o la amenaza a través de una respuesta, la reacción general de alarma, y lo hace a través de tres conductas principales: lucha, huida o congelación.

Mc Lean⁶ divide el cerebro humano en tres partes filogenéticamente diferentes: el cerebro reptiliano, el cerebro paleomamífero y el neomamífero. Estas partes se corresponderían con las zonas cerebrales, del tallo cerebral, el sistema límbico y el córtex. Solo el cerebro neomamífero es capaz de conciencia y de comunicación verbal, y se asocia con la memoria autobiográfica. El cerebro reptiliano y el paleomamífero son

cerebros no verbales, que contienen las huellas emocionales y sensoriales de las experiencias y que influyen a un nivel no consciente en el procesamiento del cerebro neomamífero⁷.

El tallo cerebral o cerebro reptiliano regula las funciones corporales básicas tales como la frecuencia cardíaca y la respiración. Tiene que estar maduro desde el nacimiento para que un bebé sobreviva.

El sistema límbico es el asiento de los instintos de supervivencia y los reflejos. El hipotálamo es el responsable del mantenimiento de la temperatura del cuerpo, de la nutrición e hidratación esencial, del descanso y del balance. El hipocampo y amígdala son las dos estructuras del sistema límbico que más se han estudiado en relación con el procesamiento de la experiencia. La amígdala, estructura que está funcionando desde el nacimiento, se considera fundamental para el procesamiento y regulación de los estímulos socio-emocionales. Está conectada estrechamente con el sistema nervioso autónomo (SNA), produce la respuesta visceral y del músculo liso al estrés y a la relajación, incluyendo el *arousal* sexual y el orgasmo y las reacciones de estrés de fuga o pelea y de congelación e inmovilización. El hipocampo procesa los datos necesarios para dar sentido a las experiencias dentro de la línea de tiempo de la historia vital (¿Cuando me ocurrió esto?) y la secuencia de la experiencia en sí misma (¿Que ocurrió primero?). El hipocampo madura más tarde, entre el segundo y el tercer año, por este motivo las experiencias infantiles más tempranas incluyen los aspectos corporales de la emoción sin el contexto ni la secuencia. La inmadurez del hipocampo en el nacimiento es una explicación para la amnesia infantil.

Tras una experiencia intensamente estresante, como es la traumática, se produce una liberación en exceso de cortisol que además de producir efectos dañinos en casi todos los sistemas corporales, parece ser responsable de la inhibición de la función del hipocampo. Durante la experiencia traumá-

tica hay una distorsión del procesamiento a nivel subcortical, las sensaciones físicas y las emociones quedan almacenadas en la amígdala, sin procesar, sin contextualizar en el tiempo ni en el espacio, flotando sin contexto.

Y por último el cortex cerebral que es el responsable de todas las funciones mentales superiores incluyendo el habla, pensamiento, abstracción, razonamiento, aprendizaje y la memoria episódica y semántica. El córtex cerebral derecho parece jugar un papel más importante en el almacenamiento de input sensorial (recibe más información de la amígdala). El cortex izquierdo parece tener más relación con el hipocampo. Parece depender del lenguaje para procesar la información^{7, 8}.

Cuando se vive algún acontecimiento que nos trastorna, tras atravesar la primera fase de un correlato emocional y cognitivo negativo, se puede pasar a otra fase en la que la persona quizás consigue cambiar los diálogos internos, o discutir lo ocurrido con personas de su entorno, o dormir y soñar, de modo que la experiencia pueda ir asimilándose y procesándose hasta permitir un tipo de respuesta adaptativa. Cuando ocurre esto, aprendemos lo que necesitamos de la experiencia vivida y desechamos lo innecesario, sin que nos afecte una y otra vez. Sin embargo, cuando una persona es víctima de un trauma, este sistema de procesamiento de información se desequilibra, se produce una activación emocional y el afecto intenso interfiere en la evaluación y el procesamiento de la experiencia emocional e impide la integración del recuerdo en una narrativa coherente. La elevada activación incide en el funcionamiento de áreas cerebrales como el lóbulo frontal, la corteza prefrontal y el hipocampo, áreas implicadas en los procesos evaluativos y ejecutivos. Al no producirse las conexiones y asociaciones internas adecuadas, la experiencia queda almacenada de la misma forma que en el periodo de tiempo en que ocurrió y no se produce el proceso de aprendizaje que

lleva a la resolución. La persona que sufre síntomas de estrés postraumático queda atrapada en una estructura cognitiva dominada por pre-esquemas de peligro o desconfianza que desencadenan respuestas no adaptativas en situaciones que recuerdan a la situación traumática original.

SISTEMA DE APEGO Y TRAUMA

En la especie humana, el cuidador juega un papel importante no solo como proveedor de necesidades básicas sino como regulador de estados elevados de estimulación. En este mismo libro se puede consultar el capítulo dedicado al sistema de apego para profundizar más en este campo. Un apego seguro capacita al niño para autorregular estímulos positivos y negativos⁹. La presencia de cuidadores suficientemente buenos contribuye en gran parte al desarrollo de circuitos neuronales que son vitales para la autoregulación emocional y la implicación en relaciones sociales. El abuso, la negligencia o la privación afectiva en la infancia reducen los niveles de endorfinas, CRF y dopamina y aumentan los niveles de las hormonas del estrés. Estos cambios bioquímicos generan un ambiente tóxico que inhibe la plasticidad neuronal y probablemente hace a ese niño psicopatológicamente más vulnerable¹⁰.

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. De esa forma, para un desarrollo armonioso del sí mismo, el ser humano necesita de la experiencia de vinculación como reguladora de su sistema emocional. El desarrollo de la capacidad de 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 (un self unificado). Esta integración de la experiencia afectiva en la consciencia facilita la articulación progresiva de la experiencia de sí mismo.

La experiencia de trauma único (un terremoto, un asalto, una violación), como muchas experiencias de traumas más sutiles y repetidos durante el desarrollo, así como experiencias de vinculación abusivas o desorganizadas suponen una amenaza de ruptura del vínculo y, por tanto, de la conexión primero con el sí-mismo y después con el otro significativo y con el mundo. En ocasiones, tras la experiencia traumática hay una imposibilidad para integrar la experiencia con los esquemas emocionales y cognitivos anteriores y puede surgir la disociación como mecanismo de defensa, que facilita al sujeto poder seguir viviendo con sus esquemas anteriores a costa de expulsar de la consciencia una parte dolorosa de la experiencia.

DISOCIACIÓN Y TRAUMA

La disociación es un mecanismo preferente del trauma. La disociación se define como un proceso psicológico por el que la información, que entra, que sale o que está almacenada se desvía de la integración y de sus asociaciones usuales. También se ha considerado la disociación como un mecanismo de afrontamiento a través del cual la persona intenta defenderse de una experiencia emocional demasiado intensa o estresante¹¹.

El relativo fracaso de los padres para responder a la experiencia emocional del niño puede contribuir a la tendencia del niño a ser emocionalmente inconsciente y o expulsar de la consciencia estados emocionales. Probablemente en esta situación, la disociación opera como un mecanismo que defiende al individuo de no desbordarse ante emociones molestas y pobremente diferenciadas.

El lenguaje corporal es el vehículo preferido de expresión de las emociones. En algunos casos, la somatización supone la expresión a nivel somático, no verbal, de la emoción disociada. Los síntomas somáticos pueden representar un intento de organizar y hacer concretos estados afectivos internos caóticos¹² o de apoyarse en experiencias corporales que se consideran más reales o más auténticas. La somatización postraumática defiende al sujeto de la experiencia emocional del trauma, al mismo tiempo que permite su expresión dolorosa¹³. Puede tener además la ventaja adaptativa de reclamar el apoyo social del entorno de relaciones significativas y, por tanto, de reinstaurar cierto nivel de conexión emocional a través del síntoma.

FACTORES CLAVE EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO.

En nuestros días se sigue considerando vigente la propuesta de Janet¹⁴ de que el tratamiento del trauma ha de estar orientado en fases^{15, 16}:

- 1º fase o fase de estabilización y reducción de síntomas. El primer paso consiste en lograr que la persona vuelva a sentirse en control de sus experiencias, frente a la indefensión de las abreacciones emocionales o de los flash-back inesperados que ha sufrido hasta ahora. Esta fase se dedica a la disminución de los síntomas y a la estabilización.
- 2º fase de tratamiento de los recuerdos traumáticos. Solo cuando la persona ha conseguido una cierta seguridad tanto dentro de sí misma como en la relación terapéutica, se puede abordar, siempre siguiendo el ritmo que el consultante marca, la experiencia traumática más central. Re-visitar la experiencia, que no implica necesariamente revivirla.
- 3º fase de reintegración y rehabilitación. En esta fase la consultante es capaz de seguir adelante con su vida asumiendo las experiencias pasadas, sin que estas ocupen un lugar tan privilegiado que saturan

su experiencia. No todas las personas llegan a este estado.

ELABORACIÓN DE UNA NUEVA NARRATIVA

Las experiencias traumáticas más sutiles y repetitivas durante el desarrollo infantil pero también la experiencia de un trauma único tienen la capacidad de influir en el desarrollo o de transformar la identidad de la persona que la vive. Las historias que nos contamos, a través del lenguaje (verbal y no verbal), acerca de quiénes somos y nuestros motivos para hacer y no hacer a lo largo del tiempo, van construyendo nuestra identidad narrativa¹⁷.

La búsqueda de sentido y significado es uno de los motores del ser humano. En la narrativa vital de cada uno, a la que podemos llamar autonarrativa, están contenidos esos significados. El significado ("soy una persona sin valor, soy despreciable) se convierte así en un *link* entre la emoción ("tengo miedo de que la gente se ría de mí) y la acción ("me voy a quedar en casa con mis padres, porque es el único lugar donde me siento seguro"). El significado narrativo conecta la emoción y la acción para que se despliegue la narrativa vital. Personas que han vivido experiencias infantiles de privación emocional o abuso o personas que han tenido en algún momento de su vida una experiencia traumática tienden a construir su narrativa vital, su auto-narrativa, sobre un núcleo de miedo, de terror, en un estado de hiperalerta que les lleva a estar continuamente pendientes de las posibles señales de amenaza con el objetivo de huir de ellas o combatirlas.

En terapia, y desde una perspectiva narrativa, se trata de ayudar al consultante a realizar una evaluación de los significados de modo que vaya emergiendo una nueva narrativa acerca de quién es uno mismo y de sus razones para hacer y no hacer. Hay veces que el consultante llega a terapia contando sólo sensaciones acerca de lo ocurrido. Por ejemplo "estoy tranquila y de repente me viene la imagen del coche dan-

do vueltas de campana antes de caer por el precipicio” “estoy todo el día nerviosa como esperando que algo malo suceda en el instante siguiente”. Esa persona está contando una imagen o una sensación sin contexto, sin marco de espacio y tiempo, sin guión narrativo, sin historia. En terapia se trata de ayudar a la construcción narrativa, y a veces la narrativa emergente se debe construir a partir de emociones o sensaciones poco concretas, difusas o indiferenciadas, trabajar con los aspectos somatosensoriales no asimilados de la experiencia, principalmente arousal y reacciones defensivas. En ocasiones, la ayuda sólo consigue cambios parciales de significados que, en ocasiones, no llegan a ser explicitados por el paciente. Aunque la mayoría de las veces la “realización”, el darse cuenta consciente, va acompañada de poner en palabras la experiencia traumática¹⁴, no siempre es así. A veces la reorganización de viejas tendencias y el desarrollo de nuevas cogniciones, emociones y acciones físicas en un patrón más adaptativo se produce sin que se requiera poner la experiencia traumática en palabras¹⁸.

Un ejemplo clínico puede ayudar a aclarar lo que se quiere decir. Es el caso de una persona, herida de bala en un accidente de caza, que después de hacer explícita en terapia “la parte peor de su experiencia” que había sido “perder la conciencia y recuperarla y luchar por no quedar dormido antes de que llegara la ambulancia” resuelve súbitamente su fobia a entrar en quirófano y accede a una operación necesaria para salvar la movilidad de su pierna. La terapeuta puede interpretar que el miedo del consultante a morir en el momento del accidente, condensado en el miedo a perder la conciencia como símbolo de la muerte, se reactive ante la entrada en el quirófano y la anestesia, que para el paciente suponía una nueva pérdida de conciencia. Pero lo que ocurrió fue que el consultante simplemente resolvió su miedo, entró en el quirófano y permitió la operación. Es decir, el cambio

se produjo sin que la persona hiciera una explicitación consciente de su experiencia, sin haber entrado en ningún trabajo interpretativo que no encajaba con su estilo cognitivo y emocional. Digamos que el cambio se pudo haber producido a un nivel sub-cortical, sin que la nueva información emocional (que ahora ya no contenía el miedo al quirófano como un miedo insuperable) haya llegado a ser procesada de un modo consciente.

Puede ocurrir también que una consultante llegue con una narrativa rígida e inflexible después de haber sufrido un atraco con fuerza en la calle: “no me voy a fiar jamás de nadie, el tipo que me agredió se me acercó preguntándome la hora y cuando hice el movimiento para mirar el reloj, me empujó y me quitó el bolso. Me ha destrozado la muñeca. Esos negros son todos iguales. Me dejó tirada en el andén del metro”. Durante la conversación con la terapeuta, ésta le pregunta cuál fue el primer momento en que volvió a sentirse segura después del asalto y la consultante responde: “es curioso porque no lo recordaba. Se me acercó un nigeriano, de los que cantan en el metro, me ayudó a levantarme y me acompañó hasta que llegó el de seguridad del metro. Luego se fue corriendo, probablemente no tenía papeles. Me doy cuenta ahora de que si que hubo alguien que me ayudó, incluso arriesgando su propia seguridad”. En este otro ejemplo, la conversación entre la terapeuta y la consultante facilita la emergencia de información que puede ayudar a cambiar la narrativa de miedo y de hostilidad de la paciente después de su experiencia traumática. Esta mujer, a diferencia del hombre del ejemplo anterior, si que hace explícito un recuerdo oculto por la narrativa dominante contenida en su afirmación de que “no te puedes fiar de nadie”. La relación terapéutica, que es una relación de seguridad y de aceptación, facilitó, probablemente, la emergencia de ese otro recuerdo de haber sido ayudada generosamente por otra persona, de modo que la narrativa inflexible inicial no puede sostenerse más.

Los ejemplos anteriores pueden ayudar a entender de qué manera en el trabajo terapéutico, terapeuta y paciente, trabajando sobre la narrativa inicial del consultante, construyen una nueva narrativa haciéndolo, o bien desde la historia explícita de la consultante (desde arriba hacia abajo, desde la historia se va actuando sobre la emoción) o bien desde las sensaciones o emociones que trae un paciente (desde abajo, desde la sensación y/o el movimiento hacia arriba, hacia la elaboración narrativa, hacia la historia). Los abordajes arriba-abajo usan la cognición y se centran en la construcción de significados. Las intervenciones de abajo-arriba utilizan como puerta de entrada las sensaciones corporales y el movimiento y los cambios en la experiencia somato-motora modifican los cambios en el significado¹⁸.

Después de una experiencia traumática la auto-narrativa puede quedar congelada, atrapada en esa terrible historia que pasó. Aunque en el trauma el yo está atrapado en una única historia a través de la cual filtra todas las demás experiencias, el sí mismo es un proceso en construcción, es algo que evoluciona, no es fijo ni inmutable. Facilitar en terapia, la entrada de nueva información, o bien a través de la conversación verbal o de la no verbal, ayuda a interrumpir ese ciclo repetitivo y rígido de visión sesgada por la terrible experiencia del pasado y la anticipación de consecuencias catastróficas en el futuro. Vivir anclado en el pasado y anticipando el futuro, como ocurre a las personas que padecen experiencias traumáticas, impide la vida plena en el presente.

Elementos claves en la terapia narrativa

A continuación se revisan los elementos que se han considerado clave para ayudar a la persona a la nueva construcción narrativa.

PSICOEDUCACIÓN: Es muy importante facilitar a la persona información acerca de cómo se procesan las emociones durante la experiencia traumática, acerca del significado de las reviviscencias o los flashback o la hiper-alerta emocional. Cuanto más conozcan los consultantes sobre la neurofisiología del trauma, más van a entender los componentes más importantes del tratamiento y habrá más posibilidades de que se vean como personas con recursos que luchan por recuperar un equilibrio emocional y recobren esperanza. El compartir información fomenta además la colaboración entre paciente y terapeuta.

RECUPERAR LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN: Muchas veces la experiencia traumática no solo no tiene palabras para ser expresada, sino que la persona siente que ponerla en palabras puede tener consecuencias destructivas para ella misma o para la relación con las personas implicadas. La relación terapéutica ofrece una posibilidad al paciente para experimentar un vínculo seguro en el momento presente, pero también puede evocar tendencias transferenciales asociadas con relaciones vinculares pasadas. En la situación de trauma el cliente puede sentir miedo, rabia, desconfianza o sospecha al mismo tiempo que esperanza, anhelo, confianza... En palabras de Herman, "el trauma interpersonal deja un legado transferencial de deseo de rescate y de convicción de traición"¹⁹.

Victoria es una mujer de 27 años que llega a la consulta presentando una importante sintomatología ansiosa y depresiva, refiere que el desvelamiento de su hermano de una situación de abuso que había sufrido por parte de su padre en infancia, y del que ella había sido también víctima, había reactivado sus recuerdos. Victoria viene a una cita y falta a otras dos, cuando consigue acudir solo soporta sesiones muy cortas con un grado de exposición mínimo a esa parte dolorosa de su historia. La terapeuta le devuelve lo que ella cree que está queriendo reflejar con su conducta de acercamiento y alejamiento a la relación terapéutica, pero también le expresa su aceptación del miedo de Victoria a exponerse de nuevo a recuerdos traumáticos. Hasta que Victoria no esté segura en la relación con la terapeuta, no podrá mantener el ritmo de las consultas.

La terapeuta establece una relación terapéutica sensible, una relación de apego segura observando continuamente las reacciones del paciente, modulando el estado de alerta psicofisiológico en el paciente y en ella misma, acompasando la experiencia de la paciente en terapia, sintonizándose con ella. El terapeuta, como un cuidador suficientemente bueno, ayuda a mantener el adecuado equilibrio entre exploración y necesidad de seguridad. Adopta, además, una actitud de exploración y experimentación que promueve la curiosidad y el juego, estados afectivos positivos que han sido inhibidos o no conocidos, más que esfuerzo o miedo.

El terapeuta se convierte en un regulador psicobiológico interactivo¹⁸. La relación terapéutica es el primer instrumento para ayudar a la regulación emocional del consultante. Los pacientes que han sufrido experiencias traumáticas suelen venir a la consulta hiper o hipo activados y la terapeuta procura trabajar siempre dentro de la ventana de tolerancia emocional, para evitar que vuelvan a sentirse fuera de control de sí mismo, ya que de repetirse esa situación de descontrol e indefensión se facilitaría la re-traumatización.

PROMOVER LA MENTALIZACIÓN: Todos los acercamientos psicoterapéuticos promueven la mentalización en uno u otro grado y se debe considerar como uno de los objetivos del tratamiento. A través de intervenciones facilitadoras de la mentalización, el consultante aprende a reconocer sus estados emocionales (de ansiedad, miedo, indefensión, rabia) y a manejarse con ellos. Las intervenciones mentalizadoras permiten que el terapeuta refleje en espejo a través de sus respuestas los estados mentales del paciente, manteniendo un equilibrio entre implicar al paciente en la exploración de los estados mentales propios y los de los otros²⁰. Revisar las intervenciones mentalizadoras va más allá de los objetivos de este capítulo, pero existen excelentes manuales de tratamiento basado en la mentalización²¹.

REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRABAJO CON LA CONCIENCIA SOMATOSENSORIAL: Como se desprende de todo lo dicho hasta ahora, muchos componentes del trauma sólo se procesan a nivel subcortical y el cuerpo es una avenida muy importante para trabajar con el trauma. Hay que ser muy cuidadosos en esta área ya que el centrarse en el cuerpo puede generar ansiedad o ser aterrador para el paciente al desencadenar recuerdos de indefensión o de estar fuera de control asociados con el trauma.

TRABAJAR EN EL PRESENTE: en el aquí y ahora, es fundamental en la terapia del trauma. Como veremos más adelante Mindfulness o Atención Plena es una de las formas para redirigir la atención una y otra vez al presente. Al trabajar en el presente, la paciente consigue cambiar el foco de atención del pasado, dominado por el trauma, al momento actual. Cambia también el foco de atención desde lo externo, a la experiencia interior, disminuyendo así la evitación emocional. Al mismo tiempo, se promueve la actitud de observar sin juzgar, lo que promueve la aceptación de lo ocurrido para desde allí poder iniciarse un cambio. Sin aceptación, no hay cambio. A través de esta actitud, se desarrolla un yo observador que permite que el consultante pase de ser el protagonista de la historia a ser el narrador, con la reducción de la intensidad emocional subsiguiente.

Si, como decía Janet¹⁴ la traumatización es un fracaso de la integración, trabajar holísticamente con la postura, el movimiento, el gesto, acompasándolo con los hechos, con las emociones que se suscitan y hacerlo en el momento presente, todo ello puede ayudar a expandir la capacidad integrativa deteriorada por el trauma.

El terapeuta ha de desarrollar habilidades para trabajar en el presente y aumentar la conciencia somatosensorial. Algunas de estas habilidades son la lectura corporal, la lectura de los gestos, de los movimientos y el seguimiento o la monitorización de

estos, haciendo comentarios sobre ellos, preguntando o devolviendo al consultante las impresiones del terapeuta en forma de sugerencias. Por ejemplo: "He observado que desde que has llegado, estás sentado en el borde de la silla ¿te has dado cuenta de ello?...¿es cómo si estuvieras listo para marcharte?... ¿podría esto indicar que estás incómodo en la consulta, y que querías terminar pronto y marcharte?". Cuando el terapeuta monitoriza el lenguaje no verbal del consultante está observando momento a momento los cambios físicos, cambios sutiles o más obvios, rápidos o más duraderos. Se hace el seguimiento de los signos somáticos de emociones (los ojos se humedecen, cambios en el tono de voz, frecuencia respiratoria et...) y de cómo las creencias que emergen de la narrativa del cliente, afectan al cuerpo. Por ejemplo, un hombre dice que no vale nada mientras deja caer su cuerpo en la silla. En otras ocasiones se observa la respuesta corporal a los comentarios de la terapeuta: "Parece que te has puesto en tensión cuando te he dicho eso", o al devenir de la terapia "¿Has notado que te temblaba la voz cuando lo recordabas?"

Cuando estamos trabajando sobre todo en la primera fase, la fase en la que buscamos la estabilización de los síntomas, el terapeuta puede proponer estrategias basadas en la corporalidad para potenciar sentimientos de seguridad y de protección y disminuir así el sentimiento de vulnerabilidad y fragilidad. Las técnicas de "grounding" o enraizamiento en que el terapeuta le sugiere al paciente que note los sentimientos de estar contenido que se generan en cada uno de los puntos de apoyo del cuerpo, con un paciente que está sentado, o de cómo sus pies, en posición de estar levantado, se conectan con el suelo y están firmemente anclados y sostenidos por ello⁷. Se utilizan también otras técnicas como las de tensar zonas de vulnerabilidad corporal o realizar con conciencia plena algunos tendencias de acción de lucha o de huida que fueron truncadas en el momento del trauma (actos de triunfo)¹⁸. La terapeu-

ta facilita también el aprendizaje de nuevas acciones o patrones posturales o a utilizar el cuerpo para recuperar una sensación de fuerza (por ejemplo, tocarse las piernas puede aumentar una sensación de "grounding", y por tanto de seguridad).

A veces la acción terapéutica se dirige a diferenciar sensaciones, de emociones o pensamientos ligados al trauma. Por ejemplo, al ver a la terapeuta levantar un brazo con cierta rapidez, una paciente se encoge y hace un gesto de auto-defensa. La intervención terapéutica se puede centrar entonces en como la visualización de ese gesto ha desencadenado emociones que están asociadas a la experiencia traumática de maltrato físico del padre en la infancia. Desacoplar esas reacciones automáticas va generando un espacio de mayor libertad para el paciente.

Los anteriores son ejemplos de técnicas que ayudan no solo a explorar y construir la narrativa alternativa a la traumática, sino a desarrollar áreas de fortaleza y recursos que el paciente o no conocía o tenía bloqueados tras la experiencia traumática.

ATENCIÓN PLENA O MINDFULNESS: Solo es posible vivir en el presente y solo en el momento presente se puede producir el cambio. Mindfulness enseña a estar en el aquí y ahora, a aprender a estar con el dolor en el momento y desarrollar una actitud ante la propia realidad de no juzgar y de no reaccionar.

Kabat-Zinn definió mindfulness como "centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar"²². Aunque no está empíricamente establecido, se postula que el elemento terapéutico fundamental en mindfulness es el mantenimiento de una forma particular de atención y la redirección de ésta en el momento en que la persona se distrae. Se supone que ello promueve la regulación emocional y secundariamente la disminución de los síntomas de ansiedad-depresión y la mejora de la calidad de vida^{23, 24}.

Mindfulness es una práctica que ha demostrado ser útil para ansiedad y depresión, para reducir el estrés y en otros trastornos médicos²⁵. El énfasis de la intervención está en la autorregulación y reconstrucción, evitando que se produzcan abeacciones emocionales tempranas que desborden al paciente, sobre todo cuando no se ha establecido aún la capacidad de re-estabilización. Se desarrolla la capacidad de observar el evento, la emoción, la sensación y separarlo de la experiencia del evento, se promueve una conciencia dual: "Estoy aterrorizado" se convierte en "experimento un temblor fuerte en mis piernas"¹⁸. El terapeuta enseña atención plena a través de preguntas como: ¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo ahora?, ¿Dónde experimentas la tensión exactamente?, ¿Cómo de grande es el área de tensión?, ¿Qué sensaciones sientes en tus piernas cuando hablas del abuso?, ¿Qué pasa en tu cuerpo cuando te enfadas?...etc. Cuánto más precisa sea la pregunta mejor será el resultado. Además, se pretende que la actitud del consultante hacia pensamientos o sentimientos difíciles, sea de bienvenida (es decir, de detectarlos y de aceptarlos) más que una necesidad de resolverlos o de evitarlos. Es observación sin juicio que lleva más hacia la curiosidad y la auto-exploración¹⁸.

En el trabajo con trauma suele ser necesario modificar las prácticas de mindfulness, adaptándolas para evitar abeacciones emocionales intensas y nuevas experiencias de re-traumatización^{26, 27}. En ocasiones el silencio y la quietud de la práctica de mindfulness no se puede conseguir de entrada al estar la persona en un estado de hiperactivación o desbordada por reviviscencias o recuerdos traumáticos. Por ejemplo se sugiere practicar durante cortos periodos de tiempo, tan breves como el estado emocional de la persona lo requiera. De esa forma se centra más la atención en la regulación de las emociones que en conseguir algo exclusivamente a través del esfuerzo. La enseñanza que se desprende tiene también

que ver con que ir haciendo gradualmente la práctica no es un signo de debilidad, sino un avance progresivo en la regulación emocional de la persona. También si al focalizar la conciencia en la respiración genera más ansiedad se puede sugerir centrar la atención en el momento presente a través de otras sensaciones como el sonido, la mirada o los puntos de apoyo del cuerpo para mantener la postura en el presente. Se anima a ir experimentando emociones sin llegar al desbordamiento emocional ni a la disociación, a reconocer cuando la mente trabaja en el "estado de trauma", cuando genera autocrítica, intensas emociones displacenteras etc... La persona va aprendiendo a confiar y a amar de nuevo²⁸. La práctica de la compasión o "lovingkindness" puede ayudar a reconectar con partes de la persona disociadas, es decir conectar con ese sufrimiento sin silenciar el dolor. Poder detectar, observar y aceptar las emociones fuertes cuando surgen, a la manera de quien abraza a un niño a quien se quiere consolar.

TRABAJAR CON LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS: Como se señalaba más arriba, las personas que han sufrido experiencias traumáticas con frecuencia codifican su experiencia interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales) en clave tanto de amenaza interna (pueden sentirse desbordados por recuerdos traumáticos o sentimientos que quieren evitar, como sentimientos de culpa o menosprecio por sí mismos) como en clave de amenaza externa (temen lo que los otros le puedan hacer, el mundo se convierte en un lugar hostil^{29, 30}). Tras una experiencia traumática es frecuente que las personas utilicen estrategias de evitación experiencial. La evitación experiencial ocurre cuando una persona se resiste, no quiere o no es capaz de sentir emociones displacenteras o pensamientos o sensaciones asociados al trauma³¹. La evitación se reconoce como un factor clave para el mantenimiento de la sintomatología traumática e incluye estrategias como

el aislamiento, el auto-daño, y el abuso de sustancias. En un principio se considera adaptativa ya que constituye un intento de ayudar a la persona a mantener una vida más o menos normal en su contexto. Sin embargo, cuando la evitación se mantiene, se convierte en desadaptativa ya que impide que la persona contacte con el momento presente y por tanto acceda a partes importantes de sí misma. Muchas de las terapias que se han validado para el trauma tienen como diana terapéutica la evitación experiencial. Aunque se considera que es un factor a incluir como foco de tratamiento, hay que tener mucho cuidado y estar pendientes de la capacidad del cliente de soportar el sufrimiento emocional asociado a ese trabajo. Si hay un exceso se puede producir el abandono precoz de la terapia, el aumento de ideas de suicidio, la disociación o autolesiones.

El trabajo con los recuerdos asociados al trauma es, por sí mismo, activador. Para evitar intensas abreacciones emocionales que pudieran llevar a una retraumatización, el trabajo terapéutico se debe apoyar en las estrategias de la fase primera poniendo en marcha estrategias de regulación emocional, entrenadas previamente, para retornar a la ventana de tolerancia emocional¹⁸.

Se ha considerado muy útil el que el terapeuta ayude al consultante a completar las acciones defensivas fallidas, lo que se ha denominado "actos de triunfo"¹⁸. Por actos de triunfo entendemos aquellas acciones que la persona pone en marcha buscando su defensa o su seguridad, pero que quedaron interrumpidas por la fuerza del evento traumático. Es el caso de la niña que no pudo arañar o morder a su violador y que muchos años más tarde siente un dolor temporomandibular, para el que no se encuentra una explicación médica que lo justifique y que es el motivo por el que se la deriva a la primera consulta psiquiátrica. Cuando el consultante es animado a ejecutar esos actos de triunfo con conciencia plena, paso a paso, con una atención

meticulosa a las respuestas del cuerpo, se pueden mitigar los sentimientos de indefensión.

Para el trabajo con los recuerdos traumáticos, EMDR ha resultado muy eficaz³². EMDR (Reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular rápido de los ojos) ha pasado a denominarse Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información y las siglas se corresponden con "Emotional and Mental Development and Reorganization" (Desarrollo y Reorganización Mental y Emocional)³³. EMDR permite restablecer el equilibrio interno, fomentando que la información congelada, "no digerida" asociada al trauma, y que es revivida de diferentes formas una y otra vez, y que afecta, aunque haya ocurrido en el pasado muy lejano, a situaciones actuales, sea desensibilizada, procesada e integrada de forma adaptativa en el presente y de forma consciente⁸. Durante el proceso, cuyos pasos están muy estructurados en un protocolo de tratamiento en ocho fases³³ el paciente realiza nuevas conexiones y asociaciones entre el recuerdo no procesado y la información adaptativa contenida en otras redes de memoria, y consecuencia de ello se produce el cambio de las percepciones disfuncionales en otras más adaptativas y saludables³⁴. 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. EMDR postula que los recuerdos tempranos se procesan con anterioridad a los presentes y estos con anterioridad a los futuros y que es por ese motivo por el que hay que empezar procesando y desactivando tanto como sea posible las asociaciones históricas de los estímulos presentes. Inherente a su perspectiva terapéutica está que el organismo humano tiende hacia la auto-curación psicológica lo mismo que cuando sufre un trauma psíquico³⁵.

INTEGRAR LA EXPERIENCIA: La integración exitosa capacita al cliente para poder referirse al trauma o pensar en él o recordarlo y quizás sentir tristeza o malestar pero no estar ya prisionero de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que causaban una involuntaria re-experimentación. La persona vuelve a reconectar consigo mismo y con el mundo. No es suficiente con ganar introspección o con una toma de conciencia más cognitiva, sino que es necesaria un cambio emocional que cambie la tendencia del patrón somático antiguo y que todo ello permita la emergencia de una nueva narrativa que incluya, como no, la experiencia del trauma, pero que no reduzca a la persona a vivir esa única historia de su vida.

CUIDADO EMOCIONAL DEL TERAPEUTA

Los programas de tratamiento para el trauma han de incluir el cuidado emocional del terapeuta. Ser testigo del sufrimiento de otros

es también una vía de entrada de sufrimiento emocional para el terapeuta. La terapeuta se hace vulnerable, por “apertura empática”, a los efectos emocionales de la traumatización vicariante. Es la base de la fatiga de compasión o el síndrome de *burn out*. Este fenómeno se definió como la transformación de la experiencia interna al escuchar el material traumático del consultante en relación al vínculo empático que se produce entre el trabajador y la víctima o grupo de víctimas³⁶. Para protegerse del trauma vicariante lo primero será reconocer la posibilidad de que ocurra y entrenar a los futuros terapeutas no solo en el establecimiento de una relación empática, sino de una relación que permita al mismo tiempo que la conexión con el paciente, la seguridad y la protección del terapeuta ante el riesgo de daño emocional. Las técnicas que se desarrollan para ello son similares a las técnicas que se describen para trabajar con los pacientes³⁷.

RESUMEN

El núcleo del daño postraumático tiene que ver con la desconexión emocional de la persona consigo misma, con los demás y con el mundo.

Tras la experiencia de trauma no asumida, la narrativa de la persona queda congelada en una historia rígida e inflexible, o queda rota en una historia desorganizada, a través de la cual filtra sus experiencias posteriores en clave de amenaza.

La disociación de elementos de la experiencia asociadas con el trauma y alojadas en gran parte en la memoria implícita o procedimental o músculo-esquelética es un mecanismo preferente para intentar manejar emociones desbordantes.

La regulación emocional a través de Mindfulness y otras técnicas somatosensoriales buscan la estabilización del paciente, la emergencia de nuevos recursos y el acceso a memorias codificadas en el cuerpo.

La práctica de EMDR se integra con facilidad con una perspectiva narrativa.

Los programas de tratamiento han de incluir el cuidado emocional del terapeuta.

La terapia narrativa del trauma busca integrar lo cognitivo con lo somático para ayudar al procesamiento de la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton. (Trad. cast. *El Trauma y el cuerpo: Los fundamentos de la terapia sensoriomotora*. Bilbao DDB 2009): La autora hace un revisión del proceso emocional en la experiencia traumática y ofrece de modo muy fundamentado un compendio de técnicas basadas en el trabajo con la conciencia sensoriomotora a través de la posición, el gesto y el movimiento.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclee, 2007). New York: Guilford: Este libro da comienzo a la línea de investigación y publicaciones de la Neurobiología Interpersonal. Esta obra justifica el cómo las relaciones interpersonales organizan y modelan la función y la estructura cerebral creando la mente

F. Diddona (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). New York: Springer. (trad cast. *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao, Ed DDB, 2011): Un compendio de los conceptos, bases biológicas y aplicaciones clínicas de la Atención Plena.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatric Association, D.-I.-T. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- (2) Bourke, J. *An intimate history of killing*. New York: Basic Books; 1999.
- (3) Bourke, J. *Fear. A cultural history*. New York: CA Shoemaker Hoard; 2006.
- (4) Geertz, C. *Conocimiento local. Ensayo sobre la interpretación de la cultura*. Buenos Aires: Paidós 1994.
- (5) Lira, E., & Castillo, I. (1991). *Psicología de la amenaza política y el miedo*. Santiago de Chile: CESOC.
- (6) MacLean, P. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Arch Gen Psychiatry*, Apr42(4), 405-417.
- (7) Rothschild, B. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma* (Trad Cast Ayuda para el profesional de ayuda. Bilbao, DDB, 2009). New York: W. W. Norton & Company; 2006.
- (8) Shapiro, F. *EMDR as an integrative psychotherapy approach*. Washington: American Psychological Association; 2002.
- (9) Siegel, D. J. *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclee, 2007). New York: Guilford; 1999.
- (10) Cozolino, L. *The neuroscience of human relationships*. New York: Norton; 2006.
- (11) Rody, G., Groot, J., & Spivak, H. Trauma, dissociation and somatization, En: Bremner & Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington: Washington American Psychiatric Press; 1998. pp 161-179.
- (12) Goodsitt, A. (1983). Self regulatory disturbances in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2, 51-60.
- (13) Griffith, J., & Griffith, M. *El cuerpo habla: Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu; 1996.
- (14) Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- (15) Van der Hart, O. *El Yo atormentado*. Bilbao: DDB; 2008.
- (16) Van der Hart, O., Van der Kolk, B. A., Boon, S., Bremner, & Marmar. *Treatments of dissociative disorders: Trauma, memory and dissociation*. New York: American Psychiatric Press; 1998. pp 253-285.
- (17) Zahavi, D., Kircher, T., & David, A. *Phenomenology of self: The self in neuroscience and psychiatry*. London: Cambridge University Press; 2003. pp 76.
- (18) Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton; 2006.
- (19) Herman, J. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books; 1992.
- (20) Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2008.
- (21) Fonagy, P., Gergely, G., E., J., & Target, M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press 2004.
- (22) Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living* (Trad cast: *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós, 2003). New York: Delacorte.
- (23) Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 17(3), 192-200.
- (24) Teasdale, J. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146-155.
- (25) Baer, R. (2003). *Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review*. *Clin Psychol Sci Prac*, 10, 125-143.
- (26) Follette, V., & Vijay, A. *Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorders*. In D. F. (Ed.), (pp. 299-319). New York: Springer; 2009.
- (27) Smith, A., & Miller, J. *Healing trauma with meditation*. *On practice, Tricycle* (fall), 40-44, 2004.
- (28) Germer, C. *The mindful path to self-compassion*. New York: The Guilford Press; 2009.

- (29) Gilbert, P., & Tirch, D. Emotional memory, mindfulness and compassion In F. Diddona (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). New York: Springer; 2009.
- (30) Gilbert, P., & Tirch, D. Emotional memory, mindfulness and compassion In D. F (Ed.), (pp. 99-110). New York: Springer; 2009.
- (31) Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press; 1999.
- (32) Chemtob CM, & Tolin D. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). In A. Foa, T. Keane & M. Friedman (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press; 2000.
- (33) Shapiro, F. *Eye movement desensitization and reprocessing . Basic, principles and protocols*. New York: Guilford; 2001.
- (34) Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaech, L. *The body keeps the score: approaches to the neurobiology of post-traumatic stress disorder* *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience in mind, body and society* New York: Guilford; 1996. pp 214-241.
- (35) Hensley, B. *An EMDR Primer (Trad cast: Manual básico de EMDR. DDB. Bilbao, 2010)*. New York: Springer; 2009.
- (36) Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company; 1995.
- (37) Rothschild, B. *The body remembers; the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton; 2000.